

PREVENÇÃO À SAÚDE SE RESUME A EVITAR DOENÇAS? UMA INVESTIGAÇÃO PARA DIFERENTES NÍVEIS PREVENTIVOS

Fabírcia Jóisse Vitorino Carvalho¹
Mércia Santos da Cruz²

RESUMO

Este estudo objetiva realizar uma investigação sobre a prevenção à saúde para homens e mulheres; quanto aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária. Os principais resultados denotam que o acesso é um fator determinante para a realização de atitudes preventivas a saúde em seus diferentes desdobramentos. Na prevenção primária, por exemplo, ter acesso a locais que favorecem a práticas de atividades físicas aumenta a predisposição do indivíduo adotar bons hábitos de vida a saúde, ao passo que residir com algum fumante no mesmo domicílio reduz a predisposição do indivíduo adotar atitudes preventivas primárias à saúde. A identificação dos fatores que impulsionam a adoção de atitudes preventivas é importante para obtenção de um maior nível de saúde e bem-estar para o indivíduo; para redução de custos para o SUS com internações e serviços hospitalares; e para toda a economia, a partir do aumento da produtividade, da redução de auxílios por incapacidade, e na contenção de mortes prematuras decorrentes de patologias preveníveis.

Palavras-chave. Prevenção à Saúde; Prevenção Primária; Prevenção Secundária; Prevenção Terciária.

ABSTRACT

This study aims to carry out an investigation on health prevention for men and women, regarding the levels of primary, secondary and tertiary prevention. The main results show that access is a determining factor for the realization of preventive attitudes to health in its different developments. In primary prevention, for example, having access to places that favor physical activity practices increases the individual's predisposition to adopt good health habits, while living with a smoker in the same household reduces the individual's predisposition to adopt primary preventive attitudes the health. Identifying the factors that drive the adoption of preventive attitudes is important to obtain a higher level of health and well-being for the individual; to reduce costs for the SUS with hospital admissions and services; and for the entire economy, from the increase in productivity, the reduction of disability benefits, and the containment of premature deaths resulting from preventable pathologies.

Keywords. Health Prevention; Primary Prevention; Secondary Prevention; Tertiary Prevention.

Área 12 - Economia Social e Demografia Econômica

Código JEL: C35; D03; I10.

¹ Doutora e Mestre em economia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: fabricia_joice@hotmail.com

² Professora do Programa de Pós-Graduação em Economia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: mercia_sc@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

O entendimento de prevenção à saúde vai muito além de inibir o aparecimento de morbidades ou comorbidades, incluindo cuidados antes e depois que alguma doença já tenha se instalado, sendo mais amplo por incluir tanto a manutenção de um estilo de vida mais saudável quanto o trato para um não agravamento de uma morbidade já instalada.

Nesta perspectiva, os indivíduos podem estabelecer e manter formas primárias, secundárias e terciárias de prevenção a saúde. Quando o indivíduo efetiva ações para aumentar a sua saúde, mesmo não possuindo sintomas de nenhuma doença, há a realização da prevenção primária (BUSS, 2003). Já quando ocorre a busca por diagnóstico contra patologias, diz-se que o indivíduo realizou prevenção secundária (BENTZEN, 2004). Mas, mesmo quando a doença já esteja instalada, visando reduzir a progressão e/ou as sequelas da patologia, e a esse tipo de prevenção denomina-se prevenção terciária (RESTREPO, 2001).

Nada obstante, é preciso denotar que a prevenção à saúde também possui impactos diretos e indiretos na economia de um país. O impacto econômico pode ser captado de modo direto a partir da redução de custos governamentais com a saúde pública brasileira, aferidos pela dispensação de medicamentos, internações hospitalares, honorários médicos, entre outros. Dados do Ministério da Saúde (DATASUS, 2020), referente ao ano de 2020, mostram que o custo médio de uma internação hospitalar é de 1.587,31 reais, e caso essa internação ocorra na região Sul do país, o custo pode chegar a 1.850,43 reais. Já o gasto anual com serviços profissionais e hospitalares são quantificados em R\$ 2,8 bilhões e R\$ 12 bilhões, respectivamente (DATASUS, 2020).

Ademais, quando o indivíduo não realiza prevenção à saúde isso também gera impacto indireto na economia, que podem ser quantificados através dos auxílios por incapacidade, pela redução da produtividade, e pelos custos econômicos relacionados as mortes prematuras. Estudo realizado pela Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (INTERFARMA, 2019) expõe que as doenças cancerígenas promoveram, no ano de 2017, custos de R\$ 47,8 bilhões com mortes prematuras, de R\$ 1,3 bilhão com perda de produtividade, e R\$ 114,6 milhões com auxílio-doença. Do mesmo modo, Nilson et al. (2019) expressam que as doenças cardiovasculares, originadas principalmente por um estilo de vida inadequado, incidiram custos para a economia com mortes prematuras e perda de produtividade no valor de R\$ 37,1 bilhões, apenas no ano de 2015. Por conseguinte, pode-se dizer que incentivar os indivíduos a realizarem prevenção à saúde é um modo de investir na produtividade e no crescimento econômico.

Independente das diferentes formas de realizar prevenção, cabe destacar que grupos sociais diferentes realizam tais procedimentos de maneiras diversas, dentre tais grupos podemos citar os homens e as mulheres. Trabalhos encontrados na literatura como o de Figueiredo (2005), Carrara et al. (2009) e Gomes et al. (2011) denotam que o público masculino procura menos os serviços de saúde que as mulheres; tal pesquisa não desagrega por tipificação de prevenção, logo, o presente estudo avança investigação.

Logo, o presente trabalho se propõe a estudar os determinantes das três diferentes formas de prevenção supracitadas, para tanto foram utilizados dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), do ano de 2019; e como estratégias empíricas foram adotadas a Regressão Probit Estendida (EPROBIT) e a Regressão Probit Estendida Ordenada (EOPROBIT), dado o caráter discreto das variáveis dependentes.

2 PREVENÇÃO A SAÚDE: UMA BREVE REVISÃO

A saúde em si é vista tanto como um ativo de investimento como um bem de consumo e vem sendo investigada como um bem com tais características desde às pesquisas seminais de Mushkin (1962) e Becker (1964). No entanto, Grossman (1972) foi o pioneiro na construção de um modelo para a demanda do capital saúde, por ter diferenciado o capital-saúde das outras formas de capital humano, como o estoque de conhecimento do indivíduo.

Independente de ser um direito constitucional no Brasil, a saúde em suas diferentes percepções, não é adquirida e mantida por todos, questão já levantada por autores como Domingues et al. (2015), ao estudar a saúde desagregada por gênero.

Oliveira et al. (2015) verificaram que, do total de homens cadastrados no setor do Programa Médico de Família do município de Niterói-RJ, 44% não buscaram atendimento no período de novembro de 2003 a agosto de 2009. E que o perfil dos homens que buscaram o serviço de saúde era caracterizado por idosos

com alto grau escolaridade, que possuíam seguro social, e que relatavam alguma morbidade no momento do cadastro.

Gomes et al. (2007) ao avaliarem 28 homens da cidade do Rio de Janeiro, perceberam que independentemente do nível de instrução, predomina o imaginário do sexo masculino de ser forte, viril e invulnerável. Este fato dificulta o autocuidado e a adoção de práticas preventivas contra doenças, que podem acometer esse gênero. Concluíram que a falta de procura aos serviços de saúde, por parte dos homens, independe do nível de escolaridade.

Schraiber et al. (2010) ao realizar uma revisão bibliográfica sobre a necessidade de saúde e a masculinidade, verificaram que os indivíduos do sexo masculino só procuram os serviços de saúde quando apresentam sintomas de alguma doença, ignorando os serviços de atenção primária. Para os autores, isso se deve, entre outros motivos, ao fato de que os homens se sentem invulneráveis a possíveis patologias e mais fortes e saudáveis do que as mulheres, buscando apenas ajuda na medicalização e não na prevenção à saúde.

Nascimento e Gomes (2008) também criticam a postura do sexo masculino, ao afirmarem que cuidados com a saúde são predicados considerados da população feminina. Mesmo os homens que procuram os serviços de saúde, por ter algum problema já alojado, continuam com maus hábitos alimentares, sedentarismo, entre outros.

Para Gomes et al. (2011) e Levorato et al. (2014), além de mudanças no pensamento masculino, é preciso que haja mudança no sistema público de saúde. Pois, de acordo com os trabalhos supracitados, fatores como o horário de atendimento dos postos de saúde, o fato de o quadro dos profissionais de saúde ser formado quase exclusivamente por mulheres e falta de investimentos em serviços destinados ao sexo masculino, distanciam os homens das unidades básicas de saúde.

Estudos como o de O'Donnell (2007), evidenciam a falta de acesso como um dos principais motivos para a falta de procura pelos serviços de saúde. Em uma perspectiva relacional de gênero, Moura et al. (2017) apontam a falta de acesso ao atendimento como a principal justificativa dada por homens e mulheres para o não tratamento do problema de saúde existente.

Não obstante, Travassos e Martins (2004) evidenciam que o acesso à saúde não pode ser medido apenas pela sua utilização, pois o uso efetivo dos serviços depende de determinantes da oferta e da demanda. A parte da oferta diz respeito à existência física de serviços, podendo ser modelada pela acessibilidade geográfica, cultural, econômica, entre outros. Já a demanda é caracterizada pela busca dos pacientes aos serviços ofertados. Em outras palavras, o acesso e utilização são conceitos diferentes, dado que esse último não depende apenas da oferta, mas da procura e/ou necessidade dos indivíduos por esses serviços disponibilizados.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2003), ao fazer uma comparação entre os anos de 1998 e 2003, verificou um aumento no número de serviços de uso regular, elevação na proporção de pessoas que realizaram pelo menos uma consulta médica no ano, bem como no número de serviços de atenção primária. O que pode sinalizar que, apesar das limitações existentes, o país vem melhorando seus indicadores de acesso à saúde.

3 BASE DE DADOS E DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Para a realização deste estudo, foi utilizado a base de dados referente à Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), do ano de 2019. Inquérito nacional e de base domiciliar, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Ministério da Saúde, com periodicidade de cinco anos, que fornece um dos mais completos estudos de saúde do Brasil.

A Pesquisa Nacional de Saúde faz parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE; e possui plano amostral por conglomerado em três estágios e devido ao desenho amostral da PNS, foi preciso inserir fatores de expansão ou pesos amostrais para se ter estimativas corretas dos resultados.

A partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), este estudo abordou cinco indicadores de prevenção primária, um indicador de prevenção secundária e dois indicadores de prevenção terciária, como mostrado na Tabela 1. Dentre os indicadores de prevenção primária foram considerados fatores relacionados ao estilo de vida, como o consumo de álcool e cigarro, a alimentação e a prática de atividades físicas.

No que alude ao consumo de bebidas alcoólicas, o Ministério da Saúde determina como consumo abusivo, a ingestão de 5 ou mais doses, para homens, ou de 4 ou mais doses, para mulheres, em uma única ocasião (IBGE, 2013). Desse modo, quem respondeu “sim” à pergunta: "Nos últimos 30 dias, o sr. chegou a consumir 5 ou mais doses (a sra. chegou a consumir 4 ou mais doses) de bebida alcoólica em uma única ocasião?" será considerado como um indivíduo que não realiza prevenção primária. Por outro lado, se a pessoa respondeu que não consumiu esse número de doses nos últimos 30 dias em um único momento, será avaliada como indivíduo que pratica prevenção primária (Tabela 1).

Gallassi et al. (2008) e OPAS (2019), alertam para a associação entre o consumo de álcool com drogas ilícitas; violência; agressões; atividade sexual não planejada; acidentes de trânsito; danos para familiares, amigos e colegas de trabalho; além de prejuízos econômicos e sociais, além de do fato de que mais de 5% da carga mundial de doenças e lesões estarem relacionadas a ingestão de álcool e 1 a cada 20 mortes em 2016 estava relacionado com o uso de bebida alcoólica.

No que se refere aos custos econômicos, Gallassi et al. (2008) destacam que o Brasil gasta em torno de 7,3% do PIB com problemas relacionados ao álcool. O Ministério da Saúde aponta que a síndrome da dependência de álcool pode ocasionar custos três vezes maiores com licenças médicas; oito vezes maior com diárias hospitalares; três vezes mais com assistência médica e social das empresas; e uma deseconomia para o SUS, em torno de 1 bilhão de reais, com os agravos do uso do álcool (BRASIL, 2004).

Além da ingestão de álcool, busca-se examinar o consumo de tabaco entre homens e mulheres. Dado que o tabagismo além de prejudicar a saúde dos indivíduos, ainda gera um custo econômico substancial para a sociedade, tipificado em custos médicos assistenciais, redução da produtividade devido a comorbidade, e até mesmo a morte prematura (PINTO; UGÁ, 2010). Além dos custos pessoais e de oportunidade, pelo dano a saúde e efetivo dispêndio financeiro com a referida droga (os valores economizados ao longo da vida com a compra de cigarro, por um indivíduo jovem, podem gerar uma poupança superior a dois milhões de reais, tanto para homens quanto para mulheres Pinto et al. (2019) e Dornelles et al. (2018)_

Cabe descrever que, na análise da variável referente ao consumo de cigarro, foi considerado quem fuma atualmente, mesmo que não diariamente, como uma pessoa que não pratica prevenção primária. De modo oposto, quem não fuma atualmente está cuidando mais da saúde e diminuindo os fatores de riscos relacionados a possíveis doenças, e portanto, realizando prevenção primária à saúde.

Outra variável importante para tornar a vida mais saudável é a prática de algum tipo de exercício físico ou esporte. Conforme orientações do Ministério da Saúde, é preciso praticar pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias (BVSMS, 2010). Pois, os benefícios da prática de atividade física transcendem o simples fato de manter ou perder peso; perpassando a redução no risco de doenças cardíacas, diabetes, hipertensão, cânceres (como de mama e de cólon), estresse, ansiedade; e melhorando a força muscular, disposição, flexibilidade, equilíbrio e convívio social (LIMA et al., 2014).

Segundo OPAS (2019) a inatividade física é a quarta causa de morte em todo mundo. Guthold et al. (2018) - pesquisadores da Organização Mundial da Saúde - reiteram esses dados, ao especificar que 1,4 bilhão de adultos correm risco de desenvolver algum tipo de doença por inatividade física. Do mesmo modo, autores como Bueno et al. (2016) e Ding et al. (2016) atentam aos custos econômicos relacionados ao sedentarismo. Esse último, por exemplo, ao realizarem uma análise sobre inatividade para 142 países no ano de 2013, quantificaram custos aos sistemas de saúde internacionais de 53,8 bilhões, sendo a maior parte (31,2 bilhões) arcado pelo setor público, e o restante dividido entre o setor privado e as famílias.

No que se refere à alimentação, a variável selecionada foi sobre o consumo de refrigerante e/ou suco artificial. Pois, apesar de existir outras variáveis que sinalizam alimentação na base de dados, algumas não tinham uma pergunta objetiva quanto ao padrão alimentar, ou então, quando eram específicas, apresentavam baixa variabilidade; sendo difícil discriminar um comportamento nutricional. É válido denotar que os refrigerantes são alimentos

ultra processados, formados basicamente por gordura, açúcar, sódio, óleos, e substâncias de uso exclusivamente industrial e sintética, cuja única função é estender a duração dos alimentos, sendo nutricionalmente desbalanceados (BRASIL, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde, para se ter uma alimentação saudável é preciso evitar o consumo de refrigerantes, sucos industrializados, doces e recheados e outras guloseimas; e caso haja o

consumo, que ele ocorra no máximo 2 vezes na semana (Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde - BVSMS, 2010). Sendo assim, as pessoas que responderam que consomem refrigerante e/ou suco artificial mais de 2 vezes na semana, têm uma má alimentação e, portanto, não realizam prevenção primária.

Tabela 1 – Construção dos índices de prevenção primária, secundária e terciária

PREVENÇÃO PRIMÁRIA				
Orientações do Ministério da Saúde	Variáveis Seleccionadas no questionário	Resposta dada no questionário	Pontuação	Resultado da pontuação acumulada
Consumo abusivo de bebida alcoólica: 5 (4) doses de bebida alcoólica por homens (mulheres) em uma única ocasião (IBGE, 2013).	Nos últimos 30 dias, o(a) sr(a) chegou a consumir 5(4) ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?	Sim	0	0 ou 1 - Muito Ruim 2 - Ruim 3 - Regular 4 - Bom 5 - Muito Bom
		Não	1	
Fumar faz mal à saúde (BVSMS, 2010).	Atualmente, o(a) sr(a) fuma algum produto do tabaco?	Sim, diariamente	0	
		Sim, menos que diariamente	0	
		Não fumo atualmente	1	
Deve-se praticar pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias (BVSMS, 2010).	Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?	Não	0	
		Sim	1	
Deve-se evitar refrigerantes e sucos industrializados. Consumir, no máximo, 2 vezes por semana (BVSMS, 2010).	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante (ou suco artificial)?	Mais de duas vezes por semana	0	
		Nunca ou menos de duas vezes na semana	1	
É preciso reduzir a quantidade de sal na comida e retirar o saleiro da mesa (BVSMS, 2010).	Considerando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados, o (a) Sr (a) acha que o seu consumo de sal é:	Muito alto	0	
		Alto	0	
		Adequado	1	
		Baixo	1	
		Muito baixo	1	
PREVENÇÃO SECUNDÁRIA				
De modo geral, os exames preventivos de homens (como de próstata) e de mulheres (como de mama) devem ser feitos anualmente (BRASIL, 2011).	Quando o (a) sr (a) consultou um médico pela última vez? Por qual motivo o (a) sr (a) precisou consultar um médico, pela última vez?	No último ano, para realização de exames periódicos.	1	0 - Muito Ruim 1 - Muito Bom
		No último ano, por doença, acidente etc.	0	
		Nunca foi ao médico	0	
PREVENÇÃO TERCIÁRIA				
A hipertensão e a diabetes não tem cura, mas pode ser controlada com orientação e acompanhamento médico adequado (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020).	O(A) sr(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão arterial (pressão alta)?	Sim	1	0 ou 1* - Muito Ruim 1* - se o indivíduo é hipertenso e diabético, mas só vai regularmente ao médico para tratar de apenas 1 delas 2 ou 1** - Muito Bom 1** - se o indivíduo só tem 1 doença crônica, e, logo, só respondeu a uma das perguntas.
		Não, só quando tem problema	0	
		Nunca vai	0	
	O(A) sr(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes?	Sim	1	
		Não, só quando tem problema	0	
		Nunca vai	0	

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Por fim, a última variável alusiva a prevenção primária diz respeito ao consumo de sal. Essa variável foi utilizada com o intuito de verificar se as pessoas realizam prevenção primária contra uma das doenças

crônicas mais comuns entre os brasileiros: a hipertensão. Dessa forma, se o consumo de sal foi declarado, pelo indivíduo, como “alto” ou “muito alto”, não se verifica a prevenção primária. Ao contrário, se o consumo de sal foi auto reportado como “adequado”, “baixo” ou “muito baixo”, esse indivíduo fará parte do grupo de pessoas que realizam prevenção quanto à hipertensão.

Além das medidas de prevenção primária, serão versadas questões relacionadas à prevenção secundária, no que tange à regularidade das consultas médicas realizadas por homens e mulheres. Considerando-se que a prevenção secundária é o diagnóstico e/ou tratamento precoce, foi retirado da amostra as pessoas que possui doenças crônicas. E como o recomendado pelos médicos é que exames de rotina sejam realizados de ano em ano, então, será considerada como prática de prevenção secundária quem consulta o médico anualmente. Quem não procura o médico no período de doze meses, por outro lado, será considerado como quem não realiza prevenção secundária.

No que concerne à prevenção terciária, foram selecionadas duas variáveis sobre doenças crônicas: hipertensão e diabetes³. Essas duas patologias são responsáveis pela principal causa de morbidade prevenível no mundo, por amputações de membros inferiores, diálises, perda de funções neurológicas, problemas renais crônicos, perda de visão, partos prematuros, e doenças cardiovasculares, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio (OPAS, 2010).

No que diz respeito aos danos econômicos, Zaitune et al. (2006) estima um custo de 475 milhões de reais por ano devido a problemas relacionados com a hipertensão arterial, que vão desde internações a aposentadorias precoces relacionadas a patologia. Do mesmo modo, a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2018) expõe que o ônus econômico de uma hospitalização por diabetes é 19% maior do que o custo médio de uma hospitalização relacionada a qualquer outra enfermidade em um indivíduo adulto.

As duas variáveis utilizadas para a construção da variável de prevenção, inicialmente, tinham três categorias: as pessoas que procuram o médico regularmente, as que procuram apenas quando têm algum problema, e as que não procuram nunca. De acordo com Bentzen (2004) e a OPAS (2010), o conceito de prevenção terciária está relacionado ao próprio tratamento da doença. Desse modo, quem nunca procura ou quem só procura o médico quando tem algum problema, não tratam da doença, por conseguinte, apenas os indivíduos que frequentam regularmente o médico é que estão tratando da doença, e realizando a prevenção terciária.

Se o indivíduo é apenas hipertenso ele não responde à pergunta sobre a diabetes e *vice-versa*. Logo, para esses indivíduos, o resultado da pontuação acumulada vai oscilar entre 0 e 1. Sendo “0” o nível de prevenção muito ruim, atribuído ao indivíduo hipertenso (ou diabético) que não vai regularmente ao médico para tratar da patologia; e “1” o nível de prevenção muito bom, conferido ao indivíduo que faz o tratamento regular. Contudo, se a mesma pessoa possui as duas patologias, ela deve responder as duas perguntas, e assim o resultado da pontuação acumulada irá alternar entre 0 e 2. Em que “0” continua sendo o nível de prevenção muito ruim, designado para os indivíduos hipertensos e diabéticos que responderam que não realizam o tratamento regular de nenhuma das duas doenças crônicas. O número “1”, nesse caso, também designa o pior nível de prevenção, e ocorre quando o indivíduo possui as duas patologias, mas só faz o tratamento regular de uma delas. E, por fim, a categoria “2” se refere aos indivíduos portadores das duas patologias, e que vão ao médico regularmente para tratar de ambas as doenças; sinalizando o melhor nível de prevenção terciária.

Em suma, o critério adotado para determinar se o indivíduo realiza a prevenção primária, diz respeito à verificação dos comportamentos saudáveis; a prevenção secundária é conferida se o indivíduo consultou o médico anualmente e realizou algum exame preventivo, e por fim, a prevenção terciária corresponde ao tratamento das patologias crônicas.

A Tabela 2 ilustra as variáveis independentes que foram empregadas nesse estudo. Alguns indicadores de conduta e network são específicos para o modelo de prevenção primária, tais como a proximidade do domicílio com práticas de esporte, propagandas de cigarros, laços de amizade e vínculo familiar. Outras variáveis são utilizadas apenas nos modelos de prevenção secundária e terciária, como por exemplo, plano de saúde e cadastro na Unidade de Saúde da Família. Sendo ainda algumas peculiares ao

³ As demais doenças crônicas (como câncer, problemas no coração, asma etc.) não foram selecionadas porque não tinha pergunta no questionário que sinalizasse alguma medida de prevenção terciária da referida patologia.

Tabela 2 - Descrição das variáveis independentes utilizadas no estudo de investigação por gênero

Variáveis Independentes	Descrição das Variáveis	PRI	SEC	TER
Proximidade com Práticas de Esporte	1 se perto do domicílio do indivíduo existe algum lugar público para fazer caminhada, realizar exercício ou praticar esporte, 0 caso contrário.	X		
Propaganda Antitabagista	1 se o indivíduo ouviu informações sobre os riscos de fumar cigarros ou que estimulem a parar de fumar em meios de comunicação, como jornais, revistas, televisão ou rádio, 0 caso contrário.	X		
Influência do Cigarro	1 se o indivíduo reside com alguém que fuma dentro do seu domicílio, 0 caso contrário.	X		
Amizade	1 se o indivíduo tem 1 ou mais amigos que se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo (sem considerar os familiares ou parentes), 0 caso contrário.	X		
Vínculo Familiar	1 se o indivíduo tem 1 ou mais familiares ou parentes que se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo, 0 caso contrário.	X		
Atividade Religiosa	1 se o indivíduo compareceu a cultos ou atividades da sua religião, ou de outra religião, pelo menos 1 vez no ano, 0 caso contrário	X		
Autoavaliação da Saúde	2 se o indivíduo avalia sua saúde como muito boa/boa, 1 se o indivíduo avalia sua saúde como regular, e 0 caso essa avaliação seja ruim/muito ruim. Nesse caso, considera-se saúde como um estado de bem-estar físico e mental, e não somente a ausência de doenças, como você avalia o seu estado de saúde.	X	X	X
Plano de Saúde	1 se o indivíduo possui plano de saúde, 0 caso contrário		X	X
Cadastro USF	1 se o domicílio do indivíduo está cadastrado na Unidade de Saúde da Família (USF), 0 caso contrário.		X	X
Renda	Renda do indivíduo		X	X
Orientações Médicas	1 se nos atendimentos para hipertensão e/ou diabetes, algum médico ou outro profissional de saúde deu alguma dessas recomendação, tais como: manter uma alimentação saudável, manter o peso adequado, praticar atividade física regular, não fumar, não beber em excesso, ingerir menos sal e/ou açúcar, 0 caso contrário.			X
Medicam. SUS ou FarmPopular	1 se algum dos medicamentos para hipertensão arterial e/ou diabetes foi obtido no Programa Farmácia Popular (PFP) ou no serviço público de saúde, 0 caso contrário.			X
Assistência do SUS	1 se na última vez que recebeu assistência médica para hipertensão arterial e/ou diabetes esse atendimento foi realizado pelo SUS, 0 caso contrário.			X
Relação Médico-Paciente	1 se na última vez que recebeu assistência médica para hipertensão arterial e/ou diabetes esse atendimento foi realizado pelo SUS, 0 caso contrário.			X
Mais de uma Década do Diagnóstico	1 se faz mais de 10 anos que o indivíduo tem o diagnóstico de hipertensão arterial e/ou diabetes, 0 caso contrário.			X
Demais variáveis Socioeconômicas	Faixas de idade; escolaridade; raça/cor; ocupação; chefe de família; área censitária e variáveis regionais.	X	X	X

Fonte: Elaborado pelas autoras. Legenda: Coluna PRI = representa as variáveis do modelo de prevenção primária. Coluna SEC = representa as variáveis do modelo de prevenção secundária. Coluna TER = representa as variáveis do modelo de prevenção terciária.

modelo de prevenção terciária, a saber: relação médico-paciente, recebimento de medicamento grátis, orientações médicas etc. Por fim, tem-se as variáveis socioeconômicas que são utilizadas como controle nos três modelos de prevenção: cor/raça; faixas de idade; estado civil, níveis de escolaridade (analfabeto, ensino fundamental, médio e superior); setor urbano e regiões.

Na análise de prevenção primária foi retirado da amostra as pessoas que possuíam algum tipo de doença crônica, dado que o conceito desse primeiro nível de prevenção permeia um conjunto de ações que aumentam a saúde e o bem-estar do indivíduo que ainda não foram acometidos com patologias. Ainda sobre a prevenção primária, é importante destacar que não foi feito recortes de renda e nem de acesso a plano de saúde, por entender que atividades que envolvem o estilo de vida do indivíduo podem ser feitas sem maiores dispêndios econômicos.

Já quando se analisa a prevenção secundária e terciária, é possível observar que tais atitudes preventivas não se reduz apenas a fatores individuais. O acesso a plano de saúde e/ou o fato de ter cadastro na Unidade de Saúde da Família (USF), ou até o fato de residir na área urbana, pode ter efeito sobre a utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, na realização de exames preventivos, por exemplo. Desse modo, o presente estudo também estimou modelos adicionais considerando recortes de acesso ao serviço de saúde para os modelos de prevenção secundária e terciária.

Além da aplicação de recortes nos modelos de prevenção primária, secundária e terciária, o presente trabalho também se preocupou com uma possível endogenia entre a variável de autoavaliação de saúde e de prevenção. Dado que, uma pessoa pode aumentar o nível de prevenção à saúde devido ao modo como autorretratam a sua própria saúde, bem como pode melhorar o modo como autoavaliam à saúde devido ao nível de prevenção que praticam no dia a dia. Szwarzwald et al. (2015) denotam, por exemplo, que pessoas que possuem comportamentos saudáveis tendem a apresentar maiores chances de avaliar positivamente sua saúde. Para mitigar esse efeito foram construídos instrumentos e estimados modelos que captem a existência dessa relação endógena entre as duas variáveis.

4 ESTRATÉGIAS EMPÍRICAS

4.1 VARIÁVEIS INSTRUMENTAIS

O presente estudo adotou o método de regressão por Variáveis Instrumentais (VI) por causa da relação endógena entre autoavaliação de saúde e prevenção saúde. Na tentativa de resolver esse problema, empregou três instrumentos que são correlacionados com a autoavaliação da saúde, mas não estão diretamente relacionados com o nível de prevenção, a saber: problemas no sono, exposição à violência, e condições do ambiente em que vive. Pois, ao realizar uma revisão sistemática na literatura com idosos brasileiros, Pagotto et al. (2013) encontraram uma prevalência de autoavaliação negativa relacionada a queixas de insônia. Desse modo, o presente estudo utilizou uma variável dummy que assume valor 1 se o indivíduo teve problemas no sono (como dificuldade para adormecer, ou acorda frequentemente à noite), ou ainda se o indivíduo dormiu mais do que de costume nas últimas duas semanas; e 0 caso contrário.

Outro instrumento utilizado neste trabalho se refere a exposição à violência. Tal variável assume valor 1 se o indivíduo já sofreu alguma violência ou agressão de pessoa desconhecida e/ou conhecida, e 0 caso contrário. A relação existente entre exposição à violência e a variável de autoavaliação de saúde foi evidenciada por Andrade et al. (2020). De acordo com os autores, uma pessoa que já passou por algum tipo de violência possui, em geral, maiores chances de ter comportamentos agressivos, depressão, ansiedade, dores crônicas, transtorno de estresse pós-traumático, alterações comportamentais (como medo, insegurança e perda do controle sobre o ambiente externo e até da própria vida). Esses e outros fatores resultantes da exposição à violência gera efeito negativo no modo como o indivíduo avalia a sua própria saúde.

Já para Santos et al. (2007) a autoavaliação da saúde ultrapassa fatores individuais, sendo preciso analisar a influência do local de moradia na autoavaliação de saúde dos brasileiros. Nesse sentido, o terceiro instrumento designa aspectos de moradia, e foi construído a partir do sistema de pontos da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP, 2019), que versa sobre a posse de itens como televisão, banheiro, automóveis, entre outros. O caráter dessa variável é quantitativo, e a ideia é que quanto maior a pontuação obtida pelo indivíduo, melhor as condições de moradia, e conseqüentemente melhores serão os níveis de autoavaliação de saúde relatados pelos indivíduos.

Por fim, trabalhos como o de Barros et al. (2009) expõem a importância de variáveis socioeconômicas na análise da autoavaliação da saúde. Em vista disso, além dos três instrumentos, também foram incluídas variáveis socioeconômicas como controle na estimação, que servirão como primeiro estágio na regressão probit estendida.

4.2 REGRESSÃO PROBIT ESTENDIDA (EPROBIT) E REGRESSÃO PROBIT ESTENDIDA ORDENADA (EOPROBIT)

A estratégia empírica deste estudo se refere aos modelos Regressão Probit Estendida (EPROBIT) e Regressão Probit Estendida Ordenada (EOPROBIT). O primeiro modelo é utilizado quando há a ocorrência de endogenia em modelos de resposta binária. Já esse último é utilizado quando o problema de endogenia ocorra em situações que a variável dependente possui uma espécie de ordenação em sua construção. Mas ambos os casos se trata de regressões em dois estágios, visando contornar o possível problema de endogeneidade das variáveis do modelo econométrico.

Os estimadores das regressões *eprobit* e *eoprobit* são funções de log-verossimilhança maximizadas, e a distribuição conjunta das variáveis endógenas é determinada pelo produto das distribuições condicionais e marginais, dado que o modelo possui uma estrutura triangular implícita. Tais regressões permitem qualquer combinação de covariadas endógenas, atribuição de tratamento não aleatório, e seleção de amostra endógena (WOOLDRIDGE, 2010).

Matematicamente, tem-se uma regressão probit, em que y_i representa a variável dependente, x_i as covariadas, e ε_i o termo de erro, representada pela Equação 14:

$$y_i = 1(x_i\beta + \varepsilon_i > 0) \quad (4)$$

A regressão probit exposta na Equação 4 sofre alterações a depender se as covariadas endógenas são contínuas ou discretas. Como no presente estudo as covariadas endógenas são discretas, a Equação 4 passa a ser redefinida pela Equação 5:

$$w_{bji} = 1(z_{bji}\alpha_j + \varepsilon_{bji} > 0) \quad (5)$$

Em que, w_{bji} representa a variável dependente discreta endógena, z_{bji} configura as covariadas do modelo, e ε_{bji} simboliza o termo de erro. Vale lembrar que, no presente trabalho, a variável resposta dos modelos de prevenção secundária e terciária são binárias, e foram estimadas a partir do comando “*eprobit*”. Já no modelo de prevenção primária, a variável dependente segue uma ordenação, e por isso foi utilizado o comando “*eoprobit*”. É importante salientar que: a) nos modelos que não forem constatados relações simultâneas, será estimado o modelo probit; b) na estimativa de todos os modelos foi especificado além do peso amostral, a estratificação e a UPA do plano amostral da PNS (2019).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PREVENÇÃO PRIMÁRIA: CONJUNTO DE AÇÕES QUE DIMINUEM OS FATORES DE RISCOS E AUMENTA A SAÚDE E O BEM-ESTAR DO INDIVÍDUO

A prevenção primária, como dito anteriormente, corresponde a um conjunto de ações para aumentar o bem-estar do indivíduo, dirimindo possíveis fatores de riscos contra patologias. Os resultados indicam que a maioria de homens e mulheres que apresentam o pior nível de prevenção estão entre 18 e 29 anos, não são brancos, não são casados, são chefes de família, possuem no máximo o nível fundamental, moram próximo de algum local com fácil acesso a práticas de atividades físicas, possuem vínculo familiar e de amizade, residem na área urbana e na região Sudeste, estão trabalhando e recebem uma renda mensal de 1.017,01 reais. Fica evidenciado também que 37,4% das mulheres desse grupo já ouviram propagandas sobre o risco de fumar, 47,2% convivem com alguém que fuma e autoavaliam a própria saúde próximo do nível regular.

Concomitantemente, homens e mulheres que estão situados no melhor nível de prevenção primária são predominantemente não brancos, não casados, são chefes de família, estão na faixa-etária entre 18 e 40 anos, possuem no mínimo o ensino médio, estão ocupadas, moram em locais que favorecem a prática de atividades físicas, possuem vínculo familiar e de amizade, residem na área urbana, na região Sudeste (Ver Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização dos indivíduos quanto a realização da prevenção primária à saúde

Variáveis/Média	Prevenção Primária – Mulheres					Prevenção Primária - Homens				
	Y=1	Y=2	Y=3	Y=4	Y=5	Y=1	Y=2	Y=3	Y=4	Y=5
Prox. c/ Práticas de Esporte	0,6127	0,5662	0,5089	0,5000	0,6532	0,6081	0,5627	0,5420	0,5318	0,6159
Propaganda Antitabagista	0,3746	0,3305	0,3338	0,3156	0,3064	0,3586	0,3665	0,3651	0,3330	0,3286
Influência do Cigarro	0,4721	0,3117	0,2620	0,1184	0,0751	0,5141	0,3462	0,2276	0,1064	0,0727
Amizade	0,6878	0,7245	0,7403	0,7625	0,8530	0,7358	0,7593	0,7951	0,7912	0,8396
Vínculo Familiar	0,9400	0,9488	0,9452	0,9605	0,9751	0,9506	0,9601	0,9517	0,9662	0,9818
Atividade Religiosa	0,5577	0,5704	0,6337	0,7396	0,7905	0,4599	0,4888	0,5533	0,6560	0,7305
Autoavaliação da Saúde	1,7893	1,7466	1,7501	1,7951	1,8738	1,8226	1,8141	1,8059	1,8125	1,8960
18 a 29 anos	0,4721	0,4455	0,3799	0,3264	0,2848	0,3808	0,3519	0,3147	0,2818	0,3523
30 a 40 anos	0,2731	0,3008	0,2782	0,2946	0,3070	0,2871	0,3039	0,2884	0,2888	0,2874
41 a 50 anos	0,1458	0,1433	0,1604	0,1835	0,2103	0,1727	0,1843	0,1707	0,1731	0,1714
51 a 60 anos	0,0857	0,0736	0,1051	0,1062	0,1217	0,1357	0,1079	0,1390	0,1440	0,1114
Mais de 60 anos	0,0232	0,0369	0,0764	0,0892	0,0763	0,0237	0,0520	0,0872	0,1123	0,0775
Branco	0,3560	0,3720	0,3987	0,3955	0,4754	0,4008	0,3667	0,3766	0,3878	0,4282
Casado	0,1873	0,2470	0,2979	0,3836	0,4278	0,2484	0,2950	0,3705	0,4654	0,4570
Analfabeto	0,0126	0,0275	0,0425	0,0438	0,0150	0,0456	0,0436	0,0656	0,0638	0,0200
Fundamental	0,4022	0,3177	0,3025	0,2988	0,1750	0,4455	0,4235	0,3910	0,3543	0,2343
Médio	0,3949	0,4690	0,4591	0,4386	0,4110	0,3832	0,4244	0,3900	0,4066	0,4765
Superior	0,1903	0,1858	0,1960	0,2188	0,3990	0,1256	0,1086	0,1534	0,1753	0,2692
Renda	1017,0	1040,2	1023,7	1033,2	1644,4	1722,1	1668,6	1623,5	1852,7	2105,8
Ocupação	0,6333	0,6482	0,5972	0,5601	0,6482	0,8244	0,8271	0,7925	0,7779	0,7967
Chefe de família	0,5376	0,5248	0,5507	0,5237	0,5228	0,5535	0,5268	0,5687	0,6042	0,5646
Urbano	0,9524	0,9286	0,8943	0,8381	0,8963	0,9042	0,8597	0,8280	0,7950	0,8596
Norte	0,0560	0,0755	0,0868	0,1043	0,0812	0,0682	0,0877	0,0917	0,1033	0,0899
Nordeste	0,1434	0,2103	0,2526	0,3125	0,2966	0,1952	0,2564	0,2809	0,3114	0,2815
Sul	0,1484	0,1523	0,1392	0,1175	0,1436	0,2113	0,1338	0,1400	0,1240	0,1463
Centro-Oeste	0,0834	0,0821	0,0927	0,0719	0,0795	0,1091	0,0877	0,0784	0,0779	0,0724
Sudeste	0,5689	0,4798	0,4286	0,3938	0,3991	0,4162	0,4345	0,4091	0,3834	0,4098

Fonte: Elaborado pelas autoras. Nota₁: Nota: Valores de erro-padrão e outras estatísticas podem ser obtidos com as autoras. Nota₂: Por ser construída a partir de uma junção de cinco parâmetros referentes a estilo de vida, a variável de prevenção primária é composta de 5 categorias, em que 1 representa o nível de prevenção muito ruim, e 5 exprime o melhor nível de prevenção primária.

O perfil médio identificado dos indivíduos que realizam mais hábitos saudáveis são os idosos, os casados, os indivíduos com ensino superior e residentes na área rural, independente do sexo. É importante denotar o efeito negativo da ocupação para os homens, e nesse caso, independe se esse homem possui alto ou baixo nível de escolaridade.

A Tabela 4 evidencia que, indivíduos de ambos os sexos se tornam mais propensas à prevenção primária quando residem próximo de locais que facilitam a prática de atividade física. Práticas compatíveis com menor sedentarismo gera impactos positivos não só na saúde do indivíduo (com a redução do nível de estresse, ansiedade e de riscos de doenças) como também na economia do país. Já que a inatividade física acarretou, no ano de 2013, custos aos sistemas de saúde internacionais no valor de US\$ 53,8 bilhões, custo para as empresas com perdas de produtividade no valor de US\$ 13,7 bilhões, e foi responsável por 13,4 milhões de DALYs (Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade) (DING et al., 2016). Bueno et al. (2016) alertam que o Brasil, especificamente, teria uma economia de 1,14 bilhão por ano, com internações e com medicamentos, se o sedentarismo fosse 50% menor.

Tabela 4 - Resultados do modelo de Prevenção Primária: uma investigação entre gêneros

Variável Dependente: Prevenção Primária	Mulheres			Homens		
	Modelo Geral	Alta Escolaridade	Baixa Escolaridade	Modelo Geral	Alta Escolaridade	Baixa Escolaridade
Prox. c/ Práticas de Esporte	0,1493***	0,1728***	0,1195***	0,0261	0,0199	0,0647*
Propag. Antitabagista	-0,0139	-0,0528*	0,0589	-0,0506**	-0,0613*	-0,0484
Influência do Cigarro	-0,5581***	-0,4960***	-0,7165***	-0,6619***	-0,6298***	-0,7391***
Amizade	0,1204***	0,1864***	0,0454	0,0488*	0,0749*	0,0371
Vínculo Familiar	0,0408	0,0781	0,0323	0,1457***	0,1404**	0,1589***
Atividade Religiosa	0,2753***	0,2575***	0,3208***	0,3057***	0,2990***	0,3125***
Autoav. da Saúde -1	0,4827***	0,5116***	0,5586***	0,5140***	0,7721***	0,3919***
Autoav. da Saúde - 2	1,3322***	1,5084***	1,2414***	1,3409***	1,6557***	1,1211***
18 a 29 anos	-0,4129***	-0,3846***	-0,5000***	-0,2311***	-0,2491***	-0,2177***
30 a 40 anos	-0,3033***	-0,2785***	-0,3198***	-0,2886***	-0,3435***	-0,1876***
41 a 50 anos	-0,1322***	-0,1380*	-0,1076*	-0,2149***	-0,2415***	-0,1768***
51 a 60 anos	-0,0998**	-0,1342	-0,0523	-0,1639***	-0,2058***	-0,1112*
Branco	0,0575**	0,0480	0,1416***	0,0063	-0,0039	0,0630
Casado	0,1493***	0,1384***	0,1967***	0,1291***	0,1344***	0,1320***
Analfabeto	-0,3787***	----	----	-0,3863***	----	----
Fundamental	-0,3982***	----	----	-0,3971***	----	----
Médio	-0,2224***	----	----	-0,1827***	----	----
Renda	0,0000	0,0000**	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Ocupação	-0,0830***	-0,0519	-0,1024**	-0,1849***	-0,0981**	-0,2901***
Chefe de família	-0,0324	-0,0522*	0,0188	-0,0216	-0,0319	-0,0029
Urbano	-0,2102***	-0,1774***	-0,2331***	-0,1469***	-0,0810*	-0,1905***
Norte	0,1556***	0,1384***	0,2067***	0,1362***	0,0937**	0,1814***
Nordeste	0,2916***	0,2934***	0,2855***	0,2055***	0,2017***	0,1878***
Sul	-0,0070	0,0316	-0,1272*	-0,0131	0,0353	-0,1182*
Centro-Oeste	0,0318	0,0430	0,0607	-0,0300	-0,0303	-0,0239
Observações	21.934	14.240	7.694	25.865	13.535	12.330
População	40.404.761	28.028.481	12.376.280	46.218.874	27.724.501	18.494.373

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da PNS (2019). Nota: Valores de erro-padrão e outras estatísticas podem ser obtidos com as autoras. Legenda: *p-valor<0,10; **p-valor<0,05; ***p-valor<0,01.

Sobre a convivência domiciliar com fumantes, os resultados apontam que tal situação torna os indivíduos menos propensos a realizarem práticas cotidianas saudáveis. Pesquisas já realizadas corroboram tal resultado por apontarem que a prática do tabagismo incentiva o início de tal prática por jovens (INCA [2020b]) e que crianças que convivem com fumantes apresentam mais doenças respiratórias, cardiovasculares (INCA [2020b]).

Apesar do efeito observado no convívio domiciliar, não foram encontradas evidências, por meio das variáveis de network, que o convívio social tenha efeito significativo na prevenção (vide Tabela 4). Já com relação as atividades religiosas, verifica-se um aumento no nível de prevenção primária para homens e mulheres que frequentam cultos ou atividades religiosas. Estudo realizado por Ribeiro e Minayo (2014), a partir de uma revisão literária, reforça o papel da religião na promoção da saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

Assim como a variável de atividade religiosa, a autoavaliação da saúde também apresenta uma relação positiva com a prevenção primária. Pois, conforme observado na Tabela 4, homens e mulheres que avaliam a sua própria saúde como regular, boa ou muito boa, são mais predispostos a efetivar a prevenção primária do que indivíduos do mesmo sexo e do mesmo nível de escolaridade que auto refere a saúde como ruim ou muito ruim.

Em suma, pode-se inferir que, residir próximo de locais que facilitam a atividade física; não conviver com fumantes; frequentar cultos ou atividades religiosas; e autoavaliar a saúde como regular, boa ou muito boa; aumenta o nível de prevenção primária à saúde. Vale realçar que, quando o indivíduo não adota comportamentos preventivos relacionados ao estilo de vida, há maiores chances desse indivíduo adoecer e de utilizar os serviços de saúde pública, como leitos de hospitais, medicamentos, internações, entre outros (BRASIL, 2007). Apenas no ano de 2020, por exemplo, o Brasil gastou quase 3 bilhões de reais com profissionais da área da saúde e mais de 12 bilhões com serviços hospitalares; sendo o custo

médio com cada internação superior R\$ 1.500,00 (DATASUS, 2020). Custos que poderiam ser reduzidos com atitudes preventivas de saúde, e redirecionados para outros setores da economia.

5.2 PREVENÇÃO SECUNDÁRIA: DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DOENÇAS

A prevenção secundária ocorre quando homens e mulheres efetivam o rastreamento e/ou diagnóstico precoce de patologias. No presente estudo, a variável indicadora de prevenção secundária possui apenas dois valores: 1 se o indivíduo realiza prevenção, ou seja, se faz o diagnóstico precoce de patologias anualmente; e 0 se o indivíduo não realizou o rastreio da doença nos últimos 12 meses.

Ao realizar a caracterização da amostra por gênero e por nível de prevenção secundária, a Tabela 5 expressa que a maioria de homens e mulheres que não realizam o diagnóstico precoce de doenças são brancos, não casados, não são analfabetos, possuem entre 18 e 40 anos, são chefes de família, possuem cadastramento em alguma Unidade de Saúde da Família, residem na área urbana, e nas regiões Nordeste e Sudeste. Sendo expresso também que apenas 20% das mulheres, e 15% dos homens, que não realizam prevenção secundária, possuem plano de saúde.

Tabela 5 – Caracterização dos indivíduos quanto a realização da prevenção secundária à saúde

Variáveis/Média	Prevenção Secundária - Mulheres				Prevenção Secundária - Homens			
	Modelo Geral		Contr. p/ Acesso		Modelo Geral		Contr. p/ Acesso	
	Y=1	Y=0	Y=1	Y=0	Y=1	Y=0	Y=1	Y=0
Plano de Saúde	0,4341	0,2001	----	----	0,4604	0,1547	----	----
Cadastro USF	0,5637	0,6255	----	----	0,5235	0,6259	----	----
Renda	1699,64	969,24	1974,51	1151,20	3101,86	1605,82	3707,58	1949,78
Autoav. da Saúde	1,8380	1,7222	1,8454	1,7437	1,8397	1,7754	1,8603	1,7960
18 a 29 anos	0,2700	0,3325	0,2522	0,3318	0,2366	0,3164	0,2211	0,3145
30 a 40 anos	0,3263	0,2919	0,3279	0,2969	0,2818	0,2940	0,2868	0,3032
41 a 50 anos	0,1978	0,1808	0,1988	0,1706	0,1943	0,1729	0,2064	0,1706
51 a 60 anos	0,1260	0,1115	0,1370	0,1179	0,1495	0,1295	0,1625	0,1290
Mais de 60 anos	0,0799	0,0833	0,0841	0,0828	0,1379	0,0873	0,1232	0,0828
Branco	0,4590	0,3972	0,4799	0,4271	0,4826	0,3607	0,5130	0,3921
Casado	0,4208	0,3624	0,4552	0,3670	0,5323	0,3875	0,5665	0,4096
Analfabeto	0,0168	0,0403	0,0132	0,0320	0,0250	0,0630	0,0184	0,0526
Fundamental	0,2044	0,3067	0,1672	0,2458	0,2184	0,3904	0,1660	0,3333
Médio	0,4197	0,4275	0,4018	0,4540	0,4327	0,4000	0,4254	0,4213
Superior	0,3591	0,2255	0,4179	0,2683	0,3239	0,1466	0,3902	0,1927
Ocupação	0,6597	0,5630	0,6857	0,6031	0,8278	0,7809	0,8421	0,7809
Chefe de família	0,5545	0,5249	0,5629	0,5243	0,6218	0,5776	0,6371	0,5521
Urbano	0,9194	0,8473	----	----	0,9079	0,7852	----	----
Norte	0,0680	0,0905	0,0533	0,0719	0,0618	0,1104	0,0589	0,0865
Nordeste	0,2522	0,3141	0,2345	0,2830	0,2059	0,3245	0,1832	0,2958
Sul	0,1357	0,1363	0,1412	0,1408	0,1642	0,1306	0,1687	0,1459
Centro-Oeste	0,0685	0,0814	0,0695	0,0846	0,0746	0,0765	0,0758	0,0832
Sudeste	0,4755	0,3777	0,5015	0,4197	0,4934	0,3580	0,5135	0,3886

Fonte: Elaborado pelas autoras. Nota: Valores de erro-padrão e outras estatísticas podem ser obtidos com as autoras.

Já o grupo de brasileiros, que realizam o diagnóstico precoce de doenças anualmente, são não brancos, possuem entre 18 e 40 anos, possuem ao menos o ensino médio, são chefes de família, possuem cadastramento em alguma Unidade de Saúde da Família, residem na área urbana e nas regiões Nordeste e Sudeste. Nesse melhor grupo preventivo também é possível constatar que mais de 40% de homens e mulheres possuem plano de saúde. Percentual expressivo quando comparado com o grupo de pessoas que não realizam tal atitude preventiva.

No tocante ao papel de cada uma das covariadas na probabilidade de realizar uma atitude preventiva, os dados já apontam que ter plano de saúde aumenta a probabilidade de homens e mulheres realizarem atitudes preventivas secundárias. No entanto, autores como Nishijima et al. (2011) alertam para possíveis problemas de assimetria de informação, seleção adversa e risco moral, já que pessoas que possuem plano são mais predispostas a utilizar os serviços de saúde do que as pessoas que não são seguradas.

O nível de rendimento e o cadastramento na unidade de saúde da família, apresentou-se estatisticamente significativo apenas para o sexo masculino. Ou seja, maiores níveis de renda, ou a inscrição na USF, aumenta a probabilidade de os homens realizarem prevenção secundária à saúde. Já a autoavaliação

revelou ser determinante tanto para os homens quanto para as mulheres no diagnóstico precoce de doenças. Logo, infere-se que, o modo como o indivíduo auto refere a sua própria saúde contribui de modo positivo para os dois tipos de prevenção que se deve ter antes da instalação de patologias, que é a prevenção primária e secundária.

Em relação as variáveis de controle expostas no modelo econométrico na Tabela 6, denota-se que a diferença racial não foi estatisticamente significativa para explicar a realização da prevenção secundária. Ao passo que, ter mais de 60 anos, ser casado, ter ensino superior, está ocupado, e residir na área urbana, aumenta a probabilidade de homens e mulheres realizarem o diagnóstico precoce de patologias. No mais, é preciso denotar que, ser chefe de família figurou-se determinante na análise da prevenção secundária apenas para os indivíduos do sexo masculino. Em linhas gerais, pode-se denotar que, ter plano de saúde e residir na área urbana são fatores determinantes na realização da prevenção secundária de homens e mulheres. Já ao analisar, por exemplo, as mulheres que possuem acesso aos serviços de saúde (residem na área urbana e dispõem de plano de saúde e/ou de cadastramento na unidade), percebe-se que: ter mais de 60 anos, possuir o nível superior, autoavaliar a sua própria saúde como regular/boa/muito boa, e residir na região Sudeste, são fatores que aumentam as chances de realização da prevenção secundária no sexo feminino.

Tabela 6 – Resultados do modelo de Prevenção Secundária: uma investigação entre gêneros

Variável Dependente: Prevenção Secundária	Mulheres		Homens	
	Modelo Geral	Contr. p/ Acesso	Modelo Geral	Contr. p/ Acesso
Plano de Saúde	0,5170***	----	0,6133***	----
Cadastro USF	0,0214	----	-0,0135	----
Renda	0,0000	0,0000**	0,0000	0,0000
Autoaval. da Saúde – 1	0,60498***	0,7200	0,2275	0,6664
Autoaval. da Saúde – 2	1,1744***	1,5441	0,5952*	1,4603
18 a 29 anos	-0,2254***	-0,3192***	-0,5798***	-0,6930***
30 a 40 anos	-0,0982	-0,2184**	-0,5470***	-0,6025***
41 a 50 anos	-0,0461	-0,0871	-0,3677***	-0,3696***
51 a 60 anos	0,0308	0,0055	-0,3216***	-0,2558**
Branco	-0,0562	-0,0529	0,0118	0,0420
Casado	0,0040	0,1228**	0,1347***	0,1708***
Analfabeto	-0,3202***	-0,4472***	-0,5346***	-0,6607***
Fundamental	-0,1215	-0,2985***	-0,4107***	-0,6416***
Médio	-0,0452	-0,2138***	-0,1148	-0,2590***
Ocupação	0,0675	0,0728	0,0740	0,0391
Chefe de família	0,0752	0,0957*	-0,0766	-0,0022
Urbano	0,1722***	----	0,1775***	----
Norte	-0,0381	-0,1524*	-0,1629**	-0,0884
Nordeste	0,0244	-0,0195	-0,0822	-0,0997
Sul	-0,1210*	-0,1257	0,0101	-0,0639
Centro-Oeste	-0,1602**	-0,1824**	-0,1154*	-0,1707**
Observações	10.629	6.119	14.344	6.746
População	19.834.320	12.862.194	25.106.499	14.251.798

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da PNS (2019). Nota: Valores de erro-padrão e outras estatísticas podem ser obtidos com as autoras. Legenda: *p-valor<0,10; **p-valor<0,05; ***p-valor<0,01.

A identificação dos fatores que influenciam a realização da prevenção secundária é importante para adoção de estratégias que reduzam o número de mortes prematuras decorrentes de patologias evitáveis, aumente a sobrevivência e proporcione uma melhor qualidade de vida aos indivíduos (BRASIL, 2006). Pois, conforme dados da Organização Pan-Americana da Saúde (2018a), a partir de ações preventivas de diagnóstico é possível reduzir o número de mortes por cânceres entre 30% e 50% dos casos. Além da redução de mortes prematuras, o diagnóstico precoce possibilita o tratamento em estágio inicial, com técnicas menos invasivas e mais baratas (INTERFARMA, 2019).

Ademais, dados do Ministério da Saúde também revelam o aumento do dispêndio econômico quando os indivíduos não realizam atitudes preventivas à saúde (DATASUS, 2013). O modo como os indivíduos autorretratam a sua saúde não é determinante para a realização da prevenção terciária. De modo oposto, receber orientações médicas sobre alimentação saudável, peso adequado, prática de esporte,

consumo de cigarro e bebidas alcoólicas e ingestão de sal e/ou açúcar, aumenta a probabilidade de homens e mulheres seguirem o tratamento médico regular *vis-à-vis* os que não recebem tais orientações médicas. Pois, enquanto o gasto com um indivíduo na atenção básica é inferior a 110,00 reais, a despesa per capita com quem precisa de atenção de média e alta complexidade é superior a 225,00 reais (DATASUS, 2013).

5.3 PREVENÇÃO TERCIÁRIA: REDUZIR AS COMPLICAÇÕES E O PROGRESSO DA DOENÇA ATRAVÉS DO TRATAMENTO MÉDICO REGULAR

A prevenção terciária ocorre quando o indivíduo já está acometido com a patologia, mas tenta evitar o progresso e/ou as complicações da doença através do tratamento regular. Na construção da variável de prevenção terciária foi considerado indivíduos portadores de hipertensão e/ou diabetes. Sendo atribuído 1 quando os indivíduos realizam prevenção terciária, e 0 caso contrário.

Ao examinar os dados da Tabela 7 verifica-se que, em média, homens e mulheres que realizam prevenção terciária possuem menos de 61 anos, são não brancos, possuem preponderantemente o ensino fundamental, são chefes de família, não estão ocupadas no mercado de trabalho, possuem cadastro na Unidade de Saúde da Família, recebem medicamentos do SUS e/ou da Farmácia Popular, possuem o diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes a mais de uma década, são atendidos pelo mesmo profissional nas suas consultas médicas, tiveram assistência médica do SUS na última consulta, residem na área urbana e na região Sudeste. É válido lembrar que a variável dependente possui valor 1 se os indivíduos fazem o tratamento médico regular para as doenças crônicas de hipertensão e/ou diabetes, e detém valor 0 caso esse tratamento não seja praticado.

Tabela 7 – Caracterização dos indivíduos quanto a realização da prevenção terciária à saúde

Variáveis/Média	Prevenção Terciária - Mulheres				Prevenção Terciária – Homens			
	Modelo Geral		Contr. p/ Acesso		Modelo Geral		Contr. p/ Acesso	
	Y=1	Y=0	Y=1	Y=0	Y=1	Y=0	Y=1	Y=0
Plano de Saúde	0,2910	0,2022	----	----	0,3569	0,1937	----	----
Cadastro USF	0,6634	0,6773	----	----	0,6174	0,6657	----	----
Renda	578,95	551,52	634,16	648,85	1976,58	1416,50	2363,70	1699,42
Autoavaliação da Saúde	1,2457	1,1964	1,2824	1,2361	1,3697	1,3064	1,4159	1,3294
Orientações Médicas	0,0770	0,0398	0,0781	0,0428	0,0597	0,0393	0,0575	0,0387
Medicam. SUS ou FarmPopular	0,6838	0,6087	0,6615	0,6366	0,6464	0,5530	0,6324	0,5728
Assistência do SUS	0,6573	0,7137	0,5920	0,6636	0,5642	0,6564	0,4898	0,6112
Relação Médico-Paciente	0,5728	0,3818	0,5887	0,4001	0,6005	0,3947	0,6180	0,4087
Mais de uma Década do Diagnóstico	0,6294	0,6060	0,6426	0,6219	0,5318	0,4928	0,5468	0,5127
Mais de 60 anos	0,5095	0,4709	0,5204	0,4689	0,4933	0,4587	0,4869	0,4341
Branco	0,4418	0,4075	0,4605	0,4314	0,4712	0,4364	0,5057	0,4599
Casado	0,4421	0,4022	0,4526	0,4029	0,6897	0,6426	0,7035	0,6522
Analfabeto	0,1250	0,1477	0,1068	0,1196	0,0926	0,1171	0,0767	0,0815
Fundamental	0,5237	0,5284	0,4991	0,5187	0,4667	0,5106	0,4115	0,4822
Médio	0,2271	0,2258	0,2466	0,2467	0,2487	0,2491	0,2749	0,2707
Superior	0,1242	0,0982	0,1475	0,1150	0,1921	0,1232	0,2369	0,1655
Ocupação	0,3181	0,3182	0,3236	0,3420	0,5226	0,5604	0,5346	0,5728
Chefe de família	0,6712	0,6893	0,6755	0,6914	0,7501	0,7467	0,7380	0,7300
Urbano	0,8869	0,8574	----	----	0,8665	0,8381	----	----
Norte	0,0563	0,0648	0,0501	0,0551	0,0486	0,0597	0,0409	0,0548
Nordeste	0,2490	0,3029	0,2259	0,2636	0,2208	0,2741	0,1979	0,2435
Sul	0,1428	0,1508	0,1463	0,1658	0,1538	0,1564	0,1587	0,1667
Centro-Oeste	0,0622	0,0707	0,0643	0,0804	0,0644	0,0777	0,0641	0,0847
Sudeste	0,4896	0,4109	0,5134	0,4350	0,5123	0,4321	0,5384	0,4503

Fonte: Elaborado pelas autoras. Nota: Valores de erro-padrão e outras estatísticas podem ser obtidos com as autoras. Nota: assim como no caso de prevenção secundária, para mitigar o efeito do acesso aos serviços de saúde foi considerado uma amostra apenas com pessoas que residem na área urbana, possui plano de saúde e/ou são cadastradas na Unidade de Saúde da Família.

Conforme dados da Tabela 8, ter plano de saúde aumenta a probabilidade de adesão ao tratamento médico de patologias crônicas para homens e mulheres. E ter cadastramento na Unidade de Saúde da Família também contribui de modo positivo para a prevenção terciária. Como o acesso a plano de saúde

também foi determinante para a realização da prevenção secundária, pode-se inferir que o autocuidado secundário e terciário não depende apenas da demanda, e sim da oferta e da acessibilidade aos serviços de saúde.

Tabela 8 – Resultados do modelo de Prevenção Terciária: uma investigação entre gêneros

Variável Dependente: Prevenção Terciária	Mulheres (<i>probit</i>)		Homens (<i>probit</i>)	
	Modelo Geral	Contr. p/ Acesso	Modelo Geral	Contr. p/ Acesso
Plano de Saúde	0,2423***	----	0,4397***	----
Cadastro USF	0,0243	----	-0,0261	----
Renda	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Autoaval. da Saúde -1			0,2914	----
Autoaval. da Saúde -2	-0,0173	-0,0424	0,6102	----
Orientações Médicas	0,3389***	0,3095***	0,2639**	0,2511*
Medicam. SUS ou FarmPopular	0,2606***	0,1430**	0,3812***	0,3301***
Assistência do SUS	0,0215	-0,0785	0,0027	-0,2167
Relação Médico-Paciente	0,4194	0,4204***	0,4192***	0,4345***
Mais de uma Década do Diagnóstico	0,0078	-0,0080	0,0422	0,0470
Mais de 60 anos	0,1272**	0,1616	0,0299	0,1115
Branco	0,0034	-0,0102	-0,0666	-0,0250
Casado	0,0674	0,1089*	0,0369	0,0512
Analfabeto	-0,1370	-0,2071*	-0,0222	0,0149
Fundamental	-0,0837	-0,1732*	-0,0036	-0,1084
Médio	-0,0860	-0,1367	-0,0576	-0,0986
Ocupação	0,0497	0,0214	-0,1854***	-0,1484*
Chefe de família	-0,0426	-0,0202	-0,0068	0,0139
Urbano	0,0599	----	-0,0282	----
Norte	-0,0812	-0,1096	-0,0337	-0,1333
Nordeste	-0,1100**	-0,1379**	-0,0212	-0,0641
Sul	-0,1672**	-0,1936**	-0,1179	-0,1652*
Centro-Oeste	-0,1357	-0,1944**	-0,1527*	-0,2177**
Observações	11.742	7.573	7.701	4.591
População	19.739.351	13.877.606	13.085.713	9.035.195

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da PNS (2019). Nota: Valores de erro-padrão e outras estatísticas podem ser obtidos com as autoras. Legenda: *p-valor<0,10; **p-valor<0,05; ***p-valor<0,01.

Mulheres que possuem relativamente maiores níveis de renda têm mais chances de realizar prevenção terciária. Tal resultado é persistente mesmo ao analisar mulheres que residem na área urbana, possuem plano de saúde e/ou cadastro na Unidade de Saúde da Família. Já para os homens, a variável de rendimento não foi estatisticamente significativa para explicar a prevenção terciária.

O modo como os indivíduos autorretratam a sua saúde não é determinante para a realização da prevenção terciária. De modo oposto, receber orientações médicas sobre alimentação saudável, peso adequado, prática de esporte, consumo de cigarro e bebidas alcoólicas e ingestão de sal e/ou açúcar, aumenta a probabilidade de homens e mulheres seguirem o tratamento médico regular *vis-à-vis* os que não recebem tais orientações médicas.

A obtenção do medicamento no SUS ou na Farmácia Popular também detém efeito positivo na prevenção à saúde dos brasileiros. Confirma a direção desses resultados os estudos realizados por Arrais et al. (2005). Os referidos autores ainda destacam que, o acesso aos medicamentos deve ser garantido pelo poder público; e quando isso não ocorre de modo efetivo, ocasiona o agravamento das doenças e consequentemente aumenta os gastos públicos com saúde.

Assim como as orientações médicas e obtenção do medicamento gratuito, a relação médico-paciente é um fator determinante para a realização da prevenção terciária de homens e mulheres. Desse modo, pode-se inferir que, ser acompanhado sempre pelo mesmo profissional contribui para a manutenção do tratamento médico regular dos indivíduos hipertensos e diabéticos. Estudo realizado por Caprara e Rodrigues (2004) ratifica esse resultado ao relatar a importância da relação médico-paciente para a saúde dos pacientes.

Nota-se ainda que, o fato de o indivíduo já ter o diagnóstico das doenças crônicas a mais de uma década não é preponderante para a realização da prevenção terciária. E ter assistência médica do SUS no atendimento para hipertensão arterial e/ou diabetes, só causou impacto positivo para o sexo masculino no

modelo geral, não sendo persistente para o subgrupo de homens que residem na área urbana, possuem acesso a plano de saúde e/ou são cadastrados na Unidade de Saúde da Família. Esses resultados podem ser explicados a partir da análise descritiva dos dados, já exposta na Tabela 7, que denota a presença da assistência médica do SUS tanto para o grupo que realiza quanto para os que não realizam prevenção terciária.

Quanto aos aspectos socioeconômicos apenas a raça/cor e o nível ocupacional foram estatisticamente significativos para o sexo masculino. Sendo, assim, fica evidenciado que ser homens da raça/cor branca e que possuem 1 ou mais empregos, detém maiores chances de efetivar o tratamento regular para hipertensão e diabetes do que homens não brancos e desempregados.

No mais, a Tabela 8 reporta que, ser chefe de família e residir na área urbana não influencia na probabilidade de os brasileiros realizarem prevenção terciária à saúde. Já mulheres que moram na região Sudeste possuem maior probabilidade de prevenção terciária *vis-à-vis* mulheres que residem nas regiões Sul e Centro-Oeste. Do mesmo modo, os homens sudestinos, quando comparados com nortistas e centro-oestinos, exprimem maior probabilidade de realizar tratamento médico regular para hipertensão e/ou diabetes.

De modo geral, pode-se dissertar que, ter plano de saúde, receber orientações médicas no atendimento, obter o medicamento no SUS ou na Farmácia Popular e ser consultado sempre pelo mesmo médico, são aspectos que estimulam a realização da prevenção terciária de homens e mulheres. Predizer esses fatores são importantes para dirimir as possíveis complicações e o progresso da doença. Haja vista que a hipertensão é responsável por 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio, e por 80% dos casos de acidente vascular cerebral (ZAITUNE et al., 2006). E a diabetes mellitus tipo 2 é responsável pela 3ª causa, entre as mulheres, de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY), sendo a 6ª causa entre os homens (COSTA et al., 2017).

Além dos danos já mencionados, Zaitune et al. (2006) calculam custos anuais para os serviços de saúde de 475 milhões de reais apenas com problemas relacionados com a hipertensão. A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2019) reporta que os gastos com a saúde dos diabéticos são duas ou três vezes maiores do que entre aqueles sem a referida patologia. Do mesmo modo, Nilson et al. (2019) expressam que, entre os anos de 2010 e 2016, os gastos do SUS com a diabetes passou de US\$ 1,4 milhão para US\$ 2,6 milhões; ou seja, os gastos aumentaram quase o dobro em apenas seis anos. Logo, sugere-se a realização da prevenção terciária também como forma de conter e/ou dirimir os gastos econômicos do país.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção à saúde é uma forma de antecipar a demanda por serviços de saúde; evitando ou dirimindo gastos econômicos com leitos de hospitais, cirurgias, honorários médicos, internações, entre outros. Nesse sentido, este estudo propôs uma investigação entre gêneros sobre os níveis de prevenção primária, secundária e terciária à saúde.

Os principais resultados evidenciam que homens e mulheres com maiores níveis de escolaridade e com mais de 60 anos, possuem maiores chances de adotar estilos de vida saudáveis, bem como realizar o rastreio precoce de patologias. Ainda no que se refere a prevenção primária, ficou evidenciado que, independentemente do nível de escolaridade, homens e mulheres que residem próximos a locais que favorecem a realização de práticas de esporte; participam de atividades religiosas; não moram com fumantes; autoavaliam a sua saúde como regular, boa ou muito boa; possuem mais de 60 anos; e residem na área urbana e nas regiões Norte e Nordeste do país; possuem maiores chances de possuírem comportamentos pessoais saudáveis, e assim, diminuir fatores de riscos, e aumentar o bem estar e a saúde.

Outro resultado da presente pesquisa diz respeito a importância do plano de saúde e/ou do cadastramento na Unidade de Saúde da Família para a realização da prevenção secundária e terciária. Esse fato reforça a tese de que o acesso aos serviços de saúde é primordial para a realização do rastreamento precoce de patologias, bem como para o tratamento médico regular para a hipertensão e/ou a diabetes.

Foi notória também a relevância das orientações médicas, da obtenção de medicamentos gratuitos e da relação médico-paciente para a realização da prevenção terciária em ambos os sexos. Logo, sugere-se: a) a adoção de campanhas de saúde que incentivem os médicos a realizarem orientações não farmacológicas além da simples prescrição do fármaco; b) a continuidade do programa Farmácia Popular como meio

adicional para obtenção da medicação grátis; c) a implementação de políticas públicas que favoreçam as relações humanas entre o médico e paciente para a prescrição de um tratamento eficaz.

As atitudes preventivas primárias são capazes de reduzir fatores de riscos contra patologias de modo geral, até mesmo no que se refere a doenças que ainda não têm cura definida, como é o caso do coronavírus. A prevenção secundária assinala o seu valor pelo diagnóstico precoce de doenças, e por proporcionar tratamentos em estágio inicial, com técnicas menos invasivas e mais baratas para o sistema de saúde. Ademais, a prevenção terciária, que ocorre mesmo após o acometimento da doença, é importante para evitar ou reduzir possíveis complicações para a saúde do indivíduo.

REFERÊNCIAS

- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2019. Acesso: 23 mai. 2020. Disponível em: <<http://www.abep.org/>>.
- ABREU, M. N. S.; CAIAFFA, W. T. Influência do entorno familiar e do grupo social no tabagismo entre jovens brasileiros de 15 a 24 anos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 30, p. 22–30, 2011.
- ANDRADE, A. B. d.; AZEREDO, C. M.; PERES, M. F. T. Exposição à violência comunitária e familiar e autoavaliação de saúde na população brasileira. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020.
- ARRAIS, P. S. D.; BRITO, L. L.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Prevalence and determinants of medicines consumption in fortaleza, ceará, brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1737–1746, 2005.
- BARROS, M. B. d. A.; ZANCHETTA, L. M.; MOURA, E. C. d.; MALTA, D. C. Self-rated health and associated factors, brazil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 27–37, 2009.
- BATINTI, A. On medical progress and health care demand: A ces perspective using the grossman model of health status. **Health economics**, v. 24, n. 12, p. 1632–1637, 2015.
- BECKER, G. S. Human capital. [S.l.]: New York: Columbia University Press, National Bureau of Economic Research, 1964.
- BENTZEN, N. WONCA dictionary of general/family practice. [S.l.]: Wonca International Classification Committee, 2004.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007.
- _____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. [S.l.]: Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 4. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2011.
- _____. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde., 2004.
- _____. A situação do câncer no Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2006.
- _____. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, 2008.
- _____. Plano de Ação Nacional 2009–2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Editora do Ministério da Saúde Brasília, 2009.
- _____. Diabetes: o que é, tipos, sintomas e tratamento. Ministério da Saúde, 2019. Acesso: 12 abr. 2020. Disponível em: <<https://saude.gov.br/component/content/article/746-saude-de-a-a-z/44609-diabetes-tipos-causas-sintomas-tratamento-e-prevencao>>.
- _____. Hipertensão (pressão alta): o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. Ministério da Saúde, 2020. Acesso: 12 abr. 2020. Disponível em: <<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>>.
- _____. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BUENO, D. R.; MARUCCI, M. d. N.; CODOGNO, J. S.; ROEDIGER, M. d. A. The costs of physical inactivity in the world: a general review. **Ciência & Saúde Coletiva**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, v. 21, n. 4, 2016.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. [S.l.]: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15–38.

BVSMS. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Alimentação saudável para adolescentes e maiores de 60 anos. Ministério da Saúde, 2010.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139–146, 2004.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 659–678, 2009.

COSTA, A. F.; FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R.; OLIVEIRA, A. F. d.; COSTA, M. d. F. d. S.; SILVA, R. S. d.; LOBATO, L. C. d. P.; SCHRAMM, J. M. d. A. Burden of type 2 diabetes mellitus in brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

CROPPER, M. L. Health, investment in health, and occupational choice. **Journal of Political Economy**, The University of Chicago Press, v. 85, n. 6, p. 1273–1294, 1977.

DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2013. IDB-2013. 2013. Acesso: 26 out. 2020. Disponível em: <<http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/idb2013/matriz.htm>>.

_____. Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2017. IDB-2017. 2020. Acesso: 28 jan. 2021. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def>>.

DING, D.; LAWSON, K. D.; KOLBE-ALEXANDER, T. L.; FINKELSTEIN, E. A.; KATZMARZYK, P. T.; MECHELEN, W. V.; PRATT, M.; COMMITTEE, L. P. A. S. E. et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. **The Lancet**, Elsevier, v. 388, n. 10051, p. 1311–1324, 2016.

DOMINGUES, P. H. F.; GALVÃO, T. F.; ANDRADE, K. R. C. d.; SÁ, P. T. T. d.; SILVA, M. T.; PEREIRA, M. G. Prevalence of self-medication in the adult population of brazil: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 36, 2015.

DORNELLES, C. F.; STUMPF, M. A. M.; NAKAMURA, M. C.; KLUTHCOVSKY, S. C.; VERNIZI, B. T.; MULLER, E. V.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. Estimativa de valores economizados com a cessação do tabagismo. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 7, n. 2, p. 100–109, 2018.

FIGUEIREDO, W. Assistance to the men health: a challenge for the services of primary attention. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105–109, 2005.

GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N.; NASCIMENTO, E. F. d.; REBELLO, L. E. F. d. S.; COUTO, M. T.; SCHRAIBER, L. B. Men don't come! absence and/or invisibility in primary healthcare services. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 983–992, 2011.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. d.; ARAÚJO, F. C. d. Why do men use health services less than women? explanations by men with low versus higher education. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565–574, 2007.

GROSSMAN, M. On the concept of health capital and the demand for health. **Journal of Political economy**, The University of Chicago Press, v. 80, n. 2, p. 223–255, 1972.

GUTHOLD, R.; STEVENS, G. A.; RILEY, L. M.; BULL, F. C. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1· 9 million participants. **The Lancet Global Health**, Elsevier, v. 6, n. 10, 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

_____. Manual de Entrevista - Pesquisa Nacional de Saúde 2019. [S.l.]: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

IMBENS, G. W.; ANGRIST, J. D. Identification and estimation of local average treatment effects. **Econometrica** (1986-1998), v. 62, n. 2, p. 467, 1994.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Custos atribuíveis ao tabagismo*. 2020. Acesso: 26 out. 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/custos-atribuiveis-ao-tabagismo>>.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Quais são os riscos para crianças que convivem com fumantes em ambientes fechados? Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/quais-sao-os-riscos-para-criancas-que-convivem-com-fumantes-em-ambientes>>.

INTERFARMA - Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa. *Câncer no Brasil: a jornada do paciente no sistema de saúde e seus impactos sociais e financeiros*. 2019.

LEVORATO, C. D.; MELLO, L. M. d.; SILVA, A. S. d.; NUNES, A. A. Factors associated with the demand for health services from a gender-relational perspective. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1263–1274, 2014.

LIMA, D. F. d.; LEVY, R. B.; LUIZ, O. d. C. Recomendações para atividade física e saúde: consensos, controvérsias e ambiguidades. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 36, p. 164–170, 2014.

MOURA, E. C. d.; GOMES, R.; PEREIRA, G. M. C. Perceptions about men's health in a gender relational perspective, Brazil, 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 291–300, 2017.

MUSHKIN, S. J. Health as an investment. *Journal of political economy*, The University of Chicago Press, v. 70, n. 5, Part 2, p. 129–157, 1962.

NASCIMENTO, E. F. d.; GOMES, R. Male identity traits and young men's health. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1556–1564, 2008.

NILSON, E. A. F.; ANDRADE, R. d. C. S.; BRITO, D. A. d.; OLIVEIRA, M. L. d. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no sistema único de saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2019.

NISHIJIMA, M.; POSTALI, F. A. S.; FAVA, V. L. Consumo de serviços médicos e marco regulatório no mercado de seguro de saúde brasileiro. **Revista Pesquisa e Planejamento Econômico**, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), v. 41, p. 509–531, 2011.

O'DONNELL, O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 12, p. 2820–2834, 2007.

OLIVEIRA, M. M. d.; DAHER, D. V.; SILVA, J. L. L. d.; ANDRADE, S. S. C. d. A. Men's health in question: seeking assistance in primary health care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 273–278, 2015.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades. Módulo 6: controle de enfermidades na população. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa – Câncer. 2018. Acesso: 24 mar. 2020.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. Uso nocivo de álcool mata mais de 3 milhões de pessoas a cada ano; homens são a maioria. 21 de setembro de 2018, 2018. Acesso: 11 jun. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5763:uso-nocivo-de-alcool-mata-mais-de-3-milhoes-de-pessoas-a-cada-ano-homens-sao-a-maioria&Itemid=839>.

_____. Folha informativa - Álcool. Janeiro de 2019, 2019. Acesso: 11 jun. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5649:folha-informativa-alcool&Itemid=1093>.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. [S.l.]: Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2010.

PAGOTTO, V.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, E. A. d. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 33, p. 302–310, 2013.

PAIVA, A.; QUEIRÓZ, D. O Guia alimentação e imunidade: como melhorar sua imunidade através da alimentação. [S.l.]: NUTRIR – Centro de Nutrição Especializada, 2021.

PHELPS, C. E. Illness prevention and medical insurance. *Journal of Human Resources*, p. 183–207, 1978.

PINTO, M.; BARDACH, A.; PALACIOS, A.; BIZ, A.; ALCARAZ, A.; RODRIGUEZ, B.; AUGUSTOVSKI, F.; PICHON-RIVIERE, A. Burden of smoking in brazil and potential benefit of increasing taxes on cigarettes for the economy and for reducing morbidity and mortality. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019.

PINTO, M.; UGÁ, M. A. D. The cost of tobacco-related diseases for brazil's unified national health system. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1234–1245, 2010.

RESTREPO, H. E. Agenda para la acción en promoción de la salud. In: Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. [S.l.]: Bogotá: Editorial Medica Panamericana, 2001. p. 34–55.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. d. S. The role of religion in the promotion of health, in the prevention of violence and in the rehabilitation of individuals involved in criminal activity: literature review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1773–1789, 2014.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Health assessment and economic assessment in health: introduction to the debate on the points of intersection. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 765–774, 2012.

SANTOS, S. M.; CHOR, D.; WERNECK, G. L.; COUTINHO, E. S. F. Association between contextual factors and self-rated health: a systematic review of multilevel studies. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2533–2554, 2007.

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. O impacto econômico de hospitalizações atribuídas ao diabetes e suas complicações. 2018. Acesso: 24 ago. 2020.

_____. Diretrizes Da Sociedade Brasileira De Diabetes 2019-2020. 2019. SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. d. S.; GOMES, R.; COUTO, M. T.; PINHEIRO, T. F.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N. d.; VALENÇA, O. Health needs and masculinities: primary health care services for men. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 961–970, 2010.

SZWARCWALD, C. L.; DAMACENA, G. N.; JÚNIOR, P. R. B. d. S.; ALMEIDA, W. d. S. d.; LIMA, L. T. M. d.; MALTA, D. C.; STOPA, S. R.; VIEIRA, M. L. F. P.; PEREIRA, C. A. Determinantes da autoavaliação de saúde no brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da pesquisa nacional de saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 33–44, 2015.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. A review of concepts in health services access and utilization. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 190–198, 2004.

WOOLDRIDGE, J. M. Econometric analysis of cross section and panel data. MIT press, 2010.

ZAITUNE, M. P. d. A.; BARROS, M. B. d. A.; CL, G. C.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. et al. Arterial hypertension in the elderly: Prevalence, associated factors, and control practices in campinas, são paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2006.