



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ANDRÉ ULIAN DALL EVEDOVE

**GÊNERO E FATORES ASSOCIADOS AOS
COMPORTAMENTOS DE SAÚDE: ESTUDO COM
AMOSTRAS DAS CAPITAIS DOS ESTADOS BRASILEIROS E
DO DISTRITO FEDERAL**

Londrina
2022

ANDRÉ ULIAN DALL EVEDOVE

**GÊNERO E FATORES ASSOCIADOS AOS
COMPORTAMENTOS DE SAÚDE: ESTUDO COM
AMOSTRAS DAS CAPITAIS DOS ESTADOS BRASILEIROS E
DO DISTRITO FEDERAL**

Tese apresentada à Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Mathias Roberto Loch

Londrina
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Evedove, André Ulian Dall.

Gênero e fatores associados aos comportamentos de saúde : estudo com amostras das capitais dos estados brasileiros / André Ulian Dall Evedove. - Londrina, 2022.
125 f. : il.

Orientador: Mathias Roberto Loch.
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.

Inclui bibliografia.

1. Epidemiologia - Tese. 2. Saúde Coletiva - Tese. 3. Gênero - Tese. 4. Indicadores de saúde - Tese. I. Loch, Mathias Roberto. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

ANDRÉ ULIAN DALL EVEDOVE

**GÊNERO E FATORES ASSOCIADOS AOS
COMPORTAMENTOS DE SAÚDE: ESTUDO COM
AMOSTRAS DAS CAPITAIS DOS ESTADOS BRASILEIROS E
DO DISTRITO FEDERAL**

Tese apresentada à Universidade Estadual
de Londrina - UEL, como requisito parcial
para a obtenção do título de Doutor em
Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Mathias Roberto Loch

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Mathias Roberto Loch
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Débora Alves Guariglia
Universidade Estadual do Norte do
Paraná-UENP

Prof. Dr. Grégore Iven Mielke
The University of Queensland

Profa. Dra. Maira Sayuri Sakay Bortoletto
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Douglas Fernando Dias
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 22 de fevereiro de 2022.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer ao meu orientador Prof. Dr. Mathias Roberto Loch pela orientação e conhecimento compartilhados ao longo desses seis anos de pós-graduação (mestrado e doutorado). Destaco que dentre todo esse conhecimento compartilhado acabei virando fã do Moacyr Scliar.

Aos membros da banca que prontamente aceitaram o convite tanto para a minha qualificação quanto para a defesa. Desde já agradeço todas as sugestões que foram feitas por cada professora e professor.

A todas e todos que trabalham para manter o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em pleno funcionamento: coordenação, professoras, professores e profissionais da secretaria.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) pela bolsa concedida, o que permitiu um melhor aproveitamento do curso.

À minha mãe e ao meu pai pelos ensinamentos, apoio, paciência e carinho que me deram desde sempre. Se eu já “fui longe demais” como diz meu pai, é graças a todo esse apoio que me foi ofertado.

Ao meu irmão Leonardo pelo carinho, apoio e incentivo que foram fundamentais para que eu topasse fazer o mestrado e, em seguida, o doutorado. Acredito que meu irmão seja a pessoa que mais acredita no meu potencial e isso é fundamental para quem sempre teve problema com autoestima.

À Flávia que abriu as portas de sua casa, pelo carinho e amor que recebi durante esse momento tão difícil de pandemia e de encerramento de uma etapa profissional.

Aos irmãos Caneshiro (Denis e Douglas) que compartilharam comigo o mesmo teto durante minha estadia em Londrina.

Às amigas e aos amigos que fiz durante o mestrado e doutorado na UEL, principalmente: Giovana, João, Joamara, Karly, Lilian, Nathalia e Silas.

Ao Linoberg (Lino) pela cordialidade, amizade e pelas conversas políticas (e esportivas também) durante minha estadia em Boa Vista, Roraima.

“Apesar de você
Amanhã há de ser
Outro dia
Inda pago pra ver
O jardim florescer
Qual você não queria
Você vai se amargar
Vendo o dia raiar
Sem lhe pedir licença
E eu vou morrer de rir
Que esse dia há de vir
Antes do que você pensa

Apesar de você
Amanhã há de ser
Outro dia
Você vai ter que ver
A manhã renascer
E esbanjar poesia
Como vai se explicar
Vendo o céu clarear
De repente, impunemente
Como vai abafar
Nosso coro a cantar
Na sua frente”

(Chico Buarque)

RESUMO

EVEDOVE, André Ulian Dall. **Gênero e fatores associados aos comportamentos de saúde: estudo com amostras das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal.** 2022. 125f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

OBJETIVO: Analisar gênero e os fatores associados à adoção dos comportamentos de saúde em adultos brasileiros (≥ 18 anos) das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal, mediante a dois objetivos específicos: 1. Verificar a desigualdade na prática de atividade física no tempo livre entre homens e mulheres (≥ 18 anos) das capitais brasileiras de 2010 a 2019; 2. Comparar a prevalência de comportamentos de risco (CR) à saúde em homens idosos (≥ 60 anos) viúvos com as de idosos com companheira, solteiros e divorciados/separados, bem como a prevalência de CR em idosos viúvos conforme faixa etária, escolaridade e raça/cor. **MÉTODOS:** Tese estruturada conforme modelo escandinavo onde para cada objetivo específico construiu-se um artigo com métodos, resultados e conclusões próprias. Os dados utilizados foram da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). O primeiro, com dados de uma década (2010 a 2019), teve como tema a desigualdade da prática de atividade física no tempo livre entre homens e mulheres ($n=512.968$). Em ambos os estudos foi calculada a Razão de Prevalência (RP) a partir da regressão de Poisson. Para o artigo um, foram ainda calculadas a medida de desigualdade absoluta em pontos percentuais e a regressão de *Prais-Winsten* para verificar a tendência ao longo do período estudado. Com dados de 2016 e 2017, o segundo teve como tema a viuvez em homens idosos ($n=11.185$) e comportamentos de risco à saúde: inatividade física no tempo livre; consumo irregular de frutas, verduras e legumes; tabagismo e consumo abusivo de álcool. **RESULTADOS:** Artigo 1) A desigualdade relativa da prática da atividade física no tempo livre foi maior nos mais jovens (18 a 24 anos; RP média=2,09) e menor nos sujeitos de 45 a 64 anos (RP média=1,14). Na escolaridade, foi maior no grupo intermediário (9 a 11 anos; RP média=1,67) e menor no mais baixo (0 a 8 anos; RP média=1,41). Houve diminuição das desigualdades relativas no geral (-0,72 pontos percentuais (p.p/ano), nos grupos etários de 18 a 24 anos (-0,74 p.p/ano), 25 a 34 anos (-0,73 p.p/ano), 35 a 44 anos (-0,82 p.p/ano) e no grupo de escolaridade intermediária (-0,86 p.p/ano). Apesar dessa redução, tanto a desigualdade absoluta como a relativa se mantiveram maiores nesses grupos. Artigo 2) Comparando com idosos viúvos o tabagismo foi menor nos com companheira (RP=0,68; IC95%:0,52-0,90). Quando considerados somente os viúvos, na comparação com os de 60 a 69 anos, observou-se menor inatividade física no tempo livre nos de 70 a 79 anos (RP=0,86; IC95%:0,74-0,98), menor consumo irregular de frutas, verduras e legumes (RP=0,78; IC95%:0,66-0,93), tabagismo (RP=0,32; IC95%:0,15-0,65) e consumo abusivo de álcool (RP=0,35; IC95%:0,15-0,83) nos mais velhos (≥ 80 anos). Na comparação com viúvos de maior escolaridade (≥ 12 anos), os dos grupos intermediário e mais baixo foram mais inativos no tempo livre (RP=1,16; IC95%:1,00-1,35 e RP=1,15; IC95%:1,00-1,31, respectivamente) e tiveram maior consumo irregular de frutas, verduras e legumes (RP=1,31; IC95%:1,04-1,65 e RP=1,60; IC95%:1,31-1,94, respectivamente). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** No primeiro artigo, apesar da

redução significativa da desigualdade nos sujeitos de 18 a 44 anos e nos de escolaridade intermediária, as diferenças permaneceram maiores nesses grupos. No segundo artigo observou-se relação moderada da viuvez na comparação com outras situações conjugais. Considerando somente idosos viúvos, os mais velhos e de maior escolaridade tiveram menores CR. Sugere-se que ações e políticas de promoção de comportamentos saudáveis devem ser planejadas considerando a relação da desigualdade de gênero com outros fatores, como a situação conjugal, faixa etária e escolaridade.

Palavras-chave: Desigualdades em Saúde; Análise de Gênero em Saúde; Comportamentos de Saúde; Indicadores de Saúde; Estudos de Gênero.

ABSTRACT

EVEDOVE, André Ulian Dall. **Gender and factors associated with health behaviors: a study with samples from Brazilian state capitals and the Federal District.** 2022. 125f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

OBJECTIVE: To analyze the issue of gender and the factors associated with the adoption of health behaviors in Brazilian adults (≥ 18 years) in the 26 Brazilian capitals and the Federal District, through two specific objectives: 1. To verify the inequality in the practice of leisure-time physical activity between men and women (≥ 18 years) in Brazilian capitals from 2010 to 2019; 2. To compare the prevalence of health risk behaviors on elderly widower men with those of elderly people with lifemate, single and divorced/separated, as well as the prevalence of health risk behavior in elderly widowers according to age, schooling and race/color. **METHODS:** Thesis structured according to the Scandinavian model where, for each specific objective, an article was built with its own methods, results and conclusions. The data were from the Surveillance of Risk and Protection Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey (VIGITEL). The first article, with data from a decade (2010 to 2019), had as its theme the inequality in the practice of physical activity in free time between men and women ($n=512,968$). In both studies, the Prevalence Ratio (PR) was calculated using Poisson regression. Only for article one, the measure of absolute inequality in percentage points and the Prais-Winsten regression were calculated to verify the trend over the period studied. With data from 2016 and 2017, the second article was widowhood in elderly men ($n=11,185$) and health risk behaviors: physical inactivity in free time; irregular consumption of fruits and vegetables; smoking and alcohol abuse. **RESULTS:** Article 1) The relative inequality of the leisure-time physical activity was higher in the youngest (18 to 24 years old; mean PR=2.09) and lower in subjects aged 45 to 64 years old (mean PR=1.14). In terms of education, this difference was greater in the intermediate group (9 to 11 years of schooling; mean PR=1.67) and smaller in the lowest group (0 to 8 years of schooling; mean PR=1.41). During the period studied, there was a tendency towards a decrease in relative inequalities in general (-0.72 percentage points (pp/year), in the age groups of 18 to 24 years old (-0.74 pp/year), 25 to 34 years old (-0.73 pp/year), 35 to 44 years old (-0.82 pp/year) and in the intermediate schooling group (-0.86 pp/year). Despite this reduction, both absolute and relative inequality remained higher in these groups. Article 2) When comparing widowed elderly men, the prevalence of smoking was lower in those with a partner (PR=0.68; 95%CI:0.52-0.90). When only widows were analyzed, in comparison with those aged 60 to 69 years, a lower leisure-time physical activity was observed in those aged 70 to 79 years (RP=0.86; 95%CI:0.74-0.98) and lower irregular consumption of fruits and vegetables (RP= 0.78; 95%CI:0.66-0.93), smoking (RP=0.32; 95%CI:0.15-0.65) and alcohol abuse (RP=0.35; 95%CI:0.15 -0.83) in the oldest (≥ 80 years). When comparing widows with higher education (≥ 12 years of schooling), those in the intermediate and lower education groups had lower leisure-time physical activity (PR=1.16; 95%CI:1.00-1.35 and PR=1.15; 95%CI: 1.00-1.31, respectively) and higher irregular consumption of fruits and vegetables (RP=1.31; 95%CI: 1.04-1.65 and RP=1.60; 95%CI: 1.31-1.94, respectively). **CONCLUSIONS:** According to the

results, actions and policies to promote healthy behaviors should be planned considering the relationship between gender inequality and other factors, such as marital status, age group and schooling.

Key-words: *Health Inequalities; Gender Analysis in Health; Health Behaviors; Health Indicators; Gender Studies.*

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Modelo conceitual sobre gênero como determinante social de saúde.40
- Figura 2** – Diferença absoluta da prática recomendada de AFTL entre homens e mulheres das capitais brasileiras, segundo faixa etária, VIGITEL, 2010-201971
- Figura 3** – Prevalência da prática recomendada de AFTL entre homens e mulheres das capitais brasileiras, segundo anos de escolaridade, VIGITEL, 2010-201973

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número total e proporção de homens e mulheres que participaram do VIGITEL de 2006 a 2019.....	60
Tabela 2 – Características sociodemográficas de homens e mulheres (≥ 18 anos) das capitais brasileiras e Distrito Federal, VIGITEL, 2010-2019 (n=512.968).....	67
Tabela 3 - Razão de Prevalência (RP) da prática recomendada de AFTL de homens e mulheres (≥ 18 anos) das capitais brasileiras, estratificada por faixa etária e escolaridade, VIGITEL, 2010-2019 (n=512.968).	69
Tabela 4 - Média, desvio padrão, tendência e valor de p da desigualdade relativa da prática recomendada da AFTL de homens e mulheres (≥ 18 anos) das capitais brasileiras, estratificada por faixa etária e escolaridade, VIGITEL, 2010-2019 (n=512.968).	75
Tabela 5 - Características sociodemográficas de idosos (≥ 60 anos) residentes nas capitais dos estados e do Distrito Federal, geral e estratificado por faixa etária e escolaridade, VIGITEL, Brasil, 2016 e 2017(n=11.185).....	92
Tabela 6 - Prevalência de CR à saúde em homens idosos, segundo situação conjugal (em geral e estratificado por faixa etária e escolaridade), residentes das capitais e Distrito Federal, VIGITEL, Brasil, 2016 e 2017(n=11.185).....	94
Tabela 7 - Razão de prevalência dos CR relacionados à saúde em homens idosos residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal, segundo situação conjugal, VIGITEL, Brasil, 2016 e 2017 (n=11.185).....	96
Tabela 8 - Associação entre faixa etária, escolaridade e raça/cor com CR à saúde em homens idosos viúvos residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal, segundo faixa etária, escolaridade e raça/cor, VIGITEL, Brasil, 2016 e 2017(n=886).	98

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estrutura de dimensões sensíveis à análise de gênero.....	41
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFTL	Atividade Física no Tempo Livre
CAOIM	Centro de Atendimento à Obesidade Infantil de Marília
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF/AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
RP	Razão de Prevalência
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínuas
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
VIGITEL	Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	APROXIMAÇÃO COM O TEMA	16
1.1	PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA TESE	21
2	INTRODUÇÃO	24
2.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA.....	24
2.2	VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO	31
2.3	DESIGUALDADE E INEQUIDADE	33
2.4	SEXO E GÊNERO RELACIONADOS À DESIGUALDADE E INEQUIDADE	34
2.5	MASCULINIDADES	36
2.6	DESIGUALDADE DE GÊNERO E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	38
2.7	VIUVEZ EM IDOSOS.....	54
2.7.1	Envelhecimento Populacional no Brasil	54
2.7.2	Contextualizando a Viuvez.....	54
3	OBJETIVOS	58
3.1	GERAL.....	58
3.2	ESPECÍFICOS.....	58
4	METODOLOGIA	59
5	RESULTADOS	61
5.1	ARTIGO 1: COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM IDOSOS BRASILEIROS VIÚVOS DO SEXO MASCULINO.....	61
5.1.1	Resumo.....	61
5.1.2	<i>Abstract</i>	62
5.1.3	Introdução	63
5.1.4	Métodos	64
5.1.5	Resultados	67
5.1.6	Discussão.....	76
5.1.7	Conclusão	79
5.1.8	Referências	80

5.2	ARTIGO 2: DESIGUALDADE DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NO TEMPO LIVRE ENTRE HOMENS E MULHERES (BRASIL 2010-2019)	85
5.2.1	Resumo.....	85
5.2.2	Abstract.....	86
5.2.3	Introdução	87
5.2.4	Métodos	89
5.2.5	Resultados	92
5.2.6	Discussão.....	99
5.2.7	Conclusão	102
5.2.8	Referências	103
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
	REFERÊNCIAS	111

1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA

A relação entre sujeito (quem pesquisa) e o objeto a ser estudado é um dos fatores importantes a ser levado em consideração quando se constrói uma pesquisa científica. Para Minayo, Deslandes e Gomes (2007), a pesquisa é uma atividade básica da ciência que vincula pensamento e ação, ou seja, as questões a serem respondidas dentro de uma investigação científica estão relacionadas ao contexto do (a) pesquisador (a). Nesse sentido, o meu despertar para o tema surgiu ao longo da minha trajetória profissional de duas formas distintas: a primeira foi mediante à observação, na prática, de como a desigualdade se estabelecia na composição de grupos de práticas corporais/atividades físicas (PCAF) dos serviços públicos de saúde, sobretudo relacionados às diferenças entre homens e mulheres na adesão a esses grupos; a segunda forma foi mais relacionada com a aproximação teórica, mediante ao levantamento bibliográfico de estudos sobre o tema.

Apesar de ter feito minha graduação em Educação Física, essa não era minha primeira opção de curso. Na época de prestar as provas dos vestibulares, pelo fato de me interessar mais pelas disciplinas relacionadas às Ciências Humanas, optei por tentar ingressar no curso de História da Universidade de São Paulo (USP) e no curso de Ciências Sociais na Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho” (UNESP). Ambas as tentativas não deram certo. Entretanto, por ter um sentimento de querer entrar logo em um curso de graduação e por ter certa aproximação com a Educação Física, já que sempre gostei de praticar esportes, optei por fazer a graduação em uma universidade privada na cidade de Marília, onde nasci e que se localiza no interior de São Paulo, mais precisamente na região Centro-Oeste Paulista.

A grade curricular desse curso de bacharelado priorizava a formação de profissionais para o mercado de trabalho privado direcionado às academias, ao desenvolvimento esportivo de alto rendimento, recreação e lazer em clubes, entre outros. Ou seja, durante o curso não tive nenhuma aproximação com questões relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Saúde Coletiva. Após os quatro anos do bacharelado (2006 a 2009), fiz licenciatura em Educação Física na mesma instituição de ensino (2010). Portanto, me formei tanto no bacharelado como na licenciatura.

A minha primeira experiência no “campo de trabalho” da profissão foi em um estágio remunerado que fiz em uma Organização Não Governamental (ONG), durante os meus dois últimos anos do bacharelado (2008 e 2009), que posteriormente também foi meu primeiro emprego na área. Essa ONG utilizava recursos do Programa Segundo Tempo do Ministério dos Esportes e desenvolvia atividades nas escolas do ensino fundamental, em áreas mais vulneráveis socialmente do município de Marília. Essa experiência foi importante no sentido de compreender como fatores relacionados às desigualdades sociais afetavam a participação das crianças nas atividades desenvolvidas pela ONG, como a questão da desigualdade de gênero na participação de meninas e meninos nas atividades propostas durante as aulas. Por exemplo, quando as atividades eram relacionadas ao esporte, os próprios meninos faziam um movimento na tentativa de excluírem as meninas dessas atividades, alegando que elas eram “mais fracas” e “menos habilidosas”.

Após dois anos (2010 e 2011) trabalhando com atividades de Educação Física no contexto escolar, a ONG resolveu encerrar suas atividades. Em seguida, durante o ano de 2012, atuei como professor de *bike indoor* e como instrutor de uma academia privada, ou seja, foi um campo de trabalho totalmente distinto do meu primeiro emprego. Confesso que dentre as experiências de trabalho que tive durante os, aproximadamente, onze anos de carreira profissional como professor de Educação Física, esse foi o período mais difícil até então. Difícil no sentido de não me identificar com aquilo que estava fazendo, fato que me fez pensar em abandonar a profissão. Até tentei prestar o vestibular pela segunda vez para ingressar no curso de Ciências Sociais da UNESP, no fim de 2012. Bastava eu não “zerar” a redação para ingressar no curso, entretanto, consegui esse “feito” e, mais uma vez, não consegui passar no vestibular. Para piorar a situação, a proprietária da academia na época quis encerrar meu vínculo empregatício, pois, segundo ela “ficava muito caro” me manter como profissional de Educação Física com carteira assinada.

Diante desse contexto, no mês em que cumpri meu aviso prévio, no começo do ano de 2013, minha mãe disse que tinha lido um anúncio em um jornal local sobre um processo seletivo para profissionais de Educação Física atuarem na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade de Medicina de Marília. Por total desconhecimento do que se tratava, já que até então desconhecia

essa possibilidade de atuação profissional, duvidei dessa informação e fui me informar melhor sobre o tal processo. Após a confirmação dessa possibilidade, aproveitei os dias em que saía mais cedo da academia, por conta do aviso prévio, para estudar os pontos da prova. Confesso que me inscrevi na prova receoso pelo fato de oferecerem apenas uma vaga e de ter 18 concorrentes, ainda mais num contexto em que eu tinha acabado de não passar em um vestibular onde a concorrência para o curso de Ciências Sociais era de dois concorrentes para uma vaga.

Fiz a prova, fui aprovado e ingressei na residência no primeiro dia de abril de 2013. Durante os dois anos como residente, tive oportunidade de vivenciar diversas questões sobre a Saúde Coletiva e o SUS, como aquelas relacionadas ao planejamento e gestão de políticas públicas, à vigilância e monitoramento de doenças, principalmente das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), e aos determinantes que influenciavam as condições de saúde da população. Essa experiência foi muito significativa para a minha formação pessoal e profissional. No âmbito pessoal passei a ter um olhar mais ampliado sobre a complexidade das relações sociais e das dinâmicas de poder que envolvem uma sociedade, principalmente a brasileira, que apresenta grandes desigualdades. No âmbito profissional, se até antes de ingressar na residência estava desanimado em seguir como profissional de Educação Física, após a conclusão do curso passei a vislumbrar um caminho profissional que pudesse seguir essa trajetória iniciada na residência.

Uma das atividades mais recorrentes em que participava na época da residência era a condução de grupos de práticas corporais/atividades físicas organizados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). No cotidiano da promoção desses grupos o que mais me chamava a atenção era a desigualdade na adesão às práticas corporais/atividades físicas entre homens e mulheres, sendo elas as que mais participavam. Além das mulheres serem a maioria, outro fator que chamou minha atenção foi a desigualdade influenciada pela situação conjugal dessas mulheres, sendo as que não tinham companheiro, como as viúvas, solteiras, divorciadas ou separadas, as que mais aderiam aos grupos.

Após essa “aproximação prática” com o tema sobre fatores relacionados a essas desigualdades, passei a buscar na literatura estudos que

pudessem explicar a relação entre situação conjugal e a autonomia dessas mulheres na participação dos grupos de práticas corporais/atividades físicas. Durante essa “aproximação teórica”, identifiquei alguns estudos qualitativos que abordaram o tema da viuvez em idosos (as) (CAMARANO, 2003; TÔRRES, 2006; BALDIN; FORTES, 2008; TURATTI, 2012). O estudo conduzido por Camarano (2003) mostrou como o padrão de envelhecimento era desigual para homens e mulheres, destacando o que a autora chamou de “feminização da velhice”, ou seja, uma predominância de mulheres na população idosa. Além disso, utilizando dados do Censo Demográfico de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), destacou também o fato da viuvez ser a situação conjugal mais prevalente entre mulheres idosas, ao contrário dos homens onde a maior proporção foi de idosos casados (IBGE, 2000). Esse padrão de desigualdade entre homens e mulheres observado em relação à viuvez despertou o meu interesse pelo tema, sobretudo na questão relacionada à autonomia das mulheres idosas depois de perderem seus companheiros.

Logo após o término da residência, passei um ano, entre 2015 e 2016, trabalhando no Centro de Atendimento à Obesidade Infantil de Marília (CAOIM). Na época o CAOIM era um serviço público mantido pela prefeitura municipal de Marília e contava com uma equipe multiprofissional composta por uma médica pediatra, uma enfermeira, duas nutricionistas, duas fisioterapeutas e três profissionais de educação física. Essa equipe realizava atendimento de crianças e adolescentes (que iam acompanhadas por um adulto responsável por elas) com sobrepeso ou obesidade que eram encaminhadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou procuravam o serviço pela demanda espontânea. As crianças e adolescentes iam uma vez por semana durante um período de seis meses. As atividades tinham como foco principal a mudança do estilo de vida, por meio de orientações sobre hábitos alimentares e da prática de atividade física. Além das orientações, os profissionais de Educação Física também promoviam no espaço do serviço diversas atividades como jogos, brincadeiras e circuitos de exercícios físicos.

Durante esse período trabalhando no CAOIM, mantive o interesse de seguir o caminho que tivesse relação com a experiência significativa que tive na residência. Nesse sentido, na busca por programas de Pós-Graduação que contemplassem esse meu desejo e pela referência que tive de colegas com quem eu fiz a residência, optei por tentar ingressar no mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Para

isso, escrevi um projeto de pesquisa, com abordagem qualitativa, para pesquisar a participação de mulheres idosas viúvas em grupos de práticas corporais/atividades físicas.

Após meu ingresso no mestrado, tive a oportunidade de conhecer o projeto Vigicardio, estudo epidemiológico longitudinal conduzido pelos (as) professores (as) do programa, que verificou os fatores de risco para doenças cardiovasculares, em 2011, e a incidência de morbimortalidade, internações e modificações nos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, em 2015, nos adultos com 40 anos ou mais de idade, moradores de Cambé, uma cidade de médio porte localizada ao norte do Paraná. Na tentativa de adequar o tema inicial do projeto sobre a viuvez em idosas com as informações disponíveis no banco de dados do Vigicardio, houve mudança na metodologia, que passou a ser um estudo quantitativo, onde passei a investigar a relação da mudança na situação conjugal de homens e mulheres com comportamentos de saúde. Como produto final do mestrado a dissertação ficou com o título de: “Mudança na situação conjugal e associação com incidência e manutenção de indicadores positivos de saúde: Estudo Vigicardio (2011-2015)”. Por fim, após a banca de defesa, essa dissertação foi transformada em artigo recentemente publicado no periódico *Cadernos de Saúde Coletiva*, com o título: “Mudança na situação conjugal e incidência de comportamentos de proteção à saúde em adultos com 40 anos ou mais: estudo Vigicardio (2011-2015)” (EVEDOVE *et al.*, 2021).

Em 2018, ingressei no curso de doutorado do mesmo programa. Tanto no mestrado como no doutorado fui contemplado com uma bolsa de estudos, fato que possibilitou que eu me dedicasse exclusivamente para as atividades relacionadas à Pós-Graduação. Portanto, ao longo dos quatro anos de curso participei de diversas atividades acadêmicas, dentre as quais destaco: co-orientação de trabalhos de iniciação científica sob orientação do meu orientador; colaboração na construção de artigos científicos; realização de estágio de docência na graduação no Centro de Ciências da Saúde do Hospital Universitário da UEL; participação de Congressos com apresentação de trabalhos e colaboração na organização de eventos científicos.

1.1 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA TESE

Paralelamente a essas atividades, outra atividade importante foi o processo de construção da tese. Inicialmente, a ideia era continuar trabalhando na linha de pesquisa da epidemiologia com um tema que tivesse relação com comportamentos de saúde. Após a utilização de um banco de dados secundários do Vigicardio, uma das ideias construídas juntamente com o meu orientador foi a de utilizar um banco de dados secundários maior e de abrangência nacional. Nesse sentido, a opção foi de utilizar dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). O VIGITEL é um inquérito telefônico que ocorre anualmente desde 2006. Mais informações serão apresentadas nos métodos. A partir disso, para saber mais sobre esse inquérito passei a ler os relatórios produzidos e artigos que usaram seu banco de dados.

Após algumas análises preliminares, a ideia foi de trabalhar com um artigo com o tema relacionado à desigualdade na prática da atividade física no tempo livre (AFTL) entre homens e mulheres das capitais brasileiras. Entretanto, após a divulgação de uma edição temática sobre a saúde do homem intitulada “*Sexo, género y salud*” da revista argentina “*Salud Colectiva*”, aproveitamos essa oportunidade para tentarmos publicar um artigo com dados do VIGITEL, utilizando uma amostra composta somente por homens idosos para adequar ao tema proposto da revista. O artigo foi aprovado e publicado nas versões em espanhol e inglês no ano de 2020. Após essa publicação, retomamos a ideia inicial sobre o tema da desigualdade da prática de AFTL entre homens e mulheres. Ao contrário do trabalho da juventude, esse artigo passou por diversas tentativas de publicações em diferentes periódicos.

Para uma melhor explicação sobre como essa tese foi construída, considero importante citar a resolução do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da UEL de número 116/2017, que aprovou um novo regimento para o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva para mestrandos (as) e doutorandos (as) ingressantes a partir de 2018, proporcionando novidades em relação aos critérios para a obtenção dos títulos de mestre (a) ou doutor (a) (UEL, 2017). Por exemplo, desde então, dissertações ou teses podem ser apresentadas em formato de compilação de artigo (Modelo Escandinavo), sendo no mínimo um artigo para a dissertação e dois para a tese. Além disso, o programa passou a adotar a exigência

para a obtenção do título de doutor de pelo menos um artigo publicado relacionado com o tema da tese em revistas com o *Qualis* B1 ou superior. Diante desses critérios e da publicação de um artigo em uma revista com *Qualis* B1, optou-se por construir uma tese no formato de compilação de artigos. Portanto, a tese foi construída após a construção dos artigos.

A construção dessa tese foi um processo que ficou relativamente mais tranquilo após a publicação do primeiro artigo, considerando que atualmente publicar um trabalho em uma revista qualificada está cada vez mais difícil, ainda mais nesse contexto atual de pandemia. Também destaco a ideia do meu orientador de utilizar o banco de dados do VIGITEL. Além da importância de utilizar amostra de uma pesquisa nacional realizada anualmente desde 2006, trabalhar com dados secundários permitiu maior tranquilidade no sentido de pular algumas etapas que seriam necessárias caso utilizasse dados primários, como por exemplo, a construção e envio de um projeto para o Comitê de Ética e Pesquisa, e o fato de ir a campo coletar dados, que em geral, poderiam fazer com que esse processo fosse mais demorado e desgastante.

Por outro lado, essa construção também teve alguns desafios. O primeiro, inerente a qualquer pesquisador (a), foi em relação a dificuldade de publicar artigos em periódicos de qualidade. Outro desafio importante, mais de caráter pessoal, foi o tipo de metodologia adotada na construção dos artigos. Conforme citado na seção sobre minha trajetória profissional, eu não tive uma experiência acadêmica voltada para um olhar científico quantitativo, mas sim um olhar mais voltado para a prática dos serviços de saúde. Considero que trabalhar com dados numéricos, análises estatísticas e ter um “raciocínio mais epidemiológico” foi, e continua sendo, um processo complexo e desafiador.

Por fim, conforme é indicado pelo próprio título deste trabalho, os desfechos analisados foram os comportamentos de saúde. Para a presente tese considerou-se que a adoção de qualquer comportamento de saúde é complexa e multifatorial. Um desses fatores que tem sido investigado se refere às desigualdades e inequidades em saúde, inclusive relacionadas ao gênero. Portanto, com objetivo de descrever melhor como esses fatores podem influenciar na adoção de comportamentos de saúde, na seção introdução foram construídos os seguintes tópicos: Contextualização do tema; VIGITEL; Desigualdade e inequidade; Sexo e gênero relacionados à desigualdade e inequidade;

Masculinidades; Desigualdade de gênero e determinantes sociais de saúde;
Viuvez em idosos.

2 INTRODUÇÃO

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

As observações dos efeitos das desigualdades nas condições de vida e de saúde das populações são registradas desde a antiguidade, entretanto, foi somente no século XIX, período da revolução industrial, em que o tema passou a ganhar mais relevância (SINGERIST, 1961; SILVA; BARROS, 2002). Para Barata (2009), o surgimento do capitalismo e as consequências desse novo modelo econômico nas condições sociais e políticas, como a dura realidade enfrentada pelas sociedades dos países industrializados, foram favoráveis ao tema. Diversas foram as investigações conduzidas nessa época, como a realizada por Louis René Villermé (1782-1863), que relacionou as taxas de mortalidade com as condições desiguais de trabalhadores das indústrias têxteis na França. Rudolf Carl Virchow (1821-1902) identificou, na Alemanha, que diversos problemas de saúde da população alemã estavam relacionados com as desigualdades sociais do país. John Snow (1813-1858) investigou os surtos de cólera que aconteciam em Londres, chegando na conclusão de que a quantidade de óbitos era maior nas regiões mais pobres da cidade em que a água era contaminada. Iniciada nas últimas décadas do século XIX com as descobertas de Pasteur e Koch, a chamada Era Bacteriológica foi marcada pela explicação unicausal do processo saúde doença, ou seja, para cada doença existia um agente etiológico causador. Assim, as investigações no campo da saúde passaram a ter o interesse em descobrir o agente etiológico de cada doença descoberta, deixando de lado questões relacionadas com as condições de saúde da população e suas relações com as desigualdades sociais (SCLIAR, 2005).

A partir da segunda metade do século XX, o tema das desigualdades sociais passou a ser amplamente debatido (BARATA, 2015; BARRETO, 2017; ALMEIDA-FILHO, 2020). Nesse sentido, um dos documentos pioneiros foi Declaração de Alma-Ata, produzida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, no atual Cazaquistão, em 1978. Diante do contexto da época, caracterizado pela desigualdade do acesso à saúde entre países considerados pobres e ricos, como também de determinados grupos sociais dentro dos próprios países, a ideia foi de tentar diminuir essas desigualdades por meio da oferta dos serviços de saúde de atenção básica

(DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

Outro documento importante foi o *Black Report*, publicado na década de 1980, no Reino Unido. Esse documento investigou a relação entre as desigualdades sociais da população britânica com indicadores de morbidade, mortalidade e acesso aos serviços de saúde. Uma das observações importantes desse relatório foi que a melhora nas condições de saúde da população britânica não havia reduzido a desigualdade existente entre as classes sociais (TOWNSEND; DAVIDSON, 1992).

Entre o fim do século XX e começo do século XXI, a desigualdade social em saúde passou a ser debatida por diversas agências governamentais e não governamentais, dando ainda mais relevância para o tema (SILVA; BARROS, 2002). Dentro desse contexto, a Organização das Nações Unidas (ONU) passou a discutir diversas iniciativas para garantir o direito ao desenvolvimento para as gerações futuras (ONU, s.d.). Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS), que é a agência da ONU que trata de assuntos relacionados à saúde global criou, em 2005, uma comissão sobre determinantes sociais de saúde (DSS) com objetivo de promover uma ação mundial sobre os DSS e alcançar a equidade sanitária, melhorando as condições de vida de todos os cidadãos do mundo. Como produto dessa comissão, a OMS publicou, em 2008, um relatório final intitulado “*Closing the gap in a generation*”, chamando a atenção de todos os países do planeta para que trabalhassem no enfrentamento das desigualdades em saúde (WHO, 2008).

No Brasil, o tema das desigualdades sociais passou a ser mais debatido a partir da década de 1970, durante a ditadura militar. Com aprofundamento da desigualdade causada pela crise social e econômica, movimentos sociais passaram a reivindicar por melhores condições de trabalho, moradia, transporte, saúde, entre outros (SOUTO; OLIVEIRA, 2016). Esses movimentos, como o da Reforma Sanitária Brasileira, foram importantes na desconstrução do modelo unicausal do processo saúde-doença, buscando recuperar as ideias da multicausalidade que entrou em declínio com a Era Bacteriológica (SILVA; BARROS, 2002). Além disso, estimularam a construção do campo da Saúde Coletiva no Brasil, resultando na fundação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, em 1979 (LIMA; SANTANA, 2006). Para Barros (2017), esses movimentos foram importantes na compreensão dos padrões de saúde da população e da organização dos serviços de saúde.

Diante desse contexto, investigações epidemiológicas começaram a dar mais ênfase na questão das desigualdades. Estudo de revisão que investigou a produção de artigos epidemiológicos sobre desigualdades em saúde, no período entre 1971-2000, mostrou um crescimento de publicações sobre esse tema na América Latina, sendo o Brasil o responsável por cerca de metade dessas publicações (ALMEIDA-FILHO *et al.*, 2003). Mais recentemente, de acordo com uma revisão sobre a frequência e os tipos de artigos relacionados às desigualdades sociais em saúde, publicados na Revista de Saúde Pública durante os 50 anos deste periódico, houve um aumento de publicações sobre as desigualdades, sendo os temas relacionados à alimentação/nutrição, mortalidade e doenças infecciosas os mais publicados (BARROS, 2017). Muitos estudos brasileiros poderiam ser destacados pela importância que deram ao tema das desigualdades, permitindo uma melhor compreensão de como elas podem se associar com diferentes desfechos em saúde (BARATA, 2009; BARATA, 2015; BARRETO, 2017; ALMEIDA-FILHO, 2020). No geral, essas publicações tem buscado reconhecer a influência de fatores socioculturais como determinantes das desigualdades que influenciam o processo saúde-doença, como renda, trabalho, cor da pele e gênero.

Historicamente, as desigualdades relacionadas à saúde entre homens e mulheres foram naturalizadas, mediante teorias biológicas, sendo eles considerados uma espécie de modelo universal de ser humano e a mulher como um ser desviante (BEAUVOIR, 2009). Diante desse contexto, mais especificamente a partir da década de 1970, o movimento feminista da época passou a questionar a invisibilidade nas ciências sobre questões vivenciadas pelas mulheres, como o trabalho doméstico e a violência conjugal (AQUINO, 2006). Para Krieger (2003), o movimento questionava o motivo dessas desigualdades, ou seja, se seriam relacionadas aos aspectos meramente biológicos de sexo ou aos aspectos construídos socialmente na educação de homens e mulheres. Foi nesse contexto que houve a separação dos conceitos de sexo, categoria relacionada às diferenças biológicas masculinas e femininas, e de gênero, categoria relacionada com as construções sociais que acabam definindo o que é ser homem e o que é ser mulher (RUBIN, 1975; HEILBORN; RODRIGUES, 2018). Diante desse contexto, a ONU promoveu diversos eventos na tentativa de propor ações para diminuir essa desigualdade entre homens e mulheres ao redor do mundo. Destacam-se alguns deles:

Decênio 1975-1985 das Nações Unidas para a Mulher: Os principais compromissos foram direcionados à redução da desigualdade no acesso à educação, melhores oportunidades de trabalho e de atenção à saúde das mulheres. Durante esse período três conferências foram realizadas: México (1975); Copenhague (1980) e Nairóbi (1985) (ONU, s.d.).

Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW) (1979): Em 1979, a Assembleia das Nações Unidas realizou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW). Mais de 185 países foram signatários dessa Convenção, que foi um marco na garantia dos direitos das mulheres (ONU, s.d.).

Conferência Mundial sobre a Mulher de 1995: Celebrada em Pequim, após dez anos do Decênio das Nações Unidas para a Mulher, marcou o compromisso de seus países membros com a saúde das mulheres e no enfrentamento à violência em que elas eram vítimas. Para Viotti (1995), a Plataforma de Ação de Pequim elaborou três inovações importantes na garantia dos direitos das mulheres: o conceito de gênero; empoderamento e enfoque da transversalidade. Sendo assim, essa Conferência foi um marco importante onde os países passaram a adotar o enfoque de gênero em muitas políticas públicas e em pesquisas nacionais, por meio da construção de indicadores que pudessem mostrar como a desigualdade de gênero era um fator importante na condição de vida das mulheres e dos homens também.

Declaração do Milênio: todos os países membros definiram na 55ª Assembleia Geral das Nações Unidas, realizada em 2000, na cidade de Nova Iorque, localizada nos Estados Unidos, um conjunto de oito objetivos, os chamados “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” e suas 18 metas a serem cumpridas no período de 2000 a 2015. Dentre esses objetivos, destaca-se o objetivo três de promover a igualdade entre os sexos e valorizar a mulher, tendo como meta a redução da desigualdade entre os sexos em todos os níveis de ensino (ONU, s.d.).

Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (2015): Em 2015, os países membros da ONU elaboraram 17 objetivos globais chamados de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Todos os objetivos dessa agenda têm suas metas específicas que devem ser atingidas até 2030. O objetivo cinco é sobre a igualdade de gênero. Suas principais metas são: reduzir a violência contra as

mulheres, reconhecer todo o tipo de cuidado e trabalho doméstico não remunerado que elas realizam, por meio da oferta de serviços públicos; assegurar participação igualitária em todas as oportunidades oferecidas na vida política, econômica e pública. Ainda sobre a Agenda 2030, a ONU Mulheres criou uma iniciativa intitulada “Por um Planeta 50-50 em 2030: um passo decisivo pela igualdade de gênero”. Essa ação foi importante no sentido de fortalecer as metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. O Brasil foi um dos primeiros países que aderiram à essa iniciativa com a tipificação do crime de feminicídio, em 2015 (ONU, s.d.).

Além dessas conferências, a ONU, mais especificamente a Divisão de Estatística das Nações Unidas elaborou, em 2013, um conjunto mínimo composto por 63 indicadores, sendo 52 quantitativos e 11 qualitativos, que podem ser utilizados por países para a mensuração da desigualdade de gênero. Esses indicadores fazem parte de cinco domínios: estruturas econômicas, participação em atividades produtivas e acesso a recursos; educação; saúde e serviços relacionados; vida pública e tomada de decisão; direitos humanos de mulheres e meninas (ONU, 2019). Inclusive, esses indicadores foram utilizados pelo IBGE, que produziu a segunda edição de um informativo intitulado “Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil”. Para construir esse informativo, o IBGE utilizou como fonte de dados a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, a projeção da população brasileira por sexo e faixa etária, as estatísticas do registro civil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a Pesquisa de Informações Básicas Estaduais, além de outras fontes como o Tribunal Superior Eleitoral e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Dentre os principais resultados, destacam-se a menor participação das mulheres na força de trabalho (relacionada as pessoas com idade ativa que fornecem mão de obra), na vida pública (presença das mulheres em cargos de vereador (a), deputado (a), ministérios) e na tomada de decisão (participação das mulheres em cargos de chefia) (IBGE, 2021).

Em 2002, a OMS elaborou uma política de integração da perspectiva de gênero em seus planos de trabalhos, estimulando todas as investigações, projetos, políticas e iniciativas em que participasse a adotar essa integração. Essa iniciativa teve como objetivos: promover a equidade e igualdade entre homens e mulheres ao longo de toda vida; proporcionar informações sobre a influência do gênero na saúde e na atenção à saúde; apoiar seus Estados Membros no

planejamento, execução e avaliação de políticas relacionadas ao gênero (WHO, 2002).

O Fórum Econômico Mundial, evento que reúne lideranças de diversos países para debater assuntos que afetam a economia em todo o mundo, elaborou um relatório intitulado “*Global Gender Gap Report*” que mostra a evolução da desigualdade entre homens e mulheres no empoderamento político, na participação econômica, na educação e na saúde. De acordo com o último relatório, com dados de 156 países, publicado em 2021, a maior desigualdade foi observada no empoderamento político e na participação econômica. Por outro lado, as dimensões relacionadas à saúde e educação foram as mais próximas da igualdade de gênero (WORLD ECONOMIC FORUM, 2021).

Além da elaboração de relatórios, algumas organizações internacionais, como o caso do Banco Mundial, produziram sites interativos que permitem a análise de mapas e gráficos que mostram a relação da desigualdade de gênero com indicadores relacionados à saúde, educação, participação política e econômica de diversos países. Em 2019, o Banco Mundial publicou o “*The Little Data Book on Gender 2019*”. Esse relatório fornece informações de 217 países referentes aos anos de 2000 e 2017. Indicadores de saúde e educação foram os que mais próximos chegaram da igualdade de gênero. Por outro lado, as maiores desigualdades foram relacionadas com a participação econômica, sendo as mulheres mais propensas a se envolverem em trabalhos informais e com remuneração mais baixa (WORLD BANK GROUP, 2019).

Outra organização importante, o Instituto Europeu para a Igualdade de Gênero, que é uma agência da União Europeia, possui um site interativo que permite a análise da desigualdade de gênero com indicadores de saúde, trabalho, renda, conhecimento, uso do tempo, poder econômico, político e social, e violência de todos os seus países membros. De acordo com seu relatório “*Gender Equality Index 2020: key findings for the UE*” a saúde foi o domínio em que mais se aproximou da igualdade de gênero. Por outro lado, as desigualdades foram maiores no domínio do poder relacionado com a presença das mulheres em cargos de chefia (UNIÃO EUROPEIA, 2010).

Por fim, outra organização regional, a Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL), possui um sítio eletrônico que tem uma seção exclusiva sobre assuntos relacionados à questão da desigualdade de gênero nos

países da América Latina e Caribe. Nesta seção, há diversas publicações de relatórios sobre o tema da desigualdade relacionado com indicadores de saúde, educação, emprego, sistemas de pensão, organização social do cuidado, entre outros.

Embora a construção do conceito de gênero tenha sido fruto do movimento feminista, importante no sentido de debater e propor ideias para o enfrentamento da desigualdade que, como exposto, é mais presente na vida das mulheres, o conceito de gênero também é importante na análise das condições de saúde dos homens. De uma forma geral, estudos específicos sobre a saúde dos homens começaram a surgir entre as décadas de 1970 e 1980, nos Estados Unidos (GOLBERG, 1976; MEINECKE, 1981). Embora esses estudos mostrem em seus resultados o risco relacionado à saúde dos homens, o interesse por analisar como a construção social de gênero afeta a saúde do homem é relativamente mais recente se comparados a outros temas relacionados ao gênero (DE KEIJZER, 2003; GOMES; SCHRAIBER; COUTO, 2005; WHITE; FAWKNER; HOLMES, 2006).

Nesse sentido, duas grandes conferências internacionais que ocorreram na década de 1990 foram importantes no debate para também incluir os homens e suas especificidades na análise das desigualdades de gênero. A primeira foi a Conferência Internacional sobre População e de Desenvolvimento, realizada em 1994, na cidade do Cairo, Egito, e a outra foi a já citada Conferência Mundial sobre a Mulher de 1995, realizada na cidade de Pequim, na China. De uma forma geral, nos documentos elaborados por essas conferências houve um consenso de que melhores indicadores sociais e de saúde seriam alcançados se também tivessem a participação dos homens (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012).

Nesse sentido, instituída pela Portaria GM/MS nº1944, de 27 de agosto de 2009, o Ministério da Saúde do Brasil criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, com objetivo geral de promover melhores condições de saúde dos homens no Brasil, contribuindo com a redução da morbimortalidade desses sujeitos, mediante o enfrentamento dos fatores de riscos pela facilitação do acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

No início de 2020, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) publicou um informe intitulado "*Masculinidades y Salud en la Región de las*

Américas”, que descreve como as condições de saúde dos homens são produtos de diversos fatores, principalmente aqueles relacionados à masculinidade. Por fim, dentre as principais recomendações sugeridas, destacam-se a elaboração de políticas públicas e programas de saúde de prevenção e atenção aos principais problemas que afetam os homens ao longo de suas vidas (OPAS, 2019).

2.2 VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO (VIGITEL)

O VIGITEL é uma pesquisa que ocorre anualmente, desde 2006, com dados de amostras probabilísticas de adultos (≥ 18 anos) que moram nas 26 capitais brasileiras dos estados brasileiros e no Distrito Federal, mediante ao cadastro de linhas telefônicas fornecido pelas operadoras de telefonia fixa que operam no Brasil (BRASIL, 2020). Cada etapa inicial da amostragem realizada anualmente é constituída por sorteio de, no mínimo, cinco mil linhas telefônicas de cada capital cedidas por empresas de telefonia. Após o sorteio, ocorre a reprodução da distribuição do cadastro original e essas linhas são organizadas em réplicas de 200 linhas. Por fim, realiza-se a validação da linha sorteada e, em seguida, a seleção aleatória de um adulto (≥ 18 anos de idade) que mora no domicílio para responder as perguntas do questionário do relatório (BRASIL, 2020).

De forma geral, seu objetivo é monitorar a condição de saúde de brasileiros adultos (≥ 18 anos) que moram nas 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal (MALTA *et al.*, 2017). Para isso, levanta informações sobre as características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade e situação conjugal), principais DCNT (hipertensão arterial, diabetes e câncer) e seus principais fatores de risco (inatividade física, consumo irregular de frutas, verduras e legumes, tabagismo e consumo abusivo de álcool). Além desse levantamento contínuo realizado desde a primeira publicação, em 2006, o VIGITEL também realiza um levantamento de informações de forma provisória de acordo com a necessidade do momento, como por exemplo, quando nas edições de 2007 a 2010 foram incluídas perguntas sobre proteção de raios ultra-violetas e nas edições, a partir de 2012, foram incluídas informações sobre multas de trânsito e de ações para o enfrentamento da dengue (BRASIL, 2020).

Por ser um inquérito telefônico, o VIGITEL utiliza linhas de telefones fixos cedidas pelas empresas de telefonia que operam no Brasil. O processo de amostragem de quem vai participar do estudo é feito por meio de um sorteio dessas linhas telefônicas realizado pelo Ministério da Saúde (MS). Para maiores informações de como esse sorteio é realizado, o próprio sítio do MS disponibiliza de forma detalhada como cada etapa é feita para se chegar em um tamanho amostral adequado que permita uma estimativa condizente com a da população brasileira adulta (BRASIL, 2020).

Por entrevistar somente aqueles que possuem telefone fixo, o VIGITEL pode apresentar limitações no sentido de deixar de fora da amostra sujeitos mais vulneráveis socialmente. Além disso, a desigualdade social no Brasil faz com que a cobertura de telefone fixo seja desigual de acordo com as regiões do Brasil, sendo o Norte e Nordeste as que apresentaram menor cobertura e o Sul e Sudeste a maior (BRASIL, 2019). Portanto, para que uma parcela da população não seja excluída da amostra, o próprio VIGITEL faz aplicação de pesos pós-estratificação por meio de modelos matemáticos. Esse ajuste permite estimar a distribuição da amostra que possui telefone fixo para toda a população estudada (BRASIL, 2020).

Inicialmente, o método de ponderação adotado foi por célula. Essas células foram compostas pelas variáveis sexo, faixa etária e escolaridade. Para a construção dos pesos para cada capital foram utilizados dados da população brasileira do Censo Demográfico realizado no ano 2000. A variação desses pesos pela presença de células com poucas informações na amostra, como foi o caso dos estratos da população mais jovem (18 a 24 anos) e de menor escolaridade (0 a 8 anos de estudo), devido a mudanças no perfil sociodemográfico da população entre 2000 e 2010, além da divulgação do Censo Demográfico de 2010, fizeram com que houvesse uma revisão no método de ponderação que minimizasse o efeito de pesos nas estimativas (BERNAL *et al.*, 2017). A partir da publicação do relatório de 2012, para a construção de pesos pós-estratificação, passou a ser utilizado o método *rake*, que utiliza a frequência simples de cada variável, como sexo, faixa etária e escolaridade, possibilitando a utilização de diferentes fontes externas para a construção desses pesos (BRASIL, 2020). De acordo com o primeiro estudo que comparou os dois métodos de pós-estratificação do VIGITEL, conduzido por Bernal *et al.* (2017), apesar do método *rake* não ter eliminado totalmente o vício amostral relacionado à cobertura de cadastro, foi o que produziu estimativa com maior

precisão em comparação com o método de ponderação por célula.

2.3 DESIGUALDADE E INEQUIDADE

Simultaneamente a esse contexto de proposição de ações para diminuir as desigualdades de gênero e de construção de indicadores para uma melhor análise dessa questão, diversos autores tem buscado elucidar alguns conceitos sobre igualdade, equidade e seus respectivos contrários, desigualdade e inequidade (WHITEHEAD, 1992; BREILH, 1999; KAWACHI; SUBRAMANIAN; ALMEIDA-FILHO, 2002; BARATA, 2009; VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA-FILHO, 2009; BRAVEMAN, 2014; BARATA, 2015; BARRETO, 2017; ALMEIDA-FILHO, 2020). Sendo assim, diversas são as definições encontradas na literatura para esses conceitos. Embora essa tese não tenha como objetivo realizar uma discussão aprofundada sobre os diversos significados desses conceitos, se faz necessário esclarecer algumas dessas diferenças, já que nem todas possuem o mesmo sentido.

Dentre esses diversos autores, cabe destacar o estudo elaborado na década de 1990 por Margareth Whitehead para a OMS. Nesse documento, a autora definiu a inequidade em saúde como a diferença ou disparidade em saúde que pode ser considerada injusta, desnecessária e evitável. Ao mesmo tempo, inseriu em uma nota de rodapé explicando que não iria utilizar o termo *inequality* (desigualdade em inglês) por considerar que causaria certa ambiguidade e falta de compreensão (WHITEHEAD, 1992).

Já Kawachi, Subramanian e Almeida-Filho (2002) distinguem desigualdade/igualdade de inequidade/equidade em saúde. Enquanto que para eles os dois primeiros conceitos são mensuráveis, os dois últimos são conceitos políticos que expressam um compromisso moral com a justiça social. Nessa mesma perspectiva, Barreto (2017) define as desigualdades em saúde como aquelas diferenças relacionadas às condições de saúde e no acesso aos serviços de saúde que são percebíveis e mensuráveis. Já as inequidades são desigualdades consideradas injustas ou decorrentes de injustiça.

Reconhecendo a diversidade de significados encontrados na literatura relacionados ao conceito de desigualdade, inequidade e seus contrários, Almeida-Filho (2020) propôs uma matriz semântica com o objetivo de reduzir possíveis

confusões terminológicas sobre esses termos. Nesse estudo, o autor elaborou uma tabela com a equivalência semântica desses termos em português, inglês, espanhol e francês. Em seguida, definiu esses termos, sendo a desigualdade considerada como diferença dimensional ou variação quantitativa de grupos populacionais, expressa por indicadores epidemiológicos e a inequidade como uma desigualdade evitável, injusta, desnecessária e indesejável sob uma perspectiva política. Além dessas definições, o autor acrescentou que o termo iniquidade é uma inequidade que além de injusta e evitável, é indigna e vergonhosa, resultante de alguma forma de opressão social.

Portanto, a análise das inequidades em saúde é importante na compreensão de que há diversos desequilíbrios construídos socialmente por meio de valores e crenças que influenciam na relação de poder entre determinados grupos, resultando em muitas desvantagens. Essas inequidades podem ser observadas na área específica da saúde, como por exemplo, na qualidade da atenção e no acesso aos serviços de saúde ofertados, e também no âmbito social, composto pelos determinantes sociais que mostram as desvantagens relacionadas à classe social, cor da pele e gênero (OPAS, 2018).

2.4 SEXO E GÊNERO RELACIONADOS À DESIGUALDADE E INEQUIDADE

Para Heidari *et al.* (2017) tanto sexo como gênero são determinantes importantes relacionados à saúde, influenciando nos riscos ambientais e ocupacionais, na adoção dos comportamentos, no acesso ao cuidado e tratamentos dos serviços de saúde. Portanto, para introduzir como a desigualdade e inequidade se relaciona tanto com o sexo como o gênero, é necessário definir alguns conceitos. Sexo é um conceito ligado às características biológicas que diferenciam os sujeitos, como aquelas relacionadas aos aspectos anatômicos/fisiológicos do aparelho reprodutivo e às características genéticas relacionadas aos cromossomos. As categorias sexuais podem ser: masculino, feminino e intersexual (pessoas que não possuem características sexuais definidas com o masculino e nem com o feminino). Por outro lado, gênero está relacionado com normas, padrões, direitos e oportunidades que são construídos socialmente. Os comportamentos são ensinados e aprendidos de forma que diferenciem os homens das mulheres, na forma como cada sexo deve se relacionar, se comportar

e exercer determinadas funções na sociedade (BARATA, 2009; GARCÍA-CALVENTE *et al.*, 2015).

Diante desses elementos, gênero é um fator importante relacionado à inequidade em saúde (OPAS, 2018). Ao adotar o termo gênero nas pesquisas, rejeita-se a concepção determinista baseada exclusivamente nas diferenças de sexo, passando a valorizar questões sobre as relações de poder construídas socialmente entre homens e mulheres, e como elas influenciam em suas condições de saúde (SCOTT, 1995). Para Sen, George e Östlin (2005), a compreensão de como os fatores biológicos e sociais se relacionam com a condição de saúde pode ser importante no sentido de um melhor entendimento das inequidades de gênero relacionadas à saúde.

Outros termos são importantes para a compreensão da relação entre sexo e gênero. O sexismo pode ser considerado uma inequidade de gênero, já que é caracterizado por atitudes e comportamentos praticados pelos homens que discriminam e inferiorizam as mulheres. Já a sexualidade engloba o sexo, papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução, que pode ser influenciada por diversos fatores, como os biológicos, culturais, econômicos, políticos, históricos, religiosos, entre outros (WHO, 2015). Nesse sentido, é muito comum considerar o gênero como um conceito categórico e dicotômico entre o masculino e feminino, embora existam hoje muitas pessoas que não se identificam com esse padrão, como aquelas que não se identificam com o sexo de nascimento (travestis, transexuais, pessoas com identidade não binária ou *queer*). Além disso, cabe destacar também a diversidade de categorias de orientação sexual, como os hetero, homo e bissexuais (WHO, 2015; GOMES *et al.*, 2018). Sendo assim, os sujeitos que não fazem parte desse padrão binário muitas vezes são vítimas de preconceitos e inviabilizados nas análises de gênero (HEIDARI *et al.*, 2017; CARVALHO; BARRETO, 2021).

Os desfechos relacionados à saúde de homens e mulheres podem ser desiguais por diversos fatores. De acordo com Rouquayrol (2015), esses fatores podem ser atribuídos as: 1. Diferenças biológicas; 2. Fatores vinculados ao sexo, como a hemofilia que é uma doença predominante nos homens; 3. Diferenças anatomofisiológicas associadas à especificidade do local da doença como o caso das taxas de mortalidade por câncer de próstata em pessoas que possuem esse órgão e de colo de útero em pessoas que possuem esse órgão; 4. Atividades

laborais desenvolvidas especificamente por um dos sexos que resultam maiores riscos de acidentes de trabalho ou doenças profissionais, como no caso dos homens que trabalham com a construção civil ou em mineradoras; 5. Riscos específicos relacionados à função reprodutiva das mulheres; 6. Diferenças comportamentais que, de forma geral, os homens assumem mais comportamentos de risco do que as mulheres.

De acordo com a OPAS (2019) o padrão de mortalidade dos homens e das mulheres na Região das Américas se diferencia ao longo da vida. Nos primeiros grupos etários, o padrão de mortalidade é semelhante entre os sexos. Entretanto, a partir do grupo etário de 15 a 29 anos de idade, a mortalidade nos homens passa a ser quase sete vezes maior, tendo como principais causas os homicídios, acidentes e suicídios. Já a partir dos 50 anos, as principais causas de mortalidade são as DCNT relacionadas com os DSS e comportamentos de risco à saúde. Aproximadamente 20% dos homens morrem antes de completar 50 anos de idade. No caso das mulheres esse percentual só é observado a partir dos 60 anos. Portanto, fica evidente que os comportamentos de risco adotados pelos homens podem estar relacionados com a construção social de determinados papéis associados à masculinidade.

2.5 MASCULINIDADES

Na obra intitulada “A construção social da masculinidade”, Oliveira (2004) descreve que a palavra “masculinidade” é derivada do termo latim *masculinus*, surgida no século XVIII para explicitar a diferenciação entre os sexos. Ainda de acordo com esse autor, não há uma definição única de masculinidade, apontando para as diversas características históricas e sociais que influenciaram na construção das masculinidades ao longo do tempo, destacando as mudanças observadas nas sociedades feudal, moderna burguesa e contemporânea.

Nessa mesma direção, Gomes (2010) define a masculinidade como um modelo que forma a identidade do homem conforme suas atitudes, comportamentos e emoções que são construídos socialmente, variando conforme o tempo e de acordo com a cultura de cada sociedade. Assim, o termo masculinidades (no plural) pode ser definido como um conjunto de valores e comportamentos que são atribuídos aos homens variando entre distintas

sociedades. No geral, estão associadas a um modelo hegemônico e patriarcal que se baseia na ideia de que o homem é um sujeito dominante, discriminando e subordinando as mulheres e outros homens que não se adaptam a esse modelo (DE KEIJZER, 2003; OLIVEIRA, 2004).

O modelo hegemônico de masculinidade tem como principais características: 1. Ser auto-suficiente e ter controle emocional; 2. Ser forte o tempo todo e não ter medo de assumir riscos; 3. Ter papéis rígidos relacionados à masculinidade; 4. Ser agressivo e manter o controle sobre decisões quando necessário para manutenção de poder (RAGONESE; SHAND; BARKER, 2018; OPAS, 2019). Essas características influenciam na adoção de comportamentos que podem impactar negativamente na saúde dos homens, como por exemplo, não buscar atendimento nos serviços de saúde (PAIVA NETO, 2020). Além disso, ao mesmo tempo que cometem atos violentos como homicídios, são as maiores vítimas também (BRASIL, 2020).

O interesse pelo tema sobre a saúde do homem é relativamente mais recente se comparados a outros temas relacionados ao gênero, sobretudo no Brasil (DE KEIJZER, 2003; COUTO; GOMES, 2012; HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020). No contexto brasileiro, de acordo com Hemmi, Baptista e Rezende (2020), essa temática passou a ter mais relevância no início desse século com a organização de campanhas e encontros científicos sobre a prevenção e controle do câncer de próstata realizados pela Sociedade Brasileira de Urologia.

Destaca-se também a publicação, em 2005, de uma edição especial do periódico *Ciência e Saúde Coletiva* intitulada "Saúde do homem: alerta e relevância". Nessa edição diversos trabalhos abordaram de forma interdisciplinar questões pertinentes a esse tema nas áreas das Ciências Sociais, Epidemiologia e da Biomedicina. Uma das mensagens importantes encontradas no editorial dessa edição diz respeito à abordagem da saúde do homem com foco na perspectiva relacional de gênero. Os autores explicam que focar especificamente o homem ou a mulher não compromete a abordagem de gênero, já que tanto o masculino como o feminino são vistos como um em relação ao outro, não no sentido de ser complementar, mas sim de mostrar as assimetrias de poder de homens e mulheres (GOMES; SCHRAIBER; COUTO, 2005; COUTO; GOMES, 2012). Nesse mesmo sentido, segundo Villela, Monteiro e Barbosa (2020) a abordagem de gênero não está restrita somente na análise das relações de poder entre homens e mulheres,

mas também nas relações das mulheres entre si ou de homens entre si.

Por fim, cabe destacar também a publicação, em 2009, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Sua formulação contou com a colaboração de diversas sociedades médicas, pesquisadores, profissionais da saúde de diversas áreas de atuação, acadêmicos, entidades civis organizadas, representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Com essa política, o Brasil passou a ser um dos únicos países na época a ter uma política voltada para a saúde dos homens, juntamente com a Irlanda e a Austrália (HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020).

2.6 DESIGUALDADE DE GÊNERO E FATORES RELACIONADOS À SAÚDE

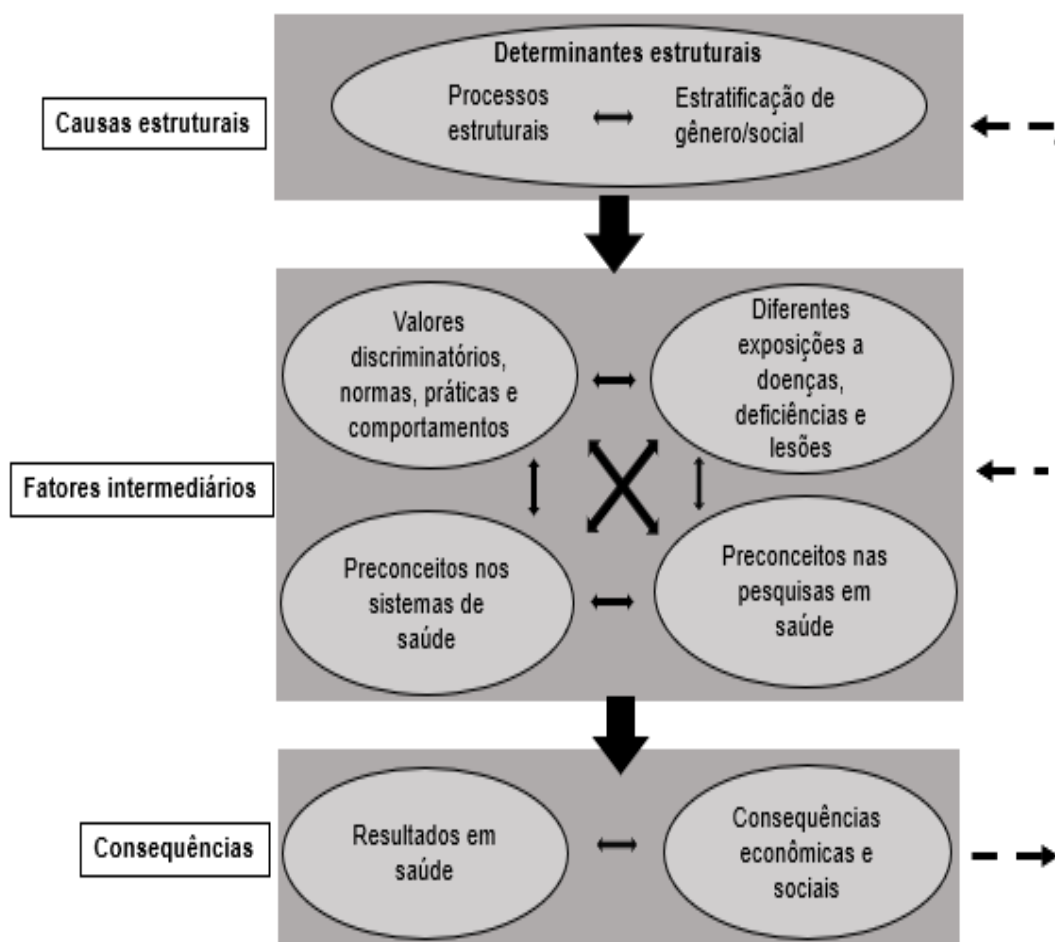
Para a análise da desigualdade de gênero e sua relação com as inequidades em saúde, para esta presente tese se considera a saúde como um conceito ampliado e complexo, que vai além do conceito da saúde como ausência de doença. Portanto, é importante destacar o papel dos DSS. Apesar das diversas definições, no geral, eles são entendidos como fatores que podem influenciar na situação de saúde dos sujeitos, como aqueles relacionados ao trabalho, renda, moradia, escolaridade, lazer, relações interpessoais, raça/cor, idade, gênero, entre outros (KRIEGER, 2001; BUSS; PELEGRINI FILHO, 2002; OPAS, 2018). O modelo de *Dahlgren e Whitehead* permite observar como os DSS influenciam nas condições de saúde dos sujeitos. A base do modelo é representada pelas características inerentes aos sujeitos, como fatores hereditários, sexo e idade. Em seguida, a camada mais próxima é composta pelos comportamentos e estilos de vida. A camada seguinte é a das redes sociais e comunitárias que influenciam diretamente os comportamentos de saúde. Aspectos relacionados com a cultura e os valores de uma sociedade podem acabar influenciando na adoção de determinados comportamentos. Como citado anteriormente, a masculinidade hegemônica constituída por valores relacionados à virilidade pode fazer com que os homens assumam mais comportamentos de risco. Posteriormente, influenciando as camadas anteriores, está a relacionada com as condições de vida e trabalho, como educação, renda, desemprego, acesso aos serviços de saúde, à água, entre outros. No geral, as mulheres têm condições de emprego e renda pior que os homens, fato

que pode causar consequências piores na saúde delas (WORLD BANK, 2019; WORLD ECONOMIC FORUM, 2021). Por fim, está a camada relacionada com as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais que influenciam as demais.

Esse modelo permite a compreensão de que a adoção de determinados comportamentos é complexa e multideterminada. Para Krieger (2003), gênero é um determinante estruturante que condiciona uma série de processos relacionados com a condição de saúde de homens e mulheres. Portanto, para analisar a inequidade em saúde é importante considerar que gênero, quando relacionado com outros determinantes como escolaridade, raça/cor, condição econômica e localização geográfica podem aprofundar os riscos para a saúde (OPAS, 2018).

Nesse sentido, Sen e Östlin (2007) construíram um modelo conceitual que busca explicar essa relação. Para as autoras, os determinantes estruturais de gênero em saúde são resultados da intersecção de gênero, definido como estratificador social, com outros determinantes estruturantes como raça/cor, classe econômica e escolaridade que se relacionam com os processos estruturais (alfabetização, força de trabalho, sistemas de saúde, violência, espaço político, entre outros). Essa interação se relaciona nos determinantes intermediários, que são: valores, normas, práticas e comportamentos discriminatórios; diferentes vulnerabilidades e exposições a determinados CR; preconceito nos serviços e nas pesquisas em saúde. Por fim, esse processo resulta em consequências sociais, econômicas e na saúde dos sujeitos (Figura 1).

Figura 1- Modelo conceitual sobre gênero como determinante social de saúde.



Fonte: Adaptado de Sen e Östlin (2007).

Com base nesse modelo, García-Calvente *et al.* (2015) elaboraram um guia de indicadores para medir as desigualdades de gênero na saúde e seus determinantes. Para isso, contaram com a participação de doze especialistas no tema que ajudaram a elencar indicadores que fossem sensíveis para a mensuração dessas desigualdades. Como resultados, os autores estruturaram as dimensões sensíveis à análise da desigualdade de gênero relacionada aos DSS e à saúde (Quadro 1).

Quadro 1- Estrutura de dimensões sensíveis à análise de gênero.

Desigualdades de gênero em saúde	
Dimensões dos determinantes sociais de saúde	Dimensões da saúde
Estruturais	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidade • Expectativa de vida • Morbidade • Acidentes • Discapacidade • Saúde percebida • Qualidade de vida percebida • Saúde sexual • Saúde reprodutiva • Violência
<ul style="list-style-type: none"> • Contexto sociopolítico e políticas municipais • Recursos comunitários • Estrutura por classe social ou renda • Estrutura por educação • Estrutura por domicílio e família • Capital social/apoio social 	
Intermediários	
Condições de emprego <ul style="list-style-type: none"> • Situação laboral • Riscos laborais • Conciliação com a vida laboral, pessoal e/ou familiar 	
Âmbito doméstico <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados informais a pessoas idosas com transtornos crônicos • Criança e infância • Trabalho doméstico 	
Condições de moradia	
Ambiente físico, segurança e proteção	
Comportamentos de saúde e estilos de vida	
Serviços de saúde <ul style="list-style-type: none"> • Recursos sanitários disponíveis • Acesso e cobertura dos serviços sanitários • Utilização dos serviços sanitários • Qualidade e satisfação com serviços sanitários • Consumo de medicamentos 	
Empoderamento e tomada de decisões	
Poder social e político	
Controle de recursos, do próprio corpo e vida	
Discriminação social e política	
Violência	
Acesso e controle a outros recursos não sanitários <ul style="list-style-type: none"> • Emprego do tempo • Uso de transporte 	

Fonte: Adaptado de García-Calvente *et al.* (2015).

Apesar desses estudos mostrarem em seus resultados a relação dos DSS com a desigualdade de gênero, a utilização do conceito de DSS tem gerado debates na literatura científica da área da saúde. Embora a presente tese não tenha como objetivo aprofundar essa discussão, cabe destacar alguns autores que divergem sobre a utilização desse conceito. O periódico *Cadernos de Saúde Pública* publicou, em dezembro de 2021, uma discussão acerca desse tema. No texto intitulado “Determinação social, não! Por quê?”, Minayo (2021) critica a utilização do termo “determinação social de saúde” surgido, segundo ela, na *Epidemiologia Latino-Americana* e sugere a eliminação desse termo do vocabulário. Além disso, argumenta que a noção de determinação social está na origem do

positivismo e destaca que aceitar que as coisas estejam determinadas socialmente significaria desdenhar a criatividade, autonomia e poder de cada indivíduo ou comunidade a reagir frente aos problemas da vida.

Contra-pondo-se ao texto de Minayo (2021), Breilh (2021) destaca em seu texto intitulado “*La categoría determinación social como herramienta emancipadora: los pecados de la “experticia”, a propósito del sesgo epistemológico de Minayo*” que a utilização pela Epidemiologia Latino-Americana do conceito de determinação social não assume a totalidade como categoria determinista, assim como, segundo ele, é assumida pelas correntes do determinismo histórico. Além disso, esse autor destaca a determinação social como um movimento complexo que implica a presença geradora de processos em múltiplas dimensões interdependentes, incorpora não somente a contradição entre processos saudáveis e não saudáveis, como também considera outras formas de movimentos que caracterizam a vida social e da saúde humana.

Também se contra-pondo à Minayo (2021), Almeida-Filho (2021) defende em seu texto “Mais além da determinação social: sobredeterminação, sim!” que a categoria epistemológica da determinação social tem sido importante na explicação dos processos causais nas diversas áreas do conhecimento científico. Apesar desse reconhecimento, para esse autor existem limites heurísticos que impossibilitam sua aplicação generalizada a objetos complexos e individuais. Defende a utilização do termo “sobredeterminação”, que para ele pode ser conceituado como uma categoria geral de sínteses de muitas determinações. Além disso, destaca as modalidades da sobredeterminação associadas à saúde, como, por exemplo, na determinação da situação e das condições de vida, na construção de políticas e instituições de saúde, na produção de práticas e modos de saúde e na invenção dos sentidos e narrativas da saúde. Conforme apontado pelos textos desses três autores, o uso do conceito de determinação social de saúde não é um consenso na literatura científica da área da saúde. Contudo, em um trabalho que tem como tema as desigualdades e inequidades em saúde, torna-se pertinente ressaltar essas divergências.

Outro fator importante a ser considerado em relação à desigualdade de gênero é a divisão sexual do trabalho. Para Alves (2013), a divisão sexual do trabalho foi vista durante muito tempo como papéis atribuídos aos sexos. Nesse sentido, embora a divisão sexual do trabalho tenha sido objeto de estudo em

diversos países, foi com o movimento feminista francês da década de 1970 que passou a ser amplamente debatido (HIRATA; KERGOAT, 2007; SOUSA; GUEDES, 2016). O movimento feminista francês passou a questionar a invisibilidade e naturalização da sobrecarga de trabalho relacionado ao cuidado da família e da casa exercido pelas mulheres. A partir de então, o trabalho no âmbito doméstico passou a ser analisado como uma atividade de trabalho assim como o trabalho profissional realizado fora de casa. Isso fez com que análises pudessem ser feitas em termos da divisão sexual do trabalho a partir de sua relação com a divisão social do trabalho (ALVES, 2013).

Para Hirata e Kergoat (2007), a divisão sexual do trabalho se relaciona com a divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos construídas historicamente. Conforme essas autoras, a divisão social do trabalho tem dois princípios organizativos: o primeiro é o de separação, onde são definidos o que é trabalho de homem e o que é trabalho de mulher; e o segundo é o hierárquico, relacionado à valorização do trabalho realizado pelos homens e pelas mulheres, sendo que o deles acaba tendo mais valor que o delas.

Nesse sentido, cabe destacar os conceitos de trabalho produtivo e reprodutivo. Para Alves (2013), embora os espaços produtivos e reprodutivos de trabalho de homens e mulheres tenham sido delimitados ao longo da história, variando conforme o contexto social de cada época, foi com o advento do capitalismo que a separação dos sexos nos espaços e tempos de produção e reprodução se expandiu, sendo que para os homens ficou o espaço do trabalho produtivo, caracterizado por atividades remuneradas realizadas fora do âmbito domiciliar e para as mulheres ficou o espaço de trabalho reprodutivo, caracterizado por atividades não remuneradas e relacionadas ao cuidado de familiares e do domicílio (ROHLFS; BORRELL; FONSECA, 2000; MELO; CASTILHO, 2009; ALVES, 2013; BIROLI, 2016).

Diante de um contexto capitalista, essa divisão sexual do trabalho produtivo e reprodutivo valoriza o espaço produtivo composto em sua maior parte pelos homens e invisibiliza o espaço reprodutivo composto em grande parte pelas mulheres (HIRATA; KERGOAT, 2007; MELO; CASTILHO, 2009; BIROLI, 2016). Sobre essa distinção, Biroli (2016) destaca que o trabalho reprodutivo exercido pelas mulheres de forma gratuita, como, por exemplo, aquele relacionado ao cotidiano das atividades domésticas e no cuidado de familiares, permite que os

homens exerçam o trabalho produtivo, remunerado. Ou seja, esse trabalho reprodutivo e gratuito é exercido, de uma maneira geral, apenas por elas.

Nesse sentido, cabe destacar o contexto brasileiro relacionado à divisão sexual do trabalho. De acordo com o estudo realizado pela CEPAL, o tempo dedicado com o trabalho não remunerado foi maior nas mulheres brasileiras (21,5 horas semanais na zona urbana e 25,3 horas semanais na zona rural) do que nos homens brasileiros (11,7 horas semanais na zona urbana e 14,8 horas semanais na zona rural) (CEPAL, 2020). Outro fator a ser considerado também é a questão da dupla jornada de trabalho que afeta a vida das mulheres. Se por um lado, o aumento da participação das mulheres no trabalho produtivo pode ser visto como um aspecto positivo, por outro lado, elas ainda são as maiores responsáveis pelo trabalho reprodutivo.

Portanto, muitos são os fatores que se relacionam ao gênero que podem gerar inequidades em saúde, como por exemplo, a adoção de comportamentos de saúde. Comportamentos de risco como inatividade física no tempo livre, consumo irregular de frutas, verduras e legumes, tabagismo e consumo abusivo de álcool são as principais causas das DCNT, como as cardiovasculares, cânceres, diabetes e as respiratórias que são responsáveis por mais de 70% da mortalidade no mundo todo, aproximadamente 80% na Região das Américas e 74% no Brasil (PAHO, 2019; WHO, 2020).

Diante da importância de analisar como as inequidades em saúde se relacionam com esses comportamentos adotados por homens e mulheres, a OPAS publicou, em 2019, um relatório sobre mortalidade e os fatores de risco relacionados às DCNT na Região das Américas. No geral, a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares (28,1%), câncer (19,6%), doenças respiratórias (7,2%) e diabetes (5,0%) foi maior nos homens do que nas mulheres, assim como a probabilidade de mortes prematuras (entre 30 a 69 anos) relacionadas com essas quatro principais DCNT. Com relação aos CR, os homens tiveram maiores prevalências de tabagismo (19,3% homens e 11,1% mulheres) e de consumo abusivo de álcool (12,2% homens e 3,6% mulheres), enquanto que as mulheres foram mais inativas fisicamente (33,1% homens e 45,2% mulheres) (PAHO, 2019).

No Brasil, muitos são os estudos publicados que também apontam para a desigualdade de gênero relacionada aos comportamentos de saúde. No caso da atividade física, estudos anteriores mostram que os homens são mais

ativos que as mulheres em praticamente todos os ciclos de vida, com exceção da velhice onde alguns estudos mostram resultados divergentes (PNUD, 2017; CRUZ; BERNAL; CLARO, 2018; SILVA *et al.*, 2018; CONDESSA *et al.*, 2019; GUTHOLD *et al.*, 2020; IDE; MARTINS; SEGRI, 2020; MIELKE, *et al.*, 2021).

Guthold *et al.* (2020) conduziram um estudo com dados sobre a prática insuficiente de atividade física em adolescentes (11 a 17) de 146 países, com uma amostra aproximada de um milhão e seiscentos mil sujeitos. Para isso, foram analisadas as prevalências referentes a 2001 e 2016. No mundo inteiro, embora se tenha observado uma diminuição das prevalências da prática insuficiente de atividade física nos adolescentes (85,1% em 2001 e 81,0% em 2016), quando estratificado por sexo, essa redução foi observada somente nos meninos. No Brasil, a prevalência desse indicador foi de 84,6% em 2001 e 83,6% em 2016. Quando estratificado por sexo, em ambos os anos a prevalência foi menor nos meninos (80,1% em 2001 e 78,0% em 2016) do que nas meninas (89,1% em 2001 e 89,4% em 2016). Porém, não foi observada redução significativa entre esse período em ambos os sexos.

Realizada nos anos de 2009, 2012, 2015 e 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) fornece informações sobre diversos aspectos relacionados às condições de vida dos adolescentes (13 a 17 anos) brasileiros, como os comportamentos de saúde (atividade física, hábitos alimentares, tabagismo e consumo de álcool). No caso da prática da atividade física acumulada nos últimos sete dias anteriores à pesquisa, resultados referentes a 2019 mostram que apenas 28,1% dos adolescentes foram considerados ativos fisicamente (≥ 300 minutos), sendo essa proporção maior nos meninos (38,5%) do que nas meninas (18,0%) (BRASIL, 2021).

Com objetivo de analisar a prática regular de atividade física (mais de 300 minutos por semana) em adolescentes brasileiros, Cossenza *et al.* (2020) utilizaram uma amostra composta por 109.104 adolescentes de todos os estados do Brasil que estavam cursando o 9º do ensino fundamental e que participaram da PeNSE de 2012. A prevalência geral de adolescentes ativos fisicamente foi de 20,2%, ou seja, apenas um quinto da amostra. Quando estratificado por sexo, foi observado que a prevalência da prática regular de atividade física dos meninos foi mais que o dobro na comparação com a das meninas (27,9% e 13,1%, respectivamente).

Nos adultos, essa desigualdade de gênero permanece. Com objetivo de analisar a prática de atividade física no lazer em adultos brasileiros, segundo características sociodemográficas, Mielke *et al.* (2021) conduziram um estudo com dados da PNS de 2013 e 2019. Dentre os resultados encontrados, tanto em 2013, como em 2019, a prevalência da prática de atividade física no lazer foi maior nos homens do que nas mulheres, embora essa diferença tenha se reduzido de um ano para o outro, passando de 34,0% em 2013 para 25,0% em 2019.

Cruz, Bernal e Claro (2018) realizaram um estudo de tendência temporal com objetivo de analisar a prática de atividade física no lazer em adultos brasileiros. Para isso, foram utilizados dados do VIGITEL de 2006 a 2016. Os autores verificaram maior tendência de aumento na prática de atividade física no lazer nas mulheres. Apesar disso, os homens foram mais ativos no lazer que elas em todos os anos analisados. Semelhante a esse estudo, mas analisando a tendência temporal dos quatro domínios da atividade física em adultos brasileiros de 2006 a 2016, Ide, Martins e Segri (2020) identificaram que somente no domínio do tempo livre houve um aumento crescente da tendência. Cabe destacar que esse aumento foi observado para ambos os sexos.

Silva *et al.* (2018) realizaram um estudo com objetivo de analisar a prática de atividade no geral e no lazer em uma amostra nacional representativa de adultos (n=41.433). Para isso, utilizaram dados da Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM). Dentre os principais resultados desse estudo, destaca-se que a prevalência da AFTL foi duas vezes maior nos homens na comparação com as mulheres, embora essa diferença tenha diminuído conforme aumento da faixa etária até os sujeitos de 54 anos. A partir dos 55 anos, a diferença se inverteu, sendo as mulheres mais ativas nos grupos etários de 55 a 64 anos e acima dos 65 anos. Por outro lado, estudo conduzido por Costa e Neri (2019) investigou a prática de atividade física nos quatro domínios em 2.344 idosos (≥ 65 anos) de seis diferentes localidades brasileiras (Ermelino Matarazzo/SP; Campinas/SP; Poços de Caldas/MG; Ivoti/RS; Parnaíba/PI e Belém/PA) participantes do estudo FIBRA. No domínio do lazer, os resultados desse estudo mostram que os homens idosos foram mais ativos que as mulheres idosas.

Esses são alguns dos diversos estudos encontrados na literatura que, de certa forma, mostram um padrão de desigualdade na prática de atividade física

entre homens e mulheres do Brasil. Sendo assim, torna-se importante discutir a relação da inequidade de gênero com a adoção desse comportamento. Um dos fatores que podem explicar essa inequidade é a construção social dos distintos papéis de gênero que começa ainda na infância e que acaba influenciando nos tipos de brincadeiras ou brinquedos que são atribuídos aos meninos e meninas. Enquanto que para eles há um incentivo para atividades físicas e esportivas, para as meninas as atividades ficam mais restritas àquelas relacionadas ao cuidado (SILVA; BRABO, 2016; MATOS; OLIVEIRA; VÁSQUEZ, 2021). De acordo com estudo conduzido por Dias, Loch e Ronque (2015), que investigou a prevalência das barreiras percebidas em relação à prática de atividade física no lazer de adolescentes estudantes (n=1.409) do ensino médio de escolas públicas da cidade de Londrina, Paraná, as moças relataram ter mais barreiras na prática de atividade física no lazer do que os rapazes. Portanto, torna-se necessário considerar que a inequidade de gênero em relação à prática de atividade física começa nas primeiras etapas da vida.

Outro fator que se relaciona com as diferenças dos papéis atribuídos aos homens e às mulheres é a divisão sexual do trabalho. Bonalume e Isayama (2018) realizaram um trabalho qualitativo com dados de uma pesquisa quantitativa maior sobre o lazer brasileiro. O objetivo desse trabalho foi de analisar como as mulheres brasileiras definem o lazer, como utilizam o tempo livre e quais os principais obstáculos desse uso. De uma forma geral, os resultados mostraram um maior envolvimento das mulheres com o trabalho não remunerado, relacionado ao cuidado da casa e da família, caracterizando uma barreira importante no uso do tempo livre.

Mielke e Brown (2019) realizaram um estudo que aborda a prática de atividade física no Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, os chamados BRICS (acrônimo dos nomes desses países em inglês). Em relação à prática de atividade física considerando todos os domínios, apenas na Rússia as mulheres são mais ativas que os homens. Entretanto, quando se considerou somente o domínio do tempo livre, as diferenças de gênero se acentuaram em todos os países, já que muitas mulheres não têm a mesma oportunidade que os homens para a prática de atividade física no tempo, justamente por conta do tempo dispendido com o trabalho não remunerado.

Além da desvantagem da dupla jornada de trabalho, existe a

inequidade em relação à diferença salarial entre os sexos. De acordo com relatório da Oxfam Brasil que analisou a desigualdade de gênero nos BRICS, a taxa da desigualdade salarial entre homens e mulheres desses países variou entre 60% a 70%, sendo essas diferenças maiores no Brasil e na Índia (OXFAM, 2017). Além da diferença salarial, outro fator a ser considerado é a pobreza. Segundo o relatório intitulado “*La autonomía de las mujeres en escenarios económicos cambiantes*”, publicado pela CEPAL, em 2020, na Região da América Latina o índice de feminidade da pobreza que compara a porcentagem de mulheres pobres com as de homens pobres de 20 a 59 anos foi de 112,7, ou seja, para cada 100 homens vivendo na pobreza, 112,7 mulheres viviam nessa mesma condição. No Brasil o valor do índice foi de 112,6 (CEPAL, 2020). Essas inequidades também são importantes de serem consideradas, já que as condições socioeconômicas também se associam com a prática de AFTL (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Já no consumo de frutas, verduras e legumes o padrão de desigualdade apresenta resultados divergentes, principalmente na infância e na adolescência. Gordia *et al.* (2019) investigaram o consumo alimentar, a prática de atividade física e comportamento sedentário de crianças escolares de seis a 10 anos (n=1.408). De acordo com esse estudo, apenas 4,6% e 17,2% das crianças atenderam as recomendações para o consumo de frutas e verduras e legumes, respectivamente, não sendo observadas diferenças na prevalência desses comportamentos entre meninos e meninas.

Monteiro *et al.*(2020) realizaram um estudo que teve como um de seus objetivos identificar a prevalência de hábitos alimentares de 51.192 escolares brasileiros do 9º ano do ensino fundamental, de acordo com características sociodemográficas. Para isso, os autores utilizaram dados da PeNSE de 2015. De uma forma geral, foi observado que as meninas tiveram hábitos alimentares piores que os meninos, sobretudo no menor consumo de frutas. Com relação ao consumo de verduras e legumes, embora se tenha observado menor prevalência nas meninas, a diferença não foi significativa. Resultados semelhantes foram encontrados por Silva *et al.* (2020b), que realizaram um estudo longitudinal com seguimento de dez anos (2001, n=5.028 e 2011, n=6.529) com objetivo de verificar mudanças no consumo de frutas, verduras e legumes em adolescentes (15 a 19 anos) das escolas estaduais de Santa Catarina. Dentre esses resultados, os autores observaram uma redução no consumo diário de frutas e verduras e

legumes nos adolescentes catarinenses, sendo essa redução mais acentuada nas moças.

Por outro lado, de acordo com um estudo transversal que avaliou os fatores associados ao consumo de frutas, verduras e legumes de 600 adolescentes (15 a 20 anos) estudantes da rede pública de ensino da cidade de Caruaru/PE, não foram observadas diferenças significativas entre os sexos para o consumo diário de frutas, verduras e legumes, entretanto, quando considerado apenas o consumo semanal de verduras e legumes, a prevalência foi maior nas moças do que nos rapazes (MUNIZ *et al.*, 2013).

Portanto, além desses estudos apontarem para resultados divergentes em relação aos sexos, cabe destacar que, levando em consideração os diferentes grupos etários, a adolescência é o grupo etário com piores hábitos alimentares, caracterizados pelo maior consumo de alimentos ultraprocessados e baixo consumo de frutas, verduras e legumes (MONTEIRO *et al.*, 2013; AZEREDO *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2016). Sendo assim, esses hábitos da adolescência podem continuar na fase adulta gerando consequências negativas relacionadas à saúde como as DCNT.

A partir da fase adulta e da velhice, no geral, estudos mostram que o consumo de frutas, verduras e legumes é maior nas mulheres do que nos homens (JAIME *et al.*, 2015; SILVA; CLARO, 2019; COSTA *et al.*, 2021). Jaime *et al.* (2015) realizaram um estudo com objetivo de descrever as prevalências de marcadores do consumo alimentar saudável de acordo com características sociodemográficas da população adulta brasileira (n=60.202). Para isso, utilizaram dados da PNS publicada em 2013. Dentre os principais resultados, a prevalência do consumo recomendado de frutas e hortaliças (cinco ou mais vezes ao dia) foi maior nas mulheres do que nos homens.

Costa *et al.* (2021) realizaram um estudo com objetivo de descrever o consumo de frutas no Brasil e a ingestão de alimentos ultraprocessados de uma amostra representativa com 32.900 sujeitos participantes da Pesquisa de Orçamentos Brasileiros Familiares, realizada entre os anos de 2008 e 2009 pelo IBGE. Os resultados mostram que o consumo de frutas foi considerado baixo, representando, em média, cinco por cento do consumo diário de calorias. Na comparação entre os sexos, foi observado que o consumo de frutas foi maior nas mulheres do que nos homens.

Por outro lado, Medina *et al.* (2019) mostram resultados divergentes no padrão alimentar de adultos, principalmente nas mulheres. Os autores utilizaram dados de 60.202 adultos que participaram da PNS de 2013. Como resultados foram observados padrões alimentares diferentes nas mulheres, ou seja, se por um lado as mulheres tiveram maiores prevalências no consumo regular de frutas, verduras e legumes, por outro lado elas também tiveram maiores prevalências no consumo de alimentos considerados não saudáveis, como doces, salgados, sanduíches e pizzas.

Silva e Claro (2019) conduziram um estudo de tendência temporal com dados de 463.817 adultos (≥ 18 anos) do VIGITEL de 2008 a 2016. Dentre os principais resultados desse estudo, foi observado que, embora o consumo recomendado de frutas, verduras e legumes tenha aumentado mais nos homens durante o período estudado, o consumo desses alimentos se manteve maior nas mulheres em todos os anos.

Com relação aos idosos, Pereira *et al.* (2020) realizaram um estudo transversal com dados da PNS de 2013 com objetivo de identificar padrões alimentares de idosos brasileiros ($n=11.177$) e seus fatores associados. Para isso, realizaram uma análise de *cluster* que produziu dois padrões alimentares: um saudável (com maior consumo de verduras e legumes crus e cozidos, frango, frutas, sucos de frutas naturais e leite) e outro não saudável (maior consumo de carne vermelha e refrigerante ou suco artificial). Na comparação entre os sexos, as mulheres idosas tiveram maior padrão alimentar saudável que os homens idosos.

Semelhante a esse estudo citado acima, Gomes *et al.* (2020) conduziram um estudo transversal com 1.426 idosos residentes em Pelotas/RS com objetivo de avaliar o efeito dos fatores demográficos e socioeconômicos, de doenças crônicas e do recebimento de orientações em saúde no padrão alimentar desses idosos. Dois padrões alimentares foram identificados: saudável (alimentos integrais, frutas, legumes/verduras e leite) e ocidental (doces, frituras, alimentos congelados, embutidos e “fast food”). Dentre os resultados, as mulheres idosas aderiram mais ao padrão alimentar saudável, enquanto que os homens aderiram mais ao padrão ocidental.

Com objetivo de determinar os padrões alimentares da população idosa da cidade de São Paulo/SP, Dourado *et al.* (2018) produziram um artigo transversal com dados do Estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) de

1.304 idosos (≥ 60 anos) entrevistados no ano de 2010. Quatro foram os padrões alimentares: padrão inadequado (frituras, embutidos, enlatados, doces, tubérculos, temperos e molhos industrializados e ovos); padrão modificado (laticínios desnatados, cereais e pães integrais e alimentos *light/diet/zero*); padrão benéfico (frutas, verduras e legumes e tubérculos) e padrão tradicional brasileiro (óleos vegetais, arroz, cereais refinados e pão branco, carnes e leguminosas). Dentre os resultados encontrados, os padrões alimentares considerados saudáveis (modificado e benéfico) foram maiores nas mulheres do que nos homens.

Como mostram esses estudos, tanto as mulheres adultas como as idosas possuem melhores hábitos alimentares do que os homens, sobretudo em relação ao consumo de frutas, verduras e legumes. Essa diferença pode ser explicada pela maior preocupação das mulheres com a própria saúde, além do maior conhecimento sobre o preparo e importância do consumo desses alimentos. Nesse sentido, de acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a promoção da alimentação saudável deve levar em consideração fatores como gênero, raça/cor, acesso financeiro e a locais adequados para o consumo de alimentos considerados saudáveis (BRASIL, 2013).

O tabagismo e consumo de álcool são comportamentos de risco que, quando adotados de forma precoce, como no caso dos adolescentes, podem gerar diversos efeitos negativos relacionados à saúde (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004). Além disso, adolescentes que adotam esses comportamentos de forma precoce têm maiores chances de mantê-los na fase adulta (HERON *et al.*, 2012; ENSTAD *et al.*, 2019). Destaca-se também que o uso de tabaco aumenta as chances do consumo de álcool (MOURA *et al.*, 2018). Nesse sentido, estudos anteriores mostram que a desigualdade de gênero na adoção desses comportamentos começa desde a adolescência.

Resultados da PeNSE de 2019 mostram que os rapazes adotaram mais esses comportamentos do que as moças. Com relação ao indicador consumo atual de cigarro (referente aos últimos 30 dias anteriores à pesquisa), embora não se tenha observado diferença significativa entre os sexos, a proporção foi maior nos rapazes (7,1%) do que nas moças (6,5%). Já com relação ao consumo abusivo de álcool (quatro doses ou mais) relatado nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa, a diferença foi significativa, sendo a proporção de 36,3% para os rapazes e de 33,0% para as moças (BRASIL, 2021). Nesse mesmo sentido, estudo conduzido com uma

amostra representativa de adolescentes escolares (14-19 anos, n=4.207) da rede pública de ensino de Pernambuco identificou em seus resultados maior exposição ao consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo nos rapazes em comparação com as moças (BEZERRA *et al.*, 2015).

Já o estudo conduzido por Moura *et al.* (2018), que teve como objetivo identificar a relação entre consumo de álcool, variáveis sociodemográficas e comportamentos de risco entre adolescentes (n=2.547) da cidade de Belo Horizonte/MG, mostrou em seus resultados que as moças tiveram maior quantidade do consumo de álcool que os rapazes (24,9% e 21,0%, respectivamente), entretanto, eles tiveram maiores chances de consumirem bebidas alcoólicas que elas (OR=1,47). Cabe destacar também que foi observado que adolescentes que fumavam tiveram sete vezes mais de chances de consumirem bebidas alcoólicas.

Nas fases adultas e velhice estudos mostram um predomínio desses dois comportamentos de risco nos homens. Francisco *et al.* (2021) investigaram a coocorrência dos principais fatores de risco para as DCNT em adultos (n=35.448, 18 a 59 anos) e idosos (n=18.726, ≥60 anos) que participaram do VIGITEL de 2015. Os autores observaram a coocorrência de pelo menos dois fatores de risco em 38,5% dos adultos e 37,0% nos idosos. Além disso, adultos e idosos do sexo masculino tiveram maiores chances de ter pelo menos dois comportamentos de risco, sendo maiores as chances da coocorrência do tabagismo e do consumo abusivo de álcool.

Também utilizando dados do VIGITEL (2006 a 2017), Wendt *et al.* (2021) conduziram um estudo de tendência temporal com objetivo de avaliar a desigualdade no tabagismo e consumo abusivo de álcool em adultos brasileiros. De acordo com os resultados encontrados, houve uma diminuição das prevalências do tabagismo em ambos os sexos, porém, foi observado um aumento nas prevalências do consumo abusivo de álcool, sendo a maior magnitude desse aumento nas mulheres. Esse aumento no consumo abusivo de álcool também foi observado por um outro estudo de tendência que utilizou dados do VIGITEL. No período analisado por esse estudo (2006 a 2019), houve um aumento significativo no total da população adulta e nas mulheres. Nos homens a tendência se manteve estável (MALTA *et al.*, 2021).

Ao invés de analisar o consumo abusivo de álcool (quatro ou mais

doses para mulheres e cinco ou mais doses para homens em pelo menos uma ocasião, nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa), Ribeiro, Damacena e Szwarcwald (2021) realizaram um estudo com objetivo de analisar o hábito de beber pesado (oito ou mais doses por semana para as mulheres e 15 ou mais doses para os homens) na população adulta brasileira. Para isso, os autores utilizaram dados da PNS de 2013 e 2019 (n=60.202 e 88.943, respectivamente). Dentre os resultados encontrados, observou-se que, tanto em 2013 como em 2019, os homens apresentaram maiores prevalências do hábito de beber pesado do que as mulheres.

Conforme apontado, a desigualdade de gênero é um fator a ser considerado na adoção dos comportamentos de saúde. Com exceção da maior inatividade física observada nas mulheres, os demais comportamentos de risco foram maiores nos homens.

2.7 VIUVEZ EM IDOSOS

2.7.1 Envelhecimento populacional no Brasil

A transição demográfica, caracterizada pelo envelhecimento populacional, é um fenômeno mundial, não sendo diferente no Brasil, embora no contexto brasileiro esse processo tenha ocorrido mais tardiamente na comparação com países considerados desenvolvidos (IBGE, 2020; TRAVASSOS; COELHO; ARENDS-KUENNING, 2020). Como consequência houve uma modificação no padrão de morbimortalidade onde as DCNT passaram a ser mais prevalentes no país (MACINKO *et al.*, 2019). Sendo assim, diversas ações e políticas públicas foram direcionadas no enfrentamento dessas doenças (BRASIL, 2021).

Outro aspecto a ser destacado é a questão da desigualdade entre os sexos no padrão de envelhecimento populacional. Segundo dados do IBGE, a expectativa de vida, em 2019, para o total da população do país foi de 76,6 anos (sendo de 73,1 anos para os homens e 80,1 anos para as mulheres), ou seja, sete anos de diferença entre os sexos. Além disso, considerando o grupo etário acima dos 65 anos de idade, houve um aumento na média dos anos vividos por essa população. Na comparação com o ano de 1940, onde ao atingir 65 anos um sujeito poderia viver em média mais 10,6 anos (sendo 9,3 anos para os homens e 11,5 anos para as mulheres), em 2019, a média passou a ser de 18,9 anos (sendo 17,2 anos para os homens e 20,4 anos para as mulheres). Cabe destacar também que, em 1940, a proporção da população do grupo etário de 65 anos ou mais era de 2,4% e, em 2019, esse percentual passou a ser de 9,5% da população total, ou seja, um aumento de 7,1 pontos percentuais (IBGE, 2020). Essa diferença na expectativa de vida entre os sexos, caracterizada pela feminização da velhice pode ser explicada pela desigualdade de gênero. De acordo com Barata (2009), não tem explicação exclusivamente biológica do porquê homens morrem antes que as mulheres. Isso ocorre pela divisão sexual do trabalho, construção social e dos diferentes modos de vida que são determinados pela posição e relações de gênero.

2.7.2 Contextualizando a viuvez

Diante desse contexto de feminização da velhice, outro fator

importante nessa discussão é a viuvez, que é uma condição social que uma pessoa passa a ter depois da morte do (a) companheiro (a) (GONZÁLEZ; PINTO; FIÚZA, 2020). Nesse sentido, a viuvez é uma condição que está mais presente na vida mulheres do que na dos homens. Para Camarano (2003), essas diferenças podem ser explicadas pela maior longevidade das mulheres e pelas normas sociais e culturais, onde, em geral, os homens se casam com mulheres mais jovens, e quando enviúvam, se casam novamente mais que elas.

A viuvez é uma condição social que sempre existiu na história da humanidade, desde quando os sujeitos passaram a conviver em sociedade e passaram a construir suas relações interpessoais, como por exemplo, as relações de casal e de família. Ou seja, onde existia relação de casal poderia existir a viuvez quando o parceiro ou parceira morria. Portanto, trata-se de um evento, inesperado ou não, que pode acontecer ao menos uma vez na vida da maior parte das pessoas e que acaba causando uma mudança de identidade e de um novo papel social. De acordo com Colombo *et al.* (2014), o significado atribuído a essa mudança dependerá de diversos fatores, como as condições sociais, culturais, econômicas e aqueles de caráter mais pessoal, como a idade, gênero, qualidade da relação conjugal, anos vividos com o (a) parceiro (a), entre outros.

A viuvez foi construída socialmente como uma condição negativa principalmente quando relacionada às mulheres (VOFCHUK, 2016; GONZÁLEZ; PINTO; FIÚZA, 2020). Conforme Tovar (1999), o próprio significado da palavra viuvez, originária do latim “*vidua*”, que quer dizer vazia, posta de lado ou separada, mostra uma denotação depreciativa dessa condição. Portanto, a viuvez foi inserida em diferentes sociedades onde as construções sociais relacionadas aos papéis de gênero acabaram se manifestando em inequidades, sendo fundamental considerar esses fatores na abordagem sobre essa temática (TOVAR, 1999; POSSAS, 2009; VOFCHUK, 2016; GONZÁLEZ; PINTO; FIÚZA, 2020).

Sendo assim, a inequidade de gênero em relação à viuvez nas mulheres perpassou ao longo dos tempos por diversas sociedades, não sendo diferente nos dias atuais. Diante disso, a ONU criou, em 2011, o Dia Mundial das Viúvas (23 de junho) com objetivo de garantir uma melhor qualidade de vida a essas mulheres (ONU, 2021). Atualmente, existem aproximadamente 258 milhões de viúvas ao redor do mundo. Proporcionalmente, o número de viúvas aumenta em países em situação de conflitos armados, como o caso da República Democrática

do Congo, onde estima-se que cerca de 50% das mulheres sejam viúvas. Portanto, muitas dessas mulheres ao redor do mundo passam a conviver com uma série de dificuldades, como: violência, sobretudo a sexual; pobreza relacionada com a dificuldade de acessar recursos econômicos para a própria subsistência, como a ausência de direitos à herança ou à posse de terras; falta de acesso aos serviços de saúde, condições precárias de moradia, nutrição deficiente e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis como a AIDS (ONU, 2021).

Para Possas (2015), a construção social da viuvez pode ser caracterizada por práticas distintas influenciadas pelas relações de gênero, principalmente na questão dos comportamentos adotados por homens e mulheres diante da morte do (a) parceiro (a). Ao contrário do observado da viuvez como uma condição estereotipada e estigmatizada relacionada às mulheres, nos homens a construção social da viuvez se deu de forma distinta, já que quando eles enviuvavam, não passavam por um julgamento moral da sociedade da mesma forma que elas. Para Lago-Falcão (2009), essa condição nos homens acaba sendo um tema pouco explorado e debatido. A própria autora abordou em seu trabalho que historicamente poucos são os relatos sobre homens viúvos. Nesse mesmo sentido, para Motta (2005) a viuvez masculina é um evento mais difícil de acontecer mesmo entre os homens mais velhos. Apesar disso, trata-se de um evento que também ocorre na vida dos homens.

Portanto, os efeitos da viuvez nas condições de saúde de homens e mulheres podem ser diferentes. No geral, a construção social de gênero na relação conjugal atribuiu às mulheres o papel do cuidado, proporcionando fator de proteção em relação à adoção de comportamentos de risco à saúde dos homens. Ou seja, quando esse vínculo acaba em decorrência da morte das esposas, muitos podem ser os efeitos negativos para a saúde dos viúvos, já que eles deixam de ter o suporte social mais próximo (UMBERSON, 1992; WILLIAMS; UMBERSON, 2004; ENG *et al.*, 2005; DABERGOTT, 2021).

Conforme Villela, Monteiro e Barbosa (2020), gênero é um conceito importante para a análise na produção das desigualdades sociais e das consequências que geram na saúde da população, fato que justifica a importância de se abordar esse tema não somente em estudos científicos, como também nos serviços de saúde. No Brasil, ainda é incipiente a quantidade de estudos epidemiológicos que abordam a viuvez como tema principal, sobretudo quando se

trata da viuvez nos homens. Considerando que a análise de gênero também pode focar especificamente somente os homens, analisar as implicações da viuvez na saúde dos homens idosos deve também ser de interesse da comunidade científica e da sociedade em geral, pois estudar processos relacionados à velhice pode ser importante na prevenção de agravos físicos, sociais e psicológicos no idoso, ainda mais se for levado em consideração o processo de envelhecimento populacional que ocorre no contexto brasileiro. Além disso, a desigualdade de gênero é um fator importante a ser considerado na adoção dos comportamentos, principalmente quando associados aos efeitos negativos associados às DCNT. A construção social de normas e padrões criam estereótipos relacionados aos distintos papéis de gênero fazendo com que a adoção de comportamentos seja diferente entre homens e mulheres (GARCÍA; MUÑOZ; GARCÍA-CALVENTE, 2008). Portanto, estudos que investiguem fatores relacionados ao gênero, como a construção social de diferentes papéis atribuídos ao que é ser homem ou mulher e como se associam com as desigualdades e inequidades em saúde podem ser importantes para fornecer informações para o planejamento de ações e políticas públicas que reduzam as inequidades em saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar a questão de gênero e os fatores associados à adoção dos comportamentos de saúde em adultos brasileiros (≥ 18 anos) que participaram da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL).

3.2 ESPECÍFICOS

1) Verificar a desigualdade na prática de atividade física no tempo livre (AFTL) entre homens e mulheres (≥ 18 anos) das capitais brasileiras de 2010 a 2019;

2) Comparar a prevalência de CR à saúde em homens idosos viúvos com as de idosos com companheira, solteiros e divorciados/separados, bem como a prevalência de CR em idosos viúvos conforme faixa etária, escolaridade e raça/cor.

4 METODOLOGIA

A presente tese foi construída com base no modelo escandinavo de compilação de artigos. Portanto, os resultados estão estruturados em dois artigos. O primeiro aborda o tema da desigualdade da prática de atividade física no tempo livre entre homens e mulheres. Já o segundo aborda a viuvez em homens idosos associada com a adoção de CR à saúde. Ambos são estudos epidemiológicos, observacionais e de delineamento transversal com dados secundários do VIGITEL. Cabe destacar que para o primeiro artigo foram utilizados dados de homens e mulheres (≥ 18 anos) de 2010 a 2019, ou seja, de uma década ($n=512.968$). Para o segundo artigo foram utilizados dados dos anos de 2016 e 2017 somente de homens idosos (≥ 60 anos) ($n=11.185$).

Cabe destacar que o próprio sítio do MS disponibiliza todas as informações sobre o VIGITEL, como os relatórios produzidos desde 2006, além de disponibilizar planilhas no formato Microsoft Excel® com dados individuados de todos os anos pesquisados (BRASIL, 2020). Sendo assim, as seguintes etapas foram realizadas para as primeiras análises: 1. *Download* das planilhas referentes a todos os anos pesquisados desde 2006; 2. Consulta ao dicionário das variáveis para identificação das questões e do significado de cada variável disponibilizada nas planilhas; 3. Conversão de todas as planilhas para o programa *Statistical Package for the Social Sciences-SPSS*, versão 19.0.

Considerando todos os anos do VIGITEL, de 2006 (primeiro ano) até 2019 (último ano), a amostra total foi de 730.308 sujeitos, com a média anual de 52.164 mil entrevistas, respondidas em sua maioria por mulheres (61,9%). Na comparação entre os anos, a menor amostra foi observada em 2014 (40.853 sujeitos) enquanto que a maior foi em 2006 (54.369 sujeitos) (Tabela 1).

Tabela 1- Número total e proporção de homens e mulheres que participaram do VIGITEL de 2006 a 2019.

Ano	Homens		Mulheres		Total
	n	(%)	n	(%)	
2006	21.294	39,2	33.075	60,8	54.369
2007	21.547	39,7	32.704	60,3	54.251
2008	21.435	39,4	32.918	60,6	54.353
2009	21.347	39,3	33.020	60,7	54.367
2010	20.764	38,2	33.575	61,8	54.339
2011	21.426	39,6	32.718	60,4	54.144
2012	17.389	38,3	28.059	61,7	45.448
2013	20.276	38,3	32.653	61,7	52.929
2014	15.521	38,0	25.332	62,0	40.853
2015	20.368	37,6	33.806	62,4	54.174
2016	20.258	38,1	32.952	61,9	53.210
2017	19.504	36,8	33.530	63,2	53.034
2018	19.038	36,3	33.356	63,7	52.394
2019	18.354	35,0	34.089	65,0	52.443
Total	278.521	38,1	451.787	61,9	730.308

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL).

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1: DESIGUALDADE DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NO TEMPO LIVRE ENTRE HOMENS E MULHERES (BRASIL 2010-2019)

5.1.1 Resumo

Objetivo: Verificar a desigualdade da prática recomendada da atividade física no tempo livre (AFTL) entre homens e mulheres (≥ 18 anos) das 27 capitais brasileiras no período de 2010 a 2019. **Métodos:** Foram considerados dados de 512.968 sujeitos de dez inquéritos transversais realizados por telefone nas 27 capitais brasileiras de 2010 a 2019. Para cada ano, a diferença das prevalências da prática de AFTL de homens e mulheres foi calculada por duas medidas de desigualdade: 1. Relativa pela razão de prevalência (RP) ajustada, onde além da média e do desvio padrão dessas RP's, também foi calculada a tendência linear por meio da regressão de *Prais-Winsten*; 2. Absoluta calculada em pontos percentuais. As análises foram estratificadas por faixa etária e escolaridade. **Resultados:** Considerando todos os anos, os homens foram mais ativos que mulheres. A desigualdade relativa da prática de AFTL foi maior nos mais jovens (18 a 24 anos; RP média=2,09) e menor nos sujeitos de 45 a 64 anos (RP média=1,14). Na escolaridade, essa diferença foi maior no grupo intermediário (9 a 11 anos de estudos; RP média=1,67) e menor no mais baixo (0 a 8 anos de estudos; RP média=1,41). Durante o período estudado, houve redução significativa da diferença relativa no total (-0,72 pontos percentuais (p.p.)/ano), nos grupos de 18 a 24 anos (-0,74 p.p./ano), 25 a 34 anos (-0,73 p.p./ano), 35 a 44 anos (-0,82 p.p./ano) e nos de escolaridade intermediária (-0,86 p.p./ano), entretanto, a desigualdade absoluta permaneceu maior nos mais jovens e nos de escolaridade intermediária. **Conclusões:** A promoção da AFTL deve ser direcionada para reduzir desigualdades, principalmente onde elas foram maiores, como nos mais jovens e nos grupos onde as prevalências foram baixas para ambos os sexos, como no caso da menor escolaridade.

Palavras-chave: Inequidade de gênero. Perspectiva de gênero. Comportamento de saúde. Atividade motora.

5.1.2 Abstract

Objective: Verify the inequality in the recommended practice of leisure-time physical activity (LTPA) between men and women (≥ 18 years) in Brazil's 27 capitals from 2010 to 2019. **Methods:** Data from 512,968 subjects of ten cross-sectional telephone surveys in 27 Brazilian capitals from 2010 to 2019 were considered. For each year, the difference in the prevalence of the practice of LTPA among men and women was calculated by two measures of inequality: 1. Relative by the adjusted prevalence ratio (PR), where in addition to the mean and standard deviation of these PR's, the linear trend was also calculated using the Prais-Winsten regression; 2. Absolute calculated in percentage points. The analyzes were stratified by age group and schooling. **Results:** Considering all years' mean, men were more active than women (mean PR=1.52). The relative inequality of the practice of LTPA was higher in the youngest (18 to 24 years old; mean PR=2.09) and lower in subjects aged 45 to 64 years (mean PR=1.14). In terms of education, this difference was greater in the intermediate group (9 to 11 years of schooling; mean PR=1.67) and smaller in the lowest group (0 to 8 years of schooling; mean PR=1.41). During the period studied, there was a significant reduction in the relative difference in the total (-0.72 percentage points (pp)/year), in the groups of 18 to 24 years old (-0.74 pp/year), 25 to 34 years old (-0.73 pp/year), 35 to 44 years old (-0.82 pp/year) and in those with intermediate schooling (-0.86 pp/year), however, absolute inequality remained higher among younger people and among those with high schooling intermediary. **Conclusions:** The promotion of LTPA should be aimed at reducing inequalities, especially where they were greater, such as the younger ones, and in groups where the prevalence was low for both sexes, such as in the lower education.

Keywords: Gender Inequality. Gender Perspective. Health Behavior. Motor Activity.

5.1.3 Introdução

A prática regular de atividade física reduz risco de mortalidade¹, de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)² e está associada a melhor qualidade de vida, do sono³, bem-estar físico e mental⁴. Entretanto, a inatividade física é elevada no mundo⁵, sendo o quarto fator de risco na mortalidade mundial⁶. Destaca-se que a prática de atividade física é um comportamento complexo influenciado por fatores biológicos, psicológicos, interpessoais, culturais, ambientais e de suporte social⁷.

O interesse por verificar desigualdades em saúde cresceu nos últimos anos⁸, inclusive relacionado à atividade física no tempo livre (AFTL) entre homens e mulheres⁹, sendo os homens mais ativos nesse domínio¹⁰. Estudo que verificou diferenças de gênero na inatividade física em 142 países observou que, uma diminuição de 4,8% da inatividade física nas mulheres do mundo seria suficiente para atingir o objetivo OMS de reduzir em 10% o nível global da inatividade física até 2025⁹.

Analisar a prática da AFTL é importante por este domínio estar potencialmente mais relacionado a momentos prazerosos, com maior significado cultural e que acontece a partir dos desejos das pessoas, diferentemente dos outros domínios da prática de atividade física, que dependem menos destas questões e mais da necessidade e obrigação das pessoas realizarem, como por exemplo, no caso das atividades laborais e domésticas¹¹. Neste sentido, para o planejamento de ações de promoção da AFTL, é pertinente uma reflexão sobre o contexto atual brasileiro caracterizado por fortes desigualdades sociais, como a desigualdade de gênero na prática de AFTL¹². O papel atribuído às mulheres como responsáveis pelos cuidados familiar e domiciliar, e inserção delas no mercado formal de trabalho (dupla jornada de trabalho) podem influenciar no tempo para praticar AFTL^{13,14}.

No Brasil, diversos estudos mostram a desigualdade da prática de AFTL entre homens e mulheres¹⁵⁻¹⁸. De acordo com estudo de série temporal que analisou os quatro domínios da atividade física (lazer, trabalho, deslocamento e doméstico) da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), o único em que houve aumento foi o do lazer, para ambos os sexos¹⁷. Em outro estudo de série temporal com dados do VIGITEL, Cruz,

Bernal e Claro (2018) analisaram somente o domínio do lazer e observaram que, além do aumento da prática de atividade física em ambos os sexos, este foi maior nas mulheres, reduzindo a desigualdade, apesar de não ter sido suficiente para atingir os níveis dos homens¹⁶.

Embora esses estudos mostrem a desigualdade da prática de AFTL entre sexos, a justificativa deste estudo está pautada numa abordagem mais específica sobre a inequidade de gênero, permitindo uma reflexão sobre as relações de poder entre homens e mulheres que geram, na maior parte dos casos, consequências negativas para elas, como no caso da maior inatividade física no tempo livre. Ao adotar uma abordagem mais específica, podem ser estimuladas estratégias direcionadas à equidade de gênero, no sentido de possibilitar oportunidades diferenciadas para as mulheres com objetivo de corrigir injustiças no acesso à AFTL. Ademais, este estudo utilizou dados dos últimos relatórios do VIGITEL, possibilitando uma análise mais recente das desigualdades entre os sexos no domínio do tempo livre. Assim, o objetivo foi verificar a desigualdade da prática recomendada da AFTL entre homens e mulheres (≥ 18 anos) das 27 capitais brasileiras no período de 2010 a 2019.

5.1.4 Métodos

Foram considerados dados de 512.968 sujeitos de dez inquéritos transversais realizados por telefone nas 27 capitais brasileiras de 2010 a 2019. O VIGITEL ocorre anualmente, desde 2006, e utiliza amostras probabilísticas da população adulta (≥ 18 anos) de todas as capitais brasileiras pelo cadastro das linhas telefônicas dessas cidades¹⁹. A menor amostra foi coletada em 2014 ($n=40.853$) e a maior em 2010 ($n=54.339$), com média anual de 51 mil participantes.

Em todos os anos, a etapa inicial da amostragem consistiu no sorteio de, no mínimo, cinco mil linhas telefônicas de cada capital. Posteriormente, para reproduzir a distribuição do cadastro original, as linhas sorteadas foram organizadas em réplicas de 200 linhas. Por último, foi realizada a confirmação da validade da linha sorteada e seleção aleatória de um adulto morador na residência¹⁹.

Para as análises, foram utilizados bancos de dados individualizados

disponíveis no sítio do Ministério da Saúde¹⁹. Para corrigir possíveis vícios da amostragem, o próprio VIGITEL aplicou um peso pós-estratificação para ajustar diferenças nas probabilidades de seleção dos entrevistados, relacionadas à quantidade de adultos e linhas telefônicas nos domicílios e composição sociodemográfica da população servida por linhas telefônicas domiciliares de cada cidade em todos os anos do inquérito.

O VIGITEL tem informações sobre atividade física nos quatro domínios. Neste estudo, apenas informações referentes ao tempo livre foram consideradas. Cabe destacar que a opção pela AFTL se deu por ser o domínio no qual políticas públicas podem ter importante papel na sua promoção, além de ser o domínio em que sujeitos podem manifestar mais vivências relacionadas ao prazer pela prática¹². Portanto, a variável dependente foi a prática recomendada de AFTL, construída pelo próprio VIGITEL da seguinte maneira: verificou-se se os sujeitos praticaram pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve/moderada ou de, pelo menos, 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa. Tal critério está de acordo com o recomendado pela OMS²⁰. Caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais e luta, ciclismo, voleibol/futevôlei e dança foram classificados como práticas de intensidade moderada; corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol/futsal, basquetebol e tênis foram classificados como práticas de intensidade vigorosa¹⁹. Essa variável foi calculada a partir das questões: “Nos últimos três meses, praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?”. Caso a resposta fosse positiva, outras questões foram realizadas: “Qual tipo principal de exercício físico ou esporte que praticou?”; “Pratica exercício pelo menos uma vez por semana?”; “Quantos dias por semana costuma praticar exercício físico ou esporte?” e “No dia que pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?”¹⁹.

Foram calculadas prevalências da prática recomendada de AFTL pela razão do número de pessoas que praticavam AFTL e total da população exposta, multiplicado por 100 mil. Essa medida foi calculada para homens e mulheres no total da amostra, para homens e mulheres por faixa etária (18 a 24; 25 a 34; 35 a 44; 45 a 54; 55 a 64 e ≥ 65 anos) e escolaridade (0 a 8; 9 a 11 e ≥ 12 anos). A prevalência geral da AFTL em homens e mulheres foi ajustada por faixa etária e escolaridade. A prevalência por faixa etária foi ajustada pela escolaridade e vice-versa.

Para estimar a desigualdade da prática recomendada de AFTL entre

sexos foram calculadas duas medidas: a) Diferenças relativas da prática recomendada de AFTL entre homens e mulheres a partir da Razão de Prevalência (RP) pela regressão de Poisson, com variância robusta, e apresentação dos Intervalos de Confiança de 95% (IC95%). Essa medida mostra a diferença proporcional da prevalência do desfecho entre sexos, ou seja, destaca o quanto é desigual essa diferença⁸. Além do cálculo da média das RP's, mediante a soma das diferenças relativas dos dez anos analisados dividido por dez e o desvio padrão dessas médias, para verificar se houve alteração da desigualdade relativa ao longo dos anos desse estudo foi utilizado o modelo de regressão de *Prais-Winsten*. Trata-se de um modelo baseado na análise de regressão linear que tem como objetivo corrigir a autocorrelação serial e é recomendado para estudos de tendência temporal²¹. Na análise foi considerada como variável dependente a RP da prática recomendada de AFTL e como variável independente o ano de levantamento. Portanto, o coeficiente de regressão positivo indica aumento dessas diferenças, o negativo indica redução e quando não houve diferença significativa foi considerada estacionária. Cabe destacar que foram considerados significativos coeficientes com valores de $p < 0,05$; b) Diferenças absolutas a partir da subtração da prevalência dos homens pela das mulheres, apresentadas em pontos percentuais. O cálculo dessa medida é importante para mostrar a magnitude da diferença ou a “distância” do desfecho entre sexos⁸.

Os resultados apresentados graficamente foram construídos usando *equiplots* (<http://www.equidade.org/equiplot>), onde cada ponto do gráfico representa a prevalência da prática recomendada de AFTL em homens e mulheres, e uma linha horizontal que representa a diferença absoluta em pontos percentuais.

Os dados foram organizados e tabulados pelos programas Microsoft Excel® 2013, *Statistical Package for the Social Sciences-SPSS*, versão 19.0 e Stata versão 14.2.

Os procedimentos do VIGITEL foram aprovados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (CAAE: 65610017.1.0000.0008) do Ministério da Saúde. O consentimento dos entrevistados foi obtido verbalmente nas entrevistas telefônicas¹⁹.

5.1.5 Resultados

A maioria da amostra foi composta por mulheres (62,4%). Quanto à faixa etária, para homens e mulheres houve menor proporção de sujeitos mais jovens (18 a 24 anos) e maior de sujeitos mais velhos (≥ 65 anos). Em relação à escolaridade, a amostra continha menor percentual de sujeitos com até oito anos de estudo, e maior proporção, bastante semelhantes, de indivíduos com escolaridade intermediária, como também aqueles com 12 anos ou mais de estudo tanto em homens como em mulheres (Tabela 2).

Tabela 2- Características sociodemográficas de homens e mulheres (≥ 18 anos) das capitais brasileiras e Distrito Federal, VIGITEL, 2010-2019 (n=512.968).

Variáveis	Homens (n=192.898)		Mulheres (n=320.070)	
	n	%	n	%
Faixa Etária				
18 a 24 anos	25.717	13,3	27.408	8,6
25 a 34 anos	31.253	16,2	42.960	13,4
35 a 44 anos	32.825	17,0	51.401	16,1
45 a 54 anos	34.640	18,0	57.499	18,0
55 a 64 anos	31.996	16,6	59.812	18,7
≥ 65 anos	36.467	18,9	80.990	25,3
Escolaridade				
0 a 8 anos	48.716	25,3	94.980	29,7
9 a 11 anos	73.318	38,0	112.621	35,2
≥ 12 anos	70.864	36,7	112.469	35,1

Fonte: VIGITEL.

No geral, os homens foram mais ativos do que as mulheres. De acordo com a faixa etária, foi observado que os homens apresentaram maior nível de AFTL nos sujeitos de 18 até 44 anos, em todos os períodos estudados, quando comparados com as mulheres. Nas demais faixas etárias, em alguns períodos essas diferenças não foram estatisticamente significativas, como na maioria dos anos nos sujeitos de 55 a 64 anos.

No total da amostra, a maior diferença relativa foi no primeiro ano (2010) (RP=1,90; IC95%:1,80-2,06) e a menor em 2017 (RP=1,36; IC95%:1,30-1,42). Com relação à faixa etária, a maior diferença foi observada nos sujeitos mais jovens, em 2010 (RP=3,19; IC95%:2,67-3,78), e a menor nos sujeitos de 55 a 64 anos, em 2014 (RP=0,96; IC95%:0,83-1,12). Na comparação com 2010, foi observada menor diferença, a partir de 2012, nas duas categorias etárias mais jovens (18 a 24 e 25 a 34 anos). Entretanto, a partir de 2012, foi observada menor diferença apenas nos sujeitos mais velhos (≥ 65 anos), em 2014 (RP=1,10; IC95%=0,94-1,28).

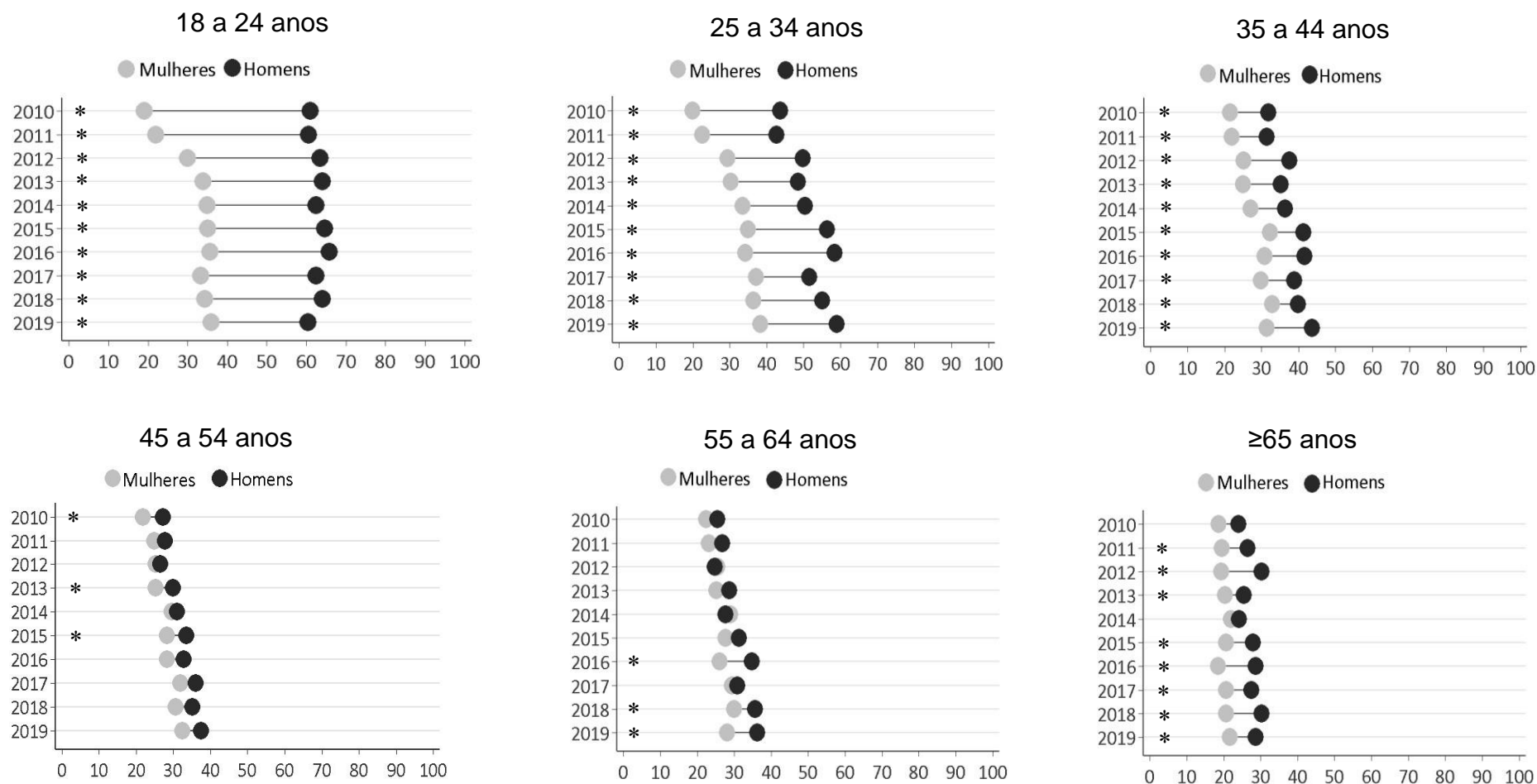
Na escolaridade, a menor diferença relativa foi, em 2014, nos de escolaridade mais baixa (RP=1,13; IC95%:0,98-1,27) e a maior, em 2010, nos de escolaridade intermediária (RP=2,08; IC95%:1,93-2,25). Os homens foram mais ativos que as mulheres em todas as categorias de escolaridade e em todos os anos. Somente em 2014, nos sujeitos de menor escolaridade, a diferença não foi significativa. Na comparação com o ano de 2010, a diferença foi menor, a partir de 2012, nos de escolaridade intermediária (RP 2010=2,08; IC95%:1,93-2,25; RP 2012=1,66; IC95%=1,54-1,78) e mais baixa (RP 2010=1,99; IC95%=1,74-2,31; RP 2012= 1,49; IC95%: 1,33-1,69). Comparando 2012 com os anos seguintes, foi observada menor diferença apenas nos anos de 2014 e 2017 entre os sujeitos de escolaridade mais baixa (RP=1,13; IC95%:0,98-1,27 e RP=1,18; IC95%:1,04-1,32, respectivamente) (Tabela 3).

Tabela 3- Razão de Prevalência (RP) da prática recomendada de AFTL de homens e mulheres (≥18 anos) das capitais brasileiras, estratificada por faixa etária e escolaridade, VIGITEL, 2010-2019 (n=512.968).

Variáveis	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sexo¹	1,90 (1,80-2,06)	1,74 (1,64-1,88)	1,54 (1,47-1,62)	1,48 (1,42-1,55)	1,37 (1,30-1,44)	1,45 (1,38-1,52)	1,52 (1,46-1,59)	1,36 (1,30-1,42)	1,40 (1,34-1,47)	1,42 (1,36-1,49)
Faixa etária²										
18-24 anos	3,19 (2,67-3,78)	2,75 (2,26-3,31)	2,12 (1,88-2,36)	1,89 (1,72-2,09)	1,79 (1,59-2,00)	1,85 (1,65-2,05)	1,85 (1,65-2,05)	1,87 (1,67-2,09)	1,87 (1,67-2,09)	1,68 (1,50-1,88)
25-34 anos	2,19 (1,92-2,51)	1,90 (1,66-2,17)	1,69 (1,53-1,88)	1,60 (1,45-1,76)	1,51 (1,36-1,58)	1,61 (1,46-1,78)	1,71 (1,56-1,87)	1,39 (1,25-1,53)	1,51 (1,36-1,67)	1,54 (1,40-1,70)
35-44 anos	1,48 (1,30-1,68)	1,44 (1,28-1,62)	1,50 (1,34-1,67)	1,41 (1,26-1,57)	1,34 (1,19-1,52)	1,28 (1,15-1,43)	1,35 (1,21-1,50)	1,30 (1,16-1,46)	1,21 (1,09-1,35)	1,38 (1,25-1,53)
45-54 anos	1,25 (1,08-1,44)	1,11 (0,98-1,26)	1,05 (0,93-1,20)	1,18 (1,05-1,33)	1,05 (0,93-1,19)	1,18 (1,05-1,33)	1,16 (1,03-1,30)	1,13 (1,02-1,26)	1,14 (1,03-1,27)	1,16 (1,04-1,29)
55-64 anos	1,14 (0,96-1,34)	1,16 (0,99-1,36)	0,98 (0,85-1,13)	1,13 (0,99-1,29)	0,96 (0,83-1,12)	1,13 (0,99-1,30)	1,33 (1,19-1,51)	1,05 (0,94-1,18)	1,19 (1,06-1,32)	1,29 (1,16-1,44)
≥65anos	1,29 (1,07-1,54)	1,36 (1,15-1,60)	1,56 (1,32-1,82)	1,26 (1,08-1,45)	1,10 (0,94-1,28)	1,35 (1,18-1,53)	1,56 (1,36-1,79)	1,33 (1,19-1,48)	1,46 (1,30-1,64)	1,32 (1,19-1,47)
Escolaridade³										
≥12anos	1,55 (1,42-1,67)	1,53 (1,42-1,65)	1,44 (1,33-1,55)	1,41 (1,31-1,50)	1,32 (1,21-1,42)	1,38 (1,30-1,47)	1,43 (1,34-1,52)	1,33 (1,24-1,42)	1,37 (1,28-1,47)	1,41 (1,32-1,50)
9 -11 anos	2,08 (1,93-2,25)	2,00 (1,86-2,15)	1,66 (1,54-1,78)	1,72 (1,60-1,83)	1,56 (1,44-1,69)	1,60 (1,49-1,71)	1,65 (1,53-1,76)	1,49 (1,38-1,60)	1,48 (1,37-1,58)	1,48 (1,37-1,59)
0-8 anos	1,99 (1,74-2,31)	1,67 (1,46-1,93)	1,49 (1,33-1,69)	1,24 (1,12-1,40)	1,13 (0,98-1,27)	1,30 (1,15-1,49)	1,47 (1,31-1,67)	1,18 (1,04-1,32)	1,33 (1,17-1,48)	1,34 (1,18-1,51)

Fonte: VIGITEL; ¹Ajustado por faixa etária e escolaridade; ²Ajustado por escolaridade; ³Ajustado por faixa etária; ⁴RP: Razão de Prevalência (Prevalência homens/Prevalência mulheres); ⁵IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

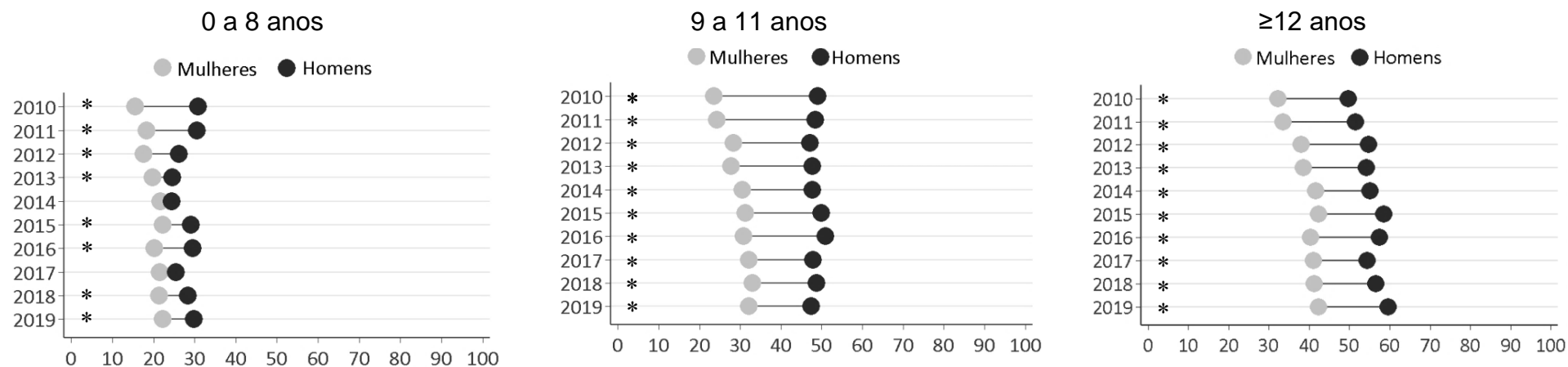
Quando comparadas diferenças absolutas das prevalências da prática de AFTL entre homens e mulheres por faixa etária, observou-se que as maiores desigualdades entre os sexos ocorrem nos grupos etários mais jovens. Nos grupos de 18 a 24, 25 a 34 e 35 a 44 anos houve diferença significativa entre prevalências de AFTL de homens e mulheres em todos os anos analisados. Porém, isso se modificou a partir dos 45 anos. Os grupos de 45 a 54 e 55 a 64 anos merecem destaque, uma vez que, na maioria dos anos, não foi observada diferença significativa. Assim, mesmo sendo observada uma diminuição da RP ao longo dos anos do período estudado, principalmente em decorrência do aumento da prevalência nas mulheres, as maiores diferenças da prática de AFTL entre homens e mulheres permaneceram nos grupos mais jovens (Figura 2).



Fonte: VIGITEL; ¹Prevalências ajustadas por escolaridade; *Diferenças significativas entre prevalências de AFTL de homens e mulheres verificadas por meio do IC95% das prevalências.

Figura 2-Diferença absoluta da prática recomendada de AFTL entre homens e mulheres das capitais brasileiras, segundo faixa etária, VIGITEL, 2010-2019¹.

Com relação ao nível educacional, menores prevalências foram observadas nos sujeitos com menor escolaridade e maiores nos de maior escolaridade, sendo que, as menores diferenças absolutas foram observadas nos com menor escolaridade. Destaca-se que essa menor diferença se deve principalmente ao fato de haver baixa prevalência de AFTL nesse grupo (Figura 3).



Fonte: VIGITEL (2010-2019); ¹Prevalências ajustadas por faixa etária; *Diferenças significativas entre prevalências de AFTL de homens e mulheres verificadas por meio do IC95% das prevalências.

Figura 3- Prevalência da prática recomendada de AFTL entre homens e mulheres das capitais brasileiras, segundo anos de escolaridade, VIGITEL, 2010-2019¹.

De acordo com a Tabela 4, no geral, os homens foram mais ativos que as mulheres no tempo livre (RP média=1,52). Quando estratificado por faixa etária, a maior diferença relativa foi observada nos mais jovens (RP média=2,09) e a menor nos sujeitos dos grupos etários de 45 a 54 e 55 a 64 anos (RP média=1,14). Na escolaridade, essa diferença foi maior nos sujeitos do grupo intermediário (RP média=1,67) e menor no grupo de escolaridade mais baixa (RP média=1,41).

Durante o período estudado, foi observada diminuição significativa da diferença relativa da prática de AFTL no geral (-0,72 pontos percentuais (p.p.)/ano), nos grupos etários de 18 a 24 anos (-0,74 p.p./ano), 25 a 34 anos (-0,73 p.p./ano), 35 a 44 anos (-0,82 p.p./ano) e nos sujeitos de escolaridade intermediária (-0,86 p.p./ano). Comparando-se com o ano inicial (2010), todos os anos, a partir de 2012, tiveram menor diferença relativa, porém, na comparação de 2012 com os anos seguintes, apenas em 2014 e 2017, foram observadas diferenças menores.

Tabela 4- Média, desvio padrão, tendência e valor de p da desigualdade relativa da prática recomendada da AFTL de homens e mulheres (≥ 18 anos) das capitais brasileiras, estratificada por faixa etária e escolaridade, VIGITEL, 2010-2019 (n=512.968).

Variáveis	Média	Desvio padrão	Variação média anual	Valor p
Sexo	1,52	0,17	-0,724	0,027
Faixa etária				
18-24 anos	2,09	0,49	-0,736	0,024
25-34 anos	1,66	0,23	-0,735	0,024
35-44 anos	1,37	0,09	-0,825	0,006
45-54 anos	1,14	0,06	0,051	0,897
55-64 anos	1,14	0,12	0,494	0,177
≥ 65 anos	1,36	0,14	0,134	0,731
Escolaridade				
≥ 12 anos	1,42	0,08	-0,614	0,078
9 -11 anos	1,67	0,21	-0,856	0,003
0-8 anos	1,41	0,26	-0,586	0,098

Fonte: VIGITEL.

5.1.6 Discussão

Este estudo verificou as desigualdades da prática de AFTL entre homens e mulheres das capitais brasileiras de 2010 a 2019. Os principais achados foram: a) Maiores diferenças relativas e absolutas da prática de AFTL entre homens e mulheres foram nos mais jovens; b) Na comparação com 2010, a desigualdade relativa foi menor a partir de 2012, na amostra total, nos mais jovens (18 a 34 anos) e nos de escolaridade intermediária e mais baixa. Porém, na comparação de 2012 com os anos seguintes, observou-se menor diferença relativa somente em 2014 e 2017; c) Na escolaridade, maiores diferenças relativas foram no grupo intermediário e as diferenças absolutas foram menores naqueles com escolaridade mais baixa; d) Durante o período analisado, houve uma diminuição significativa da desigualdade relativa no geral, nos três grupos etários mais jovens e nos sujeitos do grupo de escolaridade intermediária.

Maiores diferenças, relativas e absolutas, da prática de AFTL entre os sexos se mantiveram nos mais jovens. Resultados similares foram observados em estudos anteriores^{16,22}. Diminuir a desigualdade na prática de AFTL entre homens e mulheres mais jovens pode ser importante na formulação de políticas públicas. Essa questão envolve múltiplos fatores como os diferentes papéis relacionados ao gênero construídos socialmente, as vivências anteriores e os diversos eventos que ocorrem ao longo da vida, podendo influenciar na adoção da prática de AFTL^{23,24}. Homens mais jovens, geralmente, são mais estimulados socialmente à prática de AFTL, enquanto que para muitas mulheres, fica a obrigação das atividades do cuidado familiar, preenchendo a maior parte do tempo com esses afazeres²⁴.

Por outro lado, a menor diferença absoluta do grupo etário de 55 a 64 pode estar relacionada com o momento distinto desta idade, se comparado aos das mulheres mais jovens, como se aposentar ou deixar de ter uma relação conjugal. Essas situações podem proporcioná-las oportunidades de vivenciarem momentos que nunca tiveram, como ter tempo para a prática de AFTL^{23,24}. Essa diminuição progressiva da desigualdade também foi observada por Silva *et al.*(2018)²⁵ até os sujeitos de 54 anos. Porém, a diferença identificada nesse artigo foi de que, a partir dos 55 anos, as mulheres foram mais ativas do que os homens em todas as categorias etárias. Sugere-se que pesquisas futuras confirmem estes achados, pois neste estudo a curva em relação à diferença na prática de AFTL segundo faixa

etária ocorreu em formato de “U”, isto é, a diferença começou mais elevada nas faixas etárias mais jovens, diminuiu nas próximas faixas etárias, mas voltou a subir nos mais velhos. Embora a prática de AFTL seja um fator de proteção importante, principalmente nos mais velhos²⁶, o aumento da diferença pode ser explicado pelo fato das mulheres idosas continuarem exercendo o papel de cuidadoras dos maridos, filhos (as), netos (as), impossibilitando que possam ter uma vida mais ativa no lazer, apesar de muitas estarem aposentadas nessa fase da vida²⁷.

Quanto ao nível educacional, a diferença relativa das prevalências da prática de AFTL foi maior no grupo de escolaridade intermediária e as diferenças absolutas foram menores nos sujeitos de escolaridade mais baixa. Importante ressaltar que apesar do menor valor dessa diferença nos sujeitos de menor escolaridade, foi o grupo com menores prevalências da prática de AFTL, ou seja, a inatividade física no tempo livre ainda é mais elevada nos indivíduos com baixa escolaridade, tanto em homens, quanto em mulheres, o que explica a menor diferença absoluta, mas não relativa. Já os sujeitos de maior escolaridade, apesar de uma maior diferença absoluta entre os sexos, foram os que apresentaram prevalências mais altas da prática de AFTL. Portanto, além de ter como objetivo diminuir a desigualdade entre homens e mulheres, é importante também que as iniciativas que promovam a atividade física e a redução da inequidade de gênero sejam direcionadas a aumentar as prevalências dos grupos que geralmente são os mais inativos no tempo livre, como é o caso daqueles com menor escolaridade²⁸. Vale mencionar ainda que esses resultados diferentes em relação à análise das desigualdades quando feitos de maneira relativa e absoluta não são incomuns, o que reforça a importância da complementariedade destas medidas⁸.

Foi observada uma tendência de diminuição da desigualdade relativa da prática de AFTL no total da amostra, nos três grupos etários mais jovens e no grupo de escolaridade intermediária. Se por um lado esse resultado pode ser considerado positivo no sentido da redução da desigualdade entre homens e mulheres na prática de AFTL, por outro lado, as maiores diferenças se mantiveram nesses grupos tanto em relação à faixa etária como na escolaridade. Embora edições anteriores do próprio VIGITEL tenham mostrado uma tendência de aumento da prática de AFTL em ambos os sexos¹⁹, sobretudo nos mais jovens, tal aumento não foi suficiente para reduzir a desigualdade nesse grupo etário¹⁶. Outro resultado a ser destacado do presente artigo é que essa diferença diminuiu gradativamente de

2010 a 2014, porém, a partir dos anos seguintes houve certa estabilidade. Embora a adoção da prática de AFTL, como a de qualquer comportamento de saúde, seja complexa e multifatorial, a crise econômica que o Brasil passou a enfrentar com problemas de financiamento do SUS e cortes de políticas públicas pode explicar parcialmente a estabilização das diferenças^{29,30}.

Portanto, é pertinente que cada localidade crie estratégias de acordo com suas especificidades para reduzir essas diferenças, como programas de atividades físicas já existentes em muitas cidades brasileiras. Esses programas ajudam na criação de ambientes favoráveis, contribuindo com maior adesão à prática de AFTL nas mulheres, reduzindo a inequidade de gênero e podendo ser importante para atingir a meta estabelecida pela OMS de diminuir em dez por cento a prevalência de inatividade física global até 2025¹⁰.

As diferenças da prática de AFTL entre homens e mulheres deste estudo podem ser consideradas como inequidade de gênero, ou seja, desigualdade decorrente de alguma forma de injustiça^{8,31}. Diferentemente do conceito biológico de sexo, gênero está associado com construções sociais que determinam as diferenças dos papéis do que é ser homem e do que é ser mulher^{13,14}. Uma dessas diferenças é a divisão do processo de trabalho. Para os homens coube, historicamente, o papel social, de exercer o trabalho remunerado e de sustentar a família. Para as mulheres foram atribuídas funções relacionadas ao trabalho privado, dos cuidados domiciliar e familiar³². No contexto brasileiro, se por um lado a saída das mulheres para o trabalho formal e remunerado foi um aspecto positivo, por outro, ainda hoje, são as mulheres as maiores responsáveis pelo trabalho doméstico, exercendo muitas vezes uma dupla jornada de trabalho³³. Portanto, a inequidade de gênero pode ser identificada nos quatro domínios de atividade física, onde geralmente os homens só não são mais ativos no domínio doméstico¹³.

Este estudo apresenta limitações. O VIGITEL utiliza entrevistas telefônicas para verificar níveis da prática de AFTL dos entrevistados. Por se basear na autorresposta, não mensura diretamente a prática de AFTL, podendo sub ou superestimar os níveis reais. Além disso, outra limitação baseada na autorresposta é a diferença de gênero na percepção da própria saúde, fato que também pode influenciar nas respostas³⁴. Destaca-se também que essas entrevistas perguntam o sexo dos participantes possibilitando duas opções de respostas: masculino ou feminino. Esse tipo de abordagem pode inviabilizar a participação de sujeitos que

não se identificam nesse padrão binário, além de poder comprometer a sensibilidade da análise de gênero dos resultados^{35,36}. Entretanto, frequentemente pesquisas utilizam informações autorreferidas por serem mais simples e baratas de serem realizadas com amostras populacionais^{37,38,39}. A restrição da amostra do VIGITEL somente aos sujeitos com telefone fixo também pode ser vista como uma limitação, o que pode afetar a representatividade amostral, reduzindo a participação de uma parcela da população, principalmente a de baixa renda. Porém, o próprio VIGITEL utiliza fatores de ponderação em seus dados para igualar características demográficas da sua amostra com as da população total¹⁹. O VIGITEL não fornece informações como renda e outras variáveis como acesso à espaços públicos de lazer, o que inviabiliza a utilização de outras variáveis confundidoras. Por fim, há de se ter cautela com a interpretação dos resultados dos *equiplots* baseados nos valores de p . Por se tratar de uma amostra grande com mais de 700 mil sujeitos, algumas diferenças absolutas podem ser as mesmas, entretanto, sem ser significativas. Como por exemplo, no grupo etário de 45 a 54 anos para os anos de 2010, 2013 e 2015 onde a desigualdade foi significativa, mas em 2016 e 2019, anos em que as desigualdades foram praticamente as mesmas, não tiveram diferença significativa.

Monitorar diferenças da prática de AFTL entre homens e mulheres é importante para contribuir com ações de redução da inequidade de gênero relacionada aos indicadores de saúde. Neste sentido, no Brasil, importantes políticas públicas foram criadas, como: Política Nacional de Promoção da Saúde; Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil; Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e Programa Academia da Saúde. Estudo que avaliou a participação dos usuários nesses programas mostra que a maior parte é composta por mulheres, resultado que pode ser positivo na redução da inequidade de gênero³⁸. Além dessas políticas, campanhas e ações que estimulem a prática esportiva podem também ser importantes.

5.1.7 Conclusão

Os resultados reforçam a importância de reduzir desigualdades da prática de AFTL entre sexos. Observou-se que houve uma tendência decrescente significativa da desigualdade relativa da prática de AFTL no geral, nos grupos etários

mais jovens e no grupo de escolaridade intermediária. Não se espera uma mudança muito grande de um ano para outro em um comportamento complexo como a prática de AFTL. Mais importante que o “tamanho” da redução é a sua confirmação. Apesar dessa redução observada, as maiores diferenças se mantiveram nos mais jovens, sendo importante a promoção da atividade física das mulheres nesse grupo, como também nas mais velhas, onde a diferença absoluta voltou a aumentar. Na escolaridade, apesar da diminuição da desigualdade relativa nos sujeitos do grupo intermediário, as diferenças se mantiveram maior nesse grupo, entretanto, nos de menor escolaridade, muito em função de ambos os sexos terem as menores prevalências da prática de AFTL, tiveram menor diferença absoluta, indicando que nesse grupo ações de promoção da AFTL devem focar ambos os sexos. Estudos futuros poderiam avaliar o impacto das políticas públicas nas desigualdades de prática de AFTL entre homens e mulheres, bem como a relação destas com outros indicadores, como econômicos, de violência, de participação política, entre outros.

5.1.8 Referências

1. Cheng W, Zhang Z, Cheng W, Yang C, Diao L, Liu W. Associations of leisure-time physical activity with cardiovascular mortality: A systematic review and meta-analysis of 44 prospective cohort studies. *Eur J Prev Cardiol* 2018; 25(17):1864-72.
<https://doi.org/10.1177/2047487318795194>.
2. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major noncommunicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012; 380(9838):219-29.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9).
3. Ropke LM, Souza AG, Bertoz APM, Adriazola MM, Ortolan EVP, Martins RH, Lopes WC, Rodrigues CDB, Bigliuzzi R, Weber SAT. Efeito da atividade física na qualidade do sono e qualidade de vida: revisão sistematizada. *Arch Health Invest* 2017; 6(12):561-66.
<https://doi.org/10.21270/archi.v6i12.2258>.
4. Wise CW, Kuykendall L, Tay L. Get active? A meta-analysis of leisure-time physical activity and subjective well-being. *J Posit Psychol* 2018; 13(1):57-66.
<https://doi.org/10.1080/17439760.2017.1374436>.

5. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Global Health* 2018; 6(10):e1077-e1086. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7).
6. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: WHO; 2014.
7. Bauman AE, Reis RS, Wells JC, Loos RJF, Martin BW. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet* 2012; 380(9838):258-71. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60735-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60735-1).
8. Silva ICM, Restrepo-Mendez MC, Costa JC, Ewerling F, Hellwig F, Ferreira LZ, Ruas LPV, Joseph G, Barros AJD. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. *Epidemiol Serv Saude* 2018; 27(1):e000100017. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000100017>.
9. Mielke GI, Silva ICM, Kolbe-Alexander TL, Brown WJ. Shifting the physical inactivity curve worldwide by closing the gender gap. *Sports Med* 2018; 48(2):481-9. <https://doi.org/10.1007/s40279-017-0754-7>.
10. Althoff T, Sosič R, Hicks JL, King AC, Delp SL, Leskovec J. Large-scale physical activity data reveal worldwide activity inequality. *Nature* 2017; 547(7663):336-9. <https://doi.org/10.1038/nature23018>.
11. Knuth AG, Antunes PC. Práticas corporais/atividades físicas demarcadas como privilégio e não escolha: análise à luz das desigualdades brasileiras. *Saúde Soc* 2021; 30(2): e200363. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200363>.
12. Silva IC, Knuth AG, Mielke GI, Loch MR. Promoção de atividade física e as políticas públicas no combate às desigualdades: reflexões a partir da Lei dos Cuidados Inversos e Hipótese da Equidade Inversa. *Cad Saúde Pública* 2020; 36(6):e00155119. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00155119>.
13. Barata RB. Como e porque as desigualdades sociais fazem mal à saúde? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
14. Calvente MMG, Lozano MR, Marcos JM. Guia de Indicadores de Género. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2018.

15. Dias TG, Nunes APBO, Santos CO, Cruz MS, Guerra PH, Bernal RTI, et al. Nível de atividade física no lazer em adultos paulistanos: uma análise de tendência de 2006 a 2016. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 23: e200099.

<https://doi.org/10.1590/1980-549720200099>.

16. Cruz MS, Bernal RTI, Claro RM. Tendência da prática de atividade física no lazer entre adultos no Brasil (2006-2016). *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(10):e00114817.

<https://doi.org/10.1590/0102-311x00114817>.

17. Ide PH, Martins MSAS, Segri NJ. Tendência dos diferentes domínios da atividade física em adultos brasileiros: dados do Vigitel de 2006-2016. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(8): e00142919.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00142919>.

18. Silva ICM, Mielke GI, Bertoldi AD, Arrais PSD, Luiza VL, Mengue SS, Hallal PC. Overall and leisure-time physical activity among Brazilian adults: National Survey Based on the Global Physical Activity Questionnaire. *J Phys Act Health* 2018; 15: 212-8.

<https://doi.org/10.1123/jpah.2017-0262>.

19. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/v/vigitel> (acessado em 19/Fev/2021).

20. World Health Organization (WHO). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2011.

21. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24:565-76.

<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024>.

22. Brazo-Sayavera J, Mielke GI, Olivares PR, Jahneka L, Silva ICM. Descriptive epidemiology of Uruguayan adults' leisure time physical activity. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15(7):1-9.

<https://doi.org/10.3390/ijerph15071387>.

23. Kutob RM, Yuan NP, Wertheim BC, Sbarra DA, Loucks EB, Nassir R, Bareh G, Kim MM, Snetselaar LG, Thomson CA. Relationship between marital transitions, health behaviors, and health indicators of postmenopausal women: results from the women's health initiative. *J Womens Health* 2017; 26(4):313-20.

<https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5925>.

24. Brown WJ, Heesch KC, Miller YD. Life events and changing physical activity patterns in women at different life stages. *Ann. Behav. Med* 2009; 37(3):294-305.
<https://doi.org/10.1007/s12160-009-9099-2>.
25. Silva ICM, Mielke GI, Bertoldi AD, Arrais PSD, Luiza VL, Mengue SS, Hallal PC. Overall and leisure-time physical activity among Brazilian adults: National Survey based on the Global Physical Activity Questionnaire. *J Phys Act Health* 2018; 15(3):212-8.
<https://doi.org/10.1123/jpah.2017-0262>.
26. Musich S, Wang SS, Hawkins K, Greame C. The frequency and health benefits of physical activity for older adults. *Popul Health Manag* 2017; 20(3):199-207.
<https://doi.org/10.1089/pop.2016.0071>.
27. Pimentel JO, Loch MR. “Melhor idade”? Será mesmo? A velhice segundo idosos participantes de um grupo de atividade física. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2020; 25:e0140.
<https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0140>.
28. Mielke GI, Hallal PC, Malta DC, Lee IM. Time trends of physical activity and television viewing time in Brazil: 2006-2012. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2014; 11:1-9.
<https://doi.org/10.1186/s12966-014-0101-4>.
29. Mendes Á. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? *Saú Soc* 2015; 24(Suppl 1): 66-81.
<https://doi.org/10.1590/s0104-12902015s01006>.
30. Teixeira CFS, Paim JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde debate* 2018; 42(2):11-21.
<https://doi.org/10.1590/0103-11042018s201>.
31. Barreto ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22(7):2097-2108.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>.
32. Silva MEF, Brabo TSAM. A introdução dos papéis de gênero na infância: brinquedo de menina e/ou de menino? *Trama Interdiscip* 2017; 7:127-140.
33. Moura RR, Sopko C. Desigualdade social e de gênero: a inserção da mulher no trabalho e a dupla jornada frente ao processo de catadores no Brasil. *Cad. Espaço Feminino* 2018; 31: 226-242.
<https://doi.org/10.14393/CEF-v31n1-2018-12>.

34. Moura EC, Gomes R, Pereira GMC. Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. *Ciêns Saúde Colet* 2017; 22(1): 291-300.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.17482015>.

35. Carvalho AA, Barreto RCV. A invisibilidade das pessoas LGBTQIA+ nas bases de dados: novas possibilidades na Pesquisa Nacional de Saúde 2019? *Ciêns Saúde Colet* 2021; 26(9): 4059-64.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.12002021>.

36. Heidari S, Babor TF, Castro P, Tort S, Curno M. Equidade de sexo e gênero na pesquisa: fundamentação das diretrizes SAGER e uso recomendado. *Epidemiol Serv Saude* 2017; 26(3):665-76.

<https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300025>.

37. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciêns Saúde Colet* 2011; 16(9):3689-96.

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000006>.

38. Reis RS, Yan Y, Parra DC, Brownson RC. Assessing participation in community-based physical activity programs in Brazil. *Med Sci Sports Exerc* 2014; 46(1):92-8.

<https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3182a365ae>.

39. Mielke GI, Stopa SR, Gomes CS, Silva AG, Alves FTA, Vieira MLFP, Malta DC. Atividade física de lazer na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Rev Bras Epidemiol* 2021; 24, e210008.sup2.

<https://doi.org/10.1590/1980-549720210008.supl.2>.

5.2 ARTIGO 2: COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM IDOSOS BRASILEIROS VIÚVOS DO SEXO MASCULINO¹.

5.2.1 Resumo

O objetivo deste estudo foi comparar a prevalência de comportamentos de risco (CR) à saúde em homens idosos viúvos com as de idosos com companheira, solteiros e divorciados/separados, bem como a prevalência de CR em idosos viúvos conforme faixa etária, escolaridade e raça/cor. Foi realizado um estudo transversal com homens idosos (≥ 60 anos) entrevistados pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) em 2016 (n=5.384) e 2017 (n=5.801) que incluiu amostras representativas de adultos das capitais dos estados brasileiros, além do Distrito Federal. Destes, 886 eram viúvos. Os CR foram: inatividade física no tempo livre (IFTL), consumo irregular de frutas, verduras e legumes, tabagismo (TAB) e consumo abusivo de álcool. A prevalência de TAB foi menor entre os idosos com companheira (RP=0,68; IC95%:0,52-0,90) na comparação com os viúvos. Nos demais CR não se observaram diferenças na prevalência dos viúvos em relação aos demais grupos. Quando analisados somente os viúvos, observaram-se importantes associações dos CR com as variáveis faixa etária e escolaridade, mas não com raça/cor.

Palavras-chaves: Saúde do Idoso. Estilo de Vida. Estudos Transversais. Viuvez. Envelhecimento.

¹ Artigo publicado no periódico *Salud Colectiva*.

Referência: EVEDOVE, A.U.D.; LOCH, M.R. *Comportamientos de riesgo para la salud en hombres mayores brasileños viudos*. *Salud Colectiva*, v.16:e2255, 2020.

5.2.2 Abstract

The aim of this study was to compare the prevalence of health risk behaviors (HRB) on elderly widower men with those of elderly people with lifemate, single and divorced/separated, as well as the prevalence of HRB in elderly widowers according to age, schooling and race/color. Cross-sectional study with elderly men (≥ 60 years) interviewed by Surveillance of Risk Factors and Protection for Chronic Diseases by Telephone Inquiry (VIGITEL) in 2016 ($n = 5,384$) and 2017 ($n = 5,801$) which includes representative samples of adults from the capitals of the Brazilian states, as well as the Federal District. Of these, 886 were widowers. The HRBs were: physical inactivity in leisure time (PILT), irregular consumption of fruits and vegetables (ICFV), smoking (SMO) and abusive alcohol consumption (AAC). Among the elderly with intermediate schooling (9 to 11 years) smoking was higher among widowers than among those with lifemate and among those with higher schooling (≥ 12 years) was higher among singles than among widowers individuals. IFTL was lower in the elderly with age between 70 and 79 years, while in the other HRBs lower prevalence was observed among those aged 80 years or older. A moderate relationship of widowhood with HRB was observed in elderly men and among widowers.

Keywords: *Health of the Elderly. Life Style. Cross-Sectional Studies. Widowhood. Aging.*

5.2.3 Introdução

As transições demográfica e epidemiológica observadas no Brasil nas últimas décadas influenciaram no envelhecimento populacional, principalmente com o aumento do número e proporção de idosos. Associada a essas transições, outra mudança importante no perfil populacional brasileiro está relacionada com a situação conjugal. De 2000 a 2010 houve um aumento na proporção de viúvos (as), divorciados (as)/separados (as) e solteiros (as). Em 2010, o Brasil tinha cerca de oito milhões de viúvos (as), representando 4% da população nacional, ou seja, conforme a população envelhece, o número de viúvos (as) aumenta^(1,2). Além disso, outra mudança foi relacionada ao perfil de morbimortalidade no país, com o protagonismo das DCNT^(3,4,5). A maior parte destas doenças são causadas por comportamentos relacionados à saúde, como a inatividade física no tempo livre (IFTL), consumo irregular de frutas, verduras e legumes (CIFVL), tabagismo (TAB) e consumo abusivo de álcool (CAA).

No geral, estudos indicam que os homens adotam mais CR e acessam menos os serviços de saúde, fatores que se associam com um maior padecimento de condições severas e crônicas e maior mortalidade em relação às mulheres^(6,7,8). Sendo assim, é importante também considerar a dimensão da masculinidade, suas singularidades e diversidades das relações sociais mais amplas que se relacionam com estas diferenças. Como por exemplo, a construção em torno da masculinidade relacionada ao ser mais forte, mais viril e só procurar os serviços de saúde em condições mais graves. Além disso, segundo Gomes *et al.*⁽⁹⁾ os serviços de saúde, principalmente os da atenção básica, são mais direcionados à saúde das mulheres.

Buscando o enfrentamento deste quadro o Ministério da Saúde do Brasil lançou, em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem com objetivos de promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil e contribuir com a redução da morbimortalidade através do enfrentamento dos fatores de risco mediante à facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde⁽¹⁰⁾.

Um dos fatores que parecem se relacionar com a saúde dos homens é a situação conjugal. De acordo com estudos encontrados na literatura, indivíduos casados ou em união estável possuem melhores indicadores de saúde na comparação com divorciados/separados, solteiros e viúvos^(11,12,13). Estes resultados são explicados, pelo

menos parcialmente, pelo fator de proteção relacionado a uma maior rede de apoio social, suporte econômico e psicológico. Outro fator é o de seleção, onde os sujeitos com melhores condições de saúde e econômicas tem mais chances de se manter ou passar a ter uma relação conjugal^(7,11,12,13). Além disso, estes fatores positivos do casamento parecem ser mais favoráveis aos homens, muito em decorrência da construção social dos papéis atribuídos ao gênero na relação conjugal, onde a companheira acaba sendo a responsável por exercer diversas funções atribuídas ao cuidado em saúde^(7,13,15,16). Para Gomes⁽¹⁴⁾, a dependência dos homens em relação aos cuidados realizados pelas mulheres é reforçada através das gerações e no convívio com o sexo oposto.

Dado este contexto, a viuvez também é uma condição que parece influenciar nas condições de saúde. Além de ser um evento recorrente em qualquer sociedade e estar presente na vida da maior parte das pessoas, seu significado varia de acordo com contextos sociais, culturais, econômicos e pessoais, como o tempo vivido com o (a) companheiro (a), qualidade desta relação, idade e gênero^(17,18). A viuvez é uma condição que foi construída socialmente como feminina devido a maior parte das mulheres se casarem com parceiros mais velhos, terem uma maior expectativa de vida, além procurarem menos uma nova relação conjugal^(2,7,17). Para Motta⁽¹⁹⁾, a viuvez nos homens é de incidência baixa mesmo entre os mais velhos e além disso, ao contrário das mulheres, a repercussão social é diferente, no que favorece a uma maior busca de uma nova relação conjugal.

Sendo assim, os efeitos da viuvez nas condições de saúde entre homens e mulheres são diferentes^(20,21). Evidências apontam que a viuvez masculina está associada à maior mortalidade^(11,20,21), maior adoção de CR relacionados à saúde^(22,23,24,25,26), maior prevalência de hipertensão e diabetes⁽²⁷⁾ e maiores gastos relacionados ao cuidado em saúde⁽²⁸⁾. Além disso, a maior parte dos estudos epidemiológicos que investigaram este tema foi conduzida nos Estados Unidos^(21,22,25) ou na Europa^(23,26,28) parecendo ainda não existirem estudos realizados no contexto da América Latina. Apesar da importância do tema, já que a viuvez é uma condição presente na vida da maior parte das pessoas e recorrente em qualquer sociedade, parecem existir poucos estudos epidemiológicos que abordem esse tema, principalmente quando relacionado à saúde dos homens, já que conforme citado anteriormente, a viuvez é uma condição mais associada as mulheres. Outro fator importante é relacionado ao envelhecimento populacional observado no Brasil nos

últimos anos e a necessidade de compreender melhor os fatores que se relacionam com a saúde dos (as) idosos (as), sobretudo na dos homens, já que eles possuem uma menor expectativa de vida na comparação com as mulheres. Sendo assim, um estudo com esta abordagem pode possibilitar um olhar mais ampliado sobre o processo saúde-doença dos homens idosos e garantir um melhor planejamento de ações dos serviços saúde.

Assim, objetivo deste estudo foi comparar a prevalência de CR à saúde em homens idosos viúvos com as de idosos com companheira, solteiros e divorciados/separados, bem como a prevalência de CR em idosos viúvos conforme faixa etária, escolaridade e raça/cor.

5.2.4 Métodos

Estudo transversal de base populacional com idosos entrevistados pelo VIGITEL em 2016 (n=5.384) e 2017 (n=5.801). O VIGITEL foi implantado em 2006 e, desde então, ocorre anualmente. Trata-se de uma pesquisa realizada com adultos (≥ 18 anos) das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal, mediante a telefonia fixa. O processo de amostragem do VIGITEL é de caráter probabilístico e é realizado através das seguintes etapas: 1ª sorteio de 5.000 linhas telefônicas residenciais em cada uma das 26 capitais e no Distrito Federal e a 2ª consiste na seleção de um adulto residente no domicílio para responder ao questionário. Foram entrevistados 53.210 sujeitos no ano de 2016 e 53.034 em 2017. Para garantir a representatividade amostral de todos os adultos de todas as capitais pesquisadas, pesos pós-estratificação foram utilizados nas variáveis sexo, faixa etária e escolaridade, buscando igualar a distribuição sociodemográfica da amostra em relação à distribuição estimada para a população adulta de cada capital. Maiores detalhes podem ser vistos nos relatórios anuais do VIGITEL^(29,30).

Os questionários do VIGITEL de 2016 e de 2017 englobam questões com diferentes temas relacionados às características sociodemográficas, comportamentos relacionados à saúde, peso e altura autorreferidos, autoavaliação do próprio estado de saúde e condições de morbidade. Optou-se pela inclusão destes dois anos, ao invés de apenas um destes, para se aumentar o poder das análises estatísticas.

Variáveis

a) IFTL: mensurada por questões sobre a prática de exercício físico ou

esporte nos últimos três meses e, em caso positivo, questões sobre a duração e frequência semanal desta prática também foram feitas. De acordo com as recomendações da OMS³¹, considerou-se inativo (a) fisicamente no tempo livre aqueles (as) que praticavam menos de 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou menos 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa. Para a construção deste indicador foram consideradas atividades de intensidade leve/moderada como caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol; corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis foram classificados como atividades de intensidade vigorosa.

b) CIFVL: mensurada por de duas perguntas sobre a frequência semanal destes alimentos. Para frutas a pergunta foi: “Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer frutas?”. Para verduras e legumes foi: “Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha), sem contar batata, mandioca ou inhame?”. Para ambas, as opções de resposta eram: nunca; quase nunca; 1-2 dias; 3-4 dias; 5-6 dias; todos os dias. Foram considerados como tendo consumo irregular aqueles que referiram consumo menor do que de cinco dias por semana de em pelo menos uma das duas perguntas, ao passo que para ser considerado com consumo regular, o idoso deveria ter respondido as opções “5-6 dias” ou “todos os dias” em ambas as perguntas.

c) TAB: mensurado por uma pergunta simples sobre se o sujeito fazia o consumo de tabaco. Considerou-se tabagista aqueles que responderam “sim”;

d) CAA: mensurado por uma pergunta se o sujeito, nos últimos 30 dias, chegou a consumir, em um único dia, mais de cinco doses de bebida alcoólica. Foi considerada como dose uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, uísque ou qualquer bebida destilada.

A variável independente foi a situação conjugal. No VIGITEL os sujeitos poderiam responder as seguintes opções de respostas: viúvo, casado, união estável, divorciado/separado e solteiro. Para este estudo as categorias “casado” e “união estável” foram agrupadas como “com companhia”.

Já as variáveis de confusão ou que foram usadas na estratificação da amostra em algumas variáveis foram: a escolaridade (0 a 8; 9 a 11 e ≥ 12 anos de estudo), a faixa etária (60 a 69; 70 a 79 e ≥ 80 anos) e raça/cor agrupada como: brancos/amarelos e pretos/pardos/indígenas.

Análise dos dados

A caracterização sociodemográfica da amostra foi feita mediante análise descritiva dos dados, por meio da análise de frequência. Para o cálculo das prevalências dos CR relacionados à saúde considerou-se todos os sujeitos da amostra, divididos em viúvos, com companheira, divorciado/separado e solteiro, estratificado pela faixa etária, escolaridade e raça/cor. Para esta análise utilizou-se o teste do qui-quadrado e o valor de $p < 0,05$.

Por último, foram calculadas razões de prevalência (RP) dos CR e duas análises foram realizadas. Na primeira considerou-se todas as situações conjugais, sendo a viuvez a categoria de referência e na segunda considerou-se apenas os viúvos e a RP foi calculada de acordo com a faixa etária (60 a 69 anos como categoria de referência), escolaridade (≥ 12 anos como categoria de referência) e raça/cor (brancos/amarelos como categoria de referência). Além disso, para estes cálculos foram utilizados o Intervalo de Confiança (95%).

O Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido oralmente no momento da entrevista por telefone. O VIGITEL foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde para cada ano do estudo (CAAE: 65610017.1.0000.0008). O banco de dados do inquérito pode ser acessado pela internet por qualquer pessoa. No entanto não há a identificação dos entrevistados (http://svs.aids.gov.br/bases_vigitel_viva/vigitel.php).

5.2.5 Resultados

Considerando toda a amostra, a maior parte era de sujeitos com companheira (78,5%). Apenas 7,9% da amostra foi de idosos viúvos. Observou-se que a maior parte dos viúvos tinha 70 anos ou mais (74,8%), escolaridade inferior a nove anos (52,4%) e era da raça/cor branca ou amarela (88,3%). Comparando-se a caracterização dos viúvos com a dos demais grupos, observam-se importantes diferenças em relação à faixa etária (já que nos demais grupos a maioria tem entre 60 e 69 anos) e escolaridade (nos demais grupos a maioria tem pelo menos nove anos de estudo) (Tabela 5).

Tabela 5- Características sociodemográficas de idosos (≥ 60 anos) residentes nas capitais dos estados e do Distrito Federal, geral e estratificado por faixa etária e escolaridade, VIGITEL, Brasil, 2016 e 2017 (n=11.185).

Variáveis	Viúvo		Com companheira		Divorciado/ Separado		Solteiro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	886	7,9	8785	78,5	840	7,5	674	6,0
Faixa etária								
60 a 69 anos	224	25,3	4990	56,8	509	60,6	449	66,6
70 a 79 anos	346	39,1	2991	33,1	257	30,6	181	26,9
80 anos ou mais	316	35,6	884	10,1	74	8,8	44	6,5
Escolaridade								
0 a 8 anos	464	52,4	3124	35,6	296	35,2	232	34,4
9 a 11 anos	193	21,8	2378	27,1	240	28,6	208	30,9
12 anos ou mais	229	25,8	3283	37,4	304	36,2	234	34,7
Raça/Cor								
Branco/Amarelo	543	88,3	4979	89,6	496	89,2	368	86,2
Preto/Pardo/Indígena	72	11,7	581	10,4	60	10,8	59	13,8

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2016 e 2017, Ministério da Saúde, Brasil.

Com relação à IFTL não foram observadas diferenças significativas das prevalências de acordo com a situação conjugal no total. Entretanto, quando estratificada por faixa etária e escolaridade observaram-se algumas diferenças. Nos idosos mais velhos (≥ 80 anos), a maior prevalência foi nos com companheira (77,1%) e a menor foi entre divorciados/separados (60,8%). Já nos idosos de menor escolaridade, a IFTL também foi maior nos com companheira (77,4%), entretanto, menor entre solteiros (69,0%).

No total da amostra também não foi observada diferença significativa das prevalências do CIFVL com a situação conjugal. Entretanto, com relação à faixa etária, mais especificamente nos idosos de 70 a 79 anos, foi observada maior prevalência do CIFVL nos viúvos (62,4%) e menor nos com companheira (55,1%).

Já no caso do TAB, no geral, divorciados/separados tiveram maior prevalência (14,2%), enquanto que os com companheira tiveram a menor (7,7%). Quando estratificado por faixa etária, nos idosos de 60 a 69 anos o TAB também foi maior nos divorciados/separados (17,9%) e menor nos com companheira (9,5%). Já nos idosos com 70 a 79 anos o TAB foi maior nos solteiros (11,6%) e menor nos com companheira (5,7%). Na variável escolaridade, entre aqueles com 9 a 11 anos de estudo e 12 anos ou mais, o tabagismo foi maior nos solteiros (14,4% e 16,7%, respectivamente) e menor nos com companheira (7,1% e 6,3%, respectivamente).

O CAA foi associado tanto no total como estratificado por escolaridade e raça/cor. No total, a maior prevalência foi nos divorciados/separados (15,1%) e a menor nos viúvos (8,2%). Nos idosos de menor escolaridade (0 a 8 anos) o CAA foi maior nos solteiros (10,3%) e menor nos viúvos (5,4%). Já com relação a raça/cor, nos brancos/amarelos foi maior entre divorciados/separados (14,1%) e menor entre viúvos (7,4%) (Tabela 6).

Tabela 6- Prevalência de CR à saúde em homens idosos, segundo situação conjugal (em geral e estratificado por faixa etária e escolaridade), residentes das capitais e Distrito Federal, VIGITEL, Brasil, 2016 e 2017(n=11.185).

	IFTL ¹		p	CIFVL ²		p	TAB ³		p	CAA ⁴		p
Variáveis	n	%		n	%		n	%		n	%	
Viúvo	627	70,8		525	59,3		77	8,7		73	8,2	
Casado/União estável	6123	69,7	0,175	5003	56,9	0,186	678	7,7	<0,001	1151	13,1	<0,001
Divorciado/Separado	566	67,4		503	59,9		119	14,2		127	15,1	
Solteiro	450	66,8		398	59,1		95	14,1		101	15,0	
Faixa etária												
60 a 69 anos												
Viúvo	155	69,2		145	64,7		26	11,6		32	14,3	
Casado/União estável	3426	68,7	0,462	2945	59,0	0,289	476	9,5	<0,001	879	17,6	0,415
Divorciado/separado	348	68,4		301	59,1		91	17,9		98	19,3	
Solteiro	292	65,0		276	61,5		72	16,0		83	18,5	
70 a 79 anos												
Viúvo	239	69,1		216	62,4		39	11,3		30	8,7	
Casado/União estável	2015	69,2	0,919	1603	55,1	0,019	166	5,7	<0,001	257	8,8	0,920
Divorciado/separado	173	67,3		158	61,5		27	10,5		25	9,7	
Solteiro	127	70,2		100	55,2		21	11,6		18	9,9	
80 anos ou mais												
Viúvo	233	73,7		164	51,9		12	3,8		11	3,5	
Casado/União estável	682	77,1	0,012	455	51,5	0,611	36	4,1	0,701	15	1,7	0,053
Divorciado/separado	45	60,8		44	59,5		1	1,4		4	5,4	
Solteiro	31	70,5		22	50,0		2	4,5		0	0,0	
Escolaridade												
0 a 8 anos												
Viúvo	345	74,4		315	67,9		44	9,5		25	5,4	
Casado/União estável	2419	77,4	0,017	2206	70,6	0,386	303	9,7	0,089	279	8,9	0,042
Divorciado/separado	223	75,3		215	72,6		42	14,2		30	10,1	
Solteiro	160	69,0		170	73,3		26	11,2		24	10,3	
9 a 11 anos												
Viúvo	138	71,5		112	58,0		18	9,3		20	10,4	
Casado/União estável	1662	69,9	0,591	1469	61,8	0,405	169	7,1	<0,001	356	15,0	0,303
Divorciado/separado	160	66,7		158	65,8		33	13,8		39	16,3	
Solteiro	150	72,1		131	63,0		30	14,4		33	15,9	
12 anos ou mais												
Viúvo	144	62,9		98	42,8		15	6,6		28	12,2	
Casado/União estável	2042	62,2	0,798	1328	40,5	0,785	206	6,3	<0,001	516	15,7	0,105
Divorciado/separado	183	60,2		130	42,8		44	14,5		58	19,1	
Solteiro	140	59,8		97	41,5		39	16,7		44	18,8	
Raça/Cor												
Branco/Amarelo												
Viúvo	378	69,6		300	55,2		46	8,5		40	7,4	
Casado/União estável	3454	69,4	0,438	2520	50,6	0,039	381	7,7	<0,001	610	12,3	0,003
Divorciado/separado	335	67,5		277	55,8		75	15,1		70	14,1	
Solteiro	242	65,8		188	51,1		61	16,6		47	12,8	
Preto/Pardo/Indígena												
Viúvo	54	75,0		47	65,3		10	13,9		6	8,3	
Casado/União estável	427	73,5	0,540	408	70,2	0,647	44	7,6	0,159	81	13,9	0,627
Divorciado/separado	39	65,0		44	73,3		6	10,0		8	13,3	
Solteiro	43	72,9		44	74,6		8	13,6		8	13,6	

¹Inatividade física no tempo livre; ²Consumo irregular de frutas, verduras e legumes; ³Tabagismo; ⁴Consumo abusivo de álcool.

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2016 e 2017, Ministério da Saúde, Brasil.

A Tabela 7 apresenta a RP (análise bruta e ajustada) dos CR relacionados à saúde em homens idosos de acordo com a situação conjugal. Os viúvos foram considerados como o grupo de referência. Dos quatro comportamentos investigados somente no TAB houve diferença significativa, sendo menor nos idosos com companheira (RP=0,68; IC95%:0,52-0,90).

Foram realizadas também análises estratificadas por faixa etária, escolaridade e raça/cor (não apresentados em tabela), sempre se ajustando pelas demais variáveis demográficas, isto é, exceto por aquela que estava sendo considerada como variável independente. Nestas análises, foi observada menor prevalência de TAB nos idosos de 70 a 79 anos com companheira (RP=0,52; IC95%:0,35-0,77). Nos idosos que tinham de escolaridade intermediária (9 a 11 anos de estudo) também foi observada menor prevalência nos com companheira (RP=0,52; IC95%:0,31-0,87). Já nos de maior escolaridade (≥ 12 anos de estudo) a prevalência do TAB foi maior nos solteiros (RP=2,23; IC95%:1,21-4,13). Observou-se ainda, entre os pretos, pardos ou indígenas, maior prevalência do CIFVL nos divorciados/separados (RP=1,27; IC95%:1,02-1,58).

A IFTL foi maior nos idosos de 70 a 79 anos com companheira (RP=1,11; IC95%:1,00-1,23) e nos de menor escolaridade (0 a 8 anos) também nos idosos com companheira (RP=1,07; IC95%:1,00-1,16), sendo o limite inferior do Intervalo de Confiança limítrofe para se assumir a diferença significativa nas prevalências (dados não apresentados em tabelas).

Tabela 7- Razão de prevalência dos CR relacionados à saúde em homens idosos residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal, segundo situação conjugal, VIGITEL, Brasil, 2016 e 2017 (n=11.185).

	Inatividade física no tempo livre				Consumo irregular de frutas, verduras e legumes				Tabagismo				Consumo abusivo de álcool			
	RP Bru	IC95%	RP Aju ¹	IC95%	RP Bru	IC95%	RP Aju ¹	IC95%	RP Bru	IC95%	RP Aju ¹	IC95%	RP Bru	IC95%	RP Aju ¹	IC95%
Viúvo	1,0		1,0		1,0		1,0		1,0		1,0		1,0		1,0	
Com companheira	0,98	0,94-1,03	1,04	0,98-1,10	0,96	0,91-1,02	0,98	0,91-1,05	0,89	0,71-1,11	0,68	0,52-0,90	1,59	1,27-1,99	1,08	0,81-1,44
Divorciado/ Separado	0,95	0,89-1,01	1,00	0,92-1,08	1,01	0,93-1,09	1,07	0,97-1,18	1,63	1,24-2,14	1,25	0,91-1,73	1,83	1,40-2,41	1,16	0,82-1,63
Solteiro	0,94	0,88-1,01	0,99	0,91-1,08	1,00	0,92-1,08	0,98	0,88-1,10	1,62	1,22-2,15	1,31	0,93-1,84	1,82	1,37-2,42	1,00	0,69-1,45

¹Razão de Prevalência ajustada por faixa etária, escolaridade e por raça/cor.

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2016 e 2017, Ministério da Saúde, Brasil.

A Tabela 8 apresenta as RP da associação entre faixa etária, escolaridade e raça/cor com os CR nos homens idosos viúvos. Na comparação com viúvos de 60 a 69 anos, a prevalência da IFTL foi menor nos de 70 e 79 anos (RP=0,86; IC95%:0,74-0,98). Na comparação com os viúvos de maior escolaridade (≥ 12 anos de estudo), a IFTL foi maior nos de escolaridade intermediária (RP=1,16; IC95%:1,00-1,35) e mais baixa (RP=1,15; IC95%:1,00-1,31), estando o valor inferior do Intervalo de Confiança no limite entre a associação e a não associação em ambos os casos, isto é, valor igual à 1,00. O CIFVL foi menor nos viúvos mais velhos (≥ 80 anos) (RP=0,78; IC95%:0,66-0,93) e maior nos grupos de escolaridade mais baixa (RP=1,60; IC95%:1,31-1,94) e intermediária (RP=1,31; IC95%:1,04-1,65). No TAB foi observada menor prevalência nos viúvos mais velhos (≥ 80 anos) (RP=0,32; IC95%:0,15-0,65), o mesmo acontecendo com o CAA (RP=0,35; IC95%:0,15-0,83). Foi também observada menor prevalência de CAA nos de menor escolaridade (RP=0,36; IC95%:0,17-0,76).

Tabela 8- Associação entre faixa etária, escolaridade e raça/cor com CR à saúde em homens idosos viúvos residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal, segundo faixa etária, escolaridade e raça/cor, VIGITEL, Brasil, 2016 e 2017(n=886).

	Inatividade física no tempo livre				Consumo irregular de frutas, verduras e legumes				Tabagismo				Consumo abusivo de álcool			
	RP Bru	IC95%	RP Aju	IC95%	RP Bru	IC95%	RP Aju	IC95%	RP Bru	IC95%	RP Aju	IC95%	RP Bru	RP Aju		
Faixa etária¹																
60 a 69 anos	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
70 a 79 anos	1,00	0,89-1,12	0,86	0,74-0,98	0,96	0,85-1,10	0,93	0,79-1,10	0,97	0,61-1,55	1,01	0,56-1,80	0,61	0,38-0,97	1,06	0,57-1,98
80 anos ou mais	1,07	0,95-1,19	0,97	0,86-1,10	0,80	0,69-0,93	0,78	0,66-0,93	0,33	0,17-0,63	0,32	0,15-0,65	0,24	0,13-0,47	0,35	0,15-0,83
Escolaridade²																
≥12 anos	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
9 a 11 anos	1,14	0,99-1,30	1,16	1,00-1,35	1,36	1,12-1,64	1,31	1,04-1,65	1,42	0,74-2,75	1,51	0,73-3,11	0,85	0,49-1,46	0,91	0,48-1,74
0 a 8 anos	1,18	1,06-1,32	1,15	1,00-1,31	1,59	1,35-1,87	1,60	1,31-1,94	1,45	0,82-2,54	1,30	0,68-2,49	0,44	0,26-0,74	0,36	0,17-0,76
Raça/Cor³																
Branco/Amarelo	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Preto/Pardo/Indígena	1,08	0,93-1,24	1,04	0,90-1,20	1,18	0,98-1,42	1,00	0,83-1,21	1,64	0,87-3,10	1,32	0,67-2,60	1,13	0,50-2,57	1,40	0,56-3,47

¹Ajustado por escolaridade e raça/cor; ²Ajustado por faixa etária e raça/cor³Ajustado por escolaridade e faixa etária.

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2016 e 2017, Ministério da Saúde, Brasil.

5.2.6 Discussão

Quando analisadas as prevalências dos CR à saúde segundo situação conjugal, importantes associações foram encontradas, porém, quando se comparou as diferenças destas prevalências dos viúvos em relação aos demais grupos, apenas no TAB foi observada menor prevalência naqueles com companheira. Mesmo quando as análises foram estratificadas por faixa etária, escolaridade e raça/cor, poucas diferenças entre as prevalências observadas nos viúvos em relação aos demais grupos foram observadas. Já quando comparadas as prevalências dos CR somente entre idosos viúvos, de acordo com faixa etária, escolaridade e raça/cor, foram observadas importantes associações em relação à faixa etária (em todos os comportamentos investigados) e escolaridade (CIFVL e CAA). Por outro lado, nenhuma associação significativa foi encontrada em relação à raça/cor.

Observaram-se diferenças nas prevalências dos CR segundo situação conjugal. Estas diferenças são coerentes com estudos anteriores^(22,25,26,27). Diversos são os fatores que podem explicar estas diferenças de acordo com a situação conjugal. Se por um lado, ter uma companheira através do casamento/união estável pode se relacionar com a adoção de comportamentos considerados saudáveis, devido a um maior apoio/suporte social, por outro lado, uma qualidade considerada ruim da relação pode fazer com que o sujeito adote determinados CR⁽³²⁾.

Com exceção do TAB, observaram-se associações tímidas das prevalências dos CR na comparação da viuvez com as demais situações conjugais. Em geral, a viuvez normalmente aparece associada a piores indicadores de saúde, que podem estar relacionados com fatores estressantes, como a morte do(a) companheiro(a), a perda do suporte e apoio social, a necessidade de recomeçar a vida e refazer laços sociais, sendo ainda mais difícil para sujeitos idosos homens^(1,15,16,33). Por outro lado, pode ser que a viuvez se relacione com um recomeço e o início de uma nova vida com maior liberdade¹⁷.

Como já mencionado, foi observada menor prevalência de TAB nos idosos com companheira. Estudos indicam resultados semelhantes com relação aos sujeitos casados/união estável^(15,24,34,35,36). Uma possível explicação para estes resultados é o efeito de proteção do casamento, que está relacionado inclusive à uma maior rede de apoio social, suporte econômico e psicológico. Além disso, outro fator importante se

relaciona com a questão de gênero. No geral, o homem ainda parece se beneficiar mais do cuidado em saúde e do suporte/apoio social exercidos pela companheira e na ausência desse cuidado, pode se favorecer a adoção de CR à saúde^(15,17,24,33).

Na comparação com os idosos de 60 a 69 anos, a IFTL foi menor nos idosos de 70 a 79. Diferentemente deste resultado, estudos anteriores que verificaram os níveis de atividade física no tempo livre em idosos mostram que a prevalência da IFTL aumenta conforme a idade^(37,38), embora estes estudos não tenham realizado análises estratificadas segundo situação conjugal dos idosos. Um possível motivo para o resultado encontrado no presente estudo pode estar relacionado ao viés de sobrevivência, pois considerando que a inatividade física está associada à mortalidade, é possível que muitos idosos que faleceram antes de completarem 70 anos tenham sido em média menos ativos fisicamente no tempo livre do que os que chegaram até esta idade^(39,40,41). Outra possível explicação pode estar no fato de haver provavelmente maior proporção de aposentados nos idosos com 70 a 79 do que entre os com 60 a 69 anos e é plausível imaginar que em função de terem mais tempo livre, podem ser mais ativos neste domínio do que os idosos não aposentados. Evidentemente, há de se ter cautela com estes achados, sendo necessários novos estudos, inclusive para se confirmar se há alguma tendência diferente entre idosos viúvos do que em idosos com outras situações conjugais com relação à prática de atividade física no tempo livre conforme idade e, caso seja observado alguma diferença, estudos que busquem elucidar os possíveis motivos para esta especificidade.

Na comparação com os viúvos de maior escolaridade, observou-se maior prevalência de IFTL nos idosos com escolaridade intermediária (9 a 11 anos de estudo) e mais baixa (0 a 8 anos de estudo). Estes resultados indicam que a relação entre a escolaridade e atividade física no tempo livre em idosos viúvos é semelhante ao que acontece com a população em geral, já que existem muitas evidências apontando que os sujeitos com maior escolaridade tendem a ser mais ativos que aqueles com menor escolaridade^(42,43,44,45).

Idosos viúvos mais velhos (≥ 80 anos) tiveram menor CIFVL na comparação com idosos viúvos mais novos (60 a 69 anos). Estudos indicam que este menor consumo em idosos se associa com a prevenção de doenças crônicas e menor mortalidade^(46,47). Um fator que pode explicar este achado é também o viés de sobrevivência. Pode ser que sujeitos que consumiam mais irregularmente frutas, verduras e legumes tenham morrido antes. Além disso, indivíduos mais velhos podem

ter uma certa preocupação mais imediata com sua saúde, como também ter mais tempo para preparar e comprar estes alimentos, considerando que é provável que maior proporção de idosos do grupo mais jovem deste estudo ainda esteja trabalhando do que nos grupos mais velhos. Entretanto, por ser um estudo transversal não é possível estabelecer uma relação de causalidade no sentido de saber se os idosos mais velhos (≥ 80 anos) mudaram seus comportamentos ou se mantiveram o mesmo estilo de vida de quando tinham 60 anos.

Observou-se também uma maior prevalência do CIFVL nos viúvos dos grupos de escolaridade intermediário e mais baixo, e houve também uma associação linear, indicando uma maior desvantagem entre aqueles de menor escolaridade (0 a 8 anos). No geral, estudos encontrados na literatura associam a menor escolaridade com baixo consumo de frutas, verduras e legumes^(48,49,50,51,52,53). Segundo Silveira *et al.*⁽⁵⁰⁾ a escolaridade se relaciona a melhores conhecimentos que favorecem a adoção de melhores comportamentos relacionados à saúde. Sujeitos que possuem uma maior escolaridade tem maiores chances de serem mais bem informados acerca da adoção de comportamentos saudáveis por terem mais facilidade de buscar e compreender informações para a manutenção ou mudança de hábitos positivos. Além disso, no geral, a maior escolaridade se associa com maior poder aquisitivo. No contexto brasileiro a barreira do custo na aquisição destes produtos parece ser um fator importante. Santos *et al.*⁽⁴⁸⁾ conduziram um estudo transversal que verificou as principais barreiras para o consumo de frutas, verduras e legumes e verificaram que os sujeitos com escolaridade de até quatro anos tiveram maior chance de referirem a barreira o “custo pesa no orçamento da família” para comprar frutas e verduras ou legumes.

Em relação à comparação da prevalência de TAB nos idosos viúvos segundo variáveis demográficas, observou-se menor prevalência nos idosos mais velhos (≥ 80 anos). Este resultado também pode estar relacionado ao viés de sobrevivência, pois existem claras evidências na literatura indicando a relação entre TAB e mortalidade^{54,55,56,57,58}. Para Zaitune *et al.*⁽⁵⁴⁾ a menor prevalência observada nos mais velhos pode ser explicada pelo surgimento precoce de doenças associadas ao consumo de cigarros que levam à recomendação de cessação do consumo, maior chance de óbito precoce, além da crescente preocupação com o próprio estado atual de saúde, fazendo com que os idosos mais velhos adotem comportamentos mais saudáveis. Neste sentido, realizamos uma análise adicional (dados não apresentados) que mostrou que a proporção de ex-fumantes entre os viúvos da nossa amostra foi maior conforme o

aumento da faixa etária (52,2% entre os que tinham 60 a 69 anos; 56,6% entre os com 70 a 79 anos; e 62,0% entre os com 80 anos ou mais).

O menor CAA foi observado nos idosos viúvos de menor escolaridade. Parece que pessoas com pior nível socioeconômico são mais vulneráveis aos problemas e consequências do CAA^(59,60). Além disso, da mesma forma que para outros CR, pode ser que haja um viés de sobrevivência nos idosos.

Dentre as limitações do estudo destaca-se o delineamento transversal que impossibilita estabelecer uma relação de causalidade entre variável de exposição e desfecho. Além disso, a representatividade limitada às 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal, além da amostragem ter sido realizada por telefonia fixa, podem afetar a precisão das informações sobre os comportamentos, principalmente em relação à dificuldade que alguns idosos podem ter em responder perguntas por telefone.

Por outro lado, dentre pontos positivos, destaca-se que, possivelmente, este seja um estudo inédito com essa temática no contexto da América Latina. Além disso, investigou-se a prevalência de cinco comportamentos de uma amostra representativa de idosos homens de todas as capitais dos estados e do Distrito Federal.

5.2.7 Conclusão

Os resultados mostram a complexidade do tema e a necessidade de outros trabalhos, como estudos longitudinais que investiguem o impacto da viuvez na adoção de comportamentos positivos e de risco à saúde. Sugere-se ainda que estes estudos busquem medir aspectos que possam mediar a relação entre viuvez e os comportamentos, como por exemplo a questão do apoio social. Estudos com caráter qualitativo, que busquem uma compreensão mais profunda do fenômeno, também podem ser de grande importância.

Este estudo mostrou associações moderadas das prevalências dos CR da viuvez na comparação com as demais situações conjugais nos homens idosos onde se verificou somente uma menor prevalência do tabagismo entre aqueles com companhia na comparação com os viúvos. Por outro lado, considerando somente os idosos viúvos observou-se associações de acordo com faixa etária e escolaridade, mas não com a raça/cor. Dado este contexto, é importante que profissionais da área da saúde tenham um olhar mais ampliado do cuidado, como também um olhar mais humanizado sobre os diversos fatores que podem contribuir com o processo saúde-doença-cuidado dos

homens, sobretudo dos idosos. Sendo assim, este estudo pode ser importante para o planejamento de ações com objetivo de promover comportamentos saudáveis na saúde dos homens.

5.2.8 Referências

1. Fernandes BL, Borgato MH. A viuvez e a saúde dos idosos: uma revisão integrativa. *Revista Kairós Gerontologia*. 2016;19(3):187-204.
2. Camarano, AA. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos Avançados*. 2003;17(49):35-63.
3. Cruz MF, Ramires VV, Wendt A, Mielke GI, Martinez-Mesa J, Wehrmeister FC. Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017;33(2):e00021916.
4. Vasconcelos A, Gomes M. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2012;21:539-48.
5. Francisco PMSB, Segri NJ, Borim FSA, Malta DC. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2018;23(11):3829-40.
6. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
7. Carr D, Bodnar-Deren S. Gender, aging and widowhood. In: Uhlenberg P. *International handbook of population aging*. Dordrecht: Springer; 2009.
8. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(5):901-11.
9. Gomes R, Martha Cristina Nunes Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciências e Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl 1):983-92.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Brasília: MS; 2009.
11. Manzoli L, Villari P, Pirone GM, Boccia A. Marital status and mortality in the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*. 2007;64:77-94.

12. Eng PM, Kawachi I, Fitzmaurice G, Rimm EB. Effects of marital transitions on changes in dietary and other health behaviours in US male health professionals. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005;59(1):56-62.
13. Gomes MMF, Turra CM, Fígoli MGB, Duarte YAO, Lebrão ML. Associação entre mortalidade e estado marital: uma análise para idosos residentes no Município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE, 2000 e 2006. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29(3):566-78.
14. Gomes R. *A Saúde do Homem em Foco*. São Paulo: Unesp; 2010.
15. Umberson D. Gender, marital status and the social control of health behavior. *Social Science and Medicine*. 1992;34(8):907-17.
16. Williams K, Umberson D. Marital status, marital transitions and health: a gendered life course perspective. *Journal of Health and Social Behavior*. 2004;45(1):81-98.
17. Tôrres EM. *A viuvez na vida dos idosos*[dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2006.
18. Colombo VXL, Gatto MRT, Aristizábal-Vallejo N, Angarita RB, Calderón DH, Miranda LMM, Guiñazu NP, Gutiérrez LMT, Tarifa EC, Palacios M, Campos CIV. Viúdez y vejez en América Latina. *Revista Kairós Gerontologia*. 2014;17(1):09-26.
19. Motta AB. *Sociabilidades possíveis: idosos e tempo geracional*. En: Peixoto CE. *Família e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2004.
20. Ho SH, Hung WS. The impacts of widowhood, chronic disease and physical function on mortality among older people. *The Journal of Nursing Research*. 2013;21(2):110-19.
21. Stimpson JP, Kuo YK, Ray LA, Raji MA, Peek K. Risk of mortality related to widowhood in older mexican americans. *Annals of Epidemiology*. 2007;17(4)313-19.
22. Williams K. The transition to widowhood and the social regulation of health: consequences for health and health risk behavior. *Journal of Gerontology*. 2004;59(6):343-49.
23. Skulason B, Jonsdottir LS, Sigurdardottir V, Helgason AR. Assessing survival in widowers and controls: A nationwide six-to nine-year follow-up. *BMC Public Health*. 2012;12(96):1-8.
24. Perkins JM, Lee HY, Lee JK, Heo J, Krishna A, Choi S, Nam YS, Oh J, Subramanian SV. Widowhood and alcohol, tobacco, and other drug use among older adults in India. *The Gerontological Society of América*. 2016;0(0)1-9.
25. Eng PM, Kawachi I, Fitzmaurice G, Rimm EB. Effects of marital transitions on changes in dietary and other health behaviours in US male health professionals. *Journal*

of Epidemiology and Community Health. 2005;59(1):56-62.

26. Vinther JL, Conklin AJ, Wareham NJ, Monsivais P. Marital transitions and associated changes in fruit and vegetable intake: Findings from the population-based prospective EPIC-Norfolk cohort, UK. *Social Science and Medicine*. 2016;157:120-26.

27. Francisco PMSB, Segri NJ, Borim FSA, Malta DC. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2018;23(11):3829-40.

28. Rolden HJA, van Bodegom D, Westendorp RGJ. Changes in health care expenditure after the loss of a spouse: data on 6.487 older widows and widowers in the Netherlands. *PLoS One*. 2014; 9(12):1-17.

29. Ministério da Saúde(MS).Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico 2016. Brasília: MS; 2017.

30. Ministério da Saúde(MS).Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico 2017. Brasília: MS; 2018.

31. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [citado 09 dic 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf>.

32. Robles TF. Marital quality and health: Implications for marriage in the 21st century. *Current Directions in Psychological Science*. 2014;23(6):427-33.

33. Ho SH. A comparative assessment of emergency medicine between the widowers and widows among the elderly in Taiwan. *Economics Bulletin*. 2015;35(3):1795-808.

34. Cho HJ, Khang YH, Jun HJ, Kawachi I. Marital status and smoking in Korea: The influence of gender and age. *Social Science and Medicine*. 2008;(66):609-19.

35. Nystadt P. Marital life course events and smoking behaviour in Sweden 1980–2000. *Social Science & Medicine*. 2006;62(6):1427–42.

36. Rhakonen O, Laaksonen M, Karvonen S. The contribution of lone parenthood and economic difficulties to smoking. *Social Science & Medicine*. 2005;61(1):211–16.

37. Bueno DR, Marucci MFN, Roediger MA, Gomes IC, Duarte YAO, Lebrão ML. Nível de atividade física, por acelerometria, em idosos do município de São Paulo: Estudo SABE. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 2010;22(2):108-12.

38. Mourão ARC, Novais FV, Andreoni S, Ramos LR. Atividade física de idosos relacionada ao transporte e lazer, Maceió, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2013;47(6):1112-22.

39. Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases

worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*.2012; 380(9838):219-229.

40. Rezende LFM, Rabacow FM, Viscondi JYK, Luiz OC, Matsudo VKR, Lee IM. Effect of physical inactivity on major noncommunicable diseases and life expectancy in Brazil. *Journal of Physical Activity and Health*. 2015; 12(3):299-306.

41. Silva DAS, Malta DC, Souza MFM, Naghavi M. Burden of ischemic heart disease mortality attributable to physical inactivity in Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2018; 52(72):1-10.

42. Rodrigues PAF, Melo MP, Assis MR, Palma A. Condições socioeconômicas e prática de atividades físicas em adultos e idosos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 2017;22(3):217-32.

43. Forechi L, Mill JG, Griep RH, Santos I, Pitanga F, Molina MCB. Adherence to physical activity in adults with chronic diseases: ELSA-Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2017;52(31):1-12.

44. Aro AA, Agbo S, Omole OB. Factors influencing regular physical exercise among the elderly in residential care facilities in a South African health district. *African Journal of Primary Health Care and Family*. 2018;10(1):1-6.

45. Peixoto SV, Mambrini JVM, Firmo JOA, Loyola AI, Souza PRB, Andrade FB, Lima-Costa MF. Prática de atividade física entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2018;52(Suppl 2):1-9.

46. Wang L, Manson JE, Gaziano JM, Buring JE, Sesso HD. Fruit and vegetable intake and the risk of hypertension in middle-aged and older women. *American Journal of Hypertension*. 2012;25(2):180-89.

47. Nicklett EJ, Kadell AR. Fruit and vegetable intake among older adults: a scoping review. *Maturitas*. 2013;75(4):305-12.

48. Santos GMGC, Silva AMR, Loch MR, Carvalho W, Rech CR. Barreiras percebidas para o consumo de frutas e de verduras ou legumes em adultos brasileiros. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]c2017 [citado 10 Fev 2019]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/barreiras-percebidas-para-o-consumo-de-frutas-e-de-verduras-ou-legumes-em-adultos-brasileiros/16449?id=16449>.

49. Jaime PC, Figueiredo ICR, Moura EC, Malta DC. Fatores associados ao consumo de frutas e hortaliças no Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43(Supl 2):54-64.

50. Silveira EA, Martins BB, Abreu LRS, Cardoso CKS. Baixo consumo de frutas, verduras e legumes: fatores associados em idosos em capital no Centro-Oeste do Brasil.

Ciência e Saúde Coletiva. 2015;20(12):3689-99.

51. Camelo LV, Figueiredo RC, Oliveira-Campos M, Giatti L, Barreto SM. Comportamentos saudáveis e escolaridade no Brasil: tendência temporal de 2008 a 2013. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2016; 21(4):1011-1021.

52. Carvalhaes F, Chor D. Posição socioeconômica, idade e condição de saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 2016;31(92):1-27.

53. Faleiro JC, Giatti L, Barreto SM, Camelo LV, Griep RH, Guimarães JMN, Fonseca MJM, Chor D, Chagas MCA. Posição socioeconômica no curso de vida e comportamentos de risco relacionados à saúde: ELSA-Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017;33(3):e00017916.

54. Zaitune MPA, Barros MBA, Lima MG, César CLG; Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;28(3):583-95.

55. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male british doctors. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2004;58(11):930.

56. Yang JJ, Yu D, Wen W, Shu XO, Saito E, Rahman S, Gupta PC, He J, Tsugane S, Xiang YB. *et al.* Tobacco Smoking and Mortality in Asia: A Pooled Meta-analysis. *JAMA Network Open*. 2019;2(3):1-14.

57. Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB. Relation of smoking with total mortality and cardiovascular events among patients with diabetes mellitus. *Circulation*. 2015;132(19):1795-804.

58. Islami F, Moreira DM, Boffetta P, Freedland SJ. A systematic review and meta-analysis of tobacco use and prostate cancer mortality and incidence in prospective cohort studies. *European Urology*. 2014;66(6):1054-64.

59. Grittner U, Kuntsche S, Graham K, Bloomfield K. Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. *Alcohol Alcohol*. 2012;47(5):597-605.

60. Garcia LP, Freitas LRS. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2015;24(7):227-237.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da saúde coletiva pode articular diversas reflexões sobre a questão das desigualdades e inequidades entre homens e mulheres, problematizando como o gênero pode determinar a produção social de saúde. Nesse sentido, a adoção de qualquer comportamento de saúde é complexa e pode ser influenciada por diversos fatores, como as desigualdades e inequidades de gênero relacionadas à idade, faixa etária, escolaridade e raça/cor. Os resultados dessa tese reforçam a complexidade desse tema, implicando um grande desafio para a saúde pública na proposição de ações efetivas para o enfrentamento dos principais comportamentos de risco relacionados às DCNT, como a inatividade física, consumo irregular de frutas, verduras e legumes, tabagismo e consumo abusivo de álcool.

O primeiro artigo teve como tema a desigualdade de gênero na prática de atividade física no tempo livre. Abordar esse tema é reconhecer que há diversas inequidades entre homens e mulheres, que de forma geral, prejudicam mais as mulheres, e que acabam refletindo em diversos aspectos de suas vidas, como na adoção de um comportamento considerado saudável, que é a prática de atividade física no tempo livre. Além de reconhecer as diversas inequidades de gênero existentes, é importante estimular estratégias para que possam corrigir essas injustiças. Evidentemente, não se espera uma desconstrução social de uma hora para outra de um processo de construção social que perdura há muitos e muitos anos. Entretanto, estudos que focam na questão da desigualdade de gênero como um dos fatores associados aos comportamentos de saúde, como no caso da atividade física no tempo livre, podem ser um dos instrumentos de análise e de informação para que futuras ações e políticas públicas sejam formuladas com objetivos de reduzir essas inequidades.

Conforme os resultados do primeiro artigo da tese, de forma geral, os homens foram mais ativos no tempo livre que as mulheres, especialmente os mais jovens. Houve uma diminuição significativa da desigualdade relativa no geral, nos grupos etários mais jovens e no grupo de escolaridade intermediária, apesar da manutenção da maior desigualdade nesses grupos. No caso da escolaridade, houve uma menor diferença absoluta naqueles de escolaridade mais baixa, entretanto, cabe destacar que a prevalência da prática de atividade física no tempo livre foi mais

baixa em ambos os sexos.

Já o segundo artigo teve como tema a viuvez em homens idosos. Adotar a viuvez como tema de estudo é reconhecer que se trata de um assunto ainda pouco debatido na literatura científica, sobretudo na análise dos efeitos dessa condição associados à saúde. Em algumas áreas esse tema já é mais explorado, como no caso das Ciências Sociais e Humanas. Inclusive, estudos dessas áreas contribuem no sentido de mostrar como a inequidade de gênero se relaciona à viuvez. Por exemplo, a viuvez foi construída socialmente de forma negativa, e quase que exclusivamente, como uma condição associada às mulheres, tanto que até hoje em alguns países do mundo muitas viúvas lidam com preconceitos e condições precárias de vida pelo simples fato de serem viúvas. Por outro lado, no caso dos homens, a viuvez foi construída socialmente de forma distinta, sendo ainda um tema pouco explorado na literatura científica, fato que também pode ser prejudicial na questão do cuidado e promoção da saúde desses homens.

Os resultados desse artigo mostram que a viuvez também pode influenciar negativamente na adoção de comportamentos de saúde nos homens idosos. Apesar da associação moderada da viuvez na comparação com outras categorias de situação conjugal, como no caso da menor prevalência do tabagismo em idosos com companheira, quando considerados somente idosos viúvos na análise, diferenças importantes foram observadas de acordo com a faixa etária (menor prevalência de inatividade física no tempo livre nos idosos de 70 a 79 anos e menores prevalências dos demais comportamentos de risco nos mais velhos (≥ 80 anos), quando comparados aos de 60 a 69 anos) e escolaridade (a inatividade física no tempo livre, e o consumo irregular de frutas, verduras e legumes foram maiores nos idosos dos grupos intermediário e mais baixo, na comparação com aqueles de maior escolaridade).

Analisar essas inequidades no contexto brasileiro, caracterizado por ser um dos mais desiguais do mundo, é uma tarefa muito complexa. Consideradas desigualdades injustas ou provenientes de alguma forma de injustiça, como a concentração de renda, falta de moradia digna, dificuldade no acesso aos serviços de saúde de qualidade, acesso aos alimentos e equipamentos públicos de lazer, historicamente no Brasil, esses problemas acabam afetando mais determinados grupos, como as mulheres, a população negra, a população indígena e a população LGBTQIA+, implicando em diversas desvantagens, inclusive com relação à adoção

de comportamentos saudáveis. Portanto, todos esses fatores devem ser levados em consideração na formulação de ações e de políticas públicas com objetivo de promover estilos de vida saudáveis.

Nesse sentido, o próprio SUS é um exemplo de política pública criada com objetivo de garantir o acesso à saúde para todas as pessoas, tendo a universalidade, integralidade e a equidade como seus principais princípios. Entretanto, embora se reconheça a importância do SUS na redução das inequidades em saúde, nos últimos anos diversas foram as modificações que tiveram como consequência o enfraquecimento dessa política, como por exemplo, a criação, em 2016, da Emenda Constitucional de número 95, que restringiu o orçamento de investimentos públicos durante 20 anos. Isso significa que essa emenda não considera a possibilidade de aumento dos gastos públicos em decorrência do envelhecimento e crescimento populacional, assim como desconsidera o aumento da demanda dos serviços públicos de saúde em decorrência do aumento da desigualdade observado nos últimos anos, onde muitas pessoas acabam recorrendo a esses serviços públicos, principalmente com a crise agravada pela pandemia do coronavírus.

Além disso, uma série de outras mudanças como a publicação, em 2017, da Política Nacional de Atenção Básica e o lançamento, em 2019, de um novo programa de financiamento da Atenção Básica, chamado de Previne Brasil, impossibilitaram a continuidade da atuação de equipes multiprofissionais, como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica, a partir de 2017), que foram importantes na orientação da população em relação à adoção de comportamentos saudáveis e diminuição de inequidades no acesso aos serviços de saúde.

Por fim, estudos sobre a desigualdade poderiam analisar como o gênero se relaciona com diversos indicadores sociais e como produz hierarquia de inequidade entre homens e mulheres, entre grupos de homens ou grupos de mulheres relacionados à situação conjugal, raça/cor, classe social, orientação sexual, idade, religiosidade, entre outros. Além disso, a importância de estudos que façam uma análise interseccional desses fatores associados não só aos comportamentos, mas também a outros desfechos relacionados à saúde como a mortalidade, morbidade, percepção de saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde, entre outros.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, N. Mais além da determinação social: sobredeterminação, sim! **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n.12, e00237521, 2021.
- _____. Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. **Revista Salud Colectiva**, 16:e2751, 2020.
- _____. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 12, p. 2037-2043, 2003.
- ALVES, A.E.S. Divisão sexual do trabalho: a separação da produção do espaço reprodutivo da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.11, n.2, p.271-89, 2013
- AQUINO, E.M.L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.40, p.121-32, 2006.
- ARO, A.A.; AGBO, S.; OMOLE, O.B. Factors influencing regular physical exercise among the elderly in residential care facilities in a South African health district. **African Journal of Primary Health Care and Family**, v.10, n.1, p.1-6, 2018.
- ALTHOFF, T. *et al.* Large-scale physical activity data reveal worldwide activity inequality. **Nature**, v.547, n.7663, p.336-9, 2017.
- ANTUNES, J.L.F.; CARDOSO, M.R.A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.24, p.565-76, 2015.
- AZEREDO, C.M. *et al.* Dietary intake of Brazilian adolescents. **Public Health Nutrition**, v.18, n.7, p.1215-24, 2015.
- BALDIN, C.B.; FORTES, V.L.F. Viuvez feminina: a fala de um grupo de idosas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v.5, n.1, p.43-54, 2008.
- BARATA, R.B. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação? *In*: BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?** 1ªEd. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p.73-94.
- BARATA, R.B. Desigualdades sociais em saúde. *In*: CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ªEd. São Paulo: Editora Hucitec, 2015. p.483-512.
- BARRETO, M.L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.22, n.7, 2097-2108, 2017.
- BARROS, M.B.A. Desigualdade social em saúde: revisitando momentos e tendências nos 50 anos de publicação da RSP. **Revista de Saúde Pública**, v.51, n.17, p.1-8, 2017.
- BAUMAN, A.E. *et al.* Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? **Lancet**, v.380, n.9838, p.258-71, 2012.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

BERNAL, R.T.I; ISER, B.P.M.; MALTA, D.C.; CLARO, R.M. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel): mudança na metodologia de ponderação. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.26, n.4, p.701-12, 2017.

BEZERRA, J. et al. Consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo: associação com inatividade física no lazer e comportamento sedentário. **Revista Andaluza de Medicina del Deporte**, v.8, n.1, p.1-6, 2015.

BIROLI, F. Divisão sexual do trabalho e democracia. **DADOS-Revista de Ciências Sociais**, v.59, n.3, p.719-54, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico 2016**. Brasília: MS, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico 2017**. Brasília: MS, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico 2019**. Brasília: MS, 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/v/vigitel>. Acesso em 19 fev. 2021.

_____. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Brasília: Ministério da Economia, 2020.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2001**. Brasília: IBGE, 2000.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil**. Brasília: IBGE, 2021.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?view=detalhes&id=2101794>. Acesso em: 03 nov.2021.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Brasília: IBGE, 2021.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: MS, 2013.

_____. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2019: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil**. Brasília: IBGE, 2020.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: MS, 2021.

BRAVEMAN, P. What are health disparities and health equity? We need to be clear. **Public Health Reports**, v.129, s.2, s.5-8, 2014.

BRAZO-SAYAVERA, J. *et al.* Descriptive epidemiology of Uruguayan adults' leisure time physical activity. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.15, n.7, p.1-9, 2018.

BREILH, J. La categoría determinación social como herramienta emancipadora: los pecados de la "experticia", a propósito del sesgo epistemológico de Minayo. **Cadernos de Saúde Pública**, v.37, n.12, e00237621, 2021.

BREILH, J. La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género. *In*: VIGOYA, M.V.; ARIZA, G.G. **Cuerpo, diferencias y desigualdades**. 1ªEd. Quito: Facultad de Ciencias Humanas, 199, p.130-141.

BROWN, W.J.; HEESCH, K.C.; MILLER, Y.D. Life events and changing physical activity patterns in women at different life stages. **Annals of Behavioral Medicine**, v.37, n.3, p.294-305, 2009.

BUENO, D.R. *et al.* Nível de atividade física, por acelerometria, em idosos do município de São Paulo: Estudo SABE. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.22, n.2, p.108-12, 2010.

BUSS, P.M.; PELEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.77-93, 2002.

CALVENTE, M.M.G.; LOZANO, M.R.; MARCOS, J.M. **Guia de Indicadores de Género**. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2018.

CAMARANO, A.A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estudos Avançados**, v.17, n.49, p.35-63, 2003.

CAMELO, L.V. *et al.* Comportamentos saudáveis e escolaridade no Brasil: tendência temporal de 2008 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.4, p.1011-21, 2016.

CARVALHAES, F.; CHOR D. Posição socioeconômica, idade e condição de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.31, n.92, p.1-27, 2016.

CARVALHO, A.A.; BARRETO, R.C.V. A invisibilidade LGBTQIA+ nas bases de dados: novas possibilidades na Pesquisa Nacional de Saúde 2019? **Ciência e Saúde Coletiva**, v.26, n.9, p.4059-64, 2021.

CHENG, W. *et al.* Associations of leisure-time physical activity with cardiovascular mortality: A systematic review and meta-analysis of 44 prospective cohort studies. **European Journal of Preventive Cardiology**, v.25, n.17, p.1864-72, 2018.

CHO, H.J. *et al.* Marital status and smoking in Korea: the influence of gender and age. **Social Science and Medicine**, v.66, p.609-19, 2008.

CODINA, A.D.; MUÑOZ, J.B.; GARCÍA-CALVENTE, M.M. **Las desigualdades sociales en salud**. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2008.

COLOMBO, V.X.L. *et al.* Viúdez y vejez en América Latina. **Kairós Gerontologia**, v.17, n.1, p.09-26, 2014.

COLLINS, P.H. Intersectionality's definitional dilemmas. **Annual Review of Sociology**, v.41, p.1-20, 2015.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). **La autonomía de las mujeres en escenarios económicos cambiantes**. Santiago: CEPAL, 2019.

CONDESSA, L.A. *et al.* Fatores socioculturais associados à atividade física de meninos e meninas: PeNSE 2012. **Revista de Saúde Pública**, v.53, n.25, p.1-13, 2020.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma Ata sobre cuidados primários. Alma Ata: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, 1978.

COSTA, T.B.; NERI, A.L. Fatores associados às atividades física e social em amostra de idosos brasileiros: dados do Estudo FIBRA. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.22, e190022, 2019.

COSTA, J.C. *et al.* Consumo de frutas e associação com a ingestão de alimentos ultraprocessados no Brasil em 2008-2009. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.26, n.4, p.1233-44, 2021.

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

CRUZ, M.F. *et al.* Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n.2, e00021916, 2017.

DABERGOTT, F. The gendered widowhood effect and social mortality gap. **Population Studies**, v.18, p.1-13, 2021.

DE KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: CÁCERES, C.; CUETO, M.; RAMOS, M. *et al.* **La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina**. Lima: Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003, p.137-152.

DOLL, R. *et al.* Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male british doctors. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 58, n.11, p.929-30, 2004.

DOURADO, D.A.Q.S. *et al.* Padrões alimentares de indivíduos idosos do município de São Paulo: evidências do estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento). **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.21, n.6, p.756-67, 2018.

DIAS, D.F.; LOCH, M.R. RONQUE, E.R.V. Barreiras percebidas à prática de atividades físicas no lazer e fatores associados em adolescentes. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.20, n.11, p.3339-50, 2015.

DIAS, T.G. et al. Nível de atividade física no lazer em adultos paulistanos: uma análise de tendência de 2006 a 2016. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.23, e200099, 2020.

ENG, P.M. et al. Effects of marital transitions on changes in dietary and other health behaviours in US male health professionals. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.59, n.1, p.56-62, 2005.

ENSTAD, F. et al. Predicting hazardous drinking in late adolescence/young adulthood from early and excessive adolescent drinking - a longitudinal cross-national study of Norwegian and Australian adolescents. **BMC Public Health**, v.19, n.1, p.1-12, 2019.

EVEDOVE, A.U.D.; DELLAROZA, M.S.; CARVALHO, W.O.; LOCH, M.R. Mudança na situação conjugal e incidência de comportamentos de proteção à saúde em adultos com 40 anos ou mais: estudo VigiCardio (2011-2015). **Cadernos de Saúde Coletiva**. Ahead of print. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129030453>.

FALEIRO, J.C. et al. Posição socioeconômica no curso de vida e comportamentos de risco relacionados à saúde: ELSA-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n.3, e00017916, 2017.

FORECHI, L. et al. Adherence to physical activity in adults with chronic diseases: ELSA-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.52, n.31, p.1-12, 2017.

FRANCISCO, P.M.S.B. et al. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.23, n.11, p.3829-40, 2018.

FRANCISCO, P.M.S.B. et al. Prevalência e coocorrência de fatores de risco modificáveis em adultos e idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.53, p.1-13, 2019.

GARCÍA-CALVENTE, M.M. et al. **Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en la salud y sus determinantes**. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2015.

GARCIA, L.P.; FREITAS, L.R.S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.24, n.7, p.227-37, 2015.

GOLDBERG, H. *The Hazards of Being Male: Surviving the Myth of Masculine Privilege*. New York: **Nash**, 1976

GOMES, M.M.F. et al. Associação entre mortalidade e estado marital: uma análise para idosos residentes no Município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE, 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.3, p.566-78, 2013.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.5, p.901-11, 2006.

GOMES, R. *et al.* Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.16, Supl.1, p.983-92, 2011.

_____. **A Saúde do Homem em Foco**. São Paulo: Unesp, 2010.

GOMES, R.; SCHRAIBER, L.B.; COUTO, M.T. O homem como foco da Saúde Pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.4, 2005.

GOMES, A.P. *et al.* Padrões alimentares de idosos e seus determinantes: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.25, n.6, p.1999-2008, 2020.

GOMES, R.; MURTA, D.; FACCHINI, R.; MENEGHEL, S.N. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1997-2005, 2018.

GONZÁLEZ, E.G.; PINTO, N.M.A.; FIÚZA, A.L.C. La viudez en las mujeres. Aproximaciones diversas en las ciencias sociales. **Revista Estudos Femininos**, v.28, n.2, e60544, 2020.

GORDIA, A.P. *et al.* Consumo alimentar, nível de atividade física e comportamento sedentário em escolares. **Revista de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v.22, e73478, 2020.

GRITTNER, U. *et al.* Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. **Alcohol and Alcoholism**, v.47, n.5, p.597-605, 2012.

GUTHOLD, R. *et al.* Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. **Lancet Global Health**, v.6, n.10, e1077-e1086, 2018.

GUTHOLD, R. *et al.* Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. **Lancet**, v.4, p.23-25, 2020.

HEMMI, A.P.A.; BAPTISTA, T.W.F.; REZENDE, M. O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 30, n.3, e300321, 2020.

HEIDARI, S.; BABOR, T.F.; CASTRO, P.; TORT, S.; CURNO, M. Equidade de sexo e gênero na pesquisa: fundamentação das diretrizes SAGER e uso recomendado. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.26, n.3, p.665-76, 2017.

HEILBORN, M.L.; RODRIGUES, C. Gênero: breve história de um conceito. **Aprender-Cadernos de Filosofia e Psicologia da Educação**, n. 20, p.09-21, 2018.

HERON, J. *et al.* Patterns of alcohol use in early adolescence predict problem use at age 16. **Alcohol Alcohol**, v.42, n.2, p.169-77, 2012.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v.37, n.132, p.595-609, 2007

HO, S.H. A comparative assessment of emergency medicine between the widowers and widows among the elderly in Taiwan. **Economics Bulletin**, v.35, n.3, p.1795-808, 2015.

HO, S.H.; HUNG, W.S. The impacts of widowhood, chronic disease and physical function on mortality among older people. **Journal of Nursing Research**, v. 21, n.2, p.110-9, 2013.

IDE, P.H.; MARTINS, M.S.A.S.; SEGRI, N.J. Tendência dos diferentes domínios da atividade física em adultos brasileiros: dados do Vigitel de 2006-2016. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, n.8, e00142919, 2020.

ISLAMI, F. *et al.* A systematic review and meta-analysis of tobacco use and prostate cancer mortality and incidence in prospective cohort studies. **European Urology**, v.66, n.6, p.1054-64, 2014.

JAIME, P.C. *et al.* Fatores associados ao consumo de frutas e hortaliças no Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v.43, Supl.2, p.54-64, 2009.

JAIME, P.C. *et al.* Prevalência e distribuição sociodemográfica de marcadores de alimentação saudável, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n.2, p.267-76, 2015.

KATZMARZYK, P.T. Effect of physical inactivity on major noncommunicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**, v.380, n.9838, p.219-29, 2012.

KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S.V.; ALMEIDA-FILHO, N. A glossary for health inequalities. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.56, n.9, p.647-52, 2002.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.55, n.10, p.693-700, 2001.

KRIEGER, N. Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter? **International Journal of Epidemiology**, v. 32, p.652-57, 2003.

KUTOB, R.M. *et al.* Relationship between marital transitions, health behaviors, and health indicators of postmenopausal women: results from the women's health initiative. **Journal of Womens Health**, v.26, n.4, p.313-20, 2017.

LAGO-FALCÃO, T.M. **Homem não chora: um estudo sobre viuvez masculina em camadas médias urbanas** [Tese de doutorado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2009.

LEAL, A.F.; FIGUEIREDO, W.S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G.S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p.2607-16, 2012.

LEE, I.M. *et al.* Effect of physical inactivity on major noncommunicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **Lancet**, v. 380, n.9838, p.219-29, 2012.

LIMA-COSTA, M.F. *et al.* Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p.3689-96, 2011.

LIMA, N.T.; SANTANA, J.P. **Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco**. 1ªed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MACINKO, J.; ANDRADE, F. C. D.; NUNES, B. P.; GUANAIS, F. C. Primary care and multimorbidity in six Latin American and Caribbean countries. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 43: e8, 2019.

MALTA, D.C. *et al.* Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n.3, p.373-387, 2015.

MALTA, D.M. *et al.* Convergence in alcohol abuse in Brazilian capitals between genders, 2006 to 2019: what population surveys show. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.24, supl.1, e210022, 2021.

MALTA, D.C. *et al.* A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.20, n.4, p.661-75, 2017.

MANZOLI, L. *et al.* Marital status and mortality in the elderly: A systematic review and meta-analysis. **Social Science and Medicine**, v.64, p.77-94, 2007.

MATOS, R.T.; OLIVEIRA, M.; VÁSQUEZ, A.G. Jogos, Brincadeiras e Educação Infantil: notas acerca da construção de gênero. **Research, Society and Development**, v.10, n.2, e13610212489, 2021.

MEDINA, L.P.B. *et al.* Desigualdades sociais no perfil de consumo de alimentos da população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.22, supl.2, s.1-15, 2019.

MEINECKE, C.E. Socialized to die younger? Hypermasculinity and men's health. **Personnel Guidance Journal**, v. 60, n.4, p.241-5, 1981.

MELO, H.P.; CASTILHO, M. Trabalho reprodutivo no Brasil: quem faz? **Revista de Economia Contemporânea**, v. 13, n.1, p.135-58, 2009.

MENDES, Á. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? **Saúde e Sociedade**, v.24, Supl.1, p.66-81, 2015.

MIELKE, G.I. *et al.* Shifting the physical inactivity curve worldwide by closing the gender gap. **Sports Medicine**, v.48, n.2, p.481-9, 2018.

MIELKE, G.I. *et al.* Time trends of physical activity and television viewing time in Brazil: 2006-2012 **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical**

Activity, v. 11, p.1-19, 2014.

MIELKE, G.I.; BROWN, W.J. Physical activity and the prevention of chronic illness in the BRICS nations: Issues relating to gender equality. **Journal of Sport and Health Science**, v.8, n.6, p.507-8, 2019.

MIELKE, G.I. et al. Atividade física de lazer na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.24, supl.2, e210008, 2021.

MINAYO, M.C. Determinação social, não! Por quê? **Cadernos de Saúde Pública**, v.37, n.12, e00010721, 2021.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25ªEd. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

MONTEIRO, L.Z. et al. Hábitos alimentares, atividade física e comportamento sedentário entre escolares brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.23, e200034, 2020.

MONTEIRO, C.A. et al. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. **Obesity Reviews**, v.14, supl.2, s.21-8, 2013.

MOTTA, A.B. Sociabilidades possíveis: idosos e tempo geracional. In: PEIXOTO, C.E. **Família e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

MOTTA, A.B. Viúvas: o mistério da ausência. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v.7, p.7-24, 2005.

MOURÃO, A.R.C. et al. Atividade física de idosos relacionada ao transporte e lazer, Maceió, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n.6, p.1112-22, 2013.

MOURA, R.R.; SOPKO, C. Desigualdade social e de gênero: a inserção da mulher no trabalho e a dupla jornada frente ao processo de catadores no Brasil. **Caderno Espaço Feminino**, v.31, p.226-242, 2018.

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

MOURA, L.R. et al. Fatores sociodemográficos e comportamentos de risco associados ao consumo de álcool: um recorte do Erica. **Saúde em Debate**, v. 42, n.4, p.145-55, 2018.

MUNIZ, L.C. et al. Prevalência e fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras entre adolescentes de escolas públicas de Caruaru, PE. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.2, p.393-404, 2013.

MUSICH, S. et al. The frequency and health benefits of physical activity for older adults. **Population Health Management**, v.20, n.3, p.199-207, 2017.

NICKLETT, E.J.; KADELL, A.R. Fruit and vegetable intake among older adults: a

scoping review. **Maturitas**, v.75, n.4, p.305-312, 2013.

NYSTADT, P. Marital life course events and smoking behaviour in Sweden 1980–2000. **Social Science & Medicine**, v.62, n.6, p.1427-42, 2006.

OLIVEIRA, P.P. **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004. 347 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS MULHERES. **Conferências Mundiais da Mulher**. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/planeta5050-2030/conferencias/>. Acesso em: 30 mai. de 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plataforma Agenda 2030**. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/sobre/>. Acesso em: 24 set. de 2021.

_____. **Dia Internacional das Viúvas**, c2021. Página inicial. Disponível em: <https://www.un.org/es/observances/widows-day>. Acesso em: 18 nov. de 2021.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Guia para a implementação das prioridades transversais na OPAS/OMS do Brasil: direitos humanos, equidade, gênero, e etnicidade e raça**. Brasília: OPAS, 2018.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (OPAS). **Masculinidades y salud en la Región de las Américas**. Washington: OPAS, 2019.

_____. **Taller sobre género, salud y desarrollo. Guía de Facilitadores**. Washington: OPAS, 1997.

OXFAM BRASIL. **BRICS e o desenvolvimento com equidade de gênero**. São Paulo: Oxfam Brasil, 2017.

PAIVA NETO, F.T. *et al.* Dificultades del autocuidado masculino: discursos de hombres participantes en un grupo de educación para la salud. **Salud Colectiva**, 16e2250, 2020.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Noncommunicable disease mortality and risk factor prevalence in the Americas**. Washington: PAHO, 2019.

PAN, A. *et al.* Relation of smoking with total mortality and cardiovascular events among patients with diabetes mellitus. **Circulation**, v.132, n.19, p.1795-1804, 2015.

PECHANSKY, F.; SZOBOT, C.M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v.26, supl.1, s.14-7, 2004.

PEIXOTO, S, V. *et al.* Prática de atividade física entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.52, Supl.2, p.1-9, 2018.

PEREIRA, I.F.S. *et al.* Padrões alimentares de idosos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.25, n.3, p.1091-1102, 2020.

PERKINS, J.M. *et al.* Marital status, widowhood duration, gender and health

outcomes: a cross-sectional study among older adults in India. **BMC Public Health**, v.16, n.1032, p.1-12, 2016.

PERKINS, J.M. *et al.* Widowhood and alcohol, tobacco, and other drug use among older adults in Índia. **Gerontological Society of América**, v.73, n.4, p.666-74, 2018.

PIMENTEL, M.H. *et al.* El deterioro de los recursos sociales de las mujeres ancianas: reflexiones sobre viudedad y conyugalidad. **Revista Prisma Social**, n.21, p.28-42, 2018.

PIMENTEL, J.O.; LOCH, M.R. “Melhor idade”? Será mesmo? A velhice segundo idosas participantes de um grupo de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.25, e0140, 2020.

POSSAS, L.M.V. Sentidos e significados da viuvez: gênero e poder. **Dimensões**, v.23, p.141-55, 2009.

_____. **O enigma das viúvas: vivências e sensibilidades anos 60-80**. Curitiba: Editora CRV, 2019.

RAGONESE, C.; SHAND, T.; BARKER, G. **Masculine Norms and men’s health: making the connections: executive summary**. Washington: Promundo, 2018.

REIS, R.S. *et al.* **Assessing participation in community-based physical activity programs in Brazil**. *Medicine Science and Sports Exercises*, v.46, n.1, p.92-8, 2014.

REZENDE, L.F.M. *et al.* Effect of physical inactivity on major noncommunicable diseases and life expectancy in Brazil. **Journal of Physical Activity and Health**, v.12, n.3, p.299-306, 2015.

RHAKONEN, O.; LAAKSONEN, M.; KARVONEN, S. The contribution of lone parenthood and economic difficulties to smoking. **Social Science & Medicine**, v.61, n.1, p.211-6, 2005.

RIBEIRO, L.S.; DAMACENA, G.N.; SZWARCOWALD, C.L. Prevalência e fatores sociodemográficos associados ao beber pesado no Brasil: análises transversais da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.24, e210042, 2021.

ROBLES, T.F. Marital quality and health: Implications for marriage in the 21st century. **Current Directions in Psychological Science**, v.23, n.6, p.427-33, 2014.

RODRIGUES, P.A.F. *et al.* Condições socioeconômicas e prática de atividades físicas em adultos e idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.22, n.3, p.217-232, 2017.

ROHLFS, I.; BORRELL, C.; FONSECA, M.C. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. **Gaceta Sanitaria**, v.14, supl.3, s.60-71, 2000.

ROLDEN, H.J.A.; VAN BODEGOM, D.; WESTENDORP, R.G.J. Changes in health care expenditure after the loss of a spouse: data on 6.487 older widows and widowers in the Netherlands. **PLoS One**, v.9, n.12, p.1-17, 2014.

ROPKE, L.M. *et al.* Efeito da atividade física na qualidade do sono e qualidade de vida: revisão sistematizada. **Archives of Health Investigation**, v.6, n.12, p.561-66, 2017.

ROUQUAYROL, M.Z. Contribuição da epidemiologia. *In: CAMPOS, G.W.S. et al. Tratado de Saúde Coletiva*. 2ªEd. São Paulo: Editora Hucitec, 2015. p.343-97.

RUBIN, G. The traffic in women: notes on the political economy of sex. *In: REITER, R. Toward an anthropology of women*. New York: Monthly View Press, 1975.

SANTOS, G.M.G.C. *et al.* Barreiras percebidas para o consumo de frutas e de verduras ou legumes em adultos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.7, p.2461-70, 2019.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. 2ªEd. São Paulo: SENAC São Paulo, 2005.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v.20, n.2, p.71-99, 1995.

SEN, G.; GEORGE, A.; ÖSTLIN, P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. **Organización Panamericana de la Salud**, n.14, 45 p., 2005.

SEN, A. ¿Por qué la equidad en salud? **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.11., n.5, p.302-9, 2002.

SEN, G.; ÖSTLIN, P. Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. **Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health**. Bangalore: Women and Gender Equity Knowledge Network, 2007.

SIGERIST, H.E. **A history of medicine: early greek, hindu, and persian medicine**. 1ªEd. Nova York: Oxford University Press, 1961.

SILVA, L.E.S.; CLARO, R.M. Tendências temporais do consumo de frutas e hortaliças entre adultos nas capitais brasileiras e Distrito Federal, 2008-2016. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n.5, e00023618, 2019.

SILVA, D.A.S. *et al.* Burden of ischemic heart disease mortality attributable to physical inactivity in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v.52, n.72, p.1-10, 2018.

SILVA, I.C.M. *et al.* Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.27, n.1, e000100017, 2018.

SILVA, I.C.M. *et al.* Promoção de atividade física e as políticas públicas no combate às desigualdades: reflexões a partir da Lei dos Cuidados Inversos e Hipótese da Equidade Inversa. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, n.6, e00155119, 2020.

SILVA, I.C.M. *et al.* Overall and Leisure-Time Physical Activity Among Brazilian Adults: National Survey Based on the Global Physical Activity Questionnaire.

Journal of Physical Activity And Health, v.15, p.212-8, 2018

SILVA, J.B.; BARROS, M.B.A. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.12, n.6, p.375-383, 2002.

SILVA, M.E.F.; BRABO, T.S.A.M. A introdução dos papéis de gênero na infância: brinquedo de menina e/ou de menino? **Trama Interdisciplinar**, v.7, p.127-40, 2017.

SILVA, J.A. *et al.* Consumo de frutas e verduras por adolescentes catarinenses ao longo de uma década. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.25, n.2, p.613-21, 2020b.

SILVEIRA, E.A. *et al.* Baixo consumo de frutas, verduras e legumes: fatores associados em idosos em capital no Centro-Oeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.12, p.3689-99, 2015.

SKULASON, B. *et al.* Assessing survival in widowers and controls: a nationwide six-to nine-year follow-up. **BMC Public Health**, v.12, n.96, p.1-8, 2012.

SOUSA, L.P.; GUEDES, D.R. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 87, p.123-39, 2016.

SOUTO, L.R.F.; OLIVEIRA, M.H.B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v.40, n.108, p.204-218, 2016.

SOUZA, A.M. *et al.* ERICA: ingestão de macro e micronutrientes em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v.50, supl.1, s.1-15, 2016.

SPIERS, G.F. *et al.* Trends in health expectancies: a systematic review of international evidence. **BMJ Open**, v.11, n.5, p.1-10, 2021.

STIMPSON, J.P. *et al.* Risk of mortality related to widowhood in older mexican americans. **Annals of Epidemiology**, v.17, n.4, p.313-9, 2007.

TEIXEIRA, C.F.S.; PAIM, J.S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde e Debate**, v.42, n.2, p.11-21, 2018.

TÔRRES, E.M. **A viuvez na vida dos idosos [Dissertação de mestrado]**. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2006.

TOVAR, P. Más allá del matrimonio, un territorio llamado viudez. **Nómadas**, n.11, p.178-84, 1999.

TOWNSEND, P. *et al.* **Inequalities in health: The Black Report & The Health Divide**. London: Penguin, 1992.

TRAVASSOS, G.F.; COELHO, A.B.; ARENDS-KUENNING, M.P. The elderly in Brazil: demographic transition, profile, and socioeconomic condition. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.37, p.1-27, 2020.

TURATTI, B.O. Implicações da viuvez na saúde: uma abordagem fenomenológica em Merleau-Ponty. **Saúde e Transformação Social**, v. 3, n.1, p.32-38, 2012.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. **Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão. Resolução nº116/2017, de 28 de setembro de 2017.** Aprova o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, nível de mestrado e doutorado. Londrina: Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão, 2017. Disponível em:

<https://pos.uel.br/saudecoletiva/wpcontent/uploads/2021/10/Resoluc%CC%A7a%CC%83o-CEPE-116-2017-Regimento-PPG-Sau%CC%81de-Coletiva-1.pdf>. Acesso em: 06 nov.2021.

UMBERSON, D. Gender, marital status and the social control of health behavior. **Social Science & Medicine**, v.34, n.8, p.907-17, 1992.

UNIÃO EUROPEIA (UE). **Instituto Europeu para a Igualdade de Gênero.** Disponível em: https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/eige_pt. Acesso em: 14 jun. de 2021.

UNITED NATIONS (UN). **Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe.** Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br>. Acesso em: 14 jun. de 2021.

_____. **The Millennium Development Goals Report 2015.** New York: UN, 2015.

_____. **The United Nations minimum set of gender indicators.** Disponível em: <https://genderstats.un.org/#/home>. Acesso em: 04 de jun. de 2021.

VASCONCELOS, A.; GOMES M. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.21, p.539-548, 2012.

VIEIRA-DA-SILVA, L.; ALMEIDA-FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, supl.2, s.217-226, 2009.

VINTHER, J.L. *et al.* Marital transitions and associated changes in fruit and vegetable intake: Findings from the population-based prospective EPIC-Norfolk cohort, UK. **Social Science and Medicine**, v.157, p.120-6, 2016.

VOFCHUK, R. Viudas en la India. De la antigüedad a nuestros días. **Revista Guillermo de Ockham**, v.14, n.1, p.115-122, 2016.

ZAITUNE, M.P.A. *et al.* Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.3, p.583-95, 2012.

WANG, L. *et al.* Fruit and vegetable intake and the risk of hypertension in middle-aged and older women. **American Journal of Hypertension**, v.25, n.2, p.180-9, 2012.

WENDT, A. *et al.* Análise temporal da desigualdade em escolaridade no tabagismo e consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v.37, n.4, e00050120, 2021.

WHITE, A.; FAWKNER, H.J.; HOLMES, M. Is there a case for differential treatment of young men and women? **The Medical Journal of Australia**, v. 185, n.8, p.454-55, 2006.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, v.22, n.3, p.429-445, 1992.

WILLIAMS, K.; UMBERSON D. Marital status, marital transitions and health: a gendered life course perspective. **Journal of Health & Social Behavior**, v.45, n.1, p.81-98, 2004.

WILLIAMS, K. The transition to widowhood and the social regulation of health: consequences for health and health risk behavior. **Journal of Gerontology**, v.59, n.6, p.343-9, 2004.

WISE, C.W.; KUYKENDALL, L. TAY, L. Get active? A meta-analysis of leisure-time physical activity and subjective well-being. **Journal of Positive Psychology**, v.13, n.1, p.57-66, 2018.

WORLD BANK GROUP. **The Little Data Book on Gender 2019**. Washington, 2019. 239 p.

WORLD ECONOMIC FORUM. **Global gender gap report 2021**. Geneva, 2021. 405 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Closing the gap in a generation**. Geneva: WHO, 2008.

_____. **Sexual health, human rights and the law**. Geneva: WHO, 2015.

_____. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: WHO; 2011.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014.

_____. **Integrating gender perspectives in the work of WHO**. Geneva: WHO, 2002.

_____. **Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2020**. Geneva: WHO, 2020.

YANG, J.J. *et al.* Tobacco smoking and mortality in Asia: a pooled meta-analysis. **JAMA Network Open**, v.2, n.3, p.1-14, 2019.