

Fatores associados aos indicadores de necessidades em saúde de homens adultos

Factors associated with indicators of health needs of adult men

Guilherme Oliveira de Arruda¹

Aurea Christina de Paula Corrêa²

Sonia Silva Marcon¹

Descritores

Enfermagem em saúde pública; Enfermagem em atenção primária; Saúde do homem; Necessidades e demandas de serviços de saúde; Adulto

Keywords

Nursing in public health; Nursing in primary care; Men's health; Needs and demands of health services; Adults

Submetido

15 de Maio de 2014

Aceito

4 de Agosto de 2014

Autor correspondente

Guilherme Oliveira de Arruda
Avenida Colombo, 5.790, Maringá, PR,
Brasil. CEP: 87020-900
enfgoa@gmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400091>

Resumo

Objetivo: Identificar fatores associados aos indicadores das necessidades em saúde de homens adultos.

Métodos: Estudo transversal, tipo inquérito domiciliar de base populacional, realizado junto a 421 homens com idade entre 20 e 59 anos selecionados de forma aleatória e sistemática. O instrumento de pesquisa foi um formulário estruturado com base nas variáveis de estudo. Para a análise utilizaram-se Modelos de Regressão Logística Múltipla.

Resultados: Homens desempregados, com idade entre 30 e 39 anos e com menores níveis de escolaridade referiram, em maior proporção, a autopercepção de saúde regular/ruim, sendo a classe econômica, uma variável importante, pois ajustou o modelo múltiplo. Homens aposentados ou em licença médica, com idade entre 40 e 49 anos e de cor branca, apresentaram maior frequência de morbidade.

Conclusão: A faixa etária e o status ocupacional estiveram associados à autopercepção da saúde e à morbidade referida, sendo esta última também associada à cor da pele.

Abstract

Objective: To identify associated factors as indicators of health needs of adult men.

Methods: Cross-sectional study, type of population-based household survey, conducted with 421 men aged between 20 and 59 years selected at random and systematic way. The research instrument was structured in a form based on the variables of study. For the analysis, we used multiple logistic regression models.

Results: Unemployed men, aged between 30 and 39 years and with lower levels of education reported a greater proportion of self-perceived health as fair/poor, being economic class, an important variable, adjusted for the multiple model. Retired men or on sick leave, aged between 40 and 49 years old and white, had higher frequency of morbidity.

Conclusion: The age group and occupational status were associated with self-perceived health and morbidity, the latter being also associated with skin color.

¹Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.

²Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

As necessidades em saúde podem ser analisadas sob diferentes perspectivas, quais sejam, a primeira de cunho abstrato, referente às dimensões social e histórica de cada sujeito no atinente aos carecimentos em saúde; e outra concreta e operativa, voltada aos serviços de saúde, em que as necessidades da população impulsionam políticas e programas.⁽¹⁾ Em consonância com essa segunda concepção, vale destacar o Modelo Comportamental de *Andersen* que concebe necessidade em saúde a partir de dois indicadores básicos: o estado de saúde do indivíduo (presença/ausência de morbidade) e a percepção que este tem da própria saúde, como determinantes mais próximos da procura por cuidado e utilização dos serviços.⁽²⁾

Esse modelo, além de ser o pioneiro, tem sido o mais utilizado, visando, principalmente, ao entendimento da utilização dos serviços de saúde, justamente pela abordagem às necessidades.⁽³⁾ No entanto, revisão sistemática de pesquisas realizadas entre 1998 e 2011 revela que ainda são escassos os estudos que focalizaram os indicadores de necessidades em saúde.⁽⁴⁾ Assim, propõe-se, aqui, um recorte do modelo supracitado, direcionado para a análise dos indicadores entre homens adultos.

Mostra-se importante distinguir entre necessidades masculinas e femininas, pois coexistem possibilidades diferentes de adoecer e de perceber a saúde.⁽¹⁾ Apesar do perfil de morbimortalidade desfavorável à condição de saúde, os homens, ainda em grande medida, relatam menos frequentemente do que as mulheres possuir morbidade e ter saúde ruim, mesmo frente à necessidade de cuidado, o que compromete a atenção à saúde desta população.⁽⁵⁾ Identifica-se, no entanto, uma lacuna no conhecimento, considerando-se que os estudos não têm investigado fatores associados aos indicadores de necessidades em saúde na população masculina.

Embora os homens reconheçam que têm necessidades em saúde, eles hesitam em procurar cuidado devido ao próprio comportamento ou ao perfil dos serviços e profissionais de saúde.⁽⁶⁾ Além disso, em estudo realizado com profissionais de saúde, os autores relatam que as equipes têm dificuldades para

identificar necessidades em saúde de homens e planejar suas ações com base nelas. Destacam, ainda, que a utilização de dados epidemiológicos não aparece entre as estratégias empregadas para a identificação das necessidades da população.⁽⁶⁾

Com base nesses pressupostos, têm-se como objetivo deste estudo epidemiológico identificar fatores associados aos indicadores das necessidades em saúde de homens adultos.

Métodos

Estudo transversal tipo inquérito domiciliar de base populacional, realizado junto a 421 homens, com idade entre 20 e 59 anos, residentes na zona urbana do município de Maringá, situado na região Sul do Brasil. Para o cálculo amostral tomou-se como base a contagem populacional de homens com idade entre 20 e 59 anos, em 2010, que era de 103.819 indivíduos,⁽⁷⁾ e os seguintes parâmetros e estimativas: 50%, para a prevalência das variáveis resposta entre os homens adultos, associado a erro de estimativa de 5% e intervalo com 95% de confiança para a detecção das associações entre as variáveis independentes e o desfecho. Foram acrescentados 10% (38 indivíduos) à amostra mínima calculada (383 indivíduos), considerando-se a possibilidade de falhas no preenchimento dos instrumentos de coleta.

Para a seleção dos indivíduos utilizou-se a técnica de amostragem aleatória sistemática, a partir da divisão do município de Maringá em 20 Áreas de Ponderação que leva em consideração as semelhanças socio-ocupacionais dos indivíduos residentes no território e é adotada pelo Observatório das Metrópoles – Núcleo Região Metropolitana de Maringá. Com o número de homens de 20 a 59 anos das Áreas de Ponderação, realizou-se o cálculo proporcional, do qual se obteve a subamostra a ser coletada em cada Área de Ponderação. Assim, foram sorteadas as ruas visitadas, nas quais se respeitou o intervalo predefinido para a seleção dos indivíduos: a quarta residência à direita da rua. As entrevistas ocorreram nos domicílios dos homens, em sua maioria, durante os dias da semana pela manhã e à tarde, entre os meses de janeiro e julho de 2013.

Para a coleta de dados utilizou-se instrumento estruturado. As variáveis de interesse foram: a autopercepção da saúde e a morbidade referida. As variáveis independentes foram as socioeconômicas e demográficas: faixa etária, cor da pele, *status* conjugal, filhos, religião, escolaridade (em níveis), trabalho, renda familiar (em salários mínimos), *status* ocupacional, plano de saúde e classe econômica, categorizada conforme o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.⁽⁸⁾

Os dados foram compilados no *software Microsoft Excel 2010*, com migração posterior para o programa IBM SPSS 20. Para análise de dados realizou-se análise univariada por meio do teste Qui-quadrado de *Pearson* e análise múltipla por meio de Modelos de Regressão Logística Múltipla não condicionada. Utilizou-se o método *Forwards* (para frente), por meio do qual as variáveis que apresentaram *p-value*<0,20 na análise univariada foram testadas na análise logística, conforme ordem crescente do *p-value*, a fim de identificar variáveis que permanecessem associadas ou que ajustassem o modelo. A medida de associação utilizada foi o *Odds Ratio* (OR), com respectivo intervalo de confiança de 95% e nível de significância estabelecido quando *p-value*<0,05 para os testes realizados.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Os 421 indivíduos em estudo tinham idade média de 40,9 anos, com predominância de homens de cor branca (58%), com companheira (67,9%), com filhos (71,3%), adeptos a religiões (89,8%), com ensino médio completo (36,8%), inseridos no mercado de trabalho (80,3%), com renda entre 2,1 e 4 salários mínimos (34%), empregadores/autônomos (40,9%), sem plano de saúde (52,7%) e da classe econômica B (53%). Constatou-se prevalência de 23% e 42,8% para autopercepção da saúde regular/ruim e morbidade referida, respectivamente.

Em análise univariada da autopercepção da saúde regular/ruim constatou-se associação (ou valores de $p<0,20$) com as seguintes variáveis, em ordem de significância: faixa etária ($p<0,001$), escolaridade ($p<0,001$), *status* ocupacional ($p<0,001$), classe econômica ($p<0,001$), trabalho ($p=0,002$), renda familiar ($p=0,005$), cor da pele ($p=0,054$), plano de saúde ($p=0,065$) e religião ($p=0,118$). Contudo, permaneceram no modelo múltiplo apenas as variáveis faixa etária, *status* ocupacional e escolaridade, pois, homens, com idade entre 30 e 39 anos ($p=0,012$, OR=2,94) e desempregados ($p=0,025$, OR=3,17) relataram mais frequentemente a autopercepção regular/ruim de saúde, ao passo que os indivíduos com ensino médio apresentaram razão de chance significativamente menor que aqueles com menores níveis de escolaridade para esse desfecho (Tabela 1).

Tabela 1. Variáveis socioeconômicas e demográficas com autopercepção da saúde

Variáveis socioeconômicas e demográficas	Autopercepção da saúde (regular/ruim)		
	n(%)	OR (IC95%)	<i>p-value</i> *
Faixa etária			
20 a 29	10(11,0)	1	-
30 a 39	27(28,4)	2,94(1,26; 6,86)	0,012
40 a 49	20(16,9)	1,26(0,52; 3,09)	0,606
50 a 59	40(34,2)	2,29(0,95; 5,53)	0,064
Status ocupacional			
Autônomo/empregador	39(22,7)	1	-
Empregado	26(16,6)	0,76(0,43; 1,36)	0,370
Aposentado/em licença médica	21(44,7)	1,95(0,9; 4,15)	0,084
Desempregado	9(45,0)	3,17(1,15; 8,72)	0,025
Estudante/Estagiário	2(8,0)	0,51(0,10; 2,57)	0,419
Escolaridade			
Até 4ª série	22(44,0)	1	-
Fundamental	31(31,0)	0,66(0,31; 1,39)	0,279
Médio	23(14,8)	0,38(0,16; 0,87)	0,023
Superior	21(18,6)	0,63(0,24; 1,65)	0,346
Classe econômica			
Classe A	4(12,9)	1	-
Classe B	37(16,6)	1,52(0,46; 5,05)	0,494
Classe C/D	55(33,1)	2,60(0,71; 9,49)	0,149

*Regressão Logística Múltipla, com modelo ajustado pela variável "classe econômica"

Quanto à morbidade relatada identificou-se, na análise univariada, que as seguintes variáveis apresentaram-se associadas (ou com $p<0,20$): faixa etária ($p<0,001$), *status* ocupacional ($p<0,001$), escolaridade ($p=0,004$), trabalho ($p=0,004$), classe econômica ($p=0,016$), filhos (0,034) e cor da pele (0,053). O modelo múltiplo, por sua vez, mostra que apenas as variáveis "faixa etária" e "*status* ocupa-

cional” mantiveram-se associadas, e a variável “cor da pele” passou a ser associada significativamente. Desse modo, homens nas faixas etárias de 40 a 49 anos ($p=0,007$, $OR=2,45$) e de 50 a 59 anos ($p<0,001$, $OR=4,40$), aposentados ou em licença médica ($p=0,006$, $OR=3,01$) e de cor branca ($p=0,016$, $OR=1,69$) relataram mais frequentemente possuir morbidade que os outros homens investigados (Tabela 2).

Tabela 2. Variáveis socioeconômicas e demográficas com morbidade relatada

Variáveis socioeconômicas e demográficas	Morbidade Referida		
	n(%)	OR (IC95%)	p-value*
Faixa Etária			
20 a 29	24(26,4)	1	-
30 a 39	26(27,4)	1,13(0,57; 2,25)	0,726
40 a 49	53(44,9)	2,45(1,28; 4,68)	0,007
50 a 59	77(65,8)	4,40(2,22; 8,71)	<0,001
Status ocupacional			
Autônomo/empregador	72(41,9)	1	-
Empregado	55(35,0)	0,88(0,55; 1,41)	0,592
Aposentado/em licença médica	36(76,6)	3,01(1,36; 6,65)	0,006
Desempregado	10(50,0)	1,62(0,60; 4,34)	0,333
Estudante/Estagiário	7(28,0)	1,04(0,37; 2,87)	0,937
Cor da pele			
Branca	114(46,7)	1,69 (1,10; 2,87)	0,016
Não branca	66(37,3)		

*Regressão Logística Múltipla

Discussão

Dentre as limitações deste estudo, ressalta-se o fato de a coleta de dados ter sido realizada em períodos do dia que representam grande dificuldade para encontrar os homens em seus domicílios, o que pode ter propiciado maior abordagem de homens autônomos, desempregados, aposentados e em licença médica. Refere-se ainda como limitação o delineamento transversal, o qual não possibilita o estabelecimento de relações causais ou predispõe a interpretações reversas de causalidade. Porém, ressalta-se que o presente estudo identificou associações importantes de fatores socioeconômicos e demográficos com os indicadores de necessidades em saúde entre homens adultos, o que sinaliza perspectivas de atuação para profissionais de enfermagem.

Nesse sentido, os resultados deste estudo apresentam informações epidemiológicas fundamentais para a organização dos serviços na atenção à saúde do ho-

mem, pois apontam fatores a serem considerados na abordagem às necessidades masculinas em saúde. Ressalta-se, ainda, a importância de os profissionais de enfermagem considerarem a autopercepção masculina e a presença de morbidade, além dos fatores associados, atentando-se, porém, para as singularidades de gênero na percepção desses indicadores pelos homens.

A prevalência de autopercepção da saúde regular/ruim encontrada (23%) assemelha-se à de estudo realizado com adultos no Sul do Brasil (22,3%), que a comparou, com a de adolescentes e idosos,⁽⁹⁾ porém divergiu da prevalência evidenciada no Norte brasileiro.⁽¹⁰⁾ Em sua maioria, os estudos abordam, também, a população idosa e apresentam em geral prevalências maiores do que 30%.^(9,10) Destaca-se, assim, a lacuna referente à investigação de fatores associados à mesma enquanto indicador de necessidades em saúde, sobretudo na população adulta, e, ainda mais, entre os homens.

Cabe salientar que a autopercepção da saúde constitui-se em variável fácil de ser coletada, além da exposição a doenças (diagnosticadas ou não por profissional de saúde), o impacto que estas geram no bem-estar físico, mental e social dos indivíduos, sendo importante na análise da saúde individual e da população por profissionais de saúde.⁽¹¹⁾ Perceber a saúde subjetivamente gera relações com outros fatores que envolvem a vida do indivíduo (como o acesso a informações), além da condição física, o que reforça sua importância como indicador de necessidades em saúde.

A relação desta variável com o avanço da idade já foi constatada na literatura, devido, principalmente, ao aumento das doenças crônicas e complicações decorrentes, mais prevalentes entre os idosos. No entanto, o presente estudo identificou proporção significativamente maior de percepção regular/ruim para homens com idade entre 30 e 39 anos. Infere-se que este achado ressalta a importância de se aprofundar as investigações sobre a saúde do homem adulto e sobre os aspectos que a influenciam, nessa fase da vida, e que levam mais especificamente os homens a referirem uma percepção negativa da saúde.

O *status* ocupacional se mostrou importante no que se refere à autopercepção regular/ruim e este

achado se coaduna com os de outros estudos, no sentido de que indivíduos inativos em relação ao trabalho, principalmente os desempregados, possuem também maiores chances de conviverem em condições desfavoráveis de saúde e de buscarem os serviços de saúde.⁽¹²⁾ O *status* ocupacional pode ser determinante de desigualdades em saúde, principalmente se consideradas as possibilidades de proteção social (com/sem carteira assinada/contribuição previdenciária).⁽¹³⁾

A despeito de a classe econômica não manter associação, constata-se em outros estudos que essa variável é importante no que tange à autopercepção da saúde.^(9,10) A literatura revela que a escolaridade e a posição socioeconômica confluem na formação de determinados contextos sociais e culturais, implicando crenças em saúde, percepções e motivação para agir, determinando comportamentos e estilos de vida.⁽¹³⁾ Por isso, vale ressaltar a necessidade de os profissionais de saúde conhecerem essas características dos homens a fim de contextualizarem suas atuações, pois o suporte profissional adequado também pode ser fator determinante da autopercepção de saúde.⁽¹⁴⁾

Quanto à morbidade relatada, a prevalência identificada encontra-se em intervalo identificado por estudo nacional, qual seja de 33,9% a 62,0%, entre indivíduos de 25 a 64 anos. Em estudos que consideraram morbidade apenas a hipertensão arterial e o diabetes mellitus constataram-se prevalências entre adultos semelhantes a 30%.^(15,16) A população masculina apresenta importantes carências de autocuidado, o que incrementa as taxas de morbimortalidade e requer dos profissionais de saúde empenho na inclusão dos homens nas ações e serviços, sobretudo no âmbito da atenção primária.⁽¹⁷⁾

Em estudo realizado em município de pequeno porte do interior do Paraná foi evidenciado que os homens relatam menos seus problemas de saúde do que as mulheres, o que está atrelado à forma com que os homens percebem e concebem a saúde.⁽¹⁸⁾ Desse modo, além de considerarem a possível subestimação dos dados sobre morbidade referida entre os homens, os profissionais de saúde devem conhecer as particularidades e individualidades quanto ao reconhecimento da morbidade, conforme o sexo, de

modo a franquear o acesso, sobretudo dos homens, às ações em saúde.

Entre os homens adultos foi possível identificar que aqueles com mais de 40 anos, quando comparados aos mais jovens, relataram com mais frequência possuir doenças. Esse achado mostra-se consoante a de outros estudos que verificaram tendência crescente das doenças com o avanço da idade, principalmente, devido a questões biológicas, tempo de exposição a fatores de risco e envelhecimento.⁽¹⁹⁾ Destaca-se que, embora a referência às morbidades tenha sido maior entre os homens mais velhos, o mesmo não se verificou em relação à autopercepção da saúde, o que sugere a existência de outras variáveis que impliquem sobre a forma como os homens nessa idade percebem sua saúde.

Assim, ressalta-se, também, a importância do *status* ocupacional no que se refere à associação com morbidade referida. No caso de homens em licença médica, essa relação pode se estabelecer de duas maneiras: a primeira, em que as condições de trabalho, o não reconhecimento de seu papel e a insatisfação com este propiciam o desenvolvimento de doenças; ou, a segunda, em que a morbidade já existente, ou o agravamento desta, compromete o trabalho e determina o afastamento.⁽¹⁸⁾ Ambas as situações merecem atenção por parte de políticas e serviços de saúde, de modo que os profissionais de saúde possam identificar riscos ocupacionais e atuar sobre os mesmos, contribuindo para a manutenção de condições adequadas de saúde para os homens desenvolverem suas atividades, especialmente porque eles atribuem importante valor sociocultural ao trabalho.⁽²⁰⁾

No que se refere à cor da pele constatou-se escassez de estudos que investigaram desigualdades em saúde, especificamente a partir da cor da pele como fator associado à morbidade relatada. Entretanto, constata-se que o achado do presente estudo – isto é, a maior proporção de indivíduos de cor branca relatando morbidade – diverge de outros estudos que demonstraram associações importantes entre a cor da pele negra e causas de morbimortalidade, sobretudo as causas externas.^(21,22) Embora exista influência da autopercepção da saúde sobre os relatos de presença de morbidade, não se pode justificar a associação da cor da pele com a morbidade referida, a partir desta variável, pois a associação entre esta

percepção e a cor da pele não foi identificada no presente estudo assim como em outro realizado no Sul do Brasil.⁽⁹⁾

Em linhas gerais, o presente estudo pode colaborar para a organização de serviços de saúde por meio da identificação dos fatores associados aos indicadores das necessidades de saúde. Em consonância, estudo que investigou adultos em utilização de serviços médicos e hospitalares no Canadá e Estados Unidos, mostrou que os indicadores de necessidades (autopercepção da saúde e morbidade referida) são fatores diretamente relacionados à procura por cuidados de saúde.⁽¹³⁾

Ressalta-se que a autopercepção da saúde, pode estar relacionada ainda à adesão às práticas preventivas, de promoção ou de tratamento, ao passo que, a morbidade, enquanto necessidade avaliada, pode determinar o tipo de prática a ser implementada no acompanhamento de saúde de homens adultos. No entanto, estes aspectos ainda constituem indicadores que, via de regra, não são tomados como alvos dos serviços de saúde na prática cotidiana voltada para os homens. Neste sentido, a identificação dos fatores associados a estes indicadores, conforme achados do presente estudo, pode contribuir para o direcionamento da atenção ao homem adulto e contextualizar as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde, alinhando-as às características que condicionam a socialização das necessidades masculinas.

Conclusão

A faixa etária e o *status* ocupacional constituíram-se em fatores associados, tanto em relação à autopercepção regular/ruim de saúde quanto à morbidade relatada entre homens adultos, e a escolaridade e a cor da pele mostraram-se associadas à autopercepção de saúde e à presença de morbidade, respectivamente. Embora sem significância, a classe econômica foi fator importante no ajuste do modelo proposto para autopercepção da saúde.

Agradecimentos

À Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Paraná (bolsa de mestrado para Arruda GO).

Colaborações

Arruda GO; Corrêa ACP e Marcon SS contribuíram na concepção e desenvolvimento da pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

- Schraiber LB. [Healthcare needs, public policies and gender: the perspective of professional practices]. *Cienc Saúde Coletiva*. 2012; 17(10):2635-44. Portuguese.
- Pavão AL, Coeli CM, Lopes CS, Faerstein E, Werneck GL, Chor D. [Social determinants of the use of health services among a public university workers]. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(1):98-103. Portuguese.
- Pavão AL, Coeli CM. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. *Cad Saúde Coletiva*. 2008; 16(3):471-82.
- Babitsch B, Gohl D, Lengerke TV. Re-revisiting Andersen's Behavior Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. *GMS Psych-Soc-Med*. 2012; 9(11):1-15.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem [Internet]. 2009. 46 p. [citado 2013 Set 6]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>.
- Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R. [Health needs and masculinities: primary health care services for men]. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(5):961-70. Portuguese.
- DATASUS. Departamento de Informática do SUS-DATASUS. Informações de saúde – Demográficas e socioeconômicas. 2013. [citado 2013 Mai 5]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil-CCEB. 2010 [Internet] [citado em 2012 Jun 6]. Disponível em: <http://www.abep.org>.
- Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. [Self-reported health status in adolescents, adults and the elderly]. *Cienc Saúde Coletiva*. 2012; 17(12):3353-62. Portuguese.
- Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto ME, Balaridin GU, Harzheim E. [Self-perceived health of adults users of Primary Health Care Services in Porto Alegre, RS, Brazil]. *Rev Bras Med Fam Comun*. 2010; 5(17):9-15. Portuguese.
- Venskutonyte L, Brismar K, Öhrvik J, Rydén L, Kjellström B. Self-rated health predicts outcome in patients with type 2 diabetes and myocardial infarction: a DIGAMI 2 quality of life sub-study. *Diab Vasc Dis Res*. 2013; 10(4):361-67.
- Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJ. [Health service use in a population covered by the Estratégia de Saúde da Família (Family Health Strategy)]. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(4):595-603.
- Giatti L, Barreto SM. [Labor market status and the use of healthcare services in Brazil]. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011; 16(9):3817-27. Portuguese.
- Blackwell DL, Martinez ME, Gentleman JF, Sanmartin C, Berthelot JM. Socioeconomic status and utilization of health care services in Canada and the United States: findings from a binational health survey. *Med Care*. 2009; 47(11):1136-46.

15. Lenardt MH, Michel T, Wachholz PA. [Self-rated health and life satisfaction by institutionalized elderly women]. *Ciênc Cuid Saúde*. 2010; 9(2):246-54. Portuguese.
16. Capilheira MF, Santos IS. [Individual factors associated with medical consultation by adults]. *Rev Saude Publica*. 2006; 40(3):436-43. Portuguese.
17. Boing AF, Matos IB, Arruda MP, Oliveira MC, Njaine K. [Prevalence of medical visits and associated factors: a population-based study in Southern Brazil]. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(1):41-6. Portuguese.
18. Merino MF, Marcon SS. [Conceptions of health and therapeutic itinerary adopted by adults from a small city]. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(6): 651-8. Portuguese.
19. Pereira JC, Barreto SM, Passos VM. [Cardiovascular risk profile and health self-evaluation in Brazil: a population-based study]. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 25(6):491-8. Portuguese.
20. Ferreira DKS, Bomfim C, Augusto LGS. [Working conditions and referred morbidity in military police officers, Recife-PE, Brazil]. *Saúde Soc*. 2012; 21(4):989-1000. Portuguese.
21. Figueiredo WS. *Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária [tese]*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2008.
22. Araújo EM, Costa MC, Hogan VK, Mota EL, Araújo TM, Oliveira NF. [Race/ skin color differentials in potential years of life lost due to external causes]. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3):405-12. Portuguese.