

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Ciências Econômicas**  
**Programa de Pós-graduação em Demografia**

Bruna Daniele Ribeiro Firmino

**AGORA NÃO ESTOU MAIS SÓ: O PAPEL DAS UNIÕES E DOS FILHOS NO  
COMPORTAMENTO DE SAÚDE MASCULINO**

Belo Horizonte  
2022

Bruna Daniele Ribeiro Firmino

**AGORA NÃO ESTOU MAIS SÓ: O PAPEL DAS UNIÕES E DOS FILHOS  
NO COMPORTAMENTO DE SAÚDE MASCULINO**

Dissertação apresentada ao curso de mestrado em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Demografia.

Orientadora: Profa. Dra. Raquel Zanatta Coutinho

Coorientadora: Profa. Dra. Ana Paula de Andrade Verona

Belo Horizonte, MG  
Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional  
Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG  
2022

### Ficha Catalográfica

F525a Firmino, Bruna Daniele Ribeiro.  
2022 Agora não estou mais só [manuscrito]: o papel das uniões e dos filhos no comportamento de saúde masculino / Bruna Daniele Ribeiro Firmino. – 2022.  
90 f.

Orientadora: Raquel Zanatta Coutinho.

Coorientadora: Ana Paula de Andrade Verona.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional.

Inclui bibliografia (f. 76-88) e anexos.

1. Hábitos de saúde - Teses. 2. Família – Teses. 3. Masculinidade – Teses. 4. Demografia – Teses. I. Coutinho, Raquel Zanatta. II. Verona, Ana Paula de Andrade. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. IV. Título.

CDD: 158



Cedeplar

## Curso de Pós-Graduação em Demografia da Faculdade de Ciências Econômicas

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE **BRUNA DANIELE RIBEIRO FIRMINO** Nº. REGISTRO 2017670574. Às quatorze horas do dia onze do mês de fevereiro de dois mil e dezenove, reuniu-se na *Faculdade de Ciências Econômicas* da Universidade Federal de Minas Gerais a Comissão Examinadora de DISSERTAÇÃO, indicada “*ad referendum*” pelo Colegiado do Curso em 25/01/2019, para julgar, em exame final, o trabalho final intitulado “**Agora não estou mais só: o papel das uniões e dos filhos no comportamento de saúde masculino**”, requisito final para a obtenção do Grau de *Mestre em Demografia*, área de concentração em Demografia. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Raquel Zanatta Coutinho, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata, para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu, sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do resultado final. A Comissão aprova a candidata por unanimidade. O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar a Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 11 de fevereiro de 2019.

Profa. Raquel Zanatta Coutinho  
(Orientadora) (CEDEPLAR/FACE/UFMG)

Raquel Zanatta Coutinho

Profa. Ana Paula de Andrade Verona  
(Coorientadora) (CEDEPLAR/FACE/UFMG)

Ana Paula de Andrade Verona

Prof. Bernardo Lanza Queiroz  
(CEDEPLAR/FACE/UFMG)

Bernardo Lanza Queiroz

Profa. Maria Carolina Tomás  
(PUC/MG)

Maria Carolina Tomás

Ana Paula de Andrade Verona

**Profa. Ana Paula de Andrade Verona**  
Subcoordenadora do Curso de Pós-Graduação  
em Demografia

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais pela compreensão e suporte em todas minhas escolhas até aqui. A confiança que vocês têm nos meus planos é o principal combustível que me faz seguir em frente. Agradeço também ao Lucas pelo companheirismo e apoio desde a seleção para o mestrado até a reta final.

Agradeço imensamente à minha orientadora, Raquel Zanatta, pela dedicação para com esse trabalho, mostrando uma imensa boa vontade e disponibilidade entre troca de fraldas e artes dos seus pequenos. Do mesmo modo, à professora e co-orientadora, Ana Paula Verona, agradeço pelo profissionalismo e comprometimento com as orientações, transparecendo serenidade durante todo o processo de erros e acertos da dissertação.

Agradeço aos demais professores do CEDEPLAR, em especial àqueles que me apresentaram à Demografia ainda durante a graduação: Gilvan, Alisson e, novamente, Raquel e Ana Paula. Vocês instigaram meu interesse pela área e me mostraram que esse era um caminho possível. Aos colegas de trabalho da Práxis, minha gratidão pelo incentivo a buscar esta formação, acompanhados de aulas práticas sobre os obstáculos do campo, preferência por dígitos nas pesquisas, dentre outros temas.

Aos amigos que estiveram comigo até aqui, principalmente Ana, Maju, Gabi e Cacá, pelos conselhos profissionais, risadas de descontração e ajudinhas neste período. Aos colegas do CEDEPLAR, em especial, Marina, Maysa, Sarah, Iracy e Samuel, agradeço o companheirismo e trocas de conhecimento. Estarei com vocês dentro e fora do mundo acadêmico.

Aos bolsistas que se disponibilizaram em ajudar no trabalho de campo, em especial à Thaires, sempre disposta em todas as empreitadas.

Por fim, agradeço à FAPEMIG pelo apoio financeiro que me permitiu dedicação exclusiva ao mestrado.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## RESUMO

No Brasil, observa-se uma persistente disparidade entre as taxas de mortalidade femininas e masculinas. A maioria dos estudos aponta para uma relação positiva entre as uniões conjugais, a paternidade e o *status* de saúde – sobretudo masculino - em decorrência, principalmente, da atuação de fatores protetivos e maximização de recursos econômicos. Outros autores, por sua vez, baseiam-se na hipótese do efeito de seleção para explicação da vantagem dos indivíduos unidos com relação aos solteiros no que tange à saúde. Nessa perspectiva, os indivíduos saudáveis seriam mais atrativos e, conseqüentemente, mais propícios a ingressarem em uma união. Pautado nas perspectivas de atuação de efeitos protetivos e seletivos, este trabalho possui três objetivos. O primeiro objetivo é analisar a ocorrência de comportamentos de saúde selecionados (consumo excessivo de bebida alcoólica, tabagismo e direção perigosa) por *status* marital e propensão à união (formal ou informal) entre homens brasileiros de 25 a 39 anos. O segundo objetivo consiste na identificação de mecanismos pelos quais as uniões e a paternidade atuam na transformação ou manutenção comportamento de saúde masculino (consumo excessivo de bebida alcoólica, tabagismo, direção perigosa, higiene, vacinação) de homens da faixa etária supracitada. O terceiro objetivo do estudo é a identificação de pessoas e instituições que atuem como agentes de regulação e controle na saúde desses homens. Para responder aos objetivos, o estudo faz uso de técnicas quantitativas e qualitativas de análise. Utilizou-se o *Propensity Score Stratification* para o cálculo da ocorrência dos comportamentos por estrato de propensão à união (formal e informal). Além disso, foram realizadas 20 entrevistas em profundidade com homens unidos com e sem filhos, de diversos *status* socioeconômicos no município de Belo Horizonte - MG. Resultados da análise quantitativa sugerem a adição de comportamentos mais saudáveis por parte dos indivíduos formalmente unidos se comparados aos coabitantes e solteiros. Diferenças entre o grupo de coabitantes e solteiros, no entanto, não foram significativas. A identificação da atuação de mecanismos protetivos em ambos os tipos de união, formal e informal, na pesquisa qualitativa sugere que parte das diferenças entre esses grupos sejam decorrentes de atributos pré-maritais e atuação do efeito de seleção para ingresso em uniões informais. A identificação de tarefas domésticas relacionadas ao comportamento de saúde que são realizadas majoritariamente por mulheres ou que são de exclusividade feminina corrobora os padrões de gênero ainda marcados pela desigualdade no âmbito familiar. Mecanismos relacionados ao controle social indireto, como o compromisso interpessoal e os papéis sociais, foram identificados como transformadores da percepção de risco de determinados comportamentos considerados prejudiciais à saúde. Outros agentes de regulação, como a participação das sogras na dinâmica familiar e atuação da religião, mostraram-se relevantes para a transformação ou manutenção do comportamento de saúde na amostra analisada. A identificação dos mecanismos supracitados minimiza a hipótese de que a correlação observada entre os processos de formação de família e o comportamento de saúde se daria exclusivamente em decorrência do efeito de seleção de indivíduos com práticas saudáveis.

**Palavras-chave:** Comportamento de Saúde. Família. Masculinidade. Mecanismos Protetivos.

## ABSTRACT

In Brazil, there is a persistent disparity between female and male mortality rates. Most studies point to a positive relationship between marital unions, paternity and health status - especially male - as a result, mainly, of the action of protective factors and maximization of economic resources. Other authors, in turn, base themselves on the hypothesis of the selection effect to explain the advantage of united individuals in relation to single individuals in terms of health. From this perspective, healthy individuals would be more attractive and, consequently, more likely to join a union. Based on the perspectives of action of protective and selective effects, this work has three objectives. The first objective is to analyze the occurrence of selected health behaviors (excessive alcohol consumption, smoking and dangerous driving) by marital status and propensity to union (formal or informal) among Brazilian men aged 25 to 39 years. The second objective is to identify the mechanisms by which unions and fatherhood act in the transformation or maintenance of male health behavior (excessive alcohol consumption, smoking, dangerous driving, hygiene, vaccination) of men in the mentioned age group. The third objective of the study is to identify people and institutions that act as agents of regulation and control in the health of these men. To meet the objectives, the study makes use of quantitative and qualitative analysis techniques. The propensity score stratification was used to calculate the occurrence of behaviors by propensity to union strata (formal and informal). In addition, 20 in-depth interviews were carried out with united men with and without children, of different socioeconomic status in the city of Belo Horizonte - MG. Results of the quantitative analysis suggest the addition of healthier behaviors on the part of formally united individuals when compared to cohabiting and single individuals. Differences between the cohabiting and single groups, however, were not significant. The identification of the role of protective mechanisms in both types of unions, formal and informal, in qualitative research suggests that part of the differences between these groups are due to premarital attributes and the role of the selection effect for joining informal unions. The identification of household tasks related to health behavior that are mostly performed by women or that are exclusively female corroborates gender patterns still marked by inequality in the family environment. Mechanisms related to indirect social control, such as interpersonal commitment and social roles, were identified as transforming the risk perception of certain behaviors considered harmful to health. Other regulatory agents, such as the participation of mothers-in-law in family dynamics and the role of religion, proved to be relevant for the transformation or maintenance of health behavior in the analyzed sample. The identification of the aforementioned mechanisms minimizes the hypothesis that the observed correlation between the processes of family formation and health behavior would occur exclusively as a result of the effect of selection of individuals with healthy practices.

**Keywords:** Health Behavior. Family. Masculinity. Protective Mechanisms.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Divisão de quintis por propensão à união.....	45
<b>Figura 2</b> - Categorização utilizada na análise qualitativa.....	52
<b>Figura 3</b> - Percentual de comportamentos de saúde por estado conjugal.....	54
<b>Figura 4</b> - Percentual de ocorrência dos comportamentos por quintil de propensão à união.....	58
<b>Figura 5</b> - Percentual de consumo abusivo de álcool no último mês por estado conjugal e quintil de propensão à união.....	59
<b>Figura 6</b> - Percentual de consumo diário de tabaco por estado conjugal e quintil de propensão à união.....	60
<b>Figura 7</b> - Percentual de pessoas que sempre usam cinto de segurança quando utilizam automóveis por estado conjugal e quintil de propensão à união.....	60
<b>Figura 8</b> - Percentual de pessoas que sempre usam capacete quando utilizam motocicletas por estado conjugal e quintil de propensão à união.....	61

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Homens de 25 a 39 anos por <i>status</i> marital.....	53
<b>Tabela 2</b> - Regressões logísticas com os comportamentos de saúde selecionados.....	55
<b>Tabela 3</b> - Razão de chance de homens de 25 a 39 estarem em uma união conjugal formal ou informal conforme idade, escolaridade, frequência a cultos religiosos, número de amigos e familiares na rede e deficiência intelectual.....	56
<b>Tabela 4</b> - Média do <i>Propensity Score</i> calculado por <i>status</i> marital e quintil de propensão à união.....	57
<b>Tabela 5</b> - Características sociodemográficas dos entrevistados.....	63
<b>Tabela 6</b> - Frequência de consumo de bebida alcoólica por fecundidade dos entrevistados.....	64
<b>Tabela 7</b> - Frequência de consumo de tabaco por fecundidade dos entrevistados.....	65

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Tabagismo, consumo de álcool e direção perigosa</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Seleção e mecanismos de proteção</b>	<b>18</b>
2.2.1 Efeitos protetivos	19
2.2.2 Controle social direto	20
2.2.3 Controle social indireto	20
2.2.4 Presença de filhos no domicílio	23
<b>2.3 Seleção marital por atributos de saúde</b>	<b>25</b>
<b>2.4 Fatores mediadores</b>	<b>28</b>
2.4.1 Status socioeconômico e saúde	28
2.4.2 Diferenciais de gênero e uso do tempo	30
2.4.3 Religião	33
2.4.4 Percepção de risco	36
2.4.5 Contexto familiar, efeito de pares e comunidade	37
2.4.6 Curso de vida e histórico conjugal	39
<b>3 METODOLOGIA</b>	<b>43</b>
<b>3.1 Análise quantitativa</b>	<b>43</b>
3.1.1 Dados	43
3.1.2 Propensity score stratification	45
3.1.3 Execução da técnica	47
<b>3.2 Análise qualitativa</b>	<b>49</b>
3.2.1 Códigos e categorias utilizadas	52

<b>4 RESULTADOS</b>	<b>54</b>
<b>4.1 Análise quantitativa</b>	<b>54</b>
<b>4.2 Análise qualitativa</b>	<b>63</b>
4.2.1 Caracterização dos entrevistados	63
4.2.2 Entrevistas em profundidade	66
4.2.2.1 Controle social direto	66
4.2.2.2 Controle social indireto	68
4.2.2.3 Fatores mediadores	70
<b>5 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO</b>	<b>74</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO B – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO C – ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO D – DISTRIBUIÇÃO DAS COVARIADAS</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP</b>	<b>100</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Embora haja uma tendência geral de aumento da expectativa de vida, as mulheres ainda vivem, em média, mais do que os homens. Segundo as tábuas de mortalidade disponibilizadas pelo IBGE, no Brasil a diferença na expectativa de vida ao nascer entre homens e mulheres era de 7,8 anos em 2000. Não obstante a redução paulatina dessa assimetria, as distinções ainda persistem, atingindo 7,6 e 7,0 anos em 2010 e 2019, respectivamente. A contribuição do componente comportamental associado ao estilo de vida (por exemplo, uso de álcool, tabaco, alimentação, direção de veículos motorizados e estresse) para a ocorrência desse padrão é bem documentada pela literatura (RETFERD, 1975; PRESTON, 1976; OMAN; THORENSEN, 1999; PAMPEL, 2003), apesar de sua dimensão frente ao componente biológico/evolucionário ainda ser tema de debate.

A estrutura familiar e os processos de formação de família, por sua vez, têm sido apontados como determinantes tanto do *status* quanto dos hábitos de saúde masculinos (UMBERSON, 1987; UMBERSON, 1992; WILLIAMS, 2003; WILLIAMS; UMBERSON, 2004; RECZEK, 2014). A maioria dos estudos indica uma relação positiva entre as uniões conjugais, a paternidade e o *status* de saúde em decorrência, principalmente, da atuação de fatores protetivos (DUNCAN, 2006; MUSICK; BUMPASS, 2012; DAVIS, 2016; ZELLA; 2017). Outros autores, por sua vez, baseiam-se na hipótese do efeito de seleção para explicação da vantagem dos indivíduos unidos com relação aos solteiros no que tange à saúde. Nessa perspectiva, os indivíduos saudáveis seriam mais atrativos e, conseqüentemente, mais propícios a ingressarem em uma união (GOLDMAN, 1993).

De forma geral, são três processos pelos quais a formação de família afeta a saúde masculina. No primeiro deles, o controle social direto, os cônjuges ou filhos provêm suporte instrumental ou informativo, por exemplo, que estimulem comportamentos saudáveis, tal como prover a alimentação do domicílio ou lembrá-lo de uma consulta médica (UMBERSON, 1987; UMBERSON, 1992). No segundo processo, o controle social indireto (UMBERSON, 1988), as uniões e os filhos são documentados como transformadores da realidade normativa desses homens, ocasionando restrições para a prática de comportamentos de saúde. Por último, ressalta-se que os processos de formação de família podem estar associados aos comportamentos de saúde de forma indireta, via transformações da realidade socioeconômica (DANIEL, 1995; WAITE, 1995; GINTHER, 2001; MAGNUSSON et al., 2017), transformações das redes de contato e de apoio (MUSICK; BUMPASS, 2012) e ligação com instituições sociais (WAITE, 1995).

A maioria dos estudos empíricos acerca do tema identificados e apresentados na revisão da literatura aborda as diferenças no bem-estar individual e taxas de mortalidade de pessoas formalmente unidas e com filhos se comparados aos solteiros e sem filhos. Visando a análise do determinante comportamental nessa relação, em que se concentram as diferenças de mortalidade e morbidade por gênero (GOMES, 2008), o objetivo central do estudo é examinar a relação entre as uniões conjugais, o nascimento de filhos e a prática de comportamentos de saúde entre os homens. Inseridos em um contexto de estilo de vida, os comportamentos de saúde – com destaque para o consumo de drogas lícitas e ilícitas e a direção perigosa- estão associados a uma maior exposição a doenças crônicas e ocorrência de acidentes e, conseqüentemente, a uma maior mortalidade (VERBRUGGE, 1979; OMS, 2002; OMS, 2014).

Considerando o contexto descrito, as perguntas de pesquisa do estudo são: Existe uma correlação entre a formação de família e os comportamentos de saúde? Caso a relação exista, quais são os mecanismos que contribuem para que a formação de família, sobretudo a transição no estado conjugal e os filhos, atue na prática de comportamentos de saúde? As variáveis a serem adotadas para análise dos comportamentos de saúde, no caso da pesquisa quantitativa, são o consumo excessivo de álcool, o tabagismo e a direção perigosa (após consumo de bebida alcoólica e envolvimento em acidentes). No caso da pesquisa qualitativa, além dos comportamentos supracitados, foram abordados outros fatores elencados pelos entrevistados como prejudiciais à sua própria saúde.

O estudo contou com técnicas quantitativas e qualitativas de análise. Considerando o contexto anteriormente descrito, o primeiro objetivo é analisar a ocorrência de comportamentos de saúde selecionados (consumo excessivo de bebida alcoólica, tabagismo e direção perigosa) por *status* marital e propensão à união (formal ou informal) entre homens brasileiros de 25 a 39 anos, a partir de dados oriundos da Pesquisa Nacional de Saúde (2013). O segundo objetivo, contemplado pela análise qualitativa, consiste na identificação de mecanismos pelos quais as uniões e a paternidade atuam na transformação ou manutenção do comportamento de saúde masculino (alimentação, higiene, consumo excessivo de bebida alcoólica, tabagismo e direção perigosa) de homens da faixa etária supracitada. O terceiro objetivo do estudo é a identificação de pessoas e instituições que atuem como agentes de regulação e controle na saúde desses homens. Além disso, serão analisadas as relações entre os hábitos de saúde e outras componentes do ciclo de vida, tal como idade, transformações socioeconômicas (como perdas e ganhos na rede de contato) e trajetória religiosa, a fim de analisar possíveis fatores de confundimento entre a transição de *status* marital, a paternidade e o comportamento de saúde.

Devido à limitação dos estudos transversais na possibilidade de identificação de mecanismos causais, este projeto se destina a identificá-los por meio de entrevistas em profundidade. Foram realizadas 20 entrevistas qualitativas com homens de 25 a 39 anos em uma união conjugal formal ou informal há pelo menos um ano, de baixa e alta escolaridade, residentes em Belo Horizonte – MG. Esse método permite a identificação dos padrões comportamentais dos entrevistados, dos seus cônjuges e pares, e de suas possíveis transformações, diminuindo o viés ocasionado pelo efeito de seleção marital.

Optou-se pelo estudo da faixa etária supracitada em detrimento de indivíduos de idade mais avançada para minimizar falhas de memória relativas ao período anterior aos fenômenos de interesse, as uniões e a paternidade. Além disso, o recorte de idade reduz as chances de que os indivíduos que experimentaram ou não experimentaram os eventos sejam extremamente selecionados em suas características, o que depende da proporção de indivíduos contemplados (GOLDMAN, 1993). Em idades mais jovens, em que a união e a paternidade são incomuns, por exemplo, os indivíduos que experimentaram esses eventos provavelmente seriam caracterizados por um perfil sociodemográfico específico. No outro extremo, dentre os idosos, o contrafactual (unidos e sem filhos) consistiria em um pequeno grupo, também muito seletivo quanto às suas características. Desse modo, o estudo captou os efeitos da transição de *status* marital na saúde dos indivíduos e a permanência desses efeitos por pelo menos um ano após as uniões, buscando minimizar o efeito de seleção.

A análise de indivíduos unidos, incluindo aqueles em uma união informal, em detrimento daqueles exclusivamente em um casamento formal, dar-se-á porque, no Brasil, é comum a prática de coabitação, sobretudo nos estratos socioeconômicos mais vulneráveis (COVRE-SUSSAI et al., 2015). Essa coabitação, por vezes, ocorre em substituição do casamento formal. Apesar de diferentes critérios para seleção de parceiros, acredita-se que a atuação de mecanismos protetivos seja semelhante nas uniões formais e informais.

A revisão da literatura, disposta a seguir, apresenta uma caracterização das variáveis utilizadas no estudo quantitativo (tabagismo, consumo de álcool e direção perigosa) como fatores de risco, bem como estudos empíricos com estatísticas nacionais e internacionais de mortalidade e morbidades associadas a estas causas. Em seguida, serão apresentados os modelos utilizados para análise da correlação do bem-estar individual e o *status* familiar, além da perspectiva de seleção dos indivíduos para as uniões e paternidade a partir do comportamento e estado de saúde. Serão exploradas as abordagens de controle e suporte social direto e indireto, suas tipologias e mecanismos de atuação no comportamento e saúde dos indivíduos, além de evidências empíricas que, controladas por idade, e, em alguns casos, características pré-

matrimônio, corroboram a existência da relação causal entre o estado de saúde e *status* da família.

Ainda na revisão de literatura, serão discutidas variáveis mediadoras na relação entre *status* marital e estado e comportamento de saúde. Serão abordadas questões relacionadas ao *status* socioeconômico, características sociodemográficas (gênero e religião, por exemplo) a percepção de risco (FINUCANE et al., 2000), características familiares (REYNOLDS; CATHERINE, 1998), percepção relativa de hierarquia e prestígio (PRAEG, 2017), acesso diferenciado a recursos, estilo de vida (DARROW, 1979), vizinhança de moradia (KLING et al., 2007; BROOKS, 1978), rede de contatos e socialização – *peer effect* (COHEN; MITCHELL, 2006; LAU et al., 1990), e, por último, o histórico conjugal e momento do curso de vida.

Em seguida à revisão de literatura, serão apresentados os dados e métodos utilizados. A metodologia com técnicas quantitativas e qualitativas de análise. Para responder ao primeiro objetivo proposto, a análise da ocorrência de comportamentos de saúde, serão analisados os homens brasileiros de 25 a 39 anos, valendo-se de uma fonte de dados secundária, a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. Para os demais objetivos, serão realizadas entrevistas em profundidade com homens na mesma faixa etária residentes em Belo Horizonte - MG.

Em sequência à metodologia, serão apresentados os resultados da pesquisa quantitativa, qualitativa e, por fim, a discussão e conclusão.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Nesse capítulo serão apresentados os comportamentos de saúde analisados e suas correlações com *status* marital identificadas na literatura internacional e nacional. Serão apresentados também algumas das variáveis que afetam o comportamento de saúde individual e suas possíveis atuações como efeito de confundimento na correlação entre *status* marital e comportamento de saúde.

### 2.1 Tabagismo, consumo de álcool e direção perigosa

O tabagismo é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde como uma doença epidêmica que causa dependência física, psicológica e comportamental da nicotina (OMS, 2002). O consumo de cigarro e álcool são fatores de risco que têm ganhado espaço na agenda da OMS em decorrência da associação com uma diversidade de doenças crônicas - sendo os fatores de risco mais atuantes nas causas de morbidade e mortalidade no mundo - e o aumento do consumo de ambas as substâncias nos países em desenvolvimento nas últimas décadas (OMS, 2002; OMS, 2014).

No Brasil, como resultado das ações de controle do tabaco desenvolvidas no âmbito federal, tal como o Programa Nacional de Controle ao Tabagismo, a prevalência vem diminuindo ao longo dos anos, com menores taxas de experimentação e jovens fumantes. No entanto, o percentual de fumantes ainda é expressivo na população: em 2013, dentre os indivíduos de 18 anos, 14,7% eram fumantes, segundo o Instituto Nacional do Câncer José Alencar da Silva (INCA, 2013).

No que se refere ao álcool, o Levantamento Sobre os Padrões do Consumo de Álcool na população brasileira (2007) aponta que, apesar das variações de intensidade e frequência, mais da metade dos brasileiros com mais de 18 anos podem ser classificados como bebedores (52%), ou seja, beberam pelo menos uma vez no ano. Dentre os indivíduos que consomem álcool, chama a atenção o fato de a maior parte deles o praticar na forma *binge*, ou seja, uma grande quantidade de álcool em uma única ocasião - cinco doses para homens e quatro para as mulheres (LARANJEIRA et al., 2007). Este, segundo o autor, mostra-se potencial para o desenvolvimento de outras situações de risco como acidentes de carro ou comportamento violento.

Estima-se que o consumo de tabaco se correlaciona com a ocorrência de diversos tipos de câncer, sendo o responsável por um terço da incidência de câncer nas sociedades ocidentais (SASCO; STRAIF, 2004). O álcool, apesar de apresentar benefícios específicos nos casos de baixa frequência e intensidade de consumo, também se mostra associado a neoplasias malignas, além de aumentar o risco de doenças crônicas como a hipertensão e diabetes, doenças cardiovasculares, circulatórias e deterioração da condição neuropsiquiátrica (SHIELD; REHM, 2014).

Quanto aos determinantes para o consumo de álcool e tabaco, ressalta-se a importância da percepção e expectativas quanto ao uso da droga, o efeito de pares e o histórico familiar de consumo da substância, fator relevante especialmente no caso do alcoolismo (LEONARD; MUDAR, 2000). O comportamento antissocial e sintomas depressivos também são indicados pela literatura como fatores que impulsionam o consumo destas substâncias (LEONARD; MUDAR, 2000; GRAHAM, 1999), sendo ambos associados também ao processo de escolha do parceiro (NIELSEN, 1964; KRUEGER, 1998) e, portanto, à ocorrência do viés de seleção nas estimativas de saúde e comportamento de saúde por *status* marital.

No que se refere especificamente à correlação entre consumo das substâncias e o *status* marital, a literatura aponta quatro principais processos correlacionados ao ingresso ou dissoluções de uniões. O primeiro é a alteração nos padrões de consumo de álcool em decorrência do casamento, o segundo é a deterioração da qualidade da relação em função do consumo excessivo de álcool. O terceiro trata da alteração do consumo da substância atribuída à transição para o divórcio e, por último, a seleção de parceiros baseada nos padrões de consumo (LEONARD; EIDEN, 1999; LEONARD; MUDAR, 2000; NIELSEN, 1964).

A ocorrência do primeiro processo descrito (foco do presente estudo), no entanto, mostra-se intrinsecamente correlacionada aos padrões de consumo do parceiro (GRAHAM, 1999; LEONARD; MUDAR, 2000), o que também ocorre no caso do tabaco (ROBERTS et al., 2017). Leonard e Mudar (2000) denomina estes padrões de “*drinking partnership*”. Assim como na maioria dos estudos que tratam da relação entre estado/hábitos de saúde e uniões, em seu estudo, Roberts et al. (2017) ressaltam a incapacidade de mensurar os efeitos da seleção (escolha do parceiro) e influência dos cônjuges na concordância de hábitos. A literatura aponta para uma alta propensão de indivíduos com problemas relacionados ao consumo de drogas lícitas e ilícitas estarem em uniões com indivíduos portadores da mesma adversidade (JACOB; BREMER, 1986; WINDLE, 1997; AGRAWAL et al., 2006). Essa relação, segundo Leonard e Roberts (1996) dá-se principalmente em decorrência da seleção de parceiros com padrões de

consumo da substância semelhantes, da influência do cônjuge e do contexto socioeconômico compartilhado no comportamento do outro e, por último, a maior propensão de divórcio aos quais os casais com padrões discrepantes de consumo da substância estão submetidos.

Em um estudo empírico recente realizado por Roberts et al. (2017) sobre o consumo de produtos alternativos do tabaco (como cigarro eletrônico e narguilé), a concordância no consumo entre os casais formalmente unidos mostrou-se mais forte dentre os jovens americanos, em que as diferenças de consumo entre o sexo masculino e feminino foram sutis. Em outros países analisados (Áustria, Grécia, Israel, Holanda e Eslováquia), os padrões identificados foram semelhantes ao americano, com uma exceção particular dos países em que o consumo de cigarros eletrônicos é regulamentado.

Nesse sentido, no que se refere à influência e contexto socioeconômico compartilhado pelos cônjuges, foco do presente estudo, o provimento de suporte social, redes de apoio e compromisso interpessoal podem variar conforme compatibilidade, concordância e intensidade nos padrões de uso da substância entre os cônjuges. Além disso, os padrões concordantes ou discrepantes podem reforçar ou alterar percepções de susceptibilidade, dos entraves e dos benefícios de adoção de um comportamento, fatores relevantes para a percepção de risco segundo o *Health Belief Model* (BECKER, 1974; JANZ; BECKER, 1974; KELLY; ZYZANSKI; ALEMAGNO, 1991).

No tocante à direção perigosa, a Organização Mundial da Saúde indica que as lesões e óbitos por acidentes e violências (causas externas) são um problema de escala global (OMS, 2014), tendo contribuição crescente no ranking das causas de mortalidade e morbidade no mundo. Os acidentes de trânsito, em especial, se estabeleceram como uma questão importante de saúde pública em todo o mundo, embora tenham maior magnitude e tendência de aumento em países em desenvolvimento em decorrência do aumento desproporcional de veículos se comparado às melhorias na infraestrutura viária. A ocorrência de acidentes faz-se especialmente relevante dentre os jovens, sendo a primeira causa de mortes entre indivíduos de 15 - 29 anos no mundo (OMS, 2013).

No Brasil, entre 2000 e 2004, observou-se um aumento das taxas de acidentes de trânsito por 100 mil habitantes, que se mantiveram estáveis nos anos seguintes (BACCHIERI, 2009). No que se refere às mortes relacionadas a essa causa, segundo o Ministério da Saúde (2017), no Brasil foi identificada uma queda no número de óbitos por acidentes de trânsito de aproximadamente 10% entre 2015 e 2016, redução que se deu pelo segundo ano consecutivo. Parte dessa redução é atribuída pela literatura à implementação do Código de Trânsito Brasileiro

em 2008, que contém disposições mais rígidas e punições mais severas, como o aumento dos valores de multas, incluindo quanto à condução de veículo automotor sob influência de bebida alcoólica ou entorpecente, a chamada Lei Seca.

Apesar da queda recente no número de mortes, foi observado um aumento no percentual de brasileiros que combinam álcool e direção. De acordo com o relatório da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL, 2012), 7,3% dos adultos residentes nas capitais brasileiras dirigem após consumo de bebida alcoólica. Os dados do Levantamento Sobre os Padrões do Consumo de Álcool na população brasileira corroboram esta relação: Segundo dados do levantamento, dos homens adultos que conduzem veículos e consomem bebida alcoólica, um quarto relatou ter bebido antes da direção.

Dentre os fatores estruturais correlacionados com a ocorrência de acidentes no Brasil, ressalta-se a manutenção precária de rodovias e existência de vias com inclinação e curvas inadequadas. Além disso, estados com maiores taxas de crescimento populacional apresentam uma maior incidência de acidentes de trânsito letais (REICHENHEIM, 2011), o que corrobora a relação desta causa de morte com a urbanização.

No que se refere aos fatores de risco individuais para ocorrência de acidentes, o Ministério da Saúde (2005) ressalta que os homens são, tradicionalmente, as principais vítimas dessas ocorrências, totalizando cerca de 80% do total de óbitos. Entre as mulheres, por sua vez, a maior probabilidade de morte por essa causa é na sua condição de pedestre e na faixa dos 60 ou mais anos, quando as dificuldades de locomoção são acentuadas. No nível agregado, os estados com maiores taxas de pobreza e menor nível de alfabetização tendem a apresentar maiores taxas de mortalidade por acidentes de trânsito.

Ressalta-se, por fim, que as mortes ocasionadas por acidentes de trânsito resultam em consequências econômicas no nível micro e macro. Segundo Andrade e Jorge (2017), o gasto total das internações por acidentes terrestres de trânsito no Brasil ultrapassou os R\$230 milhões no ano de 2013. Do ponto de vista socioeconômico, as famílias vulneráveis são atingidas com maior intensidade pelos custos diretos e indiretos dos acidentes de trânsito -como limitações para exercer atividade ocupacional - (OMS, 2013).

## **2.2 Seleção e mecanismos de proteção**

O subtópico que trata do efeito de seleção apresentará padrões de escolha do parceiro diretamente relacionados ao comportamento de saúde e padrões ligados a variáveis mediadoras desses comportamentos, como o estado de saúde, religião e *status* socioeconômico. Ao contrário dos modelos que analisam as uniões de forma agregada, como funções da organização estrutural da sociedade, a literatura que trata da seleção por atributos de saúde se baseia nos modelos de escolha racional individual.

Por fim, destaca-se que, apesar de alguns estudos apresentados abordarem separadamente as variáveis de união e paternidade, uma análise mais abrangente como a proposta por Umberson (1987) considerando o *status* familiar (incluindo o tipo de união) faz-se necessária para análise dos efeitos protetivos. No caso dos homens brasileiros, em especial, de que pouco se conhece sobre fecundidade, a ordem de ocorrência dos eventos de interesse (união e filhos) e a usual não coresidência com os filhos podem influenciar os resultados de estudos sobre a correlação desses eventos com o comportamento de saúde.

### 2.2.1 Efeitos protetivos

A literatura aponta para uma relação negativa entre o casamento e a mortalidade (VERBRUGGE, 1979; KRAVDAL; GRUNDY; KEENAN, 2018; WANG et al., 2020), além do uso e distúrbios relacionados a substâncias como maconha, cocaína, cigarro e álcool (UMBERSON, 1992; DUNCAN, 2006; VERGÉS et al., 2012; JOHN, 2018). A influência da composição dos grupos de indivíduos casados e solteiros em termos, por exemplo, de escolaridade nos resultados identificados mostrou-se um tema relevante especialmente no estudo de Kravdal, Grundy e Keenan (2018), que atribuem ao efeito de composição apenas uma parcela minoritária dos diferenciais na mortalidade entre os grupos analisados. No que tange à paternidade, embora algumas evidências sugiram a diminuição da prática de exercícios físicos e da qualidade da dieta na fase em que os filhos se encontram em idade escolar (ASCHEMANN-WITZEL, 2018; BROWN; HEESCH; MILLER, 2009), a literatura aponta para um menor uso de substâncias tóxicas por parte dos pais nessa mesma fase (UMBERSON; LIU; RECZEK, 2008), além de um aumento da aversão ao risco a partir do nascimento dos filhos (GÖRLITZ; TAMM, 2015).

A existência de uma correlação usualmente positiva entre os processos de formação de família e a mortalidade/estado de saúde é atribuída, em partes, por Umberson (1987) à existência de regulação entre os cônjuges. A hipótese de controle social baseia-se no pressuposto de que a integração social estaria associada ao monitoramento e regulação do

comportamento de saúde de outro indivíduo por meio da internalização de normas e significados de um papel social. Nesse sentido, segundo a autora, o casamento (e, de forma mais genérica, as uniões) e os filhos, proveriam um senso de importância que inibiria ações autodestrutivas. Esse controle social exercido na saúde dos indivíduos a partir dos processos de formação de família é classificado pela literatura em duas tipologias, direto e indireto (UMBERSON, 1987).

### 2.2.2 Controle social direto

O controle social direto refere-se às regulações ou sanções externas aos indivíduos relacionadas à paternidade ou matrimônio e que poderiam ser benéficas para a saúde (UMBERSON, 1987). Cônjuges e filhos, neste caso, na sua interação diária, podem atuar restringindo a má-alimentação e lembrando o indivíduo de certas ações (tal como a marcação de consultas médicas) ou indicando comportamentos e hábitos que levariam à deterioração ou dissolução da união (como o consumo excessivo de álcool). Ao restringir hábitos, o controle social descrito por Umberson (1987) se desdobra no mecanismo de suporte social, cujas principais tipologias, segundo Berkman e Glass (2000), são o suporte emocional, instrumental, informativo e na tomada de decisões. O suporte emocional, usualmente conferido pelas relações íntimas, como as uniões, se refere ao fornecimento de carinho e cuidado. O suporte instrumental, por sua vez, trata-se de assistência em questões práticas do dia a dia, tal como cozinhar, limpar ou pagar as contas. O suporte na tomada de decisões é relacionado ao auxílio sobre qual conduta adotar frente à determinada incerteza. O suporte informativo, por fim, remete aos conselhos ou informações concedidas em necessidades específicas.

### 2.2.3 Controle social indireto

O controle social indireto ocorre através da auto-aplicação das normas. Indivíduos podem internalizar as normas de responsabilidade para um filho ou cônjuge e, como resultado, controlar seus próprios comportamentos, seja a fim de facilitar comportamentos de saúde ou impedir assumir riscos de outras maneiras. Os laços familiares (afetivos) contribuiriam, deste modo, para o fortalecimento da ideia de um comportamento convencional (UMBERSON, 1987). Essa abordagem se correlaciona com os mecanismos de institucionalização, papéis sociais e compromisso interpessoal descritos por Musick e Bumpass (2012).

O mecanismo de institucionalização trata das estruturas normativas e legais que especificam direitos e responsabilidades e trazem consigo padrões de comportamento apropriado reforçados pela família, amigos e a sociedade (CHERLIN, 1978; 2004). O mecanismo de papéis sociais, complementa o anterior e se concentra em como as estruturas do casamento moldam o entendimento do que é esperado de homens e mulheres. O compromisso interpessoal, por sua vez, trata do envolvimento de outras pessoas na defesa do contrato de casamento, que o fortaleceria e facilitaria planos conjuntos a longo prazo, além de investimentos de tempo e energia no cuidado de crianças pequenas (BERKMAN; GLASS, 2000).

As uniões, de forma geral introduzem novas normas relacionadas à saúde, aumentando o senso de responsabilidade e cuidado com os outros membros da família (UMBERSON, 1987). No entanto, a coabitação pode representar uma instituição incompleta em decorrência de sua aceitação social recente como um arranjo domiciliar. Nesse sentido, as normas sociais são menos claras e, conseqüentemente, as sanções ao quebrá-las seriam também menos expressivas (DUNCAN, 2006). Coabitantes têm também menos chances se comparados aos formalmente unidos de poupar recursos financeiros ou assumir a responsabilidade de suporte financeiro do parceiro e são mais propensos a desenvolver atividades sem a companhia do cônjuge (BLUMSTEIN; PHILIP; PEPPER SCHWARTZ, 1983), o que se correlaciona com o provimento de controle e suporte anteriormente abordados. No caso específico da América Latina, no entanto, em que as coabitações tradicionais mostram-se historicamente presentes (COVRE-SUSSAI, 2015), acredita-se que as distinções entre uniões formais e informais sejam menos expressivas.

No que se refere às evidências empíricas da correlação entre *status* marital e comportamento de saúde, já na década de 1970, Verbrugge (1979), ao analisar a relação entre *status* marital e mortalidade nos EUA, identificou que os indivíduos solteiros tinham taxas de mortalidade mais altas se comparados aos formalmente unidos, especialmente no que se refere a causas relacionadas ao consumo de cigarro, álcool e acidente veicular. Também analisando dados dos EUA, Gove, Hughes e Style (1983) identificam uma relação positiva entre o casamento formal e a saúde mental/psicológica. No entanto, segundo os autores, grande parte desta relação é atribuída à qualidade da relação marital em detrimento das uniões em si.

Gove (1973), em um estudo realizado nos EUA, apresenta resultados que indicam uma maior mortalidade entre os indivíduos não formalmente unidos para todas as causas de morte analisadas. No entanto, uma diferença mais ampla foi identificada nas causas de morte ligadas mais diretamente ao indivíduo (tal como o suicídio) se comparadas àquelas em que um dado

comportamento (como o consumo de álcool ou tabaco) vincula-se à etiologia ou curso da doença.

Estudos produzidos para o caso dos EUA na década de 1990 (BACHMAN et al., 2013) também apontam para atuação de efeitos de proteção do casamento formal quanto ao uso de maconha, cocaína e cigarro. Umberson (1992), por sua vez, não identifica transformações significativas no comportamento a partir da transição de não casado para casado formalmente, apesar de seus resultados apresentarem um efeito deletério atribuído à dissolução de uniões. Ao analisar o efeito das uniões em mulheres na Inglaterra, País de Gales e Escócia, Cheung (1998) observa que a transição para o casamento formal se mostra associado à diminuição do consumo de álcool, cigarro e ocorrência de acidentes.

Quanto aos estudos produzidos após os anos 2000, Duncan (2006), ao comparar os efeitos do casamento e da coabitação, assinala uma diminuição do consumo excessivo de álcool e uso de maconha após as uniões formais dentre os homens, fenômeno que não foi identificado no caso das uniões informais. Quanto ao consumo de cigarros, no entanto, não foram constatadas mudanças no consumo em nenhum dos casos. Apesar da melhor percepção de saúde dentre os formalmente unidos Musika e Bumpass (2012) destacam que os efeitos nem sempre conferem os maiores benefícios para este grupo, ressaltando em seus resultados a maior sensação de felicidade e autoestima dentre os casais que coabitam se comparados aos formalmente unidos. Wu et al. (2003), ao analisarem uma amostra de homens canadenses, identifica que o *status* de saúde físico e mental de coabitantes mostra-se inferior aos dos homens formalmente casados e superior a todos os outros grupos. As diferenças, segundo os autores, seriam explicadas majoritariamente pela diferente atuação de fatores protetivos.

Vergés et al. (2012), ao abordarem transformações no consumo de álcool e tabaco, obtêm resultados similares para os Estados Unidos em um estudo que contempla ambos os sexos, apesar de identificar a mudança comportamental em um período de até um ano antes do casamento formal. Vergés ressalta, além disso, que não existem diferenças aparentes entre os indivíduos continuamente solteiros e aqueles que transitam para o estado conjugal de formalmente unido, o que configura indícios do efeito pouco expressivo da seletividade nas uniões.

O estudo mais recente identificado sobre o tema (UMBERSON; DONNELLY; POLLITT, 2018), também pautado no contexto americano, identifica transformações nos hábitos de saúde dos indivíduos após o casamento formal. Essas mudanças mostram-se mais expressivas, segundo as autoras, quando os hábitos de saúde dos cônjuges são discordantes, ou

seja, quando um deles tem o comportamento mais saudável se comparado ao outro. Em decorrência da tendência de mulheres mostrarem-se mais preocupadas com a saúde se comparadas aos seus parceiros do sexo masculino, a discordância usualmente dá-se com a mulher praticando atividades mais saudáveis. Deste modo, os homens usualmente apresentam as maiores mudanças nos hábitos em decorrência do casamento.

#### 2.2.4 Presença de filhos no domicílio

Ressalta-se que a atuação dos mecanismos protetivos relacionados à formação de família pode variar conforme a residência ou não do filho no domicílio, sendo a paternidade em si um evento correlacionado à saúde individual. Kandel et al. (1985), por exemplo, identificam um efeito positivo dos filhos na saúde das mães apenas quando estes deixam o domicílio. A existência de filhos pode contribuir, além disso, para a manutenção de relações conjugais de baixa satisfação marital. A permanência em uma união com baixa satisfação pode deteriorar a saúde mental dos indivíduos e alterar a atuação dos mecanismos protetivos. Esta relação, segundo Ross, Mirowsky e Goldsteen (1990) explica alguns resultados empíricos que apontam para uma melhor qualidade da relação marital por parte dos casais sem filhos. No entanto, a existência do filho por si só pode contribuir para a deterioração da relação e consequente redução do suporte emocional dentre os cônjuges (ROSS; MIROWSKY; GOLDSTEEN, 1990).

Apesar da deterioração da saúde emocional identificada nos estudos anteriormente mencionados, no que se refere ao comportamento, as evidências apontam majoritariamente para transformações positivas relacionadas à saúde. No contexto americano, Umberson et al. (2018) descrevem um menor uso de maconha, consumo de álcool e combinação entre direção e álcool por parte dos pais na fase em que os filhos se encontram em idade escolar.

Görlitz e Tamm (2015), ao analisarem casais na Alemanha, indicam um aumento da aversão ao risco para homens e mulheres que se inicia, em média, dois anos antes do nascimento e que se intensifica após sua ocorrência. Os resultados são dissipados, segundo os autores, à medida que as crianças crescem. Reczek et al. (2014), a partir de entrevistas em profundidade, indicam que a organização por gênero relacionada à paternidade e maternidade envolve suporte social direto e indireto para ambos, homens e mulheres, promovendo e ao mesmo tempo comprometendo hábitos como dieta e prática de exercícios físicos. As nuances entre a relação positiva e negativa dos filhos nestas práticas varia, conforme os autores, conforme estágio do ciclo de vida e idade dos filhos.

Apesar do declínio de satisfação marital usualmente observado com o nascimento do primeiro filho (COWAN; COWAN, 2000), a paternidade e maternidade são eventos associados a um maior provimento de suporte entre o casal (CARLSON; VANORMAN, 2017) e comportamentos mais saudáveis (UMBERSON, 1992). Os filhos também exercem um importante papel na velhice dos pais (OKABAYASHI et al., 2004; WILLIAMS et al., 2017). Os coresidentes, em especial, exercem efeitos positivos na saúde dos idosos, sobretudo dentre os pais que não têm ou nunca tiveram um cônjuge (OKABAYASHI et al., 2004).

Estudos específicos abordando a relação entre saúde e a transição para a paternidade foram realizados por Garfield et al. (2014) e Verbrugge (1983) nos Estados Unidos e Condon et al. (2004) para a Austrália. Os estudos de Garfield et al. (2014) e Condon et al. (2004) apontam para um declínio no bem-estar de homens no período de gestação dos filhos e durante os seus primeiros anos de vida. No entanto, ao analisar os efeitos da paternidade no longo prazo, Verbrugge (1983) identifica uma relação positiva entre a paternidade e o *status* de saúde, apesar de o efeito ser menor do que aqueles identificados para o casamento. A relação positiva entre paternidade e qualidade de vida é reafirmada ainda por Bartlett (2004) em uma compilação de estudos empíricos realizados em países diversos.

Apesar da maternidade e paternidade estarem associadas às melhorias no bem-estar no longo prazo, a gravidez indesejada, usualmente ocorrida em estágios não adequados segundo a perspectiva normativa, mostra-se correlacionada a altos índices de ansiedade e depressão dentre as mulheres australianas (NAJMAN et al., 1991) e menores graus de bem estar psicológico na Indonésia (HARDEE et al., 2004). Especificamente na adolescência, a gravidez pode representar um evento seletivo quanto ao comportamento de saúde, atingindo majoritariamente os indivíduos mais propensos à adoção de comportamento sexual de risco. A presença de um filho, neste caso, poderia estar associada a um menor bem estar prévio e posterior ao evento.

A partir da revisão de literatura realizada, conclui-se que as relações sociais, de forma geral, proveem a atuação de mecanismos que resultam em transformações positivas no *status* e comportamento de saúde. Os filhos e cônjuges, em particular, podem atuar nessa transformação de forma direta, por meio dos mecanismos de suporte instrumental ou informativo, por exemplo, e indireta, em que o contexto normativo da paternidade ou união estabelece comportamentos menos nocivos. Esta relação, no entanto, é mediada por outras características do padrão de formação de família, tal como o grau de institucionalização, coresidência com os filhos e o *timing* e ordem da ocorrência das transições relacionadas à formação de família.

### 2.3 Seleção marital por atributos de saúde

Além dos modelos supracitados, ligados à reação causal do comportamento de saúde e as uniões / paternidade, uma segunda abordagem é a atuação do efeito de seleção nas uniões conjugais em detrimento dos fatores protetivos. Em um dos primeiros estudos realizados sobre o tema, no ano de 1858, Farr ressalta de maneira ilustrativa no trecho apresentado a seguir que alguns atributos físicos, socioeconômicos e relacionados ao estado de saúde estão ligados a uma menor propensão ao casamento formal (e conseqüentemente, com o risco à paternidade):

Os idiotas não se casam; vagabundos ociosos reúnem-se juntos, mas raramente se casam. [...] Os filhos de famílias que foram afligidas pela loucura não são procurados no mercado de casamentos tanto quanto os outros; várias doenças hereditárias apresentam barreiras ao matrimônio. O belo, o bom e o saudável são mutuamente atraentes e as uniões entre os portadores destas características são promovidas pelos pais na França (FARR, 1858, p. 509 apud GOLDMAN, 1993, p. 13, tradução nossa).

A perspectiva de seleção, que ganha mais peso após o artigo publicado por Goldman (1993), aponta para o papel do comportamento e estado de saúde para a escolha do parceiro e propensão à paternidade. Esta seleção pode ocorrer diretamente, com base nas características observadas (por exemplo, fumantes de cigarros se casam com outros fumantes ou mostram-se menos propensos a se unirem). Ressalta-se que, apesar de Goldman (1993) tratar majoritariamente das uniões formais, o autor generaliza a possibilidade de atuação dos efeitos de seleção a outras transições ligadas formação de família, o que incluiria também a coabitação. Segundo Goldman (1993), a seleção de parceiros pelo *status* relacionado a doenças hereditárias ou psicológicas, comportamentos como consumo de álcool e tabaco e diferenças de idade entre casados e solteiros (correlacionados com diferentes regimes de mortalidade) seriam responsáveis por uma relação causal espúria entre casamento e saúde. Além das tentativas de mensurar a magnitude do efeito de seleção, Goldman (1993) apresenta a importância de incluir atributos de saúde nos modelos de escolha do parceiro, demonstrando que indivíduos com comportamentos não saudáveis e características físicas associadas ao *status* de saúde passado ou futuro (como obesidade ou estatura), têm menores chances de ingressar em uma união.

Dentre os fatores que corroboram a existência e atuação do efeito de seleção, segundo Goldman (1993), encontra-se o padrão de mortalidade por idade. A maioria das análises que se

concentram nos diferenciais por estado civil, segundo o autor, se basearam em uma medida de risco relativo conhecida como a taxa de mortalidade relativa (TMR) - a razão entre a taxa de mortalidade de um grupo não casado específico (por exemplo, solteiros) e a taxa de mortalidade do grupo casado. Na maioria das populações, os padrões de idade e mortalidade relativa entre solteiros são caracterizados por valores crescentes dos vinte aos trinta ou quarenta anos, seguidos por razões declinantes nos grupos etários mais velhos. Segundo Livi-Bacci (1985), no caso da atuação do efeito de seleção, o padrão esperado seria semelhante, com níveis crescentes de excesso de mortalidade de solteiros entre 25 e 40 anos - um crescimento que, que se estabilizaria quando a nupcialidade cair para níveis muito baixos.

Ainda segundo Goldman, o tamanho relativo das populações de indivíduos casados /unidos e solteiros por vezes corrobora a existência da correlação entre o casamento e o estado de saúde. Em populações em que a maioria das pessoas se une, os solteiros, especificamente aqueles que nunca se uniram, são marcados por uma maior seletividade se comparadas àquelas populações cujas proporções são semelhantes, segundo o autor.

Valendo-se de dados longitudinais de uma coorte de jovens americanos, Goldman (1993) baseia-se na teoria de escolha racional para realizar um estudo empírico sobre a escolha do parceiro. Nesse modelo, o mercado de casamentos é comparado ao mercado de trabalho, uma vez que os indivíduos buscariam potenciais parceiros para maximização de recursos (BECKER, 1974). O autor corrobora sua hipótese ao identificar menores chances de ingressar em uniões por parte de indivíduos cujo comportamento e características físicas observáveis, como deficiências, são associadas a um *status* de saúde deteriorado. Relações entre as taxas de casamento e disfunções/limitações de saúde são pouco significativas. Segundo o autor, os resultados apontam para a maior importância de características observáveis em detrimento do *status* de saúde em si.

Caso a análise do efeito de seleção seja pautada exclusivamente no modelo de maximização de recursos, sem adaptações, a seleção ocorreria de forma contrária, como ressalta Lillard (1996). Os indivíduos que mais se beneficiariam das uniões em termos de saúde, ou seja, aqueles com pior *status* e comportamento, seriam os mais propícios a ingressarem em uniões e menos propícios a dissolvê-las. Nesta perspectiva, de produção de saúde, insumos que produzem benefícios para o bem-estar, como as uniões, tendem a ser adquiridos por aqueles que mais demandam esses benefícios. São exatamente esses indivíduos, no entanto, que são considerados pouco atrativos e, conseqüentemente, se mostram menos aptos para o ingresso em uniões segundo Goldman (1993).

Ressalta-se que a baixa probabilidade de indivíduos com as características mencionadas de ingressar em uniões não anula a possibilidade de uma transformação comportamental quando o fazem. Valendo-se da técnica *Propensity Score Matching*, King, Massoglia e MacMillan (2007) identificam que são os indivíduos com a menor propensão de ingressar em uniões que, quando o fazem, apresentam transformações mais evidentes quanto ao exercício de crimes violentos.

Evidências empíricas apontam para a atuação de seleção por atributos de saúde também no que se refere à dissolução de uniões. Joung (1998), ao analisar uma base de dados longitudinal de holandeses, assinala que indivíduos formalmente casados com quatro ou mais queixas subjetivas quanto ao estado de saúde ou duas ou mais condições crônicas têm, respectivamente, 1,5 e 2 vezes mais chances de dissolverem uma união no período da pesquisa se comparadas às pessoas sem esses problemas. Os efeitos da seleção por atributos de saúde no divórcio podem ser observados mesmo anteriormente ao casamento (LUCAS, 2005). Lucas (2005), observa que pessoas com maiores graus de satisfação com a vida têm menos chances de divorciar. Os autores também observam que essas pessoas têm, em média, maiores níveis de satisfação com a vida se comparadas às pessoas divorciadas mesmo anteriormente ao ingresso na união a ser dissolvida.

Estudos cujos objetivos são a mensuração do efeito de seleção em contraposição à relação de causalidade dos processos de formação de família na saúde e hábitos de saúde dos indivíduos apresentam evidências para atuação de ambos os efeitos. Gove, Hughes e Style (1983), em uma análise realizada a partir de dados dos Estados Unidos, identificaram que questões relacionadas à infância do indivíduo, apesar de correlacionadas com o *status* marital em si, tem um efeito modesto na correlação entre *status* marital e bem-estar psicológico. Ao analisar o comportamento relacionado ao uso de álcool e cigarro dentre mulheres americanas e seus cônjuges, Agrawal (2006) identifica a atuação destas características no modelo de escolha do parceiro em todos seus estágios (consumo e dependência), que acarretam em uma significativa similaridade de comportamento entre os cônjuges. Ainda segundo Agrawal (2006), os padrões de escolha do parceiro variam entre coortes e, deste modo, os padrões de uma geração poderiam produzir variações no mercado de casamentos quanto ao consumo de substância nas próximas gerações.

Além da seleção direta, em decorrência dos comportamentos e atributos de saúde observáveis, a seleção pode ocorrer, de forma indireta, por homogamia social (AGRAWAL, 2006). A homogamia social se refere à seleção de um cônjuge e a propensão de ter um filho

com base em fatores sociais correlatos ao uso de substâncias, como a religião e prática religiosa (MCKINNON et al., 2000; MIRANDA-RIBEIRO et al., 2010; VERONA; DIAS JÚNIOR, 2012), *status* socioeconômico (PETERSEN, 2011; ANTONOVICS; TOWN, 2004) ou características psicológicas ligadas às experiências na infância, como o divórcio dos pais (UMBERSON, 1987). Essas variáveis mediadoras, analisadas na próxima seção, afetam, portanto, tanto a propensão a engajar em um dado comportamento de saúde quanto à propensão de ingresso em uma união e a transição para a paternidade.

Os critérios de seleção supracitados podem atuar de formas diferentes no casamento informal e na coabitação. A literatura indica que os casais que coabitam possuem características que associadas a um pior estado de saúde, mesmo anteriormente às uniões. Estas características podem ser relacionadas a questões psicológicas (CHERLIN et al., 2004), educação e rendimentos (XIE et al., 2003) e aos próprios comportamentos de saúde (o que acarretaria uma seleção direta) (KOSKINEN et al., 2007).

Embora o presente estudo aborde as transformações no comportamento de saúde a partir das transições para uniões ou paternidade, considerando o comportamento prévio aos eventos de interesse, os resultados não estão livres da atuação do efeito de seleção.

## **2.4 Fatores mediadores**

O tópico a seguir apresentará as questões que mediam a relação entre os processos de formação de família e o comportamento de saúde, tal como a relação entre *status* socioeconômico e saúde, diferenciais de gênero no uso do tempo, religião, percepção de risco, contexto familiar, efeito de pares e comunidade, curso de vida e histórico conjugal.

### **2.4.1 Status socioeconômico e saúde**

A relação entre *status* socioeconômico e saúde é amplamente abordada pela literatura. Os resultados, de forma geral, apontam para um melhor *status* de saúde dentre aqueles com condições socioeconômicas favoráveis (HARDARSON et al., 2001; LANTZ et al., 1998; DOORNBOS, 1990). Os mecanismos para a ocorrência desta relação e sua relação causal, no entanto, ainda são alvo de divergência dentre os estudiosos.

Segundo Adler (1994), são três as principais linhas de pensamento acerca do tema. A primeira considera a existência de um efeito espúrio na relação entre saúde e *status*

socioeconômico, que seria explicado por fatores genéticos. Deste modo, existiria uma pré-disposição biológica que influenciaria a posição socioeconômica individual. Ao realizar um experimento com gêmeos, Gerdtham (2016) aponta que, quando controlado pela herança genética e origem socioeconômica familiar, as variáveis de educação e renda são pouco responsáveis por variações na saúde dos indivíduos. Nesse sentido, Gerdtham (2016) reconhece a forte atuação de questões genéticas na relação entre *status* socioeconômico e saúde.

A segunda linha de pensamento descrita por Alder (1994) se baseia na direção da relação causal entre *status* socioeconômico e saúde. Esta linha é pautada em evidências de que indivíduos com saúde ruim apresentam *status* socioeconômico descendente, em detrimento da relação contrária (em que o baixo *status* socioeconômico acarretaria em condições de saúde precárias). Tyrrell et al. (2016), por exemplo, identificam uma forte correlação entre o índice de massa corporal e as variáveis renda, escolaridade e ocupação. Segundo Tyrrell et al. (2016), pessoas acima do peso, sobretudo mulheres, seriam mais suscetíveis a condições socioeconômicas desfavoráveis.

Por fim, Alder (1994) apresenta o modelo de correlação entre estado de saúde e *status* socioeconômico baseado na alteração de funções fisiológicas como consequência do ambiente físico (exposição a vetores e patógenos), do ambiente social (um ambiente mais propício à ocorrência de violência, por exemplo), da socialização (influência nas condições psicológicas e cognitivas dos indivíduos) e da adoção de comportamentos de saúde com relação à saúde. Esta abordagem será explorada a seguir a partir da apresentação das possíveis correlações entre as variáveis que compõe o *status* socioeconômico e o *status* de saúde.

As explicações para a relação causal da atuação do *status* socioeconômico no comportamento de saúde, segundo Pampel, Krueger e Denney (2010) consistem na privação, desigualdade e estresse ocasionados no baixo *status* socioeconômico, nos menores benefícios de adoção de comportamentos saudáveis por parte dos menos favorecidos economicamente, na adoção de comportamentos saudáveis como forma de distinção social, nas distinções quanto ao conhecimento e acesso à informação, nas diferentes formas de provimento de suporte social, coesão e influência de pares, nas oportunidades comunitárias e, por fim, na disponibilidade de recursos (para pagar por um tratamento para cessar o tabagismo, por exemplo).

Tratando-se de rendimentos monetários, a literatura aponta para a existência de um prêmio de rendimentos conferido aos pais e homens unidos, como mencionado anteriormente. Esse prêmio poderia atuar como um mecanismo protetivo no comportamento e saúde desses homens. No entanto, existe a hipótese de atuação do efeito de seleção nesta relação. Nesse caso,

as uniões não atuam de forma a maximizar os rendimentos dos homens e, conseqüentemente, não teriam uma relação causal com melhorias no estado e comportamento de saúde em decorrência dos melhores rendimentos. Petersen (2011), ao analisar dados oriundos da Noruega, um país cujos homens são incentivados a participar da esfera familiar, identifica que cerca de 80% do prêmio salarial aos homens casados e com filhos é decorrente do efeito de seleção. Os homens que eventualmente vão se casar ou ter filhos ocupam cargos ou empresas cujo pagamento é maior mesmo antes da ocorrência desses eventos. Antonovics e Town (2004) ao analisarem os dados de homens americanos, no entanto, não encontraram suporte significativo para a hipótese de seleção, uma vez que, mesmo dentre gêmeos monozigóticos (dotados das mesmas características pré-maritais), o prêmio salarial relacionado ao casamento permanece expressivo.

Os atributos de cor, raça e etnicidade constituem variáveis relevantes quanto à percepção relativa de hierarquia e prestígio e, conseqüentemente, compõem o *status* socioeconômico individual. Essas variáveis também se mostram correlacionados com a percepção de risco, comportamento e *status* de saúde (BATISTA, 2005), bem como com a atratividade do indivíduo no mercado de casamentos, funcionando como um feito de confundimento na relação analisada (*status* marital e comportamento de saúde). Os diferenciais quanto ao ingresso em uniões compõem uma espécie de penalty para os indivíduos negros quanto ao ingresso em uniões, segundo Gullickson e Torche (2014). Os autores apontam que, no caso brasileiro, apesar da ocorrência comum de uniões heterogâmicas quanto à raça, a desvantagem de negros no mercado de casamentos não foi eliminada. Valendo-se da teoria de *Status Exchange*, em que uma característica de menor *status* é compensada por outra de maior *status*, Gullickson e Torche (2014) demonstram que as uniões entre brancos e indivíduos de outras raças usualmente é marcada pela maior escolaridade do cônjuge não branco.

#### 2.4.2 Diferenciais de gênero e uso do tempo

Os diferenciais persistentes entre os padrões de morbidade e mortalidade entre o sexo feminino e masculino são atribuídos majoritariamente ao determinante comportamental (LAURENTI; GOTLIEB, 2005). A explicação mais usual é de que os homens são submetidos a uma socialização pautada na masculinidade, correlacionada a comportamentos como fumar, consumir bebida alcoólica e se recusar a usar o cinto de segurança, o que os incita a colocar a saúde em risco (MAHALIK et al., 2007). As mulheres, por outro lado, são socializadas para

cuidar da sua própria saúde e dos demais membros da família, sendo esse comportamento justificado pela habilidade feminina natural para realizar estes e outros trabalhos domésticos não pagos (RECZEK; UMBERSON, 2012). Em decorrência desta socialização, as mulheres geralmente detêm mais conhecimento sobre questões de saúde se comparadas aos homens, mostrando-se também mais aptas para monitorar o seu próprio estado saúde e menos propensas a ingressar em comportamentos de saúde em geral (UMBERSON, 1992).

Comportamentos de saúde mediados por relações normativas de gênero resultam em diferentes atuações dos mecanismos que mediam a relação entre as uniões conjugais e o comportamento de saúde. A redução do comportamento de saúde por parte dos indivíduos unidos atribuída, sobretudo, ao aumento de renda e recursos destinados ao bem-estar, no caso das mulheres, e ao provimento de rede de ajuda e suporte no caso masculino (WAITE, 1995; WILLIAMS; UMBERSON, 2004). Segundo Reczek e Umberson (2012), em decorrência dos ideais de masculinidade hegemônicos, homens heterossexuais americanos em uniões formais ou informais usualmente não se preocupam com a saúde da companheira. As mulheres, por outro lado, reproduzindo um comportamento normativo, promovem o comportamento saudáveis dentre todos os membros da família. Também em decorrência das menores chances de mulheres ingressarem em um comportamento de saúde negativo, estas proveem um maior controle social para os cônjuges no contexto das uniões, corroborando os maiores ganhos em saúde auferidos pelos homens a partir dos processos de formação de família (UMBERSON, 1987).

As disparidades de gênero refletem, além disso, em distinções no uso do tempo que, por sua vez, refletem o tempo disponível para realização de uma atividade caracterizada como benéfica ou de risco para a saúde. A perspectiva de uso do tempo permite a análise da percepção e demanda de realização de tipologias de atividade. Seguindo a teoria proposta por Becker (1965), em que o tempo funcionaria como uma commodity no domicílio e seria alocado com a finalidade de maximização de utilidade, a literatura aponta transformações nas atividades realizadas pelos indivíduos associadas à transição de *status* marital. As atividades usualmente são agrupadas em três principais grupos: dedicação ao mercado de trabalho, ao trabalho doméstico ou atividades sociais e recreativas.

Ao analisar o uso do tempo de indivíduos de diferentes estados conjugais, Gupta (1999) observa uma redução no tempo despendido com atividades domésticas quando o homem ingressa em uma união, resultado contrário ao observado para o sexo feminino. Ao analisar a realização de atividades sociais e recreativas entre casados e solteiros nos Estados Unidos, Lee

e Bhargava (2004) identifica diferenças quanto aos tipos de atividades e intensidade. Segundo os autores, os indivíduos solteiros passam mais tempo assistindo à televisão, escutando rádio ou indo a bares enquanto os casados dedicam à maior parte do seu tempo recreativo a ocupações ativas como prática de esportes ou atividades ao ar livre como canoagem e pesca, resultados comuns para os sexos feminino e masculino.

De forma geral, entre homens e mulheres, a falta de tempo também se mostra uma barreira para práticas de exercícios físicos dentre os adultos, por exemplo. Nesse sentido, as transições relacionadas ao aumento de responsabilidades e obrigações, como o casamento e os filhos, são elencadas como motivos para o sedentarismo (MALINA, 1996), apesar de prováveis variações por gênero, a depender do nível de especialização do domicílio. Hull et al. (2010), ao analisarem a prática de atividade física dentre jovens adultos, identifica uma associação entre a paternidade e maternidade com a prática de atividades físicas, sugerindo que estes eventos seriam um entrave para a prática. No caso do casamento formal, no entanto, os resultados não foram significativos.

Considerando a tendência normativa feminina de cuidado com os membros do domicílio, o mecanismo de suporte social seria exercido majoritariamente pelas mulheres, corroborando a maior vantagem masculina na saúde relacionada às uniões (UMBERSON; DONNELLY; POLLITT, 2018). Uma tendência recente é a análise da atuação de mecanismos protetivos em relações homossexuais. Segundo Cherlin (2013), os resultados de efeitos protetivos seriam distintos para uniões do mesmo sexo em decorrência, primeiramente, da continuidade da discriminação contra gays e lésbicas. Ainda segundo o autor, estas relações seriam distintas dos casamentos heterossexuais quando a união entre um homem e uma mulher for mediada por relações de gênero e inserção no mercado de trabalho desiguais.

Umberson (2018) ressalta que, embora as condições associadas ao gênero frequentemente coloquem a responsabilidade pelas necessidades de saúde das outras pessoas nas mãos das mulheres, as desigualdades quanto aos cuidados relacionados à saúde do parceiro tendem a ser maiores nos relacionamentos heterossexuais se comparados aos homossexuais, o que corrobora a perspectiva de gênero relacional. Deste modo, os comportamentos de homens e mulheres nas uniões variariam conforme o sexo do parceiro, feminino ou masculino. Os resultados identificados por Umberson sugerem que cônjuges do mesmo sexo, assim como os heterossexuais, trabalham ativamente para influenciar e melhorar os hábitos de saúde uns dos outros. Em ambos os tipos de relacionamentos, heterossexuais e homossexuais, esta influência

para a melhoria da saúde do parceiro mostra-se mais intensa quando os hábitos do cônjuge são menos saudáveis.

Quanto às evidências empíricas da correlação entre uniões e saúde de homens e mulheres, Rendall et al. (2011) identificam uma vantagem na sobrevivência de homens e mulheres casados se comparados a todos os outros grupos de solteiros (nunca unidos, divorciados e viúvos). Rendall et al. (2011) assinalam a existência de um “prêmio” de sobrevivência para os homens com o casamento, que perde a importância em idades mais avançadas. Umberson (1992) indica que o suporte social a partir da coabitação com o cônjuge acarreta na diminuição do consumo de cigarro, para homens e mulheres, e aumento de horas de sono e atividade física para as mulheres. Os resultados identificados por Marks e Lambert (1998) e Simon (2002) apontam para efeitos similares da continuidade prolongada do estado conjugal de não unido no bem estar psicológico para o sexo masculino e feminino no contexto americano e, no caso do estudo de Simon (2002), não são identificadas diferenças por gênero em nenhuma das transições de estado conjugal. Marks e Lambert (1998), por sua vez, sugerem um efeito deletério mais forte para as mulheres na transição para fora do casamento, com a viuvez ou divórcio.

#### 2.4.3 Religião

A literatura aponta para uma correlação positiva entre religião e prática religiosa e a prática de comportamentos benéficos para a saúde. A maior parte dos estudos identificados que analisaram a relação entre comportamento de saúde e religião utiliza as variáveis de filiação religiosa e a frequência a cultos (DALGALARRONDO et al., 2007; D'ANTONIO et al., 1982). Outros pesquisadores, no entanto, também incluíram variáveis como a importância atribuída à religião na vida, o envolvimento com a religião, as medidas de crença religiosa, as práticas religiosas, a participação em atividades da igreja além dos cultos, o tempo gasto com atividades religiosas, as crenças e valores religiosos ortodoxos ou fundamentalistas e a importância atribuída à religião (DALGALARRONDO et al., 2007; MILLER; DAVIES; GREENWALD, 2000; BROWNFIELD, 1991).

Quanto aos mecanismos atuantes na relação entre religião e estado / comportamento de saúde, D'Antonio et al. (1982) destacam que, sob a perspectiva do controle social, a religião é percebida como uma instituição restritiva, de proibições. Nesse caso, o autor exemplifica a atuação da religião como instituição repressiva quanto ao sexo pré-marital ou aborto. Sob a

perspectiva do suporte social, por outro lado, D'Antonio et al. (1982) ressaltam o papel da religião como provedora de significados e laços, essenciais para a coesão social.

Especificando as dimensões abordadas por D'Antonio, Ellison e Levin (1998) apontam oito mecanismos atuantes na relação entre saúde e religião: A regulação de estilos de vida individuais e comportamentos de saúde; a provisão de recursos sociais (como, laços sociais, apoio formal e informal); a promoção de autopercepções; o provimento de recursos de enfrentamento específicos (isto é, respostas cognitivas ou comportamentais específicas ao estresse), a geração de outras emoções positivas; a promoção de crenças saudáveis e, por último, a atuação de mecanismos hipotéticos adicionais, como a existência de uma bioenergia de cura.

As evidências empíricas identificadas abordam majoritariamente a relação entre religião e comportamento de saúde dentre os adolescentes. Dalgalarondo et al. (2007), por exemplo, identificam que, dentre jovens americanos, a percepção de importância da religião e a frequência aos cultos e às atividades religiosas estão associados a menores ocorrências de comportamentos de saúde como o tabagismo, uso de álcool, evasão escolar e uso de maconha. Os resultados permanecem significativos mesmo quando controlados pelas características familiares e percepção de auto-estima. Ainda tratando-se dos adolescentes americanos, Miller Davies e Greenwald (2000) identificam uma associação inversa entre a devoção pessoal (uma relação pessoal com o Divino) e a filiação com denominações religiosas mais fundamentalistas com o uso de substâncias e dependência de substâncias ou abuso em uma variedade de substâncias (álcool, maconha, cocaína ou qualquer contrabando de drogas). O posicionamento pessoal (um compromisso pessoal de ensinar e viver de acordo com o credo), segundo os autores, mostrou-se inversamente associado ao uso de álcool apenas.

No Brasil, Rocha, Guimarães e Cunha (2012) realizaram um estudo qualitativo sobre o processo de recuperação de uso de drogas em fiéis de igrejas pentecostais Assembleia de Deus, de uma comunidade popular do Rio de Janeiro. Os usuários de drogas, em sua maioria, elegeram a igreja como primeiro (e único) local para sua recuperação porque, dentro do seu campo de possibilidades, havia coerência entre sua visão de mundo e a desta instituição. Os resultados apontam ainda para a percepção dos respondentes sobre a possibilidade de associar-se a um grupo respeitado pelos próprios usuários de drogas e pela comunidade onde vivem. Os autores também ressaltam que a filiação à religião representou, para os que estavam ameaçados pelo tráfico, a própria garantia de sobrevivência.

Dalgalarondo et al. (2007) ressaltam a existência de efeitos de confundimento na correlação entre comportamento de saúde e religião, que extrapolam a atuação dos mecanismos

anteriormente mencionados. Um fator que explicaria esta correlação é que, quando os jovens estão repletos de atividades pró-sociais, geralmente supervisionadas, com os colegas, o tempo disponível para explorar comportamentos de saúde é minimizado. Outra explicação seria que aqueles jovens ativos em congregações religiosas teriam pais que os supervisionaria mais de perto e os encorajaria a se envolver com a religião organizada e assim contribuir para a diminuição da atividade de risco.

A religião correlaciona-se também com a ocorrência de uniões e a paternidade. Waite (1995) ressalta o papel do casamento formal como conector do indivíduo com outras importantes instituições sociais, como a religião. Neste caso, o casamento seria responsável pela conversão para uma dada religião ou assiduidade a cultos religiosos, por exemplo, e não o contrário. No caso das uniões informais, Waite (1995) alega que sua ocorrência, ao contrário dos casamentos formais, está relacionadas a uma menor participação nestas instituições.

Por fim, destaca-se a relação contrária à descrita por Waite, em que a religião assume o papel de instituição definidora de normas quanto ao ingresso em uniões e paternidade, funcionando como variável mediadora para atuação do efeito de seleção na correlação entre comportamento de saúde e *status* marital. Estudos realizados no escopo nacional ressaltam a correlação da religião e prática religiosa com a fecundidade e ingresso em uniões formais e informais, principalmente dentre as adolescentes do sexo feminino. McKinnon et al. (2008), em um estudo realizado na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, sugerem que as igrejas protestantes parecem ser mais efetivas que a igreja católica no sentido de desencorajar o sexo pré-marital e a fecundidade até os 17 anos. Os resultados identificados por McKinnon et al. (2008) sugerem ainda uma associação entre religião e *status* marital dentre adolescentes de 15 a 17 anos que tiveram filhos nos 12 meses anteriores à data de referência do Censo. Se comparadas às católicas, as jovens que se declararam filiadas à Assembleia de Deus, a outras igrejas protestantes históricas e a outras pentecostais (com exceção da Igreja Universal do Reino de Deus) apresentaram maior chance serem casadas formalmente.

No contexto do estado de Minas Gerais, valendo-se do questionário da amostra do Censo Demográfico de 2000, Miranda-Ribeiro et al. (2000) identificam uma forte associação entre fecundidade na adolescência e religião em Minas Gerais. Se comparadas às católicas, as adolescentes afiliadas à Igreja Universal do Reino de Deus têm maior chance de ter um filho na adolescência. No entanto, adolescentes filiadas às denominações protestantes e à Assembleia de Deus têm menores chances de uma gravidez na adolescência. Quanto às uniões, os resultados identificados pelos autores indicam que o risco de estar formalmente casada é maior para todas

as denominações protestantes e pentecostais, exceto a Igreja Universal do Reino de Deus, quando comparado ao risco das católicas. No que se refere à coabitação, no entanto, os modelos obtiveram pouca significância, o que sugere que, em Minas Gerais, o casamento formal ainda é a norma.

Verona e Dias Júnior (2012), valendo-se de dados censitários nacionais, identificam um risco reduzido de adolescentes protestantes, particularmente pentecostais, de serem mães adolescentes e antes do casamento. Os resultados identificados pelos autores sugerem que a religião atua como desencorajadora da fecundidade adolescente mesmo em um contexto de vulnerabilidade social, pobreza, desigualdade, em que majoritariamente se deu a expansão pentecostal no Brasil (MARIANO, 2008).

#### 2.4.4 Percepção de risco

A percepção sobre perigo e avaliação de risco varia conforme características sociodemográficas, experiências pessoais e redes de contato. Nesse sentido, faz-se necessário extrapolar questões associadas ao risco do ponto de vista técnico e abordar dimensão social de como o risco é conceituado e entendido segundo os diferentes grupos, abordagem denominada de psicologia do risco (TRIMPOP, 1994; LOPES, 1987).

A percepção individual sobre os possíveis riscos de determinado fenômeno ou ambiente mostra-se intrinsecamente associada ao comportamento de saúde. Além de processos individuais, como mecanismos cognitivos, preferências sobre as tomadas de decisão e atenção seletiva acerca dos perigos, a percepção de risco é correlacionada com estruturas socioculturais, valores e crenças que variam conforme a estrutura das relações sociais (WILDAVSKY; DAKE, 1990; SCHERER; CHO, 2013).

Nesse sentido, o modelo denominado *Health Belief Model* (BECKER, 1974; JANZ; BECKER, 1974; KELLY; ZYZANSKI; ALEMAGNO, 1991) assume que o bem-estar relacionado à saúde consiste em um objetivo comum mesmo entre indivíduos de diferentes graus de comportamento relacionados à saúde. O modelo atribui tais diferenças às percepções individuais e motivações para a tomada de decisões frente à determinada ação. Deste modo, o comportamento de saúde poderia ser explicado principalmente por quatro fatores (KELLY; ZYZANSKI; ALEMAGNO, 1991): a percepção de susceptibilidade ao risco, ou o quão vulnerável o indivíduo se sente frente à determinada ação; a percepção de severidade do risco; a percepção de benefícios relacionados à ação; e, por último, a percepção de barreiras e obstáculos para a tomada desta ação.

Essas percepções, por sua vez, mostram-se correlacionadas com características psicológicas, socioeconômicas e a rede de contatos dos indivíduos (LANGLIE, 1977). A variável idade, por exemplo, mostrou-se positivamente associada ao comportamento adequado de saúde no estudo realizado por Langlie (1977). Além disso, as variáveis de gênero e raça revelam sensibilidade quanto às diferenças na percepção de risco: de forma geral, os riscos são percebidos de forma mais branda pelos homens se comparados às mulheres e pelos indivíduos brancos se comparados aos não brancos, o que constitui o fenômeno denominado de efeito do homem branco (FINUCANE et al., 2000). Nesse sentido, Finucane et al. (2000), ao analisarem a percepção de risco acerca dos efeitos adversos do estoque e transporte de rejeitos químicos e radioativos nos Estados Unidos, identifica o grupo de homens brancos como àquele que tende a perceber como menores os riscos dessa atividade.

Reconhecendo a influência de questões sociais, políticas, psicológicas, econômicas e da disponibilidade de tecnologia na percepção de risco, Dosman et al. (2001) identificam as variáveis renda, número de crianças no domicílio, gênero e idade como preditoras do comportamento de saúde individual no que se refere à segurança alimentar no Canadá. Segundo Dosman et al. (2001), a variável gênero é a que apresenta uma correlação mais forte com a percepção de risco, resultado que corrobora o estudo de Finucane et al. (2000), mencionado anteriormente.

Acredita-se que as uniões, em interação com as características psicológicas, socioeconômicas e a rede de contatos dos indivíduos, atuem na transformação de percepções de susceptibilidade, severidade e benefícios de um determinado comportamento de saúde por meio do suporte de informação e tomada de decisões. Além disso, o provimento de regulação diária e contexto normativo podem contribuir para o aumento do custo de ingressar em comportamentos de saúde na percepção do cônjuge.

#### 2.4.5 Contexto familiar, efeito de pares e comunidade

As famílias representam uma importante unidade no que se refere às funções de reprodução biológica, desenvolvimento emocional e organização das relações entre o indivíduo e a comunidade. A socialização familiar anterior às uniões, ocorrida, por exemplo, na infância, desempenha um papel relevante na construção da definição de boa saúde, provendo o engajamento no contexto sociocultural, além de treinamento e experiências prévias quanto aos hábitos a serem adotados pelos indivíduos (LIMAM, 1967).

Além do contexto familiar, outros ambientes de convívio e agentes de socialização exercem influência no comportamento de saúde. O ambiente comunitário e o comportamento dos pares dos indivíduos, ou seja, daqueles com características sociodemográficas semelhantes, são exemplos de influências comportamentais. Baranowski, Perry e Parcel (2002), ao descreverem a interação entre indivíduos, ambiente e comportamento de saúde, apontam os principais mecanismos pelos quais família e comunidade afetam tais comportamentos. Os autores, que reconhecem influências ambientais, cognitivas e comportamentais nas atitudes dos indivíduos, apontam o provimento de conhecimentos, habilidades e recursos, o ambiente normativo associado aos entraves e punições para uma ação, as crenças sobre habilidades individuais e coletivas para desempenho de uma atividade e a construção cognitiva de expectativas e intenções ao alcançar um objetivo como os principais instrumentos que mediam a relação entre o ambiente de convívio e o comportamento de saúde.

Quanto às evidências empíricas, Reynolds e Catherine (1998) identificam uma correlação entre a origem familiar e o estado de saúde de jovens adultos americanos, apesar de reconhecer a maior influência das características individuais, tais como escolaridade. Lau et al. (1990), também no contexto americano, reconhecem que os pais têm uma forte influência na adoção de comportamentos relacionados à saúde. No caso do estudo, foram considerados o consumo de bebida alcoólica, dieta, prática de exercícios físicos e uso de cinto de segurança.

No mesmo estudo mencionado anteriormente, Lau et al. (1990) apontam que apesar da maior importância da socialização realizada pelos pais, existe uma mudança de grande magnitude na prática de comportamentos de saúde por jovens durante os três primeiros anos da faculdade, o que estaria correlacionado às transformações nas redes de contato. Segundo Cohen (2006) essas relações, que se dão através do contágio, ocorrem em decorrência da tendência dos indivíduos a se relacionar com outros com comportamentos e atitudes semelhantes em suas características sociodemográficas. O contato com esses indivíduos, por sua vez, intensifica a propensão de adoção de um comportamento que seja comum naquele grupo.

No que tange aos efeitos da vizinhança, Kling et al. (2007) ressaltam a dificuldade de analisar os efeitos do ambiente local correlacionados à disponibilidade de serviços e infraestrutura, dissociados de questões comunitárias, de relações sociais ou do próprio investimento em capital humano de cada indivíduo. Nesse sentido, Robert (1998) faz o exercício de separar os efeitos de questões familiares e individuais na saúde e conclui que, apesar de atuarem com menor força, a dimensão comunitária influencia a saúde independente

da atuação dos demais efeitos supracitados. Segundo a autora, esse efeito seria explicado em grande parte pela disponibilidade de infraestrutura de serviços e redes de apoio na saúde.

Em um estudo empírico realizado nos EUA, Boardman (2001) também identificou o efeito comunitário no uso de drogas entre adultos independente das características individuais: locais com baixo *status* socioeconômico apresentaram uma maior incidência de uso de drogas. Esse resultado seria correlacionado, segundo o autor, aos baixos níveis de organização comunitária, normas e valores relacionados à aceitabilidade do fenômeno, fatores de stress, recursos sociais e questões psicológicas, tal como a autoestima.

Ainda tratando-se do nível comunitário, vale ressaltar a existência da segregação racial quanto aos locais de residência, o que corrobora a manutenção nas disparidades de raça na saúde. Segundo Willians (1997), os negros de classe média nos Estados Unidos residem em vizinhanças com menos infraestrutura se comparados aos brancos da mesma classe social. Essa segregação, segundo o autor, tem impacto na renda, na disponibilidade de cuidados médicos, no ambiente físico e social dos indivíduos, resultando em diferenças ainda marcantes na saúde entre brancos e negros. Ressalta-se que, nos Estados Unidos os diferenciais socioeconômicos raciais contribuem também para uma menor taxa de casamento dentre os negros, que se dá, segundo Raley et al. (2015), mesmo nos níveis de escolaridade mais altos.

#### 2.4.6 Curso de vida e histórico conjugal

A transição de *status* marital pode acarretar em mudanças no comportamento de saúde que não são constantes durante todos os estágios da vida. Nesse sentido, faz-se necessária uma análise sob a perspectiva do curso de vida, que correlaciona os impactos na saúde do indivíduo com mecanismos responsáveis pela exposição ao risco em cada idade, incluindo variáveis macroestruturais (ZELLA, 2017). No caso específico da associação entre *status* marital e saúde, a perspectiva do curso de vida faz-se importante porque pode apontar para existência do efeito de circunstâncias individuais mutáveis, como rendimentos e saúde emocional, e da causalidade reversa (o efeito de seleção, descrito anteriormente). Esta seção apresentará a literatura identificada sobre possíveis variações e efeitos do histórico conjugal e demais transições do ciclo de vida na saúde individual.

Nos parágrafos a seguir serão abordadas algumas questões identificadas na literatura relacionadas ao momento no ciclo de vida (idade, timing e ordem das transições realizadas), a associação do casamento com outros fatores importantes na vida do indivíduo, como o histórico da relação conjugal, sobretudo no que se refere à qualidade da relação.

Pesquisas realizadas apontam para uma relação inversa entre comportamentos de saúde negativos e idade (TRÄNKLE et al., 1990; LIANG et al., 1999; BERRIGAN et al., 2003). Os mecanismos pelos quais a idade inibiria a prática de comportamento de saúde são variados. Alguns autores tem a hipótese de que os jovens seriam mais influenciáveis por seus pares, enquanto para os adultos e idosos o suporte familiar, incluindo o suporte do cônjuge, se mostram mais importantes (LAU; QUADREL; HARTMAN, 1990; UMBERSON, 1996). Os jovens gozariam também de uma maior sensação de prazer quando apresentados a um novo comportamento, como beber e fumar (KANNA, 1981). Outro ponto que diferenciaria jovens de adultos e idosos é a percepção de risco, perspectiva já mencionada anteriormente. Adultos e idosos tendem a se preocupar mais com as possíveis doenças, estado de saúde e comportamentos relacionados (TRÄNKLE et al., 1990). Tränkle et al. (1990), por exemplo, identificaram uma menor percepção dos riscos relacionados à escuridão, declive / declínio e curvas de estradas na direção por parte de homens jovens se comparados aos mais velhos.

Quanto às evidências relacionadas aos padrões de comportamento de saúde e idade, Berrigan (2003) ao analisar a aderência de recomendações de saúde pública relacionadas à prática de exercícios, tabaco, álcool, dieta e consumo de frutas e legumes, identifica uma associação entre idade e dois padrões extremos de comportamento de saúde. A adesão a todas as cinco recomendações aumenta com a idade, enquanto a ocorrência de não adesão diminui à medida que a idade aumenta. Em uma análise agregada também para o contexto americano, Liang et al. (1999) identificaram em seus resultados a existência de clusters proeminentes entre pessoas mais jovens quanto à prática de comportamentos nocivos. Além disso, os resultados identificados por Liang et al. (1999) também mostraram o efeito combinado de idade e idade e gênero em padrões de comportamentos de saúde (como uso de cinto de segurança, uso de tabaco e direção após consumo de bebida alcoólica), uma vez que as diferenças de gênero nos padrões comportamentais diminuem com o aumento da idade.

Ainda tratando-se da perspectiva do curso de vida, ressalta-se que as transições estão regidas sobre normas sociais que estabelecem o momento e a ordem ideal para a realização de cada uma delas. Desse modo, sob a ótica normativa, existiria um momento adequado para o casamento e a paternidade/maternidade, divórcio e momentos em que a ocorrência de mortes no domicílio causaria menos efeitos deletérios (PEARLIN; SKAFF, 1996). Nesse sentido, Elder (1985) argumenta que transições experimentadas em estágios não normativos da vida podem minimizar o bem-estar, resultando, por exemplo, na deterioração das condições de saúde em

decorrência do nascimento de um filho ou da formação da união, resultado contrário ao usualmente identificado pela literatura.

Ainda no que se refere ao *timing* dos eventos, a literatura aponta para a dissipação de parte dos ganhos com o casamento ao longo do tempo. Em uma menor magnitude, parte dos efeitos são identificados ao longo de todo o tempo de duração da união (MUSICK; BUMPASS, 2012). Ao contrário, no caso da viuvez e separação, usualmente tem-se uma deterioração momentânea da saúde que é superada com o passar dos anos (UMBERSON, 1992).

A presença de outros familiares no domicílio além do cônjuge e do filho também pode influenciar no comportamento de saúde adotado pelo indivíduo. Considerando as transformações na composição do domicílio no Brasil, com destaque para a verticalização, ou seja, a convivência de mais de uma geração no mesmo domicílio (WAJNMAN, 2012), outros agentes de regulação e socializadores podem interferir na saúde individual em decorrência do contato diário. Além disso, a transformação das redes de parentesco nem sempre demandam o contato diário através da coabitação, podendo ser realizada por chamadas telefônicas, e-mails e deslocamentos de carro, em detrimento da proximidade física (COX, 1993). Nesse sentido, familiares não coresidentes podem exercer o papel de regulação da saúde e comportamento de saúde dos indivíduos analisados.

Por fim, a qualidade da relação e a percepção de satisfação marital também se mostra associada à saúde no contexto das uniões, embora algumas evidências empíricas apontem para uma maior atuação destas variáveis no bem-estar feminino (UMBERSON et al., 1996). Apesar de a literatura apresentar majoritariamente os ganhos na saúde em decorrência do casamento, a insatisfação quanto à relação é correlacionada com problemas físicos (BOOKWALA, 2005; UMBERSON et al., 2006; WICKRAMA; FREDERICK; CONGER, 1997) e psicológicos, tal como depressão, stress e ansiedade (HAWKINS; BOOTH, 2005; WHISMAN; BRUCE, 1999).

Hawkins e Booth (2005), ao analisarem o contexto americano, observam que a permanência em um casamento com baixa satisfação está associada a menores níveis de felicidade individual, autoestima e saúde, além de níveis elevados de funções psicológicas se comparados aos demais indivíduos casados. Os autores ressaltam ainda as evidências de que permanecer em um casamento pouco satisfatório pode ter mais efeitos deletérios do que a dissolução da união. Williams (2003), ressalta que os efeitos da satisfação marital podem ser diferentes entre homens e mulheres, mostrando-se mais relevante dentre o sexo feminino.

Ao fim desta secção, baseado na literatura apresentada, conclui-se que tanto os efeitos protetivos quanto os efeitos seletivos do *status* marital no comportamento de saúde são

mediados por variáveis individuais, familiares e comunitárias. No nível individual, as características sociodemográficas do período pré-marital, tal como religião e *status* socioeconômico, e inerentes ao indivíduo, como a raça, afetam tanto o comportamento de saúde quanto a propensão de ingresso em uma união ou propensão de ter um filho. Na escala familiar, além da ocorrência dos eventos de interesse (casamento e paternidade), os atributos da socialização na infância, a composição domiciliar e das redes de suporte, a qualidade da relação marital e ocorrência de eventos causadores de preocupação e stress se correlacionam também com o ingresso e permanência em uma relação marital e o comportamento de saúde. No nível comunitário, a disponibilidade de redes de apoio não familiares, a disponibilidade de infraestrutura, o *status* socioeconômico da comunidade e a aceitabilidade do comportamento atuam como variáveis mediadoras da relação analisada.

### **3 METODOLOGIA**

Essa secção tratará dos dados utilizados na pesquisa quantitativa e, em sequência, na pesquisa qualitativa.

#### **3.1 Análise quantitativa**

##### **3.1.1 Dados**

Os dados a serem utilizados são oriundos da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS), uma pesquisa de base domiciliar, de âmbito nacional, realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2013. O inquérito é composto por três questionários: o domiciliar, referente às características do domicílio, nos moldes do censo demográfico e da PNAD; o relativo a todos os moradores do domicílio, que dará continuidade ao Suplemento Saúde da PNAD; e o individual, a ser respondido por um morador de 18 anos e mais do domicílio, selecionado com equiprobabilidade entre todos os residentes elegíveis, com enfoque nas principais doenças crônicas não transmissíveis, aos estilos de vida, e ao acesso ao atendimento médico (Pesquisa Nacional de Saúde, Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares - IBGE).

O cadastro para seleção da Amostra Mestra (conjunto de unidades de área que são consideradas unidades primárias de amostragem) foi um arquivo contendo informações provenientes do Censo Demográfico 2010 sobre os setores censitários da abrangência geográfica, cujos limites são definidos na Base Operacional Geográfica de 2010, totalizando 316574 setores. Foi definida como UPA um setor ou um conjunto de setores com no mínimo 60 DPPs, à exceção de poucas unidades, por não ter sido possível agregar setores em alguns municípios (Pesquisa Nacional de Saúde, Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares - IBGE).

A estratificação das UPAs obedece a quatro diferentes critérios: administrativo, contemplando a divisão da UF em capital, resto da Região Metropolitana (RM) ou Região Integrada de Desenvolvimento Econômico- RIDE, e resto da UF; geográfico, que subdivide as capitais e outros municípios de grande porte em mais estratos; de situação que envolve a categorização rural/urbano; e o estatístico com o objetivo de melhorar a precisão das estimativas (Pesquisa Nacional de Saúde, Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares - IBGE).

Como integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares, o desenho amostral da PNS seguiu, em parte, o desenho amostral da Amostra Mestra, especialmente no que diz respeito à estratificação das UPAs.

A amostra da PNS é por conglomerados em três estágios de seleção:

- 1º estágio: seleção com probabilidade proporcional ao tamanho (dado pelo número de DPPs em cada unidade) da subamostra de UPAs em cada estrato da Amostra Mestra;
- 2º estágio: seleção por amostragem aleatória simples de domicílios em cada UPA selecionada no primeiro estágio;
- 3º estágio: seleção por amostragem aleatória simples do adulto (pessoa com 18 ou mais anos de idade) entre todos os moradores adultos do domicílio.

Para calcular o tamanho de amostra da PNS necessário para a estimação de parâmetros de interesse em níveis diferentes de desagregação geográfica, foram considerados os seguintes aspectos:

- Estimação de taxas de prevalência (proporções) com nível de precisão desejado em intervalos de 95% de confiança;
- Efeito do plano de amostragem (EPA), por se tratar de amostragem por conglomeração em múltiplos estágios;
- Número de domicílios selecionados por UPA;
- Proporção de domicílios com pessoas na faixa etária de interesse.

Os tamanhos de amostra esperados por Grande Região variaram de 10035 (Região Centro-Oeste) a 24610 na Região Nordeste, com número esperado de domicílios com entrevista realizada de 8028 e 19688, respectivamente (Tabela 2). Em cada desagregação geográfica de divulgação de indicadores, o tamanho de amostra foi de, pelo menos, 900 domicílios. A amostra de homens brasileiros e 25 a 39 anos é composta por 8.828 indivíduos que, com aplicação de pesos, resulta em um total de 22.505.859.

Os pesos amostrais, considerando as características da amostra complexa anteriormente descritas, foram aplicados em dois momentos na análise descritiva: O primeiro, durante a realização da regressão logística para identificação das variáveis que modelam as uniões formais e informais no contexto da população de interesse no estudo. Em um segundo momento, foram aplicados os pesos amostrais na análise descritiva, que foi realizada por estratos de propensão à união. As regressões logísticas realizadas na amostra completa também contaram com a utilização dos pesos da amostra complexa.

### 3.1.2 Propensity score stratification

A análise das consequências de um fenômeno inclui algum grau de comparação acerca de dois efeitos: o efeito de exposição de um indivíduo a este fenômeno e o seu contrafactual, a não exposição. No entanto, para um mesmo indivíduo em um dado momento do ciclo de vida, faz-se possível observar apenas uma das situações, a exposição ou a não exposição, e, conseqüentemente, apenas um dos efeitos faz-se observável.

A comparação direta entre o comportamento de indivíduos unidos e não unidos, neste caso, pode ser atribuída tanto ao efeito de ter contraído matrimônio, quanto à seleção de indivíduos para a entrada no mercado de casamentos ou uniões informais. No entanto, para um determinado indivíduo com características sociodemográficas observadas no tempo  $t$ , faz-se possível observar apenas um estado com relação à variável de interesse: unido ou não unido.

A ocorrência de uniões conjugais correlaciona-se com a idade do indivíduo e outras características que modelam a atratividade dos indivíduos no mercado de casamento. Uma análise descritiva que considere a incidência do comportamento de saúde por estado conjugal estaria está suscetível, portanto, à composição destes grupos por idade e demais variáveis que modelam os processos da união.

Para a resolução do problema de viés de seleção, Rosenbaum e Rubin (1983) desenvolveram, a partir do pareamento das características observáveis dos indivíduos do grupo amostral, o método conhecido como *Propensity Score Stratification (PSS)*. A partir do PSS, faz-se possível mensurar diferenças entre tratamento (indivíduos unidos) e controle (solteiros) por estrato de propensão de ocorrência do evento de interesse, as uniões, na adoção do comportamento de saúde, por exemplo. Deste modo, calculou-se a propensão de ingresso em uma união e, a partir desta propensão, as observações foram divididas em cinco classes de tamanhos iguais. A adoção de cinco classes dar-se-á porque, segundo Cochran (1968), com este número faz-se possível eliminar aproximadamente 95% do viés de seleção associado a uma única covariável. A construção do método baseia-se na equação disposta abaixo:

$$E(Y_1 - Y_0|D=1) = E(Y_1|D=1) - E(Y_0|D=1)$$

Onde,  $Y_{1i}$ , é o resultado da unidade  $i$  exposta ao tratamento,  $Y_{0i}$  é o resultado da unidade  $i$  não exposta ao tratamento,  $D_i$  é o indicador de exposição ao tratamento (dummy zero ou um), e  $Y_i$  é o resultado observado na unidade  $i$  - também expresso por  $Y_{0i} + D_i (Y_{1i} - Y_{0i})$ .

Regidos por características observáveis individuais ( $X$ ), o método visa à mensuração dos resultados auferidos pelo contrafactual de participantes submetidos ao tratamento -  $E(Y_0 | D=1)$ .

Para tanto, assume-se que todas as diferenças relevantes entre os dois grupos (submetidos ao tratamento e não submetidos) são capturadas pelas variáveis  $X$ . Seleciona-se, deste modo, um grupo não tratamento que seja o mais semelhante possível aos demais na distribuição de características observáveis.

Em cada um dos quintis, foram realizadas análises descritivas na amostra de homens brasileiros de 25 a 39 anos. As covariáveis utilizadas para modelar a probabilidade de estar em uma união conjugal são balanceadas, de modo que não haja diferenças abruptas nas características observadas entre o grupo de unidos e não unidos internamente aos quintis.

A média de propensão à união entre tratamento (unidos) e controle (solteiros) em cada um dos estratos também foi calculada e não apresentou diferenças significativas. Para modelar a propensão de estar em uma união conjugal no ato da entrevista, foram excluídos da análise os indivíduos divorciados, separados e viúvos.

Deste modo, foi possível criar uma variável dummy que inclui os indivíduos atualmente unidos (em um casamento formal ou coabitação) e solteiros. Cada um dos estratos contém observações de indivíduos unidos e solteiros. O primeiro quintil, por exemplo, abrange aqueles indivíduos menos propensos a se unirem, mesmo que já o tenham feito. O quinto, por outro lado, compreende os indivíduos mais propensos a se unirem, incluindo aqueles que, apesar da alta propensão, ainda não se uniram. Compara-se, deste modo, indivíduos de diferentes *status* maritais (unidos e não unidos) semelhantes nas demais características inclusas no modelo.

**Figura 1** – Divisão de quintis por propensão à união



Fonte: Elaboração própria.

A aplicação da técnica, segundo Rosenbaum e Rubin (1983), envolve dois principais pressupostos. O primeiro, denominado de Independência Condicional, implica na identificação

de diferenças entre os grupos de tratamento e controle exclusivamente por características observáveis. No caso do presente estudo, assume-se que as diferenças entre os indivíduos unidos e não unidos sejam baseadas nas variáveis utilizadas para construção na propensão de estar em uma união (faixa etária, escolaridade, frequência a cultos religiosos, deficiência intelectual, número de amigos e familiares com quem se sente a vontade de falar sobre quase tudo). O segundo, o pressuposto de suporte comum, se baseia na existência de observações com propensões semelhantes na distribuição de *Propensity Score*.

Os resultados da aplicação do *Propensity Score* por estratificação usualmente são apresentados por nível de propensão de realizar o evento de interesse. Theobald e Farrington (2009), por exemplo, identificam que os homens com baixa propensão de ingressarem em um casamento formal, quando o fazem, têm reduções significativas de comportamentos que configuram crimes. No entanto, a partir do uso da técnica Theobald e Farrington (2009) ressaltam as evidências da atuação de seleção influenciando a magnitude do efeito do casamento. Nesse sentido, King et al. (2007) apontam que, aos 18 anos, os homens do Reino Unido desempregados, que nunca tiveram uma relação sexual ou que foram usuários de maconha, tem menos probabilidade de se casarem no futuro.

Além da análise descritiva por quintis de estratificações, regressões logísticas serão conduzidas na amostra completa de homens brasileiros de 25 a 39 anos.

### 3.1.3 Execução da técnica

Realizou-se uma regressão logística em que a variável dependente é uma *dummy* de indivíduos unidos (formalmente + informalmente) e solteiros. Utilizou-se como variável independente os grupos quinquenais de idade (25 a 29 anos, 30 a 34 anos e 35 a 39 anos), a escolaridade (1= Ensino Fundamental Incompleto; 2= Ensino Médio Incompleto; 3= Ensino Médio Completo; 4= Ensino Superior Completo), a região de residência (1=Norte; 2= Nordeste; 3= Centro-Oeste; 4 = Sul; 5= Sudeste) raça (1. Branca 2. Preta 3. Parda 4. Outros), a frequência com a qual o entrevistado compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião (1= Mais de uma vez por semana; 2= Uma vez por semana; 3= De 2 a 3 vezes por mês; 4.= Algumas vezes no ano; 5= Uma vez no ano; 6= Nenhuma vez), a auto avaliação de saúde (1= Auto-avaliação positiva; 2= Regular /negativa), a existência de deficiência física, auditiva, visual ou intelectual e o número de amigos e familiares com que o entrevistado se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo (1=Nenhum, 2= Um a Três familiares ou amigos, 2= Quatro a Seis familiares ou amigos; 3= Sete ou mais).

As variáveis selecionadas para o cálculo do *Propensity Score* se baseiam nas características relacionadas ao efeito de seleção, anteriormente descrito. Características sociodemográficas, tais como idade, escolaridade e religião foram selecionadas para o cálculo do *Propensity Score* em decorrência de sua associação à ocorrência de uniões (SCHOEN; WOOLDRIDGE, 1989; KALMIJN, 1991). Apesar da tendência de aumento da heterogamia por raça e *status* econômico no Brasil nas últimas décadas, estas características continuam sendo atributos relevantes para a escolha do parceiro (RIBEIRO, 2009; BELTRÃO, 2016). As variáveis de deficiência e auto-avaliação de saúde, por sua vez, foram incluídas a fim de contemplar a perspectiva apresentada por Goldman (1993) sobre a importância dos atributos observáveis relacionados à saúde na seleção para uniões. Estudos indicam também a importância das relações e orientações ligadas à família e demais membros da rede de contatos na propensão em se unir (SASSLER; SCHOEN, 1999), mensuradas no presente estudo pelas questões do número de amigos e familiares com os quais o entrevistado se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo.

Dada a multidimensionalidade das características observadas, Rosenbaum e Rubin (1983) propõe a criação de uma única variável de controle, o *Propensity Score*  $P(X)$ , definido como a probabilidade condicional de um indivíduo ser contemplado pelo fenômeno, dadas as suas características observáveis. Em outras palavras, no caso do presente estudo, calcula-se a propensão de ingressar em uma união, seja ela formal ou informal, com base nas variáveis observadas supracitadas:

$$p(x) \equiv Pr\{D=1|X=x\}$$

Após o cálculo do *score*, os entrevistados foram divididos em cinco blocos ou estratos, de forma que as estimativas das covariáveis utilizadas no modelo e a média do *score* não apresentem diferenças abruptas entre unidos e solteiros. Posteriormente, foram realizadas análises descritivas nos quintis de propensão e na amostra completa de homens de 25 a 39 anos, valendo-se das variáveis dispostas a seguir, que também constituem as variáveis dependentes das regressões logísticas realizadas na amostra completa:

1. Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (1= Sim; 2=Não)
2. Atualmente, o(a) sr(a) fuma algum produto do tabaco? (1= Sim, diariamente; 2= Sim, menos que diariamente; 3= Não fumo atualmente)

3. Com que frequência o(a) sr(a) usa cinto de segurança quando dirige ou anda de carro/automóvel, van ou táxi? (1=Nunca anda no banco da frente; 2=Sempre usa cinto; 3=Quase sempre usa cinto; 4=Às vezes usa cinto; 5=Raramente usa cinto; 6= Nunca usa cinto)
4. Com que frequência o(a) sr(a) usa capacete quando anda ou conduz motocicleta? (1=Nunca anda no banco da frente; 2=Sempre usa cinto; 3= Quase sempre usa cinto; 4=Às vezes usa cinto; 5=Raramente usa cinto; 6= Nunca usa cinto)

Para apresentação das análises descritivas, o grupo de tratamento (ou de indivíduos unidos) foi desagregado em duas categorias: aqueles formalmente unidos e aqueles em uma união informal.

### 3.2 Análise qualitativa

No Brasil, identifica-se uma escassez de dados longitudinais que permitam a análise de mudanças comportamentais a partir da transição de *status* marital. Deste modo, a solução dos demais objetivos propostos demanda a realização de trabalho de campo para coleta dos dados. Em termos de pesquisa de natureza qualitativa, alguns métodos conhecidos e difundidos podem ser utilizados para a coleta de dados como, por exemplo, a entrevista em profundidade, os grupos focais e a observação participante e não participante (RICHARDSON, 1989). Neste estudo, optou-se pela utilização de entrevistas em profundidade em função da maior liberdade do entrevistado e aprofundamento durante a conversa. Do ponto de vista operacional, além disso, as entrevistas individuais podem facilitar no recrutamento de participantes, uma vez que permitem maior flexibilidade de horário e local e não exigem que o entrevistado se desloque.

Foram realizadas entrevistas em profundidade com um roteiro semi-estruturado no município de Belo Horizonte - MG com homens unidos formalmente ou informalmente, com e sem filhos de diversos níveis de escolaridade. Vinte entrevistas foram realizadas entre os meses de setembro e dezembro de 2018. A partir dos perfis propostos, foram analisadas as transformações comportamentais dos respondentes a partir da própria história de vida e comparar os resultados identificados entre os grupos socioeconômicos e de fecundidade.

Ressalta-se que a técnica de entrevista em profundidade permite o aprofundamento das investigações, a combinação de histórias de vida com contextos sócio-históricos, possibilitando a compreensão de motivações que produzem transformações nas crenças e valores que motivam

e justificam o comportamento dos informantes (MUYLAERT, 2014). Ela também permite, de acordo com a percepção do entrevistado, investigar o comportamento dos seus pares.

Ao apresentar a técnica como ferramenta para estudos em saúde coletiva, da Silva (2005) destaca os conteúdos que afloram após um período de relaxamento do entrevistado, em que espontaneamente surgem elementos da narrativa discursiva. Piovesan e Temporini (1995) apresentam a relevância da técnica como operacionalização de pesquisas exploratórias no campo de saúde pública. Reafirmando a utilidade de aplicação da técnica para avaliação da saúde e bem-estar, Machin et al. (2011) também optaram pela utilização de entrevistas em profundidade para analisar diferenciais de gênero nos cuidados com a saúde.

Tratando-se da aplicação da técnica para avaliar relação entre o casamento e mudanças comportamentais, Sampson (2006) utiliza uma subamostra de um estudo quantitativo sobre criminalidade nos Estados Unidos e realiza entrevistas em profundidade com 52 homens, buscando avaliar as transformações realizadas por cada entrevistado nos principais eventos da vida, tal como casamento, crime e encarceramento. O resultado das entrevistas corroborara o estudo quantitativo realizado pelo autor valendo-se de uma técnica semelhante ao *Propensity Score Matching*, na qual se calculou a propensão de um mesmo indivíduo estar unido em diversos pontos no tempo com base em variáveis observáveis. Ambos os métodos apontam para uma redução nas chances de se cometer um crime após o casamento.

Os respondentes foram incitados a discorrer sobre o seu próprio comportamento de saúde e dos demais membros do domicílio. A fim de evitar que os entrevistados racionalizassem as respostas, as perguntas acerca dos comportamentos de saúde não se referiam diretamente ao casamento. Ao final da entrevista, os entrevistados preencheram uma ficha contendo suas características sociodemográficas e questões complementares ao roteiro.

Composto por um território classificado como urbano em sua totalidade, Belo Horizonte é o sexto município mais populoso do país segundo dados do Censo Demográfico de 2010. Em termos absolutos, Belo Horizonte ocupa o oitavo lugar no ranking brasileiro de número de mortes por causas evitáveis de adultos entre 25 e 39 anos em 2016 (DATASUS, 2018), configurando, portanto, um recorte relevante para análise dos determinantes para ocorrência dessas causas de morte.

Corroborando a perspectiva de estratificação social, a seleção de entrevistados de diferentes *status* socioeconômicos dar-se-á a partir do Índice de Qualidade de Vida Urbana de Belo Horizonte. O Índice de Qualidade de Vida Urbana de Belo Horizonte (IQVU-BH) é um índice multidimensional intraurbano, que quantifica a desigualdade espacial no interior do

tecido urbano em termos de disponibilidade e acesso a bens e serviços urbanos. O IQVU-BH é calculado para 79 divisões intraurbanas denominadas Unidades de Planejamento (UP). É composto por dez variáveis, resultantes da agregação de 33 indicadores, às quais se atribui um peso. As variáveis são então agrupadas, gerando o valor final do índice, que varia entre zero e um, sendo um o valor “ideal”, isto é, de pleno acesso aos bens e serviços (MONITORA BH, 2018). A busca por entrevistados com escolaridade de até o ensino médio completo será realizada em unidades de planejamento referentes ao primeiro tercil do IQVU 2014 e, no caso dos entrevistados de nível superior, a busca foi realizada no terceiro tercil. Deste modo, além da escolaridade, foram consideradas outras dimensões do *status* socioeconômico, tal como apresentado pela perspectiva de estratificação social.

Para selecionar participantes, foram realizadas buscas ativas, contato com associação de moradores e comércio local. Além disso, os próprios entrevistados serão incitados a indicar pessoas em suas redes de contato que não sejam nos meios de busca supracitados.

As entrevistas foram conduzidas e gravadas pela aluna de mestrado, autora deste projeto. Para garantir sua segurança pessoal, a mesma foi acompanhada de um membro da equipe de pesquisa da professora orientadora que seja do sexo masculino.

Após a realização da pesquisa qualitativa valendo-se do roteiro semi-estruturado (Anexo A), foi pedido que os entrevistados preenchessem a ficha de caracterização (Anexo B), contendo características sociodemográficas individuais e padrões de intensidade e quantidade de consumo de tabaco e álcool, além da ocorrência de acidentes de trânsito e uso do cinto de segurança.

O projeto foi encaminhado para apreciação no Departamento de Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional e, posteriormente, encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG, obtendo parecer positivo nos dois órgãos. O parecer consubstanciado do CEP está disposto no Anexo F. Os procedimentos adotados seguiram as diretrizes propostas pela resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde, que indica normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos.

As entrevistas foram transcritas pela aluna de mestrado e por uma bolsista dentro da sala de pesquisa da equipe da professora orientadora, localizada no Departamento de Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. Arquivos de áudio e transcrições ficarão armazenados e protegidos no mesmo departamento por pelo menos cinco anos.

Após a transcrição das entrevistas, realizou-se uma leitura cuidadosa do texto, como indicado por Miles e Oram (1994). Esta leitura proporcionou a elaboração de uma visão geral,

fornecendo uma ideia sobre a forma de categorizar ou codificar os dados. Também conforme Miles e Oram (1994), uma lista prévia de códigos foi produzida com base na literatura sobre o tema. Essa lista inicial foi modificada conforme surgimento de novos temas nas entrevistas. Para organização dos dados e códigos de pesquisa, utilizou-se o software NVivo 14. A partir do programa, os códigos são armazenados em nós, que funcionam como recipientes para armazenar a codificação do material analisado.

Os riscos e desconfortos envolvendo participantes da pesquisa são aqueles inerentes às pesquisas com aplicação de questionários e entrevistas: a possibilidade de se sensação de invasão de privacidade por parte do entrevistado e a possível ascensão de questões sensíveis durante a entrevista, tais como a prática de atos ilegais e violência. Para minimizar tais desconfortos, será resguardado ao entrevistado o direito de se recusar a responder quaisquer perguntas, além de manter a confidencialidade quanto à sua identidade e material produzido. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se disponível no Anexo E.

### 3.2.1 Códigos e categorias utilizadas

Os códigos para categorização das falas dos entrevistados, apresentados na Figura 2 abaixo, basearam-se nos mecanismos identificados na literatura, previstos no roteiro e temas emergentes nas entrevistas.

A divisão entre controle social direto e indireto foi realizada em conformidade com a perspectiva apresentada por Umberson (1987). As categorias de controle social direto adotadas (Informativo, instrumental e tomada de decisões), por sua vez, seguiram as tipologias apresentadas por Berkman e Glass (2000) para os mecanismos protetivos das uniões.

Quanto aos mecanismos de suporte social indireto, aplicados tanto às uniões quanto aos filhos, utilizou-se o compromisso interpessoal (MUSICK; BUMPASS, 2012; WILCOX; NOCK, 2006) e adoção de hábitos como exemplo de comportamento a ser emulado pelos filhos (UMBERSON, 1987). Além disso, utilizou-se como categorização do suporte social indireto a ampliação das redes de apoio e suporte através da ampliação das redes de parentesco (WELLMAN, 1997) e uso do tempo em atividades domésticas e de lazer (GUPTA, 1999), questões não diretamente relacionadas ao comportamento de saúde na literatura identificada e inicialmente não previstas no roteiro utilizado, mas que surgiram durante a realização das entrevistas.

A diferenciação entre os mecanismos atuantes em decorrência das uniões e dos filhos deu-se em função da operacionalização da codificação, já que estes eventos permanecem intrinsecamente associados e são tidos como etapas da formação de família do ponto de vista normativo. Nesse sentido, as transformações nos hábitos de saúde podem ser um *continuum* no processo de formação de família, em que filhos e cônjuges podem exercer os mesmos mecanismos, a depender do estágio do ciclo de vida familiar. No caso do presente estudo, o limite de idade estabelecido para recrutamento dos entrevistados impede que os respondentes tenham filhos adultos, estágio em que estes poderiam prover suporte social direto aos pais.

A classificação de variáveis do ciclo de vida contou com a categoria do efeito de pares (*peer effect*), previsto no roteiro, além de temas identificados nas entrevistas, como a mobilidade religiosa, o efeito da idade e acontecimentos e marcos na vida pessoal responsáveis pela modificação do comportamento.

Por fim, no que se refere às instituições que funcionam como reguladoras ou promotoras de regulação e suporte na saúde, a categorização realizada considerou a família, as instituições de ensino, a mídia e a religião, agentes de controle não abordadas no roteiro inicial, mas que foram questões emergentes durante as entrevistas.

**Figura 2** – Categorização utilizada na análise qualitativa



Fonte: Adaptado de Umberson (1987) e Berkman e Glass (2000).

## 4 RESULTADOS

Serão apresentados, primeiramente, os resultados identificados a partir da aplicação das técnicas *Propensity Score Stratification* e regressões logísticas (Análise Quantitativa) e, por último, são expostos os resultados das entrevistas em profundidade (Análise Qualitativa).

### 4.1 Análise quantitativa

Dentre a subamostra de homens de 25 a 39 anos da Pesquisa Nacional de Saúde, 38,8% alegaram estar em uma união formal, 26,8% estão vivendo com um cônjuge, 32,2% são solteiros, 2,2% são separados ou divorciados e apenas 0,2% são viúvos. A Tabela 1, exposta a seguir, indica o número absoluto de indivíduos amostrados por *status* marital e o total de indivíduos em cada grupo com a aplicação dos pesos da amostra.

Ressalta-se que, na faixa etária analisada, o tamanho relativo da população de solteiros mostra-se comparável ao de indivíduos em uma união formal e em uma coabitação. Esta distribuição reduz as chances de apresentar o cenário apresentado por Goldman (1993), em que grupos com minoria em termos relativos contariam com características extremamente selecionadas.

**Tabela 1** – Homens de 25 a 39 anos por *status* marital

<b>Estado Conjugal</b>	<b>N</b>	<b>Com aplicação de pesos</b>	<b>Percentual</b>
União formal	3,249	8,725,656	38.8%
Coabitação	2,644	6,030,164	26.8%
Separado/ Divorciado	214	502,228	2.2%
Viúvo	28	38,566	0.2%
Solteiro	2,693	7,209,245	32.0%
<b>Total</b>	<b>8,828</b>	<b>22,505,859</b>	<b>100.0%</b>

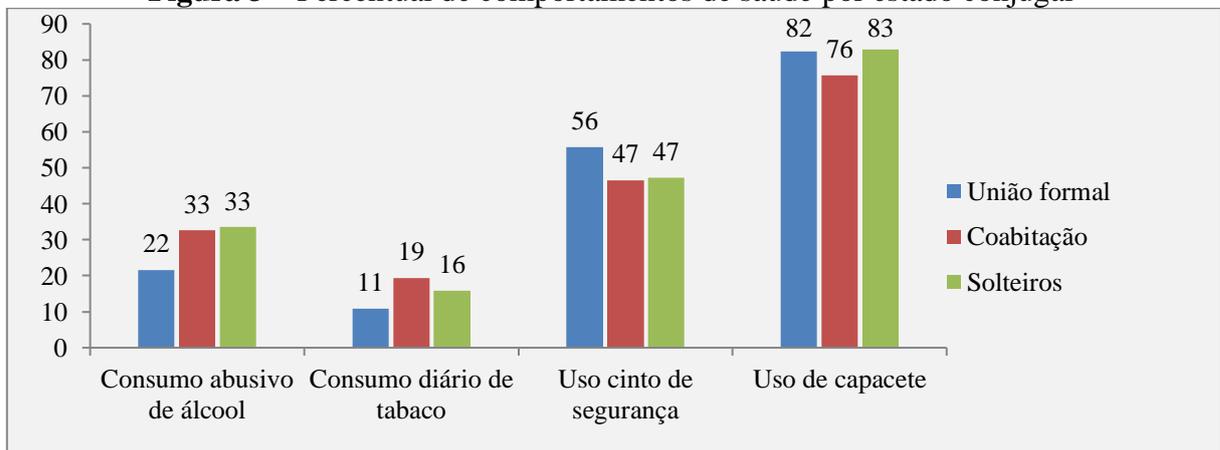
Fonte: Adaptado de PNS (2013).

Em um cômputo geral, 28.7% dos homens analisados consumiram álcool de forma abusiva no último mês e 14.9% consomem algum produto do tabaco diariamente. Dentre os não fumantes, 10.5% afirmaram ter consumido algum produto do tabaco diariamente no passado. Quanto uso de cinto e capacete em veículos e motocicleta, respectivamente, 50.4% e 80.7% dos indivíduos declararam sempre usar esses acessórios quando dirigem /pilotam ou quando utilizam os veículos como passageiros. No que tange à ocorrência de acidentes de trânsito, apenas 3.7% dos indivíduos declararam ter se envolvido em um incidente com lesões graves no último ano. A descrição da amostra por variáveis sociodemográficas (escolaridade, raça / cor,

frequência a cultos religiosos e número de amigos e familiares com quem pode falar sobre quase tudo) está disposta no Anexo C.

Ao analisar a ocorrência dos comportamentos de saúde por estado conjugal (Figura 3), ressalta-se que os homens formalmente unidos apresentam os menores percentuais relacionados aos comportamentos negativos (22% deles consumiram álcool de forma abusiva no último mês e 11% consomem tabaco diariamente) se comparados aos indivíduos em uma união informal ou solteiros. No que se refere aos comportamentos positivos, os formalmente unidos apresentaram um maior percentual de uso de cinto de segurança (56%), enquanto os solteiros apresentaram um maior percentual de uso de capacete – 83% - percentual similar ao uso de capacete pelos casados (82%). Os coabitantes apresentaram percentuais iguais aos dos solteiros no caso do consumo abusivo de álcool e uso de cinto de segurança. Os resultados apontam para um maior comportamento risco por parte dos coabitantes no caso do consumo diário de tabaco e uso do capacete.

**Figura 3 – Percentual de comportamentos de saúde por estado conjugal**



Fonte: Adaptado de PNS (2013).

A Tabela 2, exposta abaixo, contém os resultados das regressões logísticas para os comportamentos de saúde selecionados. Os indivíduos formalmente unidos apresentaram 40% menos chances de ter consumido álcool de forma abusiva no último mês ( $P > 0.000$ ) e de consumir tabaco diariamente ( $OR = 0.65$ ,  $P > 0.003$ ) se comparados aos solteiros. Também no caso do uso do cinto de segurança, os indivíduos formalmente unidos apresentaram 25% menos chance ( $P > 0.018$ ) de adotarem comportamentos negativos (a não utilização no cinto). Os coabitantes não apresentaram diferenças significativas se comparados ao grupo de solteiros em nenhuma das variáveis analisadas.

**Tabela 2** – Regressões logísticas com os comportamentos de saúde selecionados

<i>Status Marital</i>	Odds ratio		P>t
<b>Consumo abusivo de álcool</b>			
Solteiro		REF	
União Formal	0.60		0.000
Coabitação	0.89		0.238
<b>Consumo diário de tabaco</b>			
Solteiro		REF	
União Formal	0.65		0.003
Coabitação	1.01		0.804
<b>Uso de cinto de segurança</b>			
Solteiro		REF	
União Formal	1.25		0.018
Coabitação	1.06		0.538
<b>Uso de capacete em motocicletas</b>			
Solteiro		REF	
União Formal	0.9		0.413
Coabitação	0.81		0.123

\*Controlado por idade, escolaridade, raça/cor, região do país, *status* de residência (urbano ou rural) e frequência a cultos religiosos.

Fonte: Adaptado de PNS (2013).

No que se refere à aplicação do *Propensity Score Stratification*, a Tabela 3, exposta abaixo, trás os resultados da regressão logística realizada para cálculo da propensão de estar unido. A tabela contempla as variáveis a serem utilizadas para o cálculo do *score* de propensão, cujo critério de inclusão foi de pelo menos uma das categorias apresentar resultado significativo ao nível de 5%.

As variáveis raça, região de residência (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste), situação do domicílio (urbano a ou rural), auto-avaliação de saúde e deficiência física, visual e auditiva não apresentaram diferenças significativas quanto à chance de estar em uma união e, por isso, não serão utilizadas para o cálculo do *score*. Utilizou-se o comando *psmatch2* para o cálculo da propensão. Para alcançar um melhor ajuste do modelo, foi incluída a variável de idade ao quadrado. Considerando os indivíduos atualmente unidos (casados formalmente e em uma coabitação) e solteiros, todos os casos estão no suporte comum para estratificação dos dados, ou seja, oferecem comparabilidade com um indivíduo da categoria oposta em termos das características observáveis.

Nota-se que, como esperado, a idade é um forte preditor para a união, sendo os indivíduos de 35 a 39 anos três vezes mais propensos a se unirem se comparados aos de 25 a 29 anos ( $P > 0.000$ ). Além disso, identificou-se que homens que têm um menor número de

amigos com que se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo, têm mais chances de estarem unidos, padrão que se difere do número de familiares, já que aqueles com mais de seis familiares apresentam 2 vezes mais chance de estarem em uma união se comparados àqueles que não elencaram nenhum familiar com que se sente a vontade para conversar. Quanto à escolaridade, homens com ensino superior têm 40% menos chances de estarem unidos se comparados àqueles com ensino fundamental incompleto.

**Tabela 3** – Razão de chance de homens de 25 a 39 estarem em uma união conjugal formal ou informal conforme idade, escolaridade, frequência a cultos religiosos, número de amigos e familiares na rede e deficiência intelectual

<b>Característica</b>	<b>OR</b>	<b>P&gt;t</b>
<b>Faixa etária</b>		
25 a 29 anos	REF	
30 a 34 anos	1.83	0.000
35 a 39 anos	3.04	0.000
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental incompleto		REF
Ensino médio incompleto	1.3	0.106
Ensino médio completo	0.7	0.004
Ensino superior completo	0.6	0.002
<b>Frequência a cultos religiosos nos últimos 12 meses</b>		
Nenhuma vez	REF	
Uma vez no ano	1.25	0.276
Algumas vezes no ano	1.28	0.031
De duas a três vezes por mês	1.52	0.006
Uma vez por semana	1.4	0.008
Mais de uma vez por semana	1.39	0.052
<b>Número de amigos com que se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo</b>		
Nenhum	REF	
Entre um e três	0.60	0
Entre três e seis	0.49	0
Mais de seis	0.47	0
<b>Número de familiares com que se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo</b>		
Nenhum	REF	
Entre um e três	2.09	0
Entre três e seis	1.97	0
Mais de seis	2.44	0
<b>Deficiência intelectual</b>		
Sem deficiência	REF	
Com deficiência	0.09	0

Fonte: Adaptado de PNS (2013).

A Tabela 4 apresenta a média do *score* calculado por quintil e *status* marital. Em todos os casos, a distribuição interna aos quintis mostra-se semelhante (*score* de aproximadamente

0.50 no primeiro quintil, de menor propensão, e de 8.0 no último quintil, de maior propensão à união). As diferenças no *score* são significativas (ao nível de 5%) apenas no grupo de solteiros com relação aos demais, especificamente no primeiro e quarto quintis. Apesar de significativa, essa distinção, na escala de 0 a 1 em que se dá o *Propensity Score*, é sutil, sendo de apenas 0.002 no caso do primeiro quintil e de 0.01, no caso do quarto. Esse resultado indica que, em cada quintil, os indivíduos têm uma propensão similar de ingresso em uma união, mesmo que não o tenham feito, como no caso dos solteiros.

**Tabela 4** – Média do *Propensity Score* calculado por *status* marital e quintil de propensão à união

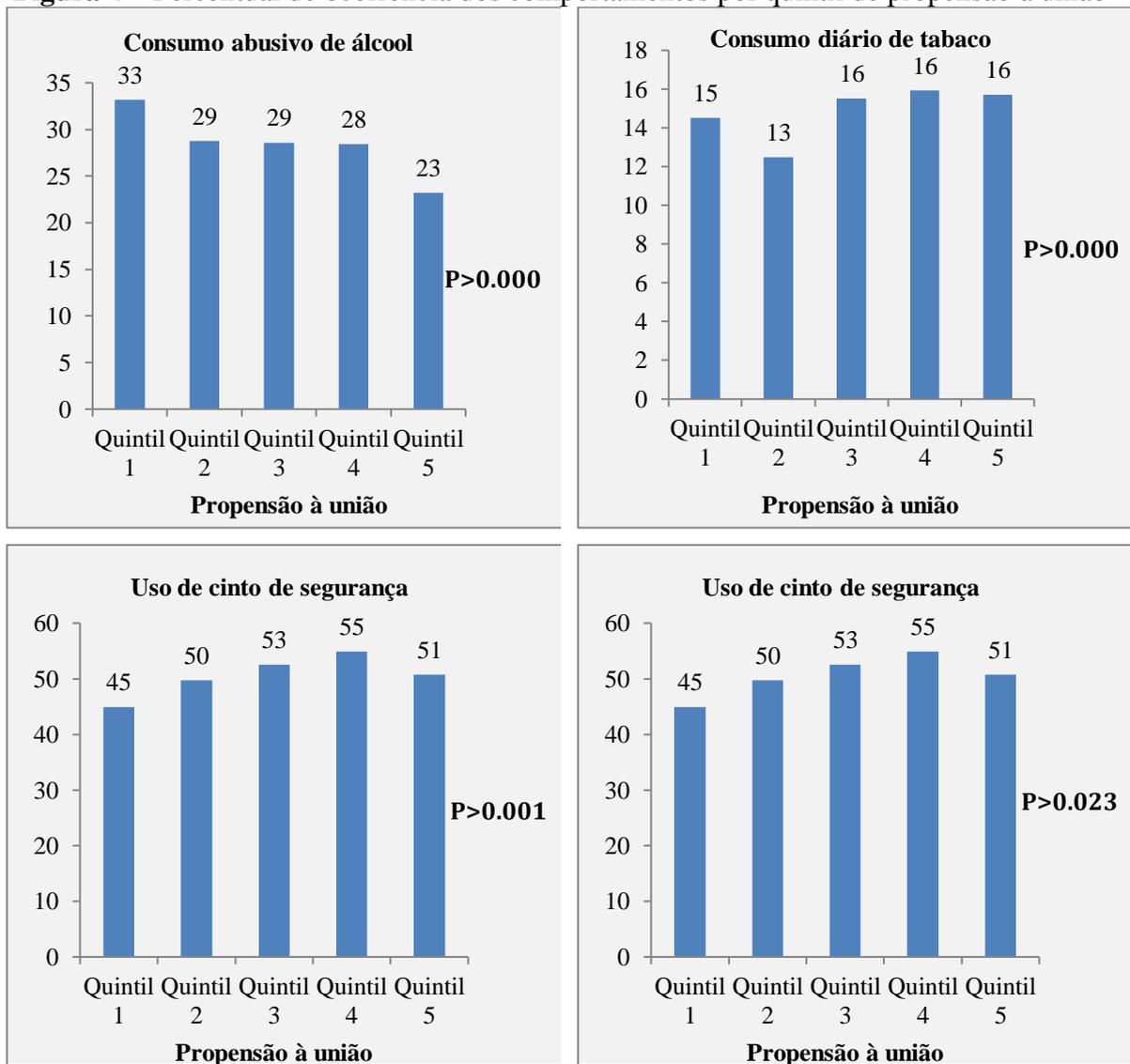
<i>Status marital</i>	<b>Quintil</b>				
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
União formal	0.52	0.62	0.69	0.76	0.84
Coabitação	0.52	0.62	0.69	0.76	0.83
Solteiro	0.48	0.62	0.69	0.75	0.83

Fonte: Adaptado de PNS (2013).

A distribuição das covariáveis por *status* marital e quintil de propensão encontra-se no Anexo D.

A Figura 4 apresenta o percentual de ocorrência dos comportamentos de saúde por estratos (quintis de propensão à união). A variável de consumo abusivo de álcool no último mês apresenta um padrão decrescente por quintil de propensão à união, sendo o primeiro quintil, o de indivíduos com menor propensão a se unirem, o de maior percentual (33% de ocorrência em contraposição aos 23% identificados no último quintil). O consumo diário de tabaco mostrou-se ligeiramente menor no primeiro e segundo quintis de propensão à união (15% e 16%, respectivamente) se comparados aos demais (16%). O uso de cinto de segurança é crescente entre os quintis de propensão, com exceção do último deles, que extrapola o padrão apresentado um percentual menor (51%) que o anterior (55%). O uso do capacete não apresentou um padrão claro entre os quintis<sup>1</sup>, sendo o de menor propensão à união aquele que apresentou o maior percentual de uso do acessório (45%).

<sup>1</sup> Regressões logísticas com cada um dos comportamentos de saúde mencionados foram conduzidas dentro dos quintis de propensão mas os resultados foram inconclusivos.

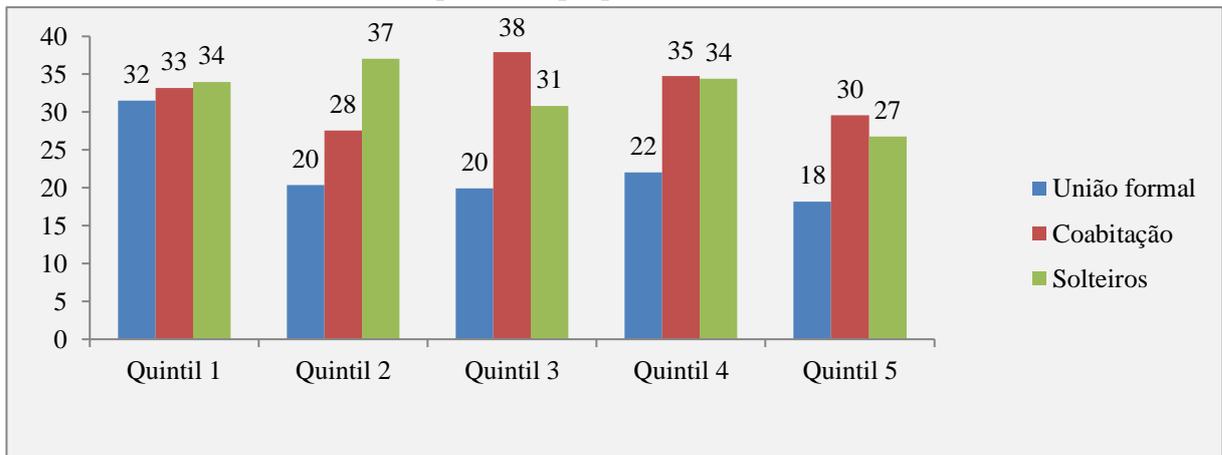
**Figura 4** – Percentual de ocorrência dos comportamentos por quintil de propensão à união

Fonte: Adaptado de PNS (2013).

Posteriormente, foram calculados os percentuais de incidência dos comportamentos selecionados por *status* maritais dentro dos quintis de propensão. A Figura 5, disposta a seguir, apresenta o consumo abusivo de álcool no último mês dentre os indivíduos formalmente unidos, em uma coabitação ou solteiros. Nota-se que, em todos os estratos, os indivíduos formalmente unidos apresentam menor incidência do comportamento se comparados àqueles em uma coabitação ou aos solteiros. No primeiro quintil, de baixa propensão, os diferenciais mostraram-se menos expressivos (31.5% dos formalmente unidos apresentaram consumo abusivo de álcool, 33.1% dos coabitantes e 33.9% dos solteiros). Este mesmo quintil é o único em que as diferenças médias por *status* marital não foram significativas ao nível de 5% ( $P > 0.109$ ). Distinções entre o grupo de formalmente unidos e solteiros são significativas em todos os

quintis, com exceção do primeiro. O grupo de união estável, por sua vez, não se mostrou significativamente distinto do grupo de solteiros em nenhum dos casos. A distinção mais abrupta entre o grupo de formalmente unidos e solteiros dá-se no segundo quintil, em que o percentual mostra-se 17% maior.

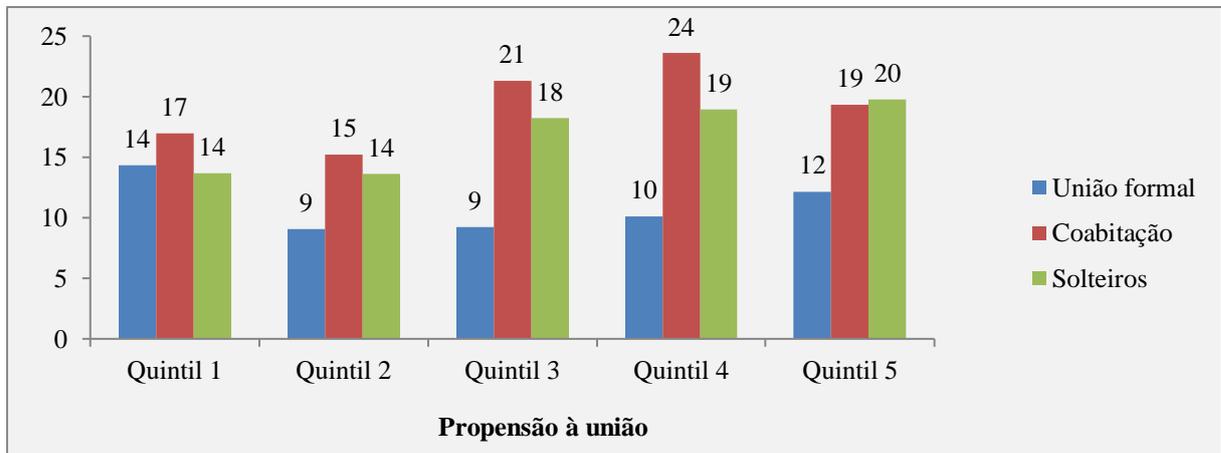
**Figura 5** – Percentual de consumo abusivo de álcool no último mês por estado conjugal e quintil de propensão à união



Fonte: Adaptado de PNS (2013).

No que se refere ao consumo diário de tabaco (Figura 6), assim como o consumo abusivo de álcool, observa-se uma menor incidência do comportamento em indivíduos formalmente unidos na amostra completa e em todos os quintis de propensão. As diferenças são mais marcantes, no entanto, a partir do terceiro quintil, ou seja, quando os indivíduos são mais propensos a estarem unidos. Neste mesmo quintil, a ocorrência do consumo de tabaco diário é 9% maior no grupo de solteiros e 12% maior no grupo de união estável se comparados aos formalmente unidos. Em todos os casos, com exceção do último quintil, grupo de homens em uma coabitação apresenta um maior percentual de consumo de tabaco diário. A diferença média entre os grupos mostrou-se significativas ao nível de 5% em todos os quintis de propensão. No entanto, quando analisamos a interação entre os grupos, as distinções são significativas apenas entre o grupo de formalmente unidos e solteiros e formalmente unidos com relação ao grupo de união estável. O grupo de coabitantes não se difere significativamente dos solteiros em nenhum dos quintis de propensão.

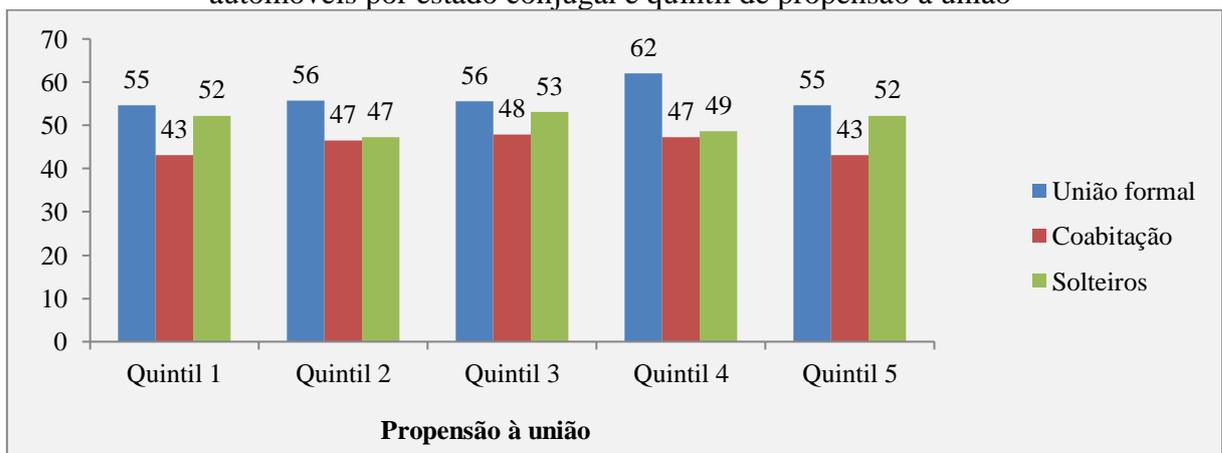
**Figura 6** – Percentual de consumo diário de tabaco por estado conjugal e quintil de propensão à união



Fonte: Adaptado de PNS (2013).

Quanto ao uso de cinto de segurança (Figura 7), observa-se, em todos os casos, um maior percentual de indivíduos que sempre usam o acessório dentre aqueles em uma união formal, sendo a diferença mais marcante no quarto estrato, em que os formalmente unidos apresentaram um percentual de 62% de uso do acessório em comparação aos 47% e 49% dos coabitantes e solteiros, respectivamente. As diferenças médias entre os grupos são significativas no primeiro ( $p > 0.001$ ), no quarto ( $p > 0.000$ ) e no último quintil ( $p > 0.002$ ). Em todos esses casos, as diferenças são significativas apenas na comparação entre o grupo de formalmente unidos e solteiros com relação aos demais, e não significativas no caso da comparação entre coabitantes e solteiros.

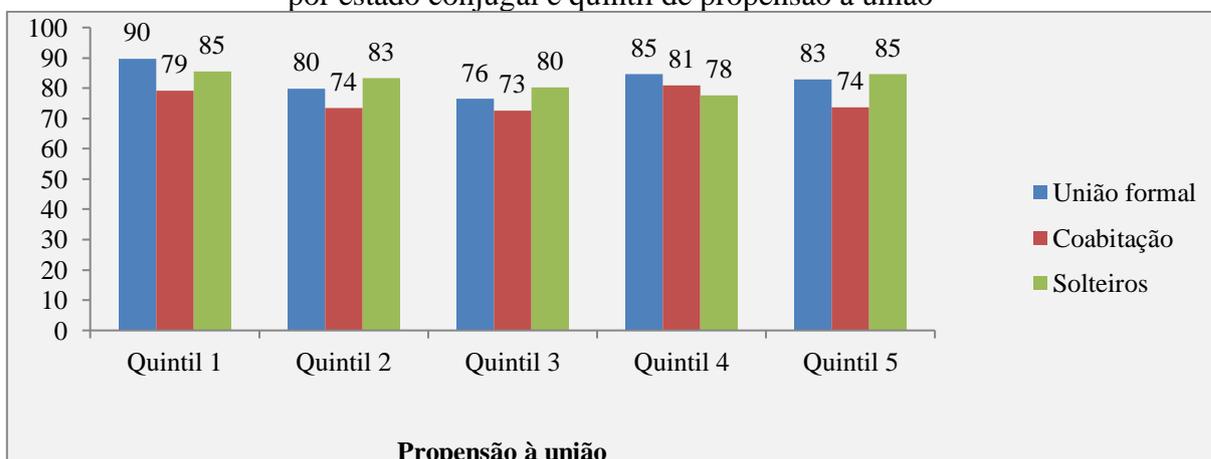
**Figura 7** – Percentual de pessoas que sempre usam cinto de segurança quando utilizam automóveis por estado conjugal e quintil de propensão à união



Fonte: Adaptado de PNS (2013).

Por fim, no que tange ao uso de capacete (Figura 8), os percentuais de indivíduos que sempre utilizam o acessório, seja como condutor ou passageiro da motocicleta, são semelhantes na amostra completa e nos estratos. Neste caso, os grupos de solteiros e formalmente unidos alternam quanto à maior utilização dos mesmos nos quintis de propensão. No primeiro quintil, por exemplo, os formalmente unidos apresentaram 90% de ocorrência do comportamento em comparação aos 85% identificado no caso dos solteiros. No último quintil, a situação é inversa, com uma maior utilização por parte dos solteiros (85%) se comparados aos formalmente unidos (83%). Em nenhum dos casos a maior utilização é identificada no grupo de coabitantes. As diferenças médias por *status* marital no uso de capacete são significativas no primeiro ( $P>0.031$ ), segundo ( $P>0.006$ ) e terceiro quintil ( $P>0.001$ ). Neste caso, ao contrário das demais variáveis analisadas, as diferenças são marcadas pela comparação entre o grupo de solteiros e união estável, sendo as relações entre formalmente unidos e solteiros, não significativas.

**Figura 8** – Percentual de pessoas que sempre usam capacete quando utilizam motocicletas por estado conjugal e quintil de propensão à união



Fonte: Adaptado de PNS (2013).

A partir dos resultados identificados, conclui-se que os comportamentos analisados possuem uma correlação negativa com o casamento formal e, na maioria dos casos, o contrário ocorre com relação às uniões informais. Estes resultados podem refletir, no entanto, diferentes critérios de seleção para o ingresso em cada tipologia de união que podem extrapolar as variáveis disponíveis na base de dados para a realização do modelo, como as questões ideológicas, ou podem ser reflexo da seleção direta quanto ao comportamento selecionado. No caso dessa última hipótese, a existência de dados que permitam analisar o comportamento de um mesmo indivíduo antes e depois do evento de interesse faz-se necessária.

## 4.2 Análise qualitativa

Inicialmente, será apresentada uma descrição dos entrevistados a partir da ficha de caracterização. Os resultados, em concordância com o *framework* apresentado na Figura , foram divididos entre suporte social indireto, suporte social direto provido pelos cônjuges e filhos, atuação de outros agentes de regulação e variáveis do ciclo de vida. Além disso, destinou-se uma seção para a identificação da atuação da seleção.

Na apresentação de falas, a intervenção da entrevistadora será apresentada entre colchetes.

### 4.2.1 Caracterização dos entrevistados

Esta seção se dedica a apresentar as características sociodemográficas dos respondentes e, em seguida, padrões de consumo de álcool, tabaco e direção entre os indivíduos entrevistados. A Tabela 5, disposta abaixo, apresenta as principais características sociodemográficas dos entrevistados. Ao todo, foram entrevistados 20 homens unidos residentes em Belo Horizonte - MG, sendo 13 em uniões formais (11 casamentos formais e duas uniões estáveis formalizadas) e sete uniões informais.

Quanto à escolaridade, foram entrevistados respondentes com ensino fundamental incompleto (2), médio incompleto (2), médio completo (5), superior completo (8) e pós-graduação (3). No que se refere ao índice de Qualidade de Vida Urbana da Unidade de Planejamento de residência dos respondentes, foram entrevistados homens com até o ensino médio completo em áreas cujo IQVU 2014 variava entre 0.498 e 0.586. No caso dos entrevistados com nível superior completo ou pós-graduação, o índice varia entre 0.747, o mais alto dentre os entrevistados, e 0.778.

A idade média dos entrevistados foi de 33 anos, variando entre 25 e 39 anos completos. O tempo de união com o cônjuge variou entre um e 14 anos, sendo a idade média à união de 28 anos. No que se refere à fecundidade, foram entrevistados indivíduos sem filhos (10) ou com um (8), dois (1) e três filhos (1). A idade do filho mais velho varia entre 13 e 1 ano, sendo à idade média ao primeiro filho de 26 anos. Por fim, no que se refere à religião, cinco respondentes se auto-declararam ateus, seis alegaram ser católicos, três se declararam espíritas e sete evangélicos.

**Tabela 5** – Características sociodemográficas dos entrevistados

ID	Tipo	IQVU	Escolaridade	Idade	Tempo de casado	Idade com que se casou	Nº de Filhos	Idade do filho mais velho	Religião
1	União estável formalizada	0.747	Superior completo	33	14	19	1	13	Espírita
2	União formal	0.75	Superior completo	36	6	30	1	5	Espírita
3	União formal	0.743	Superior completo	39	8	31	2	4	Católica
4	União formal	0.748	Superior completo	34	8	26	1	7	Católica
5	União formal	0.778	Superior completo	35	8	27	1	5	Católica
6	União formal	0.747	Superior completo	32	2	30	0	-	Ateu
7	União informal	0.799	Superior completo	28	1	27	0	-	Espírita
8	União estável formalizada	0.779	Superior completo	30	2	28	0	-	Ateu
9	União informal	0.773	Superior completo	34	1	33	0	-	Ateu
10	União informal	0.778	Superior completo	29	1	28	0	-	Ateu
11	União formal	0.489	Fundamental Incompleto	36	11	25	1	11	Evangélica
12	União informal	0.489	Ensino Médio Incompleto	25	10	15	1	10	Evangélica
13	União informal	0.584	Ensino Médio Completo	39	4	35	1	4	Católica
14	União informal	0.575	Ensino Médio Incompleto	26	11	15	3	9	Evangélica
15	União formal	0.525	Ensino Médio Completo	26	2	24	1	1	Evangélica
16	União formal	0.575	Ensino Médio Completo	37	5	32	0	-	Evangélica
17	União informal	0.575	Fundamental Incompleto	37	3	34	0	-	Católica
18	União formal	0.586	Ensino Médio Completo	27	1	26	0	-	Evangélica
19	União formal	0.525	Ensino Médio Completo	35	2	33	0	-	Evangélica
20	União formal	0.799	Superior completo	35	2	33	0	-	Ateu

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere à experimentação do álcool, a média de idade em que os entrevistados que consomem ou já consumiram a substância iniciaram o hábito é de 16 anos. A Tabela 6, que apresenta os padrões de frequência de consumo de álcool pelos respondentes, indica que a maioria dos entrevistados, tanto aqueles com quanto aqueles sem filhos, apresentam uma frequência de consumo de bebidas alcoólicas de uma vez ou mais na semana. Apenas três entrevistados se declararam não consumidores da substância e outros três relataram que a consomem menos que uma vez por mês.

**Tabela 6** – Frequência de consumo de bebida alcoólica por fecundidade dos entrevistados

Frequência de consumo de bebida alcoólica	Fecundidade		Total
	Sem filhos	Com filhos	
Não bebe nunca	2	1	3
Menos que uma vez por mês	2	1	3
Uma vez ou mais por mês	-	1	1
Uma vez ou mais por semana	6	7	13
<b>Total</b>	10	10	20

Fonte: Elaboração própria.

Dentre aqueles que consomem álcool uma vez ou mais na semana, o número médio de dias em que ingerem a substância é de três nos dois grupos de fecundidade, com e sem filhos. O número médio de doses consumidas é de cinco doses para aqueles homens que não têm filhos e quatro para os homens com um ou mais filhos.

Quanto ao consumo abusivo de álcool no último mês, ou seja, a ingestão de cinco ou mais doses de álcool em uma única ocasião, nove entrevistados ao todo alegaram ter realizado esta prática, sendo cinco deles com filhos e quatro sem.

A Tabela 7, exposta abaixo, indica a frequência de consumo de tabaco por parte dos entrevistados. Apenas dois entrevistados consomem tabaco diariamente. Estes dois entrevistados alegaram consumir 8 e 3 cigarros diários. A maioria dos respondentes em ambos os grupos, com e sem filhos, alegou nunca ter fumado. Três entrevistados relataram ter parado de fumar com as idades de 19, 21 e 32 anos. A idade média de iniciação de consumo da substância pelos entrevistados é de 16 anos.

**Tabela 7** – Frequência de consumo de tabaco por fecundidade dos entrevistados

<b>Frequência de consumo de tabaco</b>	<b>Com filhos</b>	<b>Sem Filhos</b>	<b>Total</b>
Diariamente	1	1	2
Menos que diariamente	1	-	1
Nunca fumou	5	9	14
Parou de fumar	3	-	3
<b>Total</b>	10	10	20

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere à direção, cinco entrevistados alegaram dirigir após consumo abusivo de bebida alcoólica (cinco doses ou mais em uma mesma ocasião), sendo dois deles sem filhos e três com. Dois entrevistados alegaram se envolver em acidentes de trânsito com lesões no último ano, ambos sem filhos.

Quanto às demais variáveis, observou-se dentre os entrevistados de baixo *status* socioeconômico, uma maior diversidade de hábitos de risco ou que comprometem a saúde. Dentre estes hábitos, destacam-se a condução de automóvel ou motocicleta sem carteira de motorista, uso de cerol em pipas, hábitos identificados exclusivamente nestes estratos socioeconômicos, e também o envolvimento em brigas que resultaram em agressão, comportamento identificado majoritariamente dentre os entrevistados de baixo *status* socioeconômico.

No que se refere a outros agentes de controle e regulação no comportamento de saúde dos respondentes, além dos filhos e dos cônjuges, foi identificada a atuação de empregadas domésticas e diaristas, da religião, dos pais, das sogras, de equipamentos públicos locais e de amigos.

#### 4.2.2 Entrevistas em profundidade

##### 4.2.2.1 Controle social direto

Diversas evidências de controle social direto foram identificadas nas entrevistas em profundidade. Abaixo, listamos os principais achados com relação ao suporte emocional, instrumental e informativo na tomada de decisões.

Observou-se que o suporte emocional, associado ao provimento de carinho e cuidado, mostrou-se intrinsecamente associado ao suporte instrumental, que representa a realização de tarefas diárias. Nesse sentido, a partir da análise das entrevistas identificou-se que a companheira usualmente assume a responsabilidade de realização de limpezas no domicílio ou compra de alimentos e medicamentos. No caso dos entrevistados de baixo *status*

socioeconômico, é unânime dentre os entrevistados que a responsabilidade de preparo de alimentos seja da esposa, ao menos durante os dias de semana.

Quando nós nos casamos, eu não comia muita verdura. Depois do casamento, passei a comer essas coisas todas. Alface, tomate. Tudo de verdura eu passei a comer. [Por que você passou a comer depois do casamento?] Porque ela (esposa) fazia. E ia colocando de pouquinho a pouquinho para mim. Foi quando eu acostumei com aquilo (Entrevista 15, casamento formal, com filhos, Ensino Médio completo).

No caso específico dos entrevistados de alto *status* socioeconômico, foi mencionada a presença de diaristas, empregadas domésticas ou babás prestando suporte instrumental na alimentação ou limpeza dos domicílios. Também nesse estrato, a maioria dos entrevistados alegou almoçar em restaurantes em detrimento do próprio domicílio durante a semana.

O suporte social informativo realizado pelos cônjuges foi mencionado por entrevistados em uniões conjugais formais e informais quando questionados sobre os meios em que se informavam, por exemplo, sobre campanhas de vacinação ou a necessidade de realização de exames periódicos. Apesar de nem sempre atendidas, as sugestões de cuidado fornecidas servem para ampliar o conhecimento dos homens acerca da existência de aparelhos de saúde.

[E quando, por exemplo, tem campanha de vacinação. Febre amarela. Que teve muito recentemente, todo mundo teve que vacinar. Como você fica sabendo? Em qual meio você fica sabendo?] No meio minha mãe (risos). Porque rádio eu não sou de escutar. [...] Jornal, não assisto, acho sensacionalista. Então quem me avisa é minha mãe mesmo (Entrevistado 18, casamento formal, sem filhos, ensino médio completo).

Minha mãe, minha sogra e minha esposa falam. ‘Ah, tá tendo tal remédio no posto, você viu? Hoje é dia de vacina.’ E normalmente eu não vou muito no médico não. Já compro o remédio e tomo para ver se resolvo eu mesmo. Às vezes minha esposa que coloca na minha cabeça para ir. [A sua esposa?] É. Outro dia mesmo, estava com infecção de ouvido, estava ruim. Aí ela foi comigo (Entrevista 16, casamento formal, sem filhos, ensino médio completo).

Outros agentes de regulação, tais como as mães, pais e sogras dos entrevistados também foram mencionados como informantes sobre questões de saúde e também como suporte instrumental, como será abordado na seção sobre fatores mediadores.

Quanto ao suporte na tomada de decisões, as companheiras são identificadas nas entrevistas como influenciadores contra comportamentos considerados de risco, tal como andar de moto, consumo de substâncias como cigarro e álcool.

Eu, por exemplo, quero comprar uma moto. Nós estamos numa discussão danada. Porque ela não quer, vai influenciar os meninos. Eu tive moto no passado, sempre gostei de moto. Estou pensando em comprar outra, mas está difícil. [...] Na época que a gente namorava, eu tinha moto. Depois que a gente se casou, teve filho, fica aquela tensão. E se acontecer alguma coisa comigo? Ou mesmo com ela? Eu tenho saudade dessa época. Moto dá uma sensação de liberdade muito grande (Entrevista 3, casamento formal, com filhos, ensino superior completo).

Ela fala, fala para eu parar de fumar e eu acho entendível. Ela reclama quando a gente está perto e eu fumo. [...] Na hora que eu estou muito afim de fumar por algum motivo, eu vou para longe e vou fumar um cigarro (Entrevista 9, união informal, sem filhos, ensino superior completo).

Assim como no caso do suporte informativo, a prestação do suporte na tomada de decisões relacionadas à saúde nem sempre resulta na adoção de um comportamento mais saudável, mas criam empecilhos ao comportamento de risco.

#### *4.2.2.2 Controle social indireto*

A institucionalização trazida pelo matrimônio e o papel social do marido foram mecanismos identificados para as uniões, tal como ilustram os relatos das entrevistas 2 e 15, dispostos abaixo. Nesses casos, além da percepção de responsabilidade, a transformação nos hábitos de saúde, como o consumo de álcool ou direção após consumo de álcool, ocorreria em decorrência da manutenção da qualidade da relação evitando, conseqüentemente, sua dissolução. Embora as menções referentes a esse mecanismo tenham sido mais comuns dentre os indivíduos em um casamento formal, em um dos casos os mecanismos supracitados foram identificados também em uma união consensual formalizada.

Nós dois bebemos. Aí a gente começou a perceber o seguinte: A gente bebia, os ânimos exaltavam, as brigas ficavam mais frequentes. Então a gente começou a manejar um pouco. Depois que eu dei perda total no carro, eu vi que meu relacionamento com ela estava caminhando para ser algo sério. A gente começava a fazer planos e planos. Não dá pra fazer a mistura de álcool e direção porque eu não sou só eu no mundo mais. Eu tinha esse pensamento egoísta de que se eu morresse, era só eu mesmo (Entrevista 2, casamento formal, com filhos, ensino superior completo).

Depois do casamento a gente dá uma segurada (consumo de álcool). A gente fica mais seguro. Vem um menino [filho] ainda. Quase que põe um ponto final em tudo. [Mas, o que acontece?] A gente fica mais responsável pelas coisas da gente dentro de casa. A mulher não bebe... A gente fica um pouco mais

seguro. Fica aquele trem. Um bebe, outro não. Fica meio chato né? (Entrevista 15, casamento formal, com filhos, ensino médio completo).

No que se refere a autoaplicação de normas e ao provimento de exemplo de comportamento a ser emulado pelos filhos, foi identificada nas entrevistas a atuação deste mecanismo na redução ou suspensão do consumo de substâncias como álcool, tabaco e maconha, tal como ilustram os trechos dispostos a seguir:

Enquanto tivesse novinho não entende nada. Mas aí, com dois anos, ele já começa a entender. E eu não quero ser o exemplo de João Cana braba pro meu menino (Entrevista 2, casamento formal, com filhos, ensino superior completo).

Bem. No final, vamos dizer, uns dois anos antes de parar de fumar, eu já estava bem de saco cheio de cigarro. [...] Foi quando minha esposa engravidou. Engravidou e eu tive o que eu precisava para precisar parar. Eu parei de um dia para outro. Fumava cigarro todo dia e parei sem o uso de remédio, sem nada. [Foi sua esposa quem te incentivou ou partiu de você mesmo?] Partiu de mim mesmo. [...] Porque eu já vinha querendo parar. Tinha medo de não conseguir. Mas com o filho, eu não queria que meu filho convivesse com cigarro. Pela saúde dele e pelo exemplo. Então, isso foi o ponto de partida (Entrevista 5, casamento formal, com filhos, ensino superior completo).

Também foi identificada nas entrevistas realizadas a percepção do papel do pai como provedor de recursos monetários e não monetários, ação prevista no mecanismo de compromisso interpessoal. Essa percepção aparece associada ao receio de morrer e deixar os filhos desamparados, o que aumentaria os custos de ingresso em comportamentos de risco como envolvimento em brigas com agressões ou não realizar consultas médicas periódicas, tal como disposto nos relatos a seguir.

Então, eu tenho preocupação com a saúde dos meus filhos, tenho preocupação com a integridade física, por exemplo. Só que eu não posso pensar só nisso. E pensar que se eu morrer vou deixá-los com uma mão na frente e outra atrás. Então tem também a preocupação de o que esses meninos vão herdar quando eu e a mãe dele formos (Entrevista 2, casamento formal, com filhos, ensino superior completo).

Você começa a pensar mais na sua família, porque a violência está demais e a minha briga não era com cara comum, geralmente era com os caras da “boca” [local onde são realizadas vendas de drogas]. Eu já cheguei a arrumar briga dentro da boca com os caras armados. [...] É que eu pensei assim, eu vou morrer e deixar minha família. Ou eles vão correr e pegar minha família. Eles não têm nada com isso. Aí comecei a pensar mais na família, comecei a manejar, depois que minha menina nasceu, eu parei com isso (Entrevista 17, união informal, sem filhos, ensino fundamental incompleto).

Em alguns casos, no entanto, valendo-se também da perspectiva de uso do tempo e do compromisso interpessoal, o casamento e os filhos foram mencionados como principais motivos para o sedentarismo ou não realização de atividades físicas regulares, o oposto do que se esperava pela literatura clássica internacional:

Há um comodismo. Quando você namora, tem que sair de um lugar, ir para o outro. Nem sempre você está de carro ou moto. Tem que pegar ônibus, correr atrás de ônibus. Quando você casa, domingo você está na sua casa. Não precisa levar alguém em casa ou ir para sua casa. Então você acaba acomodando e ficando parado (Entrevista 18, casamento formal, sem filhos, ensino médio completo).

Depois que eu a conheci (esposa), eu acabei engordando, engordei 20 kg. [Por que você acha que engordou?] Eu não sei. Acho que a gente acaba criando hábitos mais caseiros. Todo dia a gente acaba fazendo coisas tipo, preparar uma coisa gorda para comer, uma lasanha... (Entrevista 2, casamento formal, com filhos, ensino superior completo).

#### 4.2.2.3 Fatores mediadores

Com relação aos fatores mediadores, foram citadas várias evidências de transformação nas redes de contato. Os relatos dispostos abaixo indicam que, a partir da união e dos filhos, os respondentes direta ou indiretamente passam a selecionar as atividades de lazer e as companhias para realizá-las, de modo em que são evitadas ocasiões propícias ao consumo excessivo de álcool, por exemplo. Os relatos corroboram ainda a intensificação das redes de parentesco em detrimento das redes de amigos após o casamento e paternidade, tal como descrito por Wellman et al. (1997).

Eu acho que a pessoa que está solteira, ela tem necessidade de sair mais. Mais pela rotina. Pela turma. E acaba bebendo mais. Igual esse colega meu, que divorciou. Ele acaba saindo com outras turmas. E a gente acaba saindo com uma mesma turma... Por exemplo, a gente que tem filho, vai sair, tem que ser lugar que tem parquinho sempre (Entrevista 3, casamento formal, com filhos, ensino superior completo).

Dos meus amigos sim, tem gente que bebe, fuma. [O senhor não bebe?] Não bebo e nem fumo. [...] Então assim, depois que eu arrumei essa minha esposa, eu me afastei mais. Minha rotina é essa, serviço, casa e igreja. O tempo que eu paro em casa, eu fico em casa jogando vídeo game (Entrevista 11, casamento formal, com filhos, ensino fundamental incompleto).

A inclusão das sogras na rede de apoio na saúde dos respondentes também foi uma modificação na rede de contatos identificada nas entrevistas. Além do suporte informativo, mencionado anteriormente, elas também proveem suporte instrumental a alguns dos entrevistados, principalmente no que se refere ao preparo de alimentos.

Almoço, pela correria, minha sogra se dispôs a... Como meu menino estuda perto da casa deles, ela se dispôs para gente pegar marmita na casa dela. Como os dois são aposentados, meu sogro e minha sogra e eles fazem almoço todo dia. Cozinhar para dois e cozinhar para quatro é a mesma coisa. Então, alimentação hoje a gente tem pegado com meu sogro e minha sogra (Entrevista 2, casamento formal, com filhos, ensino superior completo).

Não é fácil. Minha sogra ajuda muito. Pelo menos três vezes na semana minha sogra fica com os meninos de manhã. [...] Minha sogra faz almoço três vezes na semana. [...] Eu também almoço lá (Entrevista 3, casamento formal, com filhos, ensino superior completo).

A transição para a religião evangélica foi mencionada por respondentes de baixo *status* socioeconômico e apontada por alguns como principal motivo para cessar o consumo de álcool ou por nunca o ter consumido. Nos relatos, faz-se possível identificar, em alguns casos, o papel restritivo da religião quanto a esses comportamentos e a percepção da igreja como um local propício para a transformação comportamental nesse aspecto.

Eu bebia todas. [...] Primeiramente, esse amigo meu que hoje é pastor, conversava muito comigo. Me levou para um retiro espiritual e eu aceitei Jesus. Naquele ponto eu parei de beber. Não queria aquilo mais para minha vida não. [E sua esposa também foi para a igreja quando você foi?] Ela já era da igreja, mas tava... Afastada. [Quem chamou quem para ir?] Na verdade, fui eu. Porque um colega meu era pastor e me chamava para ir. Acabou que eu fui e a chamei. Mas ela conheceu os caminhos primeiro do que eu (Entrevista 16, casamento formal, sem filhos, ensino médio completo).

A religião foi mencionada também como principal provedora de recursos sociais em alguns casos, o que corrobora uma forte atuação do efeito de pares dentre os membros de uma mesma denominação religiosa:

Amigos hoje são os de dentro da igreja. [...] A partir do momento que já vai contra aquilo que eu creio, já há uma separação. [Quando você costuma sair para algum lugar, fazer alguma coisa. Com quem você sai?] Com minha esposa e os amigos da igreja. Ultimamente tem sido mais eu e ela. Mas a gente sai com os amigos da igreja (Entrevista 18, casamento formal, sem filhos, ensino médio completo).

Para ser sincero eu não tenho nenhum amigo que bebe, nenhum amigo que fuma, é tudo da igreja, conheci todos na igreja e a gente é amigo até hoje! Não tenho nenhum amigo que bebe, não dá para falar assim ‘esse aqui bebe’. Nunca tive (Entrevista 20, casamento formal, sem filhos, ensino médio completo).

Ressalta-se que, em alguns casos, as companheiras foram mencionadas como motivadoras para a mobilidade religiosa e a frequência aos cultos. Em outro caso, a denominação religiosa mostrou-se um atributo relevante para a decisão de escolha da parceira:

Meu pai obrigava a gente a ir na igreja quando a gente era moleque. Na igreja católica. Ele forçava a gente a ir, a gente ia. Eu nunca gostei de igreja católica. Na evangélica eu já ia antes de ter meus meninos, quando conheci minha esposa. Ela me convidou para a igreja [evangélica]. Agora eu vou na igreja, uma vez por semana, na igreja evangélica. Gosto de ir. Minha mulher vai direto (Entrevista 4, casamento formal, com filhos, ensino superior completo).

Minha esposa também é cristã. Congrega na mesma igreja que eu. Os pais dela também congregam. Foi lá que a conheci. [...]Pelos procedimentos e tudo que eu creio, a gente ficou um ano conversando, depois um ano orando, para só depois ter um relacionamento (Entrevista 18, casamento formal, sem filhos, ensino médio completo).

Conheci [nome da companheira] em um pagode. Eu era desviado, não tinha aceitado Jesus ainda não. Depois nos afastamos. Posteriormente, em janeiro de 2012 eu encontrei com ela outra vez. [...] Agosto começamos a namorar. Em outubro do mesmo ano nós fomos para a igreja. [...] [Quem chamou quem para ir?] Na verdade, fui eu quem chamei. Porque um colega meu era pastor e me chamava para ir. Acabou que eu fui que chamei ela (Entrevista 16, casamento formal, sem filhos, ensino médio completo).

Ainda nas questões mediadoras, observou-se dentre os entrevistados de baixo *status* socioeconômico, uma maior diversidade de hábitos de risco ou que comprometem a saúde. Dentre estes hábitos, destacam-se a condução de automóvel ou motocicleta sem carteira de motorista e uso de cerol em pipas, hábitos identificados exclusivamente nesse estrato socioeconômico. Por vezes, os comportamentos supracitados foram abandonados, segundo os respondentes, em função dos processos de formação de família, tal como ilustra o relato da entrevista 14 disposto a seguir. A direção sem carteira de motorista, no entanto, é um hábito que persiste para dois dos entrevistados, possivelmente devido ao custo associado com a obtenção da carteira.

Eu mudei muito. O que fez eu mudar mesmo foram meus filhos. [...] Qualquer coisa eu ia. Vamos ali em cima soltar um papagaio. Eu ia. Hoje em dia não

vou mais. Vou, pego meu menino e vou passear aqui na rua. Passava cerol aqui no meio da rua. Hoje em dia não mecho mais com cerol. Por causa dos meninos. [...] Eu sei que machuca eles. E se meu filho me vir passando, vai ver e aprender. Eu sou o espelho dele. Tudo que eu mudei é para ele não ver e se espelhar em mim. [...] Falar com você a verdade. Hoje em dia não mexo com isso mais não. Mas eu já fumei maconha. Hoje em dia não fumo mais não. Por causa deles também (Entrevista 14, União informal, com filhos, ensino médio incompleto).

Eu dirijo e piloto [moto]. Só não tenho carteira (Entrevista 12, casamento formal, com filhos, ensino médio incompleto).

Não foram identificadas, nessas entrevistas, melhoria na renda devido a união ou o nascimento de filhos. Pelo contrário, os homens entrevistados alegam ter ficado com o orçamento mais apertado, o que não configura um bônus da paternidade, como previsto na literatura. Assim, o nível socioeconômico interfere na adoção de comportamentos de vida mais saudável, pois uma boa renda proporciona opções mais seguras de lazer, uma organização do tempo mais favorável para a práticas de exercício físico e condições de arcar com os custos da emissão da carteira nacional de habilitação.

Meu exercício hoje é carregar menino, de manhã, de dia, de noite e de madrugada. Mas... Tem muito tempo que eu estou parado sem fazer exercícios, estou precisando voltar. O que está faltando hoje, para eu fazer exercício, é tempo. E estando desempregado, eu não vou comprometer o dinheiro com exercício físico, sendo que eu tenho contas para pagar. Contas de uma casa para arcar. Hoje eu não faço por uma questão de... Restrição financeira e de tentar dar suporte para os meninos (Entrevista 2, casamento formal, com filhos, ensino superior completo).

## 5 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Frente ao processo de divergência por sexo nas taxas de mortalidade, em que as causas evitáveis mostram-se de extrema relevância, faz-se importante analisar os fatores associados à morbidade e mortalidade masculina. O presente estudo possibilitou a análise da ocorrência de comportamentos de saúde selecionados por *status* familiar entre os homens e da atuação de mecanismos pelos quais a formação de família atua na transformação ou manutenção do comportamento de saúde masculino. A utilização da técnica de entrevista semi-estruturada possibilitou a identificação dos mecanismos atuantes nessa relação, usualmente tratada exclusivamente sob a ótica de estudos quantitativos.

A partir dos perfis propostos, foram analisadas as transformações comportamentais dos respondentes a partir da própria história de vida, comparando os resultados identificados entre os grupos socioeconômicos e de fecundidade. Buscou-se identificar mecanismos de controle social direto e indireto em conformidade com a perspectiva apresentada por Umberson (1987), assim como as subcategorias de controle social direto adotadas (informativo, instrumental e tomada de decisões) apresentadas por Berkman e Glass (2000) para os mecanismos protetivos das uniões. Por fim, no que se refere às instituições que funcionam como reguladoras ou promotoras de regulação e suporte na saúde, a categorização realizada considerou a família, a religião e o nível socioeconômico, agentes de controle e mediação.

Embora tenha identificado nuances negativas dos processos de formação de família no comportamento de saúde, sobretudo no que tange prática de atividade física, de forma geral os resultados identificados corroboram a relação negativa entre a permanência em uniões e a mortalidade apresentados por estudos nesse escopo (GUIMARÃES; MORAIS NETO, 2018; CASADO et al., 2019; MACHADO et al., 2017; MOURA; MALTA, 2011). Adicionalmente, observou-se a atuação de mecanismos protetivos relacionados à paternidade, critério não observado na literatura nacional identificada. Os resultados sugerem, portanto, que os processos de formação de família atuem ativamente na transformação do comportamento de saúde masculino, o que contraria a hipótese de que a relação entre *status* marital e saúde fosse atribuída majoritariamente à seleção (GOLDMAN, 1993).

A execução de tarefas domésticas relacionadas ao comportamento de saúde que são realizadas majoritariamente por mulheres ou de exclusividade feminina (suporte instrumental), além de corroborar o maior ganho na saúde dos homens a partir das uniões, ressalta os padrões de gênero ainda marcados pela desigualdade no âmbito familiar (RECZEK; UMBERSON,

2012). Nesse sentido, as companheiras são consideradas pelos respondentes como mais aptas para monitorar o seu próprio estado saúde e dos demais membros do domicílio.

No que se refere às questões normativas, as uniões e, principalmente, os filhos, mostraram-se influenciadores do comportamento de saúde dado o receio de partir deixando os filhos e as cônjuges desamparados ou de que o filho reproduza comportamentos inadequados. Esses resultados corroboram a atuação do controle social indireto descrito por Umberson (1987).

Destaca-se, além disso, o papel da religião na transformação do comportamento de saúde desses homens, tanto no aspecto restritivo na adoção de comportamentos quando no provimento de recursos sociais (ELLISON; LEVIN, 1998). Além dos cônjuges se incentivarem mutuamente na prática religiosa, fator que estaria associado à abolição de alguns comportamentos danosos à saúde, nas entrevistas realizadas, por vezes a religião mostrou-se um conector de indivíduos para as uniões formais. Desse modo, infere-se que exista distintos critérios de seleção para ingresso nas uniões formais e informais, o que justificaria, ao menos em partes, os resultados divergentes quanto ao comportamento e *status* de saúde identificados pela literatura por tipo de união (DUNCAN, 2006).

O papel das sogras no suporte instrumental ao domicílio teve destaque na transformação da rede de apoio. Nesse sentido, reforça-se o papel da realização de uniões como estratégias de suporte não monetário mútuo entre indivíduos, já que demonstraram promover um aumento do tamanho das redes de parentesco, da frequência de contato e do suporte prestado por esses parentes. Em conformidade com estudos preliminares (SURRA, 1985; WELLMAN, 1997), essas transformações ocorreram de forma a homogeneizar as tipologias de contatos nas redes, de forma a aumentar a densidade das redes de parentesco em detrimento da densidade da rede de não parentes.

Quanto às limitações do estudo, ressalta-se que, devido à natureza qualitativa dos dados, os resultados não são passíveis de generalização. Outras limitações relevantes para o estudo devem ser mencionadas, como a não inclusão de um grupo controle de não-unidos (com e sem filhos), o autorrelato dos entrevistados, que pode ser influenciado por fatores culturais, de memória, pela escolaridade e por questões emocionais e psicológicas, e a realização de perguntas retrospectivas. Outro possível viés é a atuação diferencial da mortalidade entre indivíduos com comportamentos distintos: indivíduos com estilos de vida associados a comportamentos de risco têm uma maior exposição a condições crônicas e ocorrência de acidentes e, conseqüentemente, a uma maior mortalidade (VERBRUGGE, 1979). Desse modo,

os entrevistados com diferentes práticas com relação à saúde estão submetidos também a diferentes probabilidades de sobrevivência até a faixa etária selecionada para a entrevista e até o momento do ciclo de vida considerado como ideal para as uniões na perspectiva normativa.

## REFERÊNCIAS

- ADLER, N. *et al.* Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. **American psychologist**, v. 49, n. 1, p. 15-24, 1994.
- AGRAWAL, A. *et al.* Assortative mating for cigarette smoking and for alcohol consumption in female Australian twins and their spouses. **Behavior genetics**, v. 36, n. 4, p. 553-566, 2006.
- ALVES, L. C.; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 17, n. 5-6, p. 333-341, 2005.
- ANDRADE, S. S. C. de A.; JORGE, M. H. P. de M. Internações hospitalares por lesões decorrentes de acidente de transporte terrestre no Brasil, 2013: permanência e gastos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 1, p. 31-38, 2017.
- ANTONOVICS, K.; TOWN, R. Are all the good men married? Uncovering the sources of the marital wage premium. **American Economic Review**, v. 94, n. 2, p. 317-321, 2004.
- ARAÚJO, J. D. de. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 533-538, 2012.
- BACCHIERI, G.; BARROS, A. J. D. de. Traffic accidents in Brazil from 1998 to 2010: many changes and few effects. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 949-963, 2011.
- BACHMAN, J. G. *et al.* **Smoking, drinking, and drug use in young adulthood: The impacts of new freedoms and new responsibilities.** Londres, UK: Psychology Press, 2013.
- BARANOWSKI, T.; PERRY, C.; PARCEL, G. How individuals, environments, and health behavior interact. **Health behavior and health education: Theory, research, and practice**, v. 3, p. 165-184, 2002.
- BARTLETT, E. The effects of fatherhood on the health of men: a review of the literature. **Journal of Men's Health and Gender**, v. 1, n. 2-3, p. 159-169, 2004.
- BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 71-80, 2005.
- BECKER, G. A Theory of the Allocation of Time. **The economic journal**, v. 75, n. 299, p. 493-517, 1965.
- BECKER, G. A theory of marriage: Part I. **Journal of Political economy**, v. 81, n. 4, p. 813-846, 1973.
- BECKER, M. The health belief model and sick role behavior. **Health education monographs**, v. 2, n. 4, p. 409-419, 1974.
- BELTRÃO, K. I.; SUGAHARA, S.; TEIXEIRA, M. de P. Os atributos de cor/raça e escolaridade no mercado matrimonial brasileiro: meio século de negociações. *In: Encontro*

- Nacional de Estudos Populacionais, XVIII, 2012, Águas de Lindóia/SP. **Anais** [...], Águas de Lindóia/SP: 2012.
- BERKMAN, L.; GLASS, T. Social integration, social networks, social support, and health. **Social epidemiology**, v. 1, p. 137-173, 2000.
- BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. *In: Seminário Internacional Envelhecimento Populacional, I, Brasília, DF, 1996.* **Anais** [...] Brasília, DF: MPAS/SAS, 1996.
- BERRIGAN, D. *et al.* Patterns of health behavior in US adults. **Preventive medicine**, v. 36, n. 5, p. 615-623, 2003.
- BLUMSTEIN, P.; SCHWARTZ, P. **American couples: Men's Work, Women's Work.** Minneapolis: University of Minnesota, 1983.
- BOARDMAN, J. D. *et al.* Neighborhood disadvantage, stress, and drug use among adults. **Journal of health and social behavior**, v. 42, n. 2, p. 151-165, 2001.
- BOOKWALA, J. The role of marital quality in physical health during the mature years. **Journal of Aging and Health**, v. 17, n. 1, p. 85-104, 2005.
- BORGES, G. M. Health transition in Brazil: regional variations and divergence/convergence in mortality. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, n. 8, p. 1-15, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Óbitos por acidentes de trânsito caem pelo segundo ano consecutivo.** Brasília, DF: [s. n.], 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2017/dezembro/obitos-por-acidentes-de-transito-caem-pelo-segundo-ano-consecutivo> Acesso em: 7 jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde: ações estratégicas.** Brasília, DF: [s. n.], 2018. Disponível em: [https://bvms.saude.gov.br/bvs/folder/vigilancia\\_doencas\\_agravos\\_nao\\_transmissiveis\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvms.saude.gov.br/bvs/folder/vigilancia_doencas_agravos_nao_transmissiveis_promocao_saude.pdf) Acesso em: 7 jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Programa Nacional de Controle do Tabagismo.** Brasília, DF: [s. n.], 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo> Acesso em: 7 jun. 2021.
- BRASIL. **O que é o PNS?** Brasil: Fiocruz, [s. n.]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/?pag=principal> Acesso em: 3 jul. 2018.
- BROOKS, G.; DARROW, W.; DAY, J. Repeated gonorrhoea: an analysis of importance and risk factors. **Journal of Infectious Diseases**, v. 137, n. 2, p. 161-169, 1978.
- BROWNFIELD, D.; SORENSON, A. M. Religion and drug use among adolescents: A social support conceptualization and interpretation. **Deviant Behavior**, v. 12, n. 3, p. 259-276, 1991.

CAMARANO, A. A. **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: Ipea, 1999.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; LEITAO, J. M. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? *In: CAMARANO, A. A. (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004. p. 411-26.

CARLSON, M.; VANORMAN, A. Trajectories of relationship supportiveness after childbirth: Does marriage matter? **Social science research**, v. 66, p. 102-117, 2017.

CARR, D.; SPRINGER, K. Advances in families and health research in the 21st century. **Journal of Marriage and Family**, v. 72, n. 3, p. 743-761, 2010.

CEPAL. **Familia y futuro: un programa regional en América Latina y el Caribe**. Santiago de Chile: CEPAL, 1994. Disponível em: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2145/S9410132\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2145/S9410132_es.pdf) Acesso em: 10 out. 2021.

CHERLIN, A. Toward a new home socioeconomic of union formation. *In: WAITE, C. L. et al. (Eds.). Ties that bind: Perspectives on marriage and cohabitation*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter, 2000. p. 126-144.

CHERLIN, A. The deinstitutionalization of American marriage. **Journal of marriage and family**, v. 66, n. 4, p. 848-861, 2004.

CHERLIN, A. Health, marriage, and same-sex partnerships. **Journal of health and social behavior**, v. 54, n. 1, p. 64-66, 2013.

CHERLIN, A. *et al.* The influence of physical and sexual abuse on marriage and cohabitation. **American Sociological Review**, v. 69, n. 6, p. 768-789, 2004.

CHEUNG, Y. Accidents, assaults, and marital status. **Social Science & Medicine**, v. 47, n. 9, p. 1325-1329, 1998.

COCHRAN, W. The effectiveness of adjustment by subclassification in removing bias in observational studies. **Biometrics**, v. 24, n. 2, p. 295-313, 1968.

COHEN, G.; PRINSTEIN, M. Peer contagion of aggression and health risk behavior among adolescent males: An experimental investigation of effects on public conduct and private attitudes. **Child development**, v. 77, n. 4, p. 967-983, 2006.

CONDON, J.; BOYCE, P.; CORKINDALE, C. The first-time fathers study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 38, n. 1-2, p. 56-64, 2004.

COVRE-SUSSAI, M. *et al.* Traditional and modern cohabitation in Latin America: A comparative typology. **Demographic Research**, v. 32, p. 873-914, 2015.

COWAN, C. P.; COWAN, P. A. **When partners become parents: The big life change for couples.** Mahwah, EUA: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2000.

COX, E. The Place of Family in Social Policy. **Family Matters**, v. 34, p. 28-30, 1993.

DALGALARRONDO, P. *et al.* Religion and drug use by adolescents. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 26, n. 2, p. 82-90, 2004.

D'ANTONIO, W.; NEWMAN, W.; WRIGHT, S. A. Religion and family life: How social scientists view the relationship. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 21, n. 3, p. 218-225, 1982.

DARROW, W. W. Social stratification, sexual behavior, and the sexually transmitted diseases. **Journal of Sexually Transmitted Diseases**, v. 6, n. 3, p. 228-230, 1979.

DAVIS, S. *et al.* Gender differences in couple attachment behaviors as predictors of dietary habits and physical activity levels. **Journal of health psychology**, v. 21, n. 12, p. 3048-3059, 2016.

DOORNBOS, G.; KROMHOUT, D. Educational level and mortality in a 32-year follow-up study of 18-year-old men in The Netherlands. **International Journal of Epidemiology**, v. 19, n. 2, p. 374-379, 1990.

DOSMAN, D.; ADAMOWICZ, W.; HRUDEY, S. E. Socioeconomic determinants of health- and food safety-related risk perceptions. **Risk analysis**, v. 21, n. 2, p. 307-318, 2001.

DUNCAN, G.; WILKERSON, B.; ENGLAND, P. Cleaning up their act: The effects of marriage and cohabitation on licit and illicit drug use. **Demography**, v. 43, n. 4, p. 691-710, 2006.

ELDER, G. **Life Course Dynamics: Trajectories and Transitions 1968-1980.** New York: Cornell University, 1965.

ELLISON, C.; LEVIN, J. The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions. **Health Education & Behavior**, v. 25, n. 6, p. 700-720, 1998.

ENGLAND, P. **Households, employment, and gender: A social, economic, and demographic view.** Abingdon, UK: Routledge, 2017.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

FINUCANE, M. *et al.* Gender, race, and perceived risk: The 'white male' effect. **Health, risk & society**, v. 2, n. 2, p. 159-172, 2000.

FU, H.; GOLDMAN, N. Incorporating health into models of marriage choice: Demographic and sociological perspectives. **Journal of Marriage and the Family**, v. 58, n. 3, p. 740-758, 1996.

FUSSELL, E.; PALLONI, A. Persistent marriage regimes in changing times. **Journal of Marriage and Family**, v. 66, n. 5, p. 1201-1213, 2004.

GARFIELD, C. *et al.* A longitudinal study of paternal mental health during transition to fatherhood as young adults. **Pediatrics**, v. 133, n. 5, p. 836-843, 2014.

GERDTHAM, U. G. *et al.* Do education and income really explain inequalities in health? Applying a twin design. **The Scandinavian Journal of Economics**, v. 118, n. 1, p. 25-48, 2016.

GOCHMAN, D. **Health behavior**. Boston, MA: Springer, 1988.

GOLDMAN, N. Marriage selection and mortality patterns: inferences and fallacies. **Demography**, v. 30, n. 2, p. 189-208, 1993.

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. 566-578, 2013.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GÖRLITZ, K.; TAMM, M. **Parenthood and risk preferences**. [S. l.: s. n.], 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/SSRN-id2618442.pdf> Acesso em: 15 jun. 2018.

GOVE, W. Sex, marital status, and mortality. **American journal of sociology**, v. 79, n. 1, p. 45-67, 1973.

GOVE, W. R.; HUGHES, M.; STYLE, C. B. Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual? **Journal of health and social behavior**, v. 24, n. 2, p. 122-131, 1983.

GRAHAM, H.; DER, G. Patterns and predictors of tobacco consumption among women. **Health education research**, v. 14, n. 5, p. 611-618, 1999.

GULLICKSON, A.; TORCHE, F. Patterns of racial and educational assortative mating in Brazil. **Demography**, v. 51, n. 3, p. 835-856, 2014.

GUPTA, S. The effects of transitions in marital status on men's performance of housework. **Journal of Marriage and the Family**, v. 61, n. 3, p. 700-711, 1999.

HARDARSON, T. *et al.* The relationship between educational level and mortality. The Reykjavik Study. **Journal of internal medicine**, v. 249, n. 6, p. 495-502, 2001.

HARDEE, K. *et al.* Unintended pregnancy and women's psychological well-being in Indonesia. **Journal of biosocial Science**, v. 36, n. 5, p. 617-626, 2004.

HAWKINS, D.; BOOTH, A. Unhappily ever after: Effects of long-term, low-quality marriages on well-being. **Social Forces**, v. 84, n. 1, p. 451-471, 2005.

- HULL, E. E. *et al.* Influence of marriage and parenthood on physical activity: a 2-year prospective analysis. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 7, n. 5, p. 577-583, 2010.
- JACOB, T.; BREMER, D. Assortative mating among men and women alcoholics. **Journal of Studies on Alcohol**, v. 47, n. 3, p. 219-222, 1986.
- JANZ, N.; BECKER, M. The health belief model: A decade later. **Health education quarterly**, v. 11, n. 1, p. 1-47, 1984.
- JOUNG, I. M. A. *et al.* A longitudinal study of health selection in marital transitions. **Social Science & Medicine**, v. 46, n. 3, p. 425-435, 1998.
- KALMIJN, M. Shifting boundaries: Trends in religious and educational homogamy. **American Sociological Review**, v. 56, n. 6, p. 786-800, 1991.
- KANDEL, D. B.; DAVIES, M.; RAVEIS, V. H. The stressfulness of daily social roles for women: Marital, occupational and household roles. **Journal of health and social behavior**, v. 26, n. 1, p. 64-78, 1985.
- KANNAS, L. The dimensions of health behavior among young men in Finland. **International Journal of Health Education**, v. 24, n. 3, p. 146-155, 1981.
- KELLY, R.; ZYZANSKI, S.; ALEMAGNO, S. Prediction of motivation and behavior change following health promotion: Role of health beliefs, social support, and self-efficacy. **Social Science & Medicine**, v. 32, n. 3, p. 311-320, 1991.
- KING, R.; MASSOGLIA, M.; MACMILLAN, R. The context of marriage and crime: Gender, the propensity to marry, and offending in early adulthood. **Criminology**, v. 45, n. 1, p. 33-65, 2007.
- KLING, J.; LIEBMAN, J.; KATZ, L. Experimental analysis of neighborhood effects. **Econometrica**, v. 75, n. 1, p. 83-119, 2007.
- KOSKINEN, S. *et al.* Mortality differences according to living arrangements. **International journal of epidemiology**, v. 36, n. 6, p. 1255-1264, 2007.
- KRUEGER, R. *et al.* Assortative mating for antisocial behavior: Developmental and methodological implications. **Behavior genetics**, v. 28, n. 3, p. 173-186, 1998.
- LANGLIE, J. K. Social networks, health beliefs, and preventive health behavior. **Journal of health and social behavior**, v. 18, n. 3, p. 244-260, 1977.
- LANTZ, P. *et al.* Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: results from a nationally representative prospective study of US adults. **Jama**, v. 279, n. 21, p. 1703-1708, 1998.
- LARANJEIRA, R. *et al.* **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

- LAU, R. R.; QUADREL, M. J.; HARTMAN, K. A. Development and change of young adults' preventive health beliefs and behavior: Influence from parents and peers. **Journal of health and social behavior**, v. 31, n. 3, p. 240-259, 1990.
- LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. de M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.
- LEE, Y. G.; BHARGAVA, V. Leisure time: Do married and single individuals spend it differently? **Family and Consumer Sciences Research Journal**, v. 32, n. 3, p. 254-274, 2004.
- LEONARD, K. E.; ROTHBARD, J. C. Alcohol and the marriage effect. **Journal of studies on Alcohol Supplement**, v. 13, p. 139-146, 1999.
- LEONARD, K. E.; MUDAR, P. J. Alcohol use in the year before marriage: Alcohol expectancies and peer drinking as proximal influences on husband and wife alcohol involvement. **Alcoholism Clinical and Experimental Research**, v. 24, n. 11, p. 1666-1679, 2000.
- LIANG, W. *et al.* A population-based study of age and gender differences in patterns of health-related behaviors. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 17, n. 1, p. 8-17, 1999.
- LILLARD, L. A.; PANIS, C. W. A. Marital status and mortality: The role of health. **Demography**, v. 33, n. 3, p. 313-327, 1996.
- LITMAN, T. The family as a basic unit in health and medical care: a social-behavioral overview. **Social Science & Medicine**, v. 8, n. 9-10, p. 495-519, 1974.
- LIVI-BACCI, M. Selectivity of marriage and mortality: notes for future research. KEYFITZ, N. (Ed.). **Population and Biology**. Liege, Belgium: Ordina Editions, 1984. p. 99-108.
- LOPES, L. Between hope and fear: The psychology of risk. **Advances in Experimental Social Psychology**, v. 20, p. 255-295, 1987.
- LUCAS, R. Time does not heal all wounds: A longitudinal study of reaction and adaptation to divorce. **Psychological Science**, v. 16, n. 12, p. 945-950, 2005.
- MACHIN, R. *et al.* Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.
- MAHALIK, J. R.; BURNS, S. M.; SYZDEK, M. Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. **Social Science & Medicine**, v. 64, n. 11, p. 2201-2209, 2007.
- MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 242-248, 2008.

- MALINA, R. M. Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. **Research quarterly for exercise and sport**, v. 67, n. 3, p. 48-57, 1996.
- MARIANO, R. Crescimento Pentecostal no Brasil: fatores internos. **Revista de Estudos da Religião**, v. 4, p. 68-95, 2008.
- MARKS, N.; LAMBERT, J. D. Marital status continuity and change among young and midlife adults: Longitudinal effects on psychological well-being. **Journal of Family Issues**, v. 19, n. 6, p. 652-686, 1998.
- MCKINNON, S.; POTTER, J.; GARRARD-BURNETT, V. Adolescent fertility and religion in Rio de Janeiro, Brazil in the year 2000: the role of Protestantism. **Population Studies**, v. 62, n. 3, p. 289-303, 2008.
- MILES, M. B. *et al.* **Qualitative data analysis: an expanded sourcebook**. Thousand Oaks, EUA: Sage Publications, 1994.
- MILLER, L.; DAVIES, M.; GREENWALD, S. Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 39, n. 9, p. 1190-1197, 2000.
- MIRANDA-RIBEIRO, P.; LONGO, L. A. F. de B.; POTTER, J. E. Deus dá, Deus tira? Uma análise preliminar da relação entre fecundidade na adolescência e religião em Minas Gerais, 2000. *In: Seminário sobre a Economia Mineira, XIV, 2010, Diamantina. Anais [...]*, Diamantina: Cedeplar, 2010.
- MUSICK, K.; BUMPASS, L. Reexamining the case for marriage: Union formation and changes in well-being. **Journal of Marriage and Family**, v. 74, n. 1, p. 1-18, 2012.
- MUYLAERT, C. J. *et al.* Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 184-189, 2014.
- NAJMAN, J. *et al.* The mental health of women 6 months after they give birth to an unwanted baby: a longitudinal study. **Social Science & Medicine**, v. 32, n. 3, p. 241-247, 1991.
- NIELSEN, J. Mental disorders in married couples (assortative mating). **The British Journal of Psychiatry**, v. 110, n. 468, p. 683-697, 1964.
- OKABAYASHI, H. *et al.* Mental health among older adults in Japan: do sources of social support and negative interaction make a difference? **Social Science & Medicine**, v. 59, n. 11, p. 2259-2270, 2004.
- PAMPEL, F. C.; KRUEGER, P. M.; DENNEY, J. T. Socioeconomic disparities in health behaviors. **Annual review of sociology**, v. 36, p. 349-370, 2010.
- PEARLIN, L. I.; SKAFF, M. M. Stress and the life course: A paradigmatic alliance. **The Gerontologist**, v. 36, n. 2, p. 239-247, 1996.
- PEARLIN, L. I. *et al.* The structure and functions of AIDS caregiving relationships. **Psychosocial Rehabilitation Journal**, v. 17, n. 4, p. 51-67, 1994.

PETERSEN, T.; PENNER, A.; HØGSNES, G. The male marital wage premium: Sorting vs. differential pay. **ILR Review**, v. 64, n. 2, p. 283-304, 2011.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, p. 318-325, 1995.

PRÄG, P. **Social stratification and health**: four essays on the social determinants of health and wellbeing. Groningen: ICS/Department of Sociology, 2017. Disponível em: <https://osf.io/preprints/socarxiv/3rn8m/> Acesso em: 24 dez. 2018.

PREFEITURA de Belo Horizonte. **Monitora BH**. Belo Horizonte, [s. n.]. Disponível em: [encurtador.com.br/kFISX](http://encurtador.com.br/kFISX) Acesso em: 8 mai. 2018.

RALEY, R. K.; SWEENEY, M. M.; WONDRA, D. The growing racial and ethnic divide in U. S. marriage patterns. **Future Child**, v. 25, n. 2, p. 89-109, 2015.

RECZEK, C. *et al.* Diet and exercise in parenthood: A social control perspective. **Journal of Marriage and Family**, v. 76, n. 5, p. 1047-1062, 2014.

RECZEK, C.; UMBERSON, D. Gender, health behavior, and intimate relationships: Lesbian, gay, and straight contexts. **Social Science & Medicine**, v. 74, n. 11, p. 1783-1790, 2012.

REICHENHEIM, M. E. *et al.* Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1962-1975, 2011.

RENDALL, M. S. *et al.* The protective effect of marriage for survival: a review and update. **Demography**, v. 48, n. 2, p. 481-506, 2011.

REYNOLDS, J. R.; ROSS, C. E. Social stratification and health: Education's benefit beyond economic status and social origins. **Social Problems**, v. 45, n. 2, p. 221-247, 1998.

RIBEIRO, Carlos Antonio Costa; SILVA, Nelson do Valle. Cor, educação e casamento: tendências da seletividade marital no Brasil, 1960 a 2000. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 7-51, 2009.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1989.

ROBERT, S. A. Community-level socioeconomic status effects on adult health. **Journal of health and social behavior**, v. 39, n. 1, p. 18-37, 1998.

ROBERTS, M. E. *et al.* Spousal concordance in the use of alternative tobacco products: A multi-country investigation. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 171, p. 16-19, 2017.

ROCHA, M. L. A. da; GUIMARÃES, M. B. L.; CUNHA, M. B. da. O processo de recuperação do uso indevido de drogas em igrejas pentecostais Assembleia de Deus. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 177-190, 2012.

- ROGERS, R. G.; HUMMER, R. A.; NAM, C. B. **Living and dying in the U.S.A.:** Behavioral, health, and social differentials of adult mortality. San Diego: Academic Press, 1999.
- ROSENBAUM, P.; RUBIN, D. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. **Biometrika**, v. 70, n. 1, p. 41-55, 1983.
- ROSS, C. E. Reconceptualizing marital status as a continuum of social attachment. **Journal of Marriage and the Family**, v. 57, n. 1, p. 129-140, 1995.
- ROSS, C. E.; MIROWSKY, J.; GOLDSTEEN, K. The impact of the family on health: The decade in review. **Journal of Marriage and the Family**, v. 52, n. 4, p. 1059-1078, 1990.
- SAMPSON, R.; LAUB, J.; WIMER, C. Does marriage reduce crime? A counterfactual approach to within-individual causal effects. **Criminology**, v. 44, n. 3, p. 465-508, 2006.
- SASCO, A. J.; SECRETAN, M. B.; STRAIF, K. Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. **Lung Cancer**, v. 45, n. 2, p. 3-9, 2004.
- SASSLER, S.; SCHOEN, R. The effect of attitudes and economic activity on marriage. **Journal of Marriage and the Family**, p. 147-159, 1999.
- SCHERER, C. W.; CHO, H. A social network contagion theory of risk perception. **Risk Analysis: An International Journal**, v. 23, n. 2, p. 261-267, 2003.
- SCHOEN, R.; WOOLDREDGE, J. Marriage choices in North Carolina and Virginia, 1969-71 and 1979-81. **Journal of Marriage and the Family**, v. 51, n. 2, p. 465-481, 1989.
- SHAW, I. S.; SIMÕES, M. G. **Controle e Modelagem Fuzzy**. [S. l.: s. n.], 1999.
- SHIELD, K. D.; PARRY, C.; REHM, J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. **Alcohol research: current reviews**, v. 35, n. 2, p. 155-173, 2014.
- SILVA, A. L. da. Ensaio em saúde coletiva: entrevista em profundidade como técnica de pesquisa qualitativa em saúde coletiva. **Saúde Coletiva**, v. 2, n. 7, p. 71, 2005.
- SILVA, C. G. M. da. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 40-49, 2002.
- SILVA, V. de L. *et al.* Perfil de mortalidade do idoso: análise da evolução temporal em uma capital do Nordeste brasileiro de 1996 a 2007. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 433-441, 2012.
- SIMON, R. W. Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health. **American Journal of Sociology**, v. 107, n. 4, p. 1065-1096, 2002.
- SOUZA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza; MALAQUIAS, Juaci Vitória. Violência no trânsito: expressão da violência social. *In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 279-312.

SURRA, C. A. Courtship types: Variations in interdependence between partners and social networks. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 49, n. 2, p. 357-375, 1985.

THEOBALD, D.; FARRINGTON, D. P. Effects of getting married on offending: Results from a prospective longitudinal survey of males. **European Journal of Criminology**, v. 6, n. 6, p. 496-516, 2009.

TRÄNKLE, U.; GELAU, C.; METKER, T. Risk perception and age-specific accidents of young drivers. **Accident Analysis & Prevention**, v. 22, n. 2, p. 119-125, 1990.

TRIMPOP, R. M. **The psychology of risk taking behavior**. Amsterdam: Elsevier, 1994.

TYRRELL, J. *et al.* Height, body mass index, and socioeconomic status: mendelian randomisation study in UK Biobank. **BMJ**, v. 352, n. 582, p. 1-10, 2016.

UMBERSON, D. Family status and health behaviors: Social control as a dimension of social integration. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 28, n. 3, p. 306-319, 1987.

UMBERSON, D. Gender, marital status and the social control of health behavior. **Social Science & Medicine**, v. 34, n. 8, p. 907-917, 1992.

UMBERSON, D. *et al.* You make me sick: Marital quality and health over the life course. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 47, n. 1, p. 1-16, 2006.

UMBERSON, D.; DONNELLY, R.; POLLITT, A. M. Marriage, Social Control, and Health Behavior: A Dyadic Analysis of Same-sex and Different-sex Couples. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 59, n. 3, p. 429-446, 2018.

VERBRUGGE, L. M. Marital status and health. **Journal of Marriage and the Family**, v. 41, n. 2, p. 267-285, 1979.

VERBRUGGE, L. M. Multiple roles and physical health of women and men. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 24, n. 1, p. 16-30, 1983.

VERGÉS, A. *et al.* Deconstructing the age-prevalence curve of alcohol dependence: Why “maturing out” is only a small piece of the puzzle. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 121, n. 2, p. 511-253, 2012.

VERONA, A. P. de A.; DIAS JÚNIOR, C. S. Religião e fecundidade entre adolescentes no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 1, p. 25-31, 2012.

WAITE, L. J. Does marriage matter? **Demography**, v. 32, n. 4, p. 483-507, 1995.

WAJNMAN, S. **Demografia das famílias e dos domicílios brasileiros**. Belo Horizonte, MG: UFMG/FACE, 2012.

WELLMAN, B. *et al.* A decade of network change: Turnover, persistence and stability in personal communities. **Social networks**, v. 19, n. 1, p. 27-50, 1997.

- WHISMAN, M.; BRUCE, M. Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 108, n. 4, p. 674-678, 1999.
- WICKRAMA, K. A. S.; FREDERICK, O. L.; CONGER, R. D. Marital quality and physical illness: A latent growth curve analysis. **Journal of Marriage and the Family**, v. 59, n. 1, p. 143-155, 1997.
- WILCOX, W. B.; NOCK, S. What's love got to do with it? Equality, equity, commitment and women's marital quality. **Social Forces**, v. 84, n. 3, p. 1321-1345, 2006.
- WILDAVSKY, A.; DAKE, K. Theories of risk perception: Who fears what and why? **Daedalus**, v. 119, n. 4, p. 41-60, 1990.
- WILLIAMS, D. R. *et al.* Racial differences in physical and mental health: Socio-economic status, stress and discrimination. **Journal of Health Psychology**, v. 2, n. 3, p. 335-351, 1997.
- WILLIAMS, K. Has the future of marriage arrived? A contemporary examination of gender, marriage, and psychological well-being. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 44, n. 4, p. 470-487, 2003.
- WILLIAMS, K.; UMBERSON, D. Marital status, marital transitions, and health: A gendered life course perspective. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 45, n. 1, p. 81-98, 2004.
- WILLIAMS, L.; ZHANG, R.; PACKARD, K. C. Factors affecting the physical and mental health of older adults in China: the importance of marital status, child proximity, and gender. **SSM Population Health**, v. 24, n. 3, p. 20-36, 2017.
- WILSON, C. M.; OSWALD, A. J. How does marriage affect physical and psychological health? A survey of the longitudinal evidence. **Institute of Labor Economics**, n. 1619, 2005.
- WINDLE, M. Mate similarity, heavy substance use and family history of problem drinking among young adult women. **Journal of Studies on Alcohol**, v. 58, n. 6, p. 573-580, 1997.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: World Health Organization, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action**. Geneva: World Health Organization, 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Injuries and violence: the facts 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health, 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014b.
- WU, Z. *et al.* "In sickness and in health" Does cohabitation count? **Journal of Family Issues**, v. 24, n. 6, p. 811-838, 2003.

XIE, Y. *et al.* Economic potential and entry into marriage and cohabitation. **Demography**, v. 40, n. 2, p. 351-367, 2003.

ZELLA, S. Marital status transitions and self-reported health among Canadians: A life course perspective. **Applied Research in Quality of Life**, v. 12, n. 2, p. 303-325, 2017.

## ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

### CASAMENTO E COMPORTAMENTO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE QUALITATIVA DE HOMENS NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

Gostaria de começar agradecendo sua participação nesta entrevista e dizer que ela é muito importante. Vamos conversar sobre algumas coisas relacionadas à sua vida, principalmente à sua saúde. Não existem respostas certas ou erradas, o que realmente importa é sua opinião sobre o assunto. Para que possamos usar melhor o tempo que temos, vou começar fazendo algumas perguntas e você tem liberdade para responder como quiser ou de não responder algumas questões que você não se sinta confortável.

#### *Vamos começar falando da sua rotina?*

Como são seus dias de semana? E os finais de semana? Dá tempo de descansar? O que você faz nos horários livres?

Quem mora aqui com você?

#### **No caso dos indivíduos casados: Agora, vamos falar de você e das pessoas próximas.**

1. Conte-me um pouco sobre como conheceu sua esposa e como decidiram se casar.
2. Você tem filhos? Onde moram? Com qual frequência você os encontra (não moram juntos)? Participa da criação (pensão, pega pra passear, dorme em casa, guarda compartilhada)?
3. E com seus filhos, como é a relação? Vocês se dão bem? Se desentendem com frequência?
4. Filho costuma dar muita despesa? Você faz algum planejamento para esses gastos?
5. Além dos gastos, tem outra preocupação que filho dá? Tem algum medo com relação aos seus filhos?

#### **Agora, vamos falar um pouco dos seus hábitos e demais moradores da casa.**

6. Tem alguma coisa em especial que você e sua família fazem para evitar ficar doente na sua casa? Normalmente, quem faz? Quem te ensinou?
7. Normalmente, quem cuida da alimentação da casa? E da higiene?
8. Quando alguém na sua casa fica doente, como vocês se organizam? Quem cuida de quem fica doente? Quem compra remédio? Onde conseguem remédios? Quem leva ao médico, se for o caso?
9. Como você se sente com relação à sua saúde?
10. Você se considera uma pessoa saudável? Têm queixas sobre doenças ou dores recorrentes? Necessita de algum cuidado especial? (Em caso positivo, alguém cuida de você?)
11. Você tem alguma preocupação quanto à sua saúde? Qual?
12. Você acha que seus amigos têm hábitos semelhantes aos seus? Eles fazem algo que você considera não ser saudável?
13. (Se a pessoa já mencionou algo que não considera saudável, usar de exemplo. Por exemplo: Você já me falou que o cigarro não é um hábito saudável...) Você falou das coisas que você faz que são hábitos saudáveis. Tem alguma coisa que você faz e que pensa não te fazer bem ou te colocar em risco? Você se lembra quando começou a fazer isso?
14. O que te motivou a continuar com esta prática até hoje?
15. Tem vontade de parar?
16. Porque você acha que não faz bem? Onde ou com quem normalmente você tem informações sobre os malefícios dessa prática?

17. Desde quando você tem essa prática? E desde quando você reconhece que é uma prática ruim?
18. Alguém te estimula a mudar este hábito? Quem?
19. Você se lembra do seu comportamento de quando era jovem? Você fazia algo que hoje considera que não te fazia bem ou te colocava em risco? O que te motivou a deixar esse comportamento? Quando isso aconteceu?

***Agora, vamos falar um pouco dos homens e mulheres, em geral***

20. Você acha que homens e mulheres tem as mesmas preocupações e cuidados quanto à saúde?
21. O que você acha que eles fazem de diferente?
22. (Caso tenha mencionado diferenças: *Você me falou que homem costuma ser mais descuidado...*) Entre os seus amigos também é assim? O que mais eles fazem de diferente das mulheres?
23. E você, também costuma fazer as mesmas coisas?

***Agora, vamos conversar um pouco sobre álcool e cigarro.***

24. Você consome / já consumiu bebida alcoólica e cigarro? Me conte um pouco sobre a primeira vez que consumiu. Como foi? Se lembra do porquê teve vontade de experimentar pela primeira vez?
25. E atualmente, você tem um pensamento semelhante sobre álcool e cigarro?
26. Em quais momentos ou ocasiões você sente mais vontade de consumir bebida alcoólica? E cigarro?
27. Continua consumindo a mesma quantidade de quando começou a consumir? Porque mudou seus hábitos quanto ao cigarro e bebida alcoólica?
28. **Em caso negativo:** Me conte um pouco sobre o que você pensa sobre o consumo de álcool e cigarro. Alguém próximo a você consome? Qual principal motivo de não consumir? Frquentes eventos em que as substâncias são consumidas?

***Agora, vamos falar um pouco sobre carros e direção.***

29. O que você acha do trânsito de BH? Você acha que o pessoal de Belo Horizonte dirige bem? O trânsito é seguro? Por quê?
30. Alguém na sua casa dirige? Quem costuma dirigir mais?
31. Tem alguma coisa que as pessoas costumam fazer no carro ou no trânsito que você acha que não seja seguro?
32. E você já fez alguma dessas coisas? Normalmente, em qual ocasião você faz e porque?
33. Tem alguma ocasião que te faz dirigir diferente? (*Se a resposta não fluir, dar exemplos: Mais rápido, sem cinto*)
34. Você já levou alguma multa de trânsito? Me conte como foi.
35. Você já sofreu algum acidente de trânsito? Você estava dirigindo? Como foi?

**ANEXO B – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO****CASAMENTO E COMPORTAMENTO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE QUALITATIVA  
DE HOMENS NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE*****FICHA DE CARACTERIZAÇÃO***

Participante nº \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Primeiro nome ou pseudônimo: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Tempo de casado: \_\_\_\_\_ Idade dos filhos: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Religião: \_\_\_\_\_

1. Com que frequência o sr. costuma consumir alguma bebida alcoólica?
  - Não bebo nunca
  - Menos de uma vez por mês
  - Uma vez ou mais por mês
  
2. Quantos dias por semana o sr. costuma tomar alguma bebida alcoólica?  
\_\_\_\_\_ dias
  
3. Em geral, no dia que o sr. bebe, quantas doses de bebida alcoólica o sr consome? (1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)  
\_\_\_\_\_ doses
  
4. Em algum destes dias em que consumiu bebida alcoólica, o sr. dirigiu logo depois de beber?
  - Sim
  - Não
  
5. Quantos anos o sr. tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas?  
\_\_\_\_\_ anos
  
6. Nos últimos 30 dias, o sr. chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?
  - Sim
  - Não
  
7. Nos últimos 12 meses, o sr. se envolveu em algum acidente de trânsito no qual tenha sofrido lesões corporais (ferimentos)?

- Sim. Quantos? \_\_\_\_\_
  - Não
8. Com que frequência o sr. usa cinto de segurança quando anda de carro/automóvel, van ou táxi?
- Sempre usa cinto
  - Quase sempre usa cinto
  - Às vezes usa cinto
  - Raramente usa cinto
  - Nunca usa cinto
9. Atualmente, o sr. fuma?
- Sim, diariamente
  - Sim, menos que diariamente
  - Nunca fumei
  - Parei de fumar. Com quantos anos? \_\_\_\_\_
10. Que idade o sr. tinha quando começou a fumar cigarro diariamente?  
\_\_\_\_\_ anos
11. Em média, quantos cigarros o sr. fuma por dia ou por semana atualmente?
- Um ou mais por dia
  - Um ou mais por semana
  - Menos que uma vez por semana
  - Menos do que um por mês
  - Não fuma este produto

## ANEXO C – ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

### A – Percentual de homens por estado conjugal e faixa etária

Faixa etária	Casado	União Estável	Separado/Divorciado	Viúvo	Solteiro	Total
25 a 29 anos	23.3%	32.9%	19.7%	22.5%	45.7%	33.0%
30 a 34 anos	35.3%	37.2%	39.3%	51.2%	33.8%	35.4%
35 a 39 anos	41.4%	29.9%	40.9%	26.3%	20.5%	31.6%
<b>Total</b>	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: Adaptado de PNS (2013).

### B – Percentual de homens por estado conjugal e nível de instrução

Instrução	Casado	União Estável	Separado/Divorciado	Viúvo	Solteiro	Total
Nível Fundamental Incompleto	22.8%	40.3%	11.7%	30.9%	22.9%	27.3%
Ensino Médio Incompleto	16.9%	20.2%	9.1%	21.2%	12.2%	16.1%
Ensino Médio Completo	43.1%	33.5%	54.1%	43.2%	48.1%	42.4%
Nível superior	17.1%	6.0%	25.1%	4.7%	16.9%	14.2%
<b>Total</b>	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: Adaptado de PNS (2013).

### C – Percentual de homens por estado conjugal e raça

Raça/ Cor	Casado	União Estável	Separado/Divorciado	Viúvo	Solteiro	Total
Branca	49.5%	34.7%	44.9%	44.7%	44.2%	43.7%
Preto	7.2%	11.4%	4.8%	12.2%	9.3%	8.9%
Parda	42.4%	52.4%	49.6%	34.4%	44.5%	45.9%
Outras	0.9%	1.5%	0.6%	8.7%	2.1%	1.4%
<b>Total</b>	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: Adaptado de PNS (2013).

### D – Percentual de homens por estado conjugal e frequência a cultos religiosos

Frequência a cultos religiosos	Casado	União Estável	Separado/Divorciado	Viúvo	Solteiro	Total
Mais de uma vez por semana	16.4%	6.1%	9.0%	9.5%	11.2%	11.8%
Uma vez por semana	21.6%	12.1%	20.9%	9.2%	15.8%	17.1%
De duas a três vezes por mês	10.3%	10.4%	11.4%	5.1%	8.2%	9.7%
Algumas vezes no ano	20.8%	21.9%	14.5%	41.5%	19.5%	20.6%
Uma vez no ano	2.9%	5.7%	3.0%	7.6%	3.9%	4.0%
Nenhuma vez	28.0%	43.7%	41.2%	27.0%	41.5%	36.8%
<b>Total</b>	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: Adaptado de PNS (2013).

**E – Percentual de homens por estado conjugal e número de amigos com quem podem falar sobre quase tudo**

<b>Número de amigos</b>	<b>Casado</b>	<b>União Estável</b>	<b>Separado/Divorciado</b>	<b>Viúvo</b>	<b>Solteiro</b>	<b>Total</b>
Nenhum	33.6%	39.8%	27.9%	19.7%	25.4%	32.5%
Entre um e três	48.9%	46.6%	49.9%	70.1%	53.5%	49.8%
Entre três e seis	11.6%	9.7%	20.2%	9.1%	14.7%	12.3%
Mais de seis	5.9%	3.9%	2.1%	1.1%	6.4%	5.4%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Fonte: Adaptado de PNS (2013).

**F – Percentual de homens por estado conjugal e número de familiares com quem podem falar sobre quase tudo**

<b>Número de familiares</b>	<b>Casado</b>	<b>União Estável</b>	<b>Separado/Divorciado</b>	<b>Viúvo</b>	<b>Solteiro</b>	<b>Total</b>
Nenhum	7.7%	11.9%	9.8%	9.5%	15.2%	11.2%
Entre um e três	66.5%	66.6%	60.1%	82.4%	60.0%	64.3%
Entre três e seis	17.8%	15.4%	19.1%	8.1%	18.3%	17.3%
Mais de seis	8.1%	6.1%	11.0%	0.0%	6.5%	7.1%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Fonte: Adaptado de PNS (2013).

## ANEXO D – DISTRIBUIÇÃO DAS COVARIADAS

### A – Teste t para diferenças de idade entre unidos (tratamento) e não unidos (controle) na amostra completa e por quintis

<b>Estrato</b>	<b>Tratamento</b>	<b>Controle</b>	<b>Diferença</b>	<b>P- value</b>
Amostra completa	33	31	1.6	0.000
Quartil 1	28	28	0.5	0.001
Quartil 2	30	30	0.0	0.828
Quartil 3	32	32	0.1	0.499
Quartil 4	34	34	-0.2	0.307
Quartil 5	37	37	0.0	0.871

Fonte: Adaptado de PNS (2013).

### B – Distribuição percentual de homens que não frequentaram cultos religiosos no último ano por status marital - unidos (tratamento) e não unidos (controle) - na amostra completa e por quintis

<b>Estrato</b>	<b>Tratamento</b>	<b>Controle</b>	<b>Diferença</b>
Amostra completa	34.4%	41.5%	7.1%
Quartil 1	61.0%	55.4%	-5.6%
Quartil 2	41.7%	36.9%	-4.8%
Quartil 3	34.9%	35.5%	0.6%
Quartil 4	25.9%	32.7%	6.8%
Quartil 5	19.7%	26.1%	6.4%

Fonte: Adaptado de PNS (2013).

### C – Distribuição percentual de homens que não indicaram um amigo com quem pudessem conversar por status marital - unidos (tratamento) e não unidos (controle) - na amostra completa e por quintis

<b>Estrato</b>	<b>Tratamento</b>	<b>Controle</b>	<b>Diferença</b>
Amostra completa	36.1%	25.4%	10.7%
Quartil 1	10.7%	12.8%	-2.1%
Quartil 2	26.0%	18.8%	7.3%
Quartil 3	33.5%	29.4%	4.1%
Quartil 4	39.3%	41.7%	-2.4%
Quartil 5	59.3%	56.9%	2.4%

Fonte: Adaptado de PNS (2013).

### D – Distribuição percentual de homens que não indicaram um familiar com quem pudessem conversar por status marital - unidos (tratamento) e não unidos (controle) - na amostra completa e por quintis

<b>Estrato</b>	<b>Tratamento</b>	<b>Controle</b>	<b>Diferença</b>
Amostra completa	9.4%	15.2%	-5.8%
Quartil 1	19.2%	20.6%	-1.4%
Quartil 2	11.3%	15.8%	-4.5%
Quartil 3	8.9%	8.6%	0.3%
Quartil 4	8.3%	14.3%	-6.0%
Quartil 5	3.2%	7.7%	-4.5%

Fonte: Adaptado de PNS (2013).

**E – Distribuição percentual de homens por escolaridade e status marital - unidos (tratamento) e não unidos (controle) - na amostra completa e por quintis**

Estrato	Fundamental Incompleto		Médio incompleto		Médio completo		Superior completo	
	Trat.	Contr.	Trat.	Contr.	Trat.	Contr.	Trat.	Contr.
Amostra completa	29.98	22.9	18.24	12.15	39.19	48.06	12.59	16.89
Quartil 1	7.58	7.75	16.78	7.92	53.19	56.95	22.44	27.38
Quartil 2	14.61	15.35	16.25	12.09	49.59	57.36	19.55	15.2
Quartil 3	25.98	25.6	22.37	16.8	39.44	43.1	12.21	14.5
Quartil 4	32.5	42.69	17.25	13.78	40.67	38.44	9.58	5.09
Quartil 5	57.38	63.24	17.89	16.81	20.56	15.97	4.17	3.99

Fonte: Adaptado de PNS (2013).

\* No caso da deficiência intelectual, todos os casos concentraram-se no primeiro quintil de propensão, resultando em 1.1% de deficientes unidos e 5.2% de deficientes solteiros /não unidos.

## ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### FORMULÁRIO\_Termo de Consentimento para a entrevista sobre comportamento de saúde

#### 1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

<b>Título:</b> Casamento e comportamento de saúde: Uma análise qualitativa de homens no município de Belo Horizonte
<b>Natureza da Pesquisa:</b> Acadêmica; Investigação sociológica;
<b>Pesquisador Responsável:</b> Raquel Zanatta Coutinho
<b>Instituição:</b> Universidade Federal de Minas Gerais
<b>Contato com pesquisador responsável:</b> CEDEPLAR/FACE/UFMG   Avenida Antônio Carlos, 6627 – Pampulha   31270-901 Belo Horizonte/MG   Telefone(s): (31) 94228400
<b>Comitê de Ética em Pesquisa - UFMG</b> Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 - Campus Pampulha Belo Horizonte, MG - Brasil 31270-901 – Telefax: (31) 3409-4592

#### 2 – Informações ao participante ou responsável:

##### Apresentação:

Olá, meu nome é (entrevistador se identifica). Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada *Casamento e comportamento de saúde: Uma análise qualitativa de homens no município de Belo Horizonte* na área de Ciências Sociais Aplicadas. Gostaríamos de lhe explicar o que pretendemos fazer nesta pesquisa, para que você possa decidir se gostaria de participar. Primeiro, eu gostaria de ler para você este documento, que tem informações sobre a pesquisa que estamos fazendo, para depois você decidir se aceita participar deste estudo ou não. Você pode me interromper para fazer perguntas a qualquer momento, e se não entender alguma coisa que eu disser você pode pedir para que eu pare e explique melhor a parte que você não tiver entendido. Quando eu terminar de ler estas informações, e se você ainda desejar participar, eu pedirei a você que assine esse formulário para indicar que você deseja participar.

##### Objetivo e justificativa do estudo:

Esta pesquisa tem como objetivo(s) principal(is) **Identificar existência de correlação entre o casamento formal e o consumo de álcool, cigarro, excesso de velocidade e uso de cinto de segurança entre homens de 25 a 39 anos**. Pretendemos entender a motivação pessoal e a percepção de indivíduos acerca do consumo de bebida alcoólica, tabagismo e direção perigosa. Pretendemos analisar também os mecanismos que possam contribuir para que o casamento formal atue na adoção desses comportamentos entre homens de 25 a 39 anos, além de identificar a atuação de agentes de regulação e apoio na saúde de homens casados, solteiros, com e sem filhos e como estes variam de acordo com o nível de escolaridade. A sua decisão de participar desse estudo não vai influenciar de maneira nenhuma os resultados obtidos nesta pesquisa e também não vai influenciar a mudança ou manutenção da qualidade de vida atual na sua comunidade. A sua decisão de participar ou não desse estudo é livre e autônoma, e você poderá escolher continuar ou não a entrevista a qualquer momento que você desejar, sem qualquer ônus pessoal.

##### Procedimentos da pesquisa:

Farei com você uma entrevista em duas etapas. Na primeira etapa você responderá a perguntas gerais sobre seus hábitos e da sua família quanto à saúde, consumo de álcool, cigarro e direção. Na segunda etapa, vou pedir para você preencher uma ficha com suas características, contendo também questões sobre seus hábitos quanto ao consumo de álcool, cigarro e direção.

Ao responder as perguntas nas duas etapas da entrevista, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhe provoque constrangimento, você não precisará responder; simplesmente solicite que eu passe para a pergunta seguinte.

Durante a entrevista, estarei à disposição para lhe esclarecer sobre quaisquer dúvidas que tiver em

relação às perguntas. Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo solicitar que sejam destruídos os formulários em que estarão anotadas suas respostas.

O tempo previsto para a entrevista é de sessenta minutos. **A atividade ocorrerá individualmente em um local que lhe oferecer as melhores condições de privacidade e tranquilidade podendo ser em sua residência, praça, shopping.** Durante sua participação, você poderá recusar responder a qualquer pergunta ou participar de procedimento(s) que porventura lhe causar(em) algum constrangimento. Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

Um grande benefício da realização dessa pesquisa é o conhecimento sobre o que as pessoas pensam sobre o consumo de álcool, cigarro, excesso de velocidade, e uso de cinto de segurança, gerando subsídios para o planejamento de políticas públicas em relação à vulnerabilidade das comunidades quanto às mudanças ambientais e às estratégias de mitigação e promoção de resiliência dessas comunidades.

Quanto aos termos de sigilo, será garantida a privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de dados que possam comprometê-los. Assim, na apresentação dos resultados o seu nome e seus dados pessoais não serão citados, revelados ou utilizados para quaisquer finalidades alheias a esta pesquisa, bem como os nomes e dados pessoais de todas as outras pessoas citadas e/ou mencionadas por você nesta entrevista. Finalmente, ninguém além do nosso grupo de pesquisadores terá acesso ao que você disser aqui e seu verdadeiro nome não será escrito ou publicado em nenhum local. Nenhuma informação que você vier a nos dar, durante sua participação na pesquisa, será divulgada para qualquer outra pessoa que não faça parte do nosso grupo de pesquisa.

Os resultados obtidos com esta pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos, dissertação de mestrado e tese de doutorado. Contudo, as referências aos indivíduos entrevistados serão feitas somente e apenas a partir da completa anonimização das informações recebidas, sendo portanto, impossível a reconstituição das identidades pessoais e dados dos entrevistados nesta pesquisa.

Os dados coletados junto a todos os participantes se destinam à elaboração de artigos, dissertações, teses e capítulos de livros, ficando os mesmos sob a guarda do CEDEPLAR/FACE/UFMG | Avenida Antônio Carlos, 6627 – Pampulha | 31270-901 Belo Horizonte/MG | Telefone(s): (31) 94228400, sob a responsabilidade do Prof. Doutora Raquel Zanatta Coutinho.

#### **Sua participação e saída do estudo:**

Caso você tenha qualquer pergunta sobre essa pesquisa, você pode entrar em contato com o nosso pesquisador responsável Raquel Zanatta Coutinho, professor da Universidade Federal de Minas Gerais. O telefone dele está anotado acima da cópia deste documento que iremos lhe dar. Sra. Raquel poderá esclarecer qualquer pergunta ou preocupação que você possa ter sobre esse projeto, ou registrar qualquer reclamação que você possa ter sobre o tratamento que recebeu durante essa pesquisa. Se você tiver qualquer interesse em conhecer os resultados deste estudo quando este terminar, os pesquisadores poderão lhe dar uma cópia do relatório final.

Lembre-se que você pode se recusar a responder qualquer pergunta, ou parar de participar da pesquisa no meio da entrevista, sem problema algum. Se você decidir não participar da pesquisa, ou quiser parar a qualquer momento, você não irá sofrer nenhum prejuízo. A sua participação é totalmente voluntária e não existe problema algum se você não quiser participar.

Você gostaria de perguntar alguma coisa a mais? Você gostaria de participar?

**VERIFICAÇÃO DO CONSENTIMENTO  
POR FAVOR, ASSINE ABAIXO SE VOCÊ ACEITA PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE DESSE ESTUDO.**

---

Assinatura do participante

Data Local

## ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** UNIÃO E COMPORTAMENTO DE SAÚDE: MOTIVAÇÕES, PERCEPÇÕES E O PAPEL DO CASAMENTO FORMAL

**Pesquisador:** Raquel Zanatta Coutinho

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 97392118.6.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.905.570

#### **Apresentação do Projeto:**

O projeto de pesquisa ora em apreciação faz parte de processo de qualificação realizado junto Departamento de Pós-Graduação em Demografia da UFMG. O objeto da investigação se refere ao papel que pode ser cumprido pela vivência familiar na mitigação, ou não, de comportamentos masculinos de risco. Nesse sentido, busca-se “a identificação da existência da relação entre o casamento e a adoção de comportamentos de saúde entre os homens”. Parte a proponente da hipótese segundo a qual homens fortemente unidos tenderiam a exibir menor incidência de comportamentos de saúde, como alcoolismo, tabagismo, direção perigosa. Para testar esta pressuposição, no curso da pesquisa serão feitas “entrevistas qualitativas no município de Belo Horizonte com homens de 25 a 39 anos unidos há pelo menos um ano e nunca unidos, de níveis de instrução variados (indivíduos que têm até o nível médio incompleto e indivíduos que completaram o nível superior). A seleção de entrevistados de diferentes status socioeconômicos dar-se-á a partir do Índice de Qualidade de Vida Urbana de Belo Horizonte”. O grupo de entrevistados abrange 40 homens, distribuídos em 4 categorias de 10 indivíduos, segundo o perfil da relação familiar, bem como da existência ou não de filhos. Estas entrevistas serão conduzidas pela mestrandia autora do projeto em questão e gravadas para posterior transcrição, gerando-se então o material a ser analisado. Visando resguardar a integridade física e moral da proponente, ela será “acompanhada de um membro da equipe de pesquisa da professora orientadora que seja do sexo masculino”. A fase de interação descrita está prevista para ocorrer durante o mês de novembro de 2018.

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo primário do projeto possui um caráter geral ancorado na testagem da hipótese central, ou seja, intenta-se “Identificar existência de correlação entre o status marital e a adoção de comportamentos de saúde entre homens”. Além desse, a proponente lista alguns que podem ser alcançados colateralmente, como o de compreender “a motivação pessoal e a percepção de homens de 25 a 39 anos de diferentes estados conjugais, fecundidade e níveis de escolaridade acerca do consumo de bebida alcoólica, tabagismo e direção perigosa”.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Uma vez que o desenho metodológico das entrevistas prevê a aplicação de questionário sobre aspectos comportamentais masculinos quando relacionados à vida familiar, o risco identificado pela proponente para os participantes é atinente ao constrangimento e desconfortos advindos de temas sensíveis que possam ser evocados pelas questões. Como benefício, de teor eminentemente social, a pesquisadora informa que os resultados da análise poderão fornecer “subsídio para o direcionamento de campanhas e políticas de saúde pública, a fim de alcançar uma eficácia uniforme dentre os homens”.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa proposta possui méritos importantes no que respeita à compreensão dos traços determinantes da vivência masculina contemporânea, levando pontos acerca da relação dela com elementos da vida familiar. Neste sentido, uma vez chegando a bom termo a investigação e a análise, o estudo poderá vir a auxiliar na propositura de intervenções mais qualificadas junto ao público masculino com o fito de mitigar o grau de stress societário conectado a comportamentos de saúde. Ademais, é meritória também do ponto de vista conceitual, porquanto possa promover uma discussão teórica mais embasada e próxima da vida concreta sobre a forma prevalente de masculinidade, assim como das relações dessa com os modos de organizar as interação familiares.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A proposta de investigação, aqui analisada em seus aspectos éticos, vem acompanhada da documentação pertinente. Tanto em Brochura de Pesquisa quanto em Informações Básicas do Projeto, a proponente detalha os diversos elementos e fases da pesquisa, explicitando de maneira adequada os procedimentos a serem adotados na aproximação para recolha de dados e informações comportamentais do público participante. A pesquisadora junta também Ficha de Caracterização e Roteiro de Entrevista, além do TCLE. Com referência a este último, cabe assinalar que se encontra devidamente formulado como Carta-Convite, informando de modo pormenorizadamente a atividade interativa – entrevista na forma de questionário – esclarecendo o tempo de realização da mesma (cerca de 60 minutos), a natureza voluntária da participação, o fato de que estas poderão ser gravadas para posterior transcrição – caso o participante assim o autorize – e o tempo de guarda do material dela originado.

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando as informações e análises acima consignadas, não se evidenciam, s.m.j, elementos que constituam pendências que impeçam a aprovação do presente projeto em seus aspectos éticos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1146323.pdf	31/08/2018 17:32:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	03_Brochuradepesquisa.pdf	29/08/2018 18:35:01	BRUNA DANIELE RIBEIRO FIRMINO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	09_AnuenciaRaquel.pdf	29/08/2018 18:28:02	BRUNA DANIELE RIBEIRO FIRMINO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	08_AnuenciaBruna.pdf	29/08/2018 18:27:50	BRUNA DANIELE RIBEIRO FIRMINO	Aceito
Outros	05_RoteiroEntrevista.pdf	29/08/2018 13:34:42	BRUNA DANIELE RIBEIRO FIRMINO	Aceito
Outros	06_FichaCaracterizacao.pdf	29/08/2018 13:34:08	BRUNA DANIELE RIBEIRO FIRMINO	Aceito
Outros	07_ParecerDepartamento.pdf	29/08/2018 13:32:28	BRUNA DANIELE RIBEIRO FIRMINO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	04_TermoInstituicao.pdf	29/08/2018 13:30:15	BRUNA DANIELE RIBEIRO FIRMINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	02_TCLE.pdf	29/08/2018 13:29:28	BRUNA DANIELE RIBEIRO FIRMINO	Aceito
Folha de Rosto	01_Folhaderosto.pdf	29/08/2018 13:28:46	BRUNA DANIELE RIBEIRO FIRMINO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 19 de Setembro de 2018

---

**Assinado por:** Elian Cristina de Freitas Rocha (Coordenadora)