

## Encuesta sobre la utilización de los servicios de salud por hombres adultos: prevalencias y factores asociados<sup>1</sup>

Guilherme Oliveira de Arruda<sup>2</sup>  
Sonia Silva Marcon<sup>3</sup>

**Objetivo:** estimar la prevalencia e identificar factores asociados a la utilización de los servicios de salud por hombres con edad entre 20 y 59 años. **Método:** estudio transversal de base poblacional, tipo encuesta domiciliar, realizada en 421 hombres adultos, seleccionados mediante muestreo aleatorio sistemático. Los datos fueron recolectados por medio de instrumento estructurado y analizados de acuerdo con la estadística descriptiva e inferencial, con regresión logística múltiple. **Resultados:** la prevalencia de utilización de los servicios de salud, en los tres meses anteriores a las entrevistas, fue de 42,8%, siendo mayor entre hombres desempleados, adeptos a alguna religión, que utilizaron con más frecuencia los servicios privados, fueron hospitalizados en los últimos 12 meses y refirieron tener alguna enfermedad. **Conclusión:** considerando los factores asociados encontrados, la prevalencia de utilización de los servicios de salud por los hombres adultos no difiere de otros estudios y fue considerada alta e indica que está relacionada con la necesidad de recibir atención curativa,

**Descriptores:** Epidemiología; Salud del Hombre; Adulto; Servicios de Salud; Factores Socioeconómicos; Enfermería.

<sup>1</sup> Artículo parte de la disertación de maestría "Encuesta sobre el uso de los servicios de salud en las personas adultas: prevalencia y factores asociados", presentada en la Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

<sup>2</sup> Estudiante de doctorado, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil. Becado de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Titular, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

## Introducción

En el campo de la producción de conocimiento sobre la salud del hombre, los estudios han evolucionado en el sentido de dirimir las reducciones acerca de la salud de la población masculina en relación a la femenina, reflejar la desigualdades en la salud y apuntar la importancia de una perspectiva amplia sobre las diferencias entre hombres y mujeres, en lo que se refiere al perfil de la morbimortalidad<sup>(1)</sup>. Un estudio de revisión sobre la salud del hombre indica hipótesis explicativas para esas diferencias: singularidades biológicas y genéticas de los sexos; desigualdades de orden social; diferencias bajo la perspectiva del género; fragilidades en la atención profesional a la salud dirigida a los hombres; poca demanda y utilización de los servicios de salud por parte de los hombres<sup>(2)</sup>. Esas hipótesis corroboran la caracterización de un escenario de condiciones de salud desfavorables de los hombres<sup>(2)</sup>.

La utilización de los servicios de salud se muestra como un comportamiento complejo, dotado de determinación con múltiples facetas, según diferencias de localidad, socioeconómicas, perfiles de morbilidad, calidad de vida y conocimiento sobre salud<sup>(3)</sup>. En estudios sobre factores asociados a la utilización de los servicios de salud, se evidencian variaciones importantes, según edad, sexo, renta, escolaridad, color de la piel e, inclusive, diferencias inherentes al tipo de modelo asistencial adoptado<sup>(4-5)</sup>. En ese contexto, la realización de encuestas sobre salud puede suministrar informaciones importantes sobre características de la población, necesarias para la formulación de prácticas y políticas públicas, considerando que los servicios de salud se valen, especialmente, de los problemas vividos por los propios usuarios para elaboración de sus acciones<sup>(6)</sup>.

Los grupos de hombres que utilizan el servicio de salud no son homogéneos y, por eso, las recomendaciones internacionales apuntan para la necesidad de realizar estudios que demuestren esas diferencias en los perfiles, de modo a auxiliar los abordajes alternativos de la salud de los hombres<sup>(7)</sup>. Con la realización de estudios sobre utilización de los servicios de salud, se busca identificar cuáles son los factores que están asociados y que determinan la utilización de los mismos por la población, en este caso, por los hombres adultos. El conocimiento de esos factores podrá instrumentalizar profesionales y gestores en la planificación, operacionalización y evaluación de estrategias, programas y modelos de atención<sup>(8)</sup>, con la finalidad de promover la oferta y el acceso a los servicios, con la consecuente mejoría del perfil de salud de la población masculina.

En ese sentido, el presente estudio tuvo por objetivo estimar la prevalencia e identificar los factores asociados a la utilización de los servicios de salud por hombres adultos, según características socioeconómicas, demográficas, de salud y de utilización de los servicios.

## Método

Se trata de un estudio transversal del tipo encuesta domiciliar, de base poblacional, con la participación de individuos del sexo masculino, con edad entre 20 y 59 años, residentes en el municipio de Maringá, PR, Brasil. Los datos fueron recolectados en el período de enero a julio de 2013, predominantemente durante los días útiles de la semana, en los períodos matutino y vespertino. El municipio poseía una población de 103.819 hombres con edad entre 20 y 59 años (60,2% de la población masculina en el municipio), según el Censo Demográfico de 2010. Con base en criterios definidos por el IBGE, como la inserción de los jefes de familia en el mercado de trabajo, el territorio del municipio es dividido en 20 Áreas de Ponderación.

Para la selección de los participantes se utilizó la técnica de muestreo aleatorio sistemático y el único criterio de elegibilidad fue tener edad entre 20 y 59 años. Los hombres fueron abordados en el domicilio, conforme las submuestras proporcionales al número poblacional en cada Área de Ponderación. De pose del número de individuos elegibles, fueron sorteadas aleatoriamente las calles a ser visitadas. Así, con un intervalo predefinido, fue abordado un individuo residente, iniciándose en la cuarta residencia a la derecha de la calle. Cuando no existía o estaba ausente el individuo que atendía al criterio de inclusión, respetándose el intervalo preestablecido, se pasaba para el domicilio siguiente, de modo a evitar pérdidas por la falta de entrevistados.

El tamaño de la muestra mínima fue definido con base en los siguientes parámetros y estimativas: 50% para la prevalencia del evento de interés, asociado a error de estimativa de 5% y confiabilidad de la muestra en 95%. Fue acrecentado 10% (38 individuos) a la muestra mínima calculada (383 individuos), considerándose la posibilidad de pérdidas referentes al llenado de los instrumentos de recolección de datos. La muestra estudiada estuvo constituida por 421 individuos.

La variable respuesta "utilización del servicio de salud" fue verificada por medio de la pregunta "¿Cuándo procuró algún servicio de salud por la última vez?". Para el análisis, se adoptó el período de tres meses anteriores a la entrevista, con la finalidad de reducir el sesgo de los recuerdos, referente a las respuestas que extrapolaron ese intervalo (subestimación de la prevalencia), además de posibilitar la comparación con otros estudios, cuya

propuesta era analizar el mismo resultado, también considerando el período de tres meses anteriores a la entrevista<sup>(6,9)</sup>.

Las variables independientes fueron las características socioeconómicas y demográficas: intervalo etario, color de la piel, situación conyugal, escolaridad, hijos, religión, trabajo, renta familiar, *status* ocupacional, plan de salud y clase económica, analizada conforme el Criterio de Clasificación Económica Brasil de la Asociación Brasileña de Empresas de Investigación, el cual lleva en consideración el grado de instrucción del jefe de la familia y la pose de determinados ítems domésticos, conforme su utilización en otra investigación sobre el uso de los servicios de salud<sup>(10)</sup>. Las variables de utilización de los servicios y las de salud fueron: tipo de servicio, de atención y de administración, motivo de la procura, internación en los últimos 12 meses, autopercepción de la salud (percepción de la propia salud, tomándose como referencia la salud de otros individuos de la misma edad) y enfermedad referida.

Los datos fueron recolectados mediante entrevistas, utilizando un instrumento estructurado, elaborado por los propios investigadores. Antes de la compilación en un banco de datos en el programa Microsoft Office Excel 2010, los instrumentos respondidos, fueron verificados por los investigadores en lo que se refiere a la presencia de fallas, con posterior transferencia para el programa estadístico IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 20.

El análisis de los datos fue realizado mediante estadística descriptiva e inferencial, dividida en dos momentos: análisis bruto (univariado), por medio de la prueba no paramétrica chi-cuadrado de Pearson, habiéndose comprobado todas las variables independientes, y análisis ajustado (múltiple) por medio de Modelos de Regresión Logística Múltiple no condicionada. En ese segundo momento, el modelo fue ajustado, con base en la literatura<sup>(11-12)</sup>, por las siguientes variables sociodemográficas: intervalo etario, color de la piel, situación conyugal y escolaridad. Además, fue utilizado el método *Forward*, por medio del cual las variables con  $p < 0,20$  en el análisis bruto fueron inseridas en el modelo logístico, conforme el orden creciente del valor de  $p$ , lo que permitió verificar, gradualmente, las variaciones de significación, además de la permanencia o exclusión de variables del modelo. La medida de asociación fue representada por el *Odds Ratio* (OR), con intervalo de confianza de 95%, y nivel de significación establecido cuando  $p < 0,05$  para las pruebas realizadas.

En el desarrollo del estudio, fueron atendidas las recomendaciones éticas nacionales sobre

investigaciones con seres humanos, preconizadas por el Consejo Nacional de Salud; el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la institución signataria (CAAE: 10754612.2.0000.0104).

## Resultados

De los 421 individuos entrevistados, una parcela considerable tenía edad entre 40 y 49 años (28%), había cursado hasta la enseñanza media (36,8%), poseía renta entre 2,1 y 4 salarios mínimos (34%) y era empleador/ autónomo (40,9%). La mayoría de ellos era de color blanca (58%), tenía compañera (67,9%), hijos (71,3%), era adepta de alguna religión (89,8%), estaba inserida en el mercado de trabajo (80,3%), poseía plan de salud (52,7%) y se clasificaba en la clase económica B (53%).

La prevalencia de utilización de servicios de salud en los tres meses que antecedieron a la investigación fue de 42,8% ( $n=180$ ) y fue mayor para los servicios públicos (57,8%). El tipo de servicio más utilizado fue la unidad básica de salud (46,3%), el tipo de atención fue la consulta médica (82,7%) y la enfermedad fue el motivo de procura más prevalente (55,3%). La internación en los últimos 12 meses ocurrió para 11,7% de los hombres. La mayoría de los hombres (77,0%) presentaba autopercepción positiva de la salud, a pesar de que 42,8% de ellos relataron poseer alguna enfermedad.

Se observa, en la Tabla 1, que, en el análisis univariado, "*status* ocupacional" y "trabajo" estuvieron asociados a la utilización de los servicios de salud en los últimos tres meses anteriores a la investigación.

Tabla 1 – Distribución y análisis univariado de la utilización de los servicios de salud por hombres adultos, en los últimos tres meses, según variables socioeconómicas y demográficas. Maringá, PR, Brasil, 2013

Variables socioeconómicas y demográficas	Utilización del servicio de salud		
	n	%	OR (IC95%)
Tiene hijos			
No*	50	41,3	1
Si	130	43,3	1,08 (0,70; 1,66)
Religión†			
Si*	157	41,5	1
No	23	53,5	1,11 (0,96; 1,30)
Trabajo‡			
No*	45	54,2	1
Si	135	39,9	0,60 (0,35; 0,91)
Renta familiar			
Hasta 2*	31	43,7	1
2,1 a 4	67	46,9	1,13 (0,64; 2,01)
4,1 a 6	34	35,8	0,72 (0,38; 1,35)
Más de 6	48	42,9	0,97 (0,53; 1,76)
<i>Status</i> ocupacional†			
Empleador/autónomo	71	41,3	1
Empleado	57	36,3	0,81 (0,52; 1,26)

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Variables socioeconómicas y demográficas	Utilización del servicio de salud		
	n	%	OR (IC95%)
Jubilado/en licencia médica	31	66,0	2,75 (1,40; 5,41)
Desempleado	14	70,0	3,31 (1,21; 9,05)
Estudiante/en práctica	7	28,0	0,55 (0,22; 1,39)
Plan de salud <sup>†</sup>			
No*	93	38,9	1
Si	86	46,7	1,37 (0,93; 2,03)
Clase económica			
Clase A*	13	41,9	1
Clase B	92	41,3	0,97 (0,45; 2,08)
Clase C	69	43,9	1,08 (0,50; 2,37)
Clase D	5	55,6	1,73 (0,39; 7,72)

\*Categoría de referencia; †p<0,20; ‡p<0,05

Conforme la Tabla 2, en el análisis univariado se constató la asociación de la utilización de los servicios de salud con la procura del servicio por motivo de rehabilitación, internación en los últimos 12 meses, autopercepción negativa de la salud y referir presencia de enfermedad.

Tabla 2 – Distribución y análisis univariado de la utilización de los servicios de salud por hombres adultos, en los últimos tres meses, según variables de utilización y de salud. Maringá, PR, Brasil, 2013

Variables de utilización y de salud	Utilización del servicio de salud		
	n	%	OR (IC95%)
Tipo de servicio			
UBS**	78	40,0	1
Ambulatorio	6	54,5	1,80 (0,53; 6,10)
AU <sup>‡</sup>	23	38,3	0,93 (0,51; 1,69)
Hospital	20	50,0	1,50 (0,76; 2,96)
Otros	53	46,1	1,28 (0,80; 2,04)
Tipo de atención			
Consulta médica*	150	44,2	1
Inmunización y atenciones de enfermería	9	32,1	0,59 (0,26; 1,35)
Atención odontológica	13	43,3	0,96 (0,45; 2,04)
Otros	8	61,5	2,01 (0,64; 6,29)
Tipo de administración <sup>§</sup>			
Pública*	95	40,1	1
Privada/plan	85	49,1	1,44 (0,97; 2,14)
Motivo <sup>  </sup>			
Accidente/lesión*	9	28,1	1
Rehabilitación	7	87,5	17,9 (1,91; 166,8)
Vacunación y otras atenciones de prevención	46	43,0	1,92 (0,81; 4,55)
Enfermedad	105	45,1	2,09 (0,93; 4,72)
Atención odontológica	12	42,9	1,91 (0,65; 5,61)
Internación en los últimos 12 meses <sup>  </sup>			
No*	148	39,9	1
Si	32	65,3	2,83 (1,52; 5,29)
Autopercepción de la salud <sup>   </sup>			
Positiva*	125	38,6	1
Negativa	55	56,7	2,08 (1,31; 3,30)
Enfermedad <sup>  </sup>			
No*	77	32,0	1
Si	103	57,2	2,85 (1,90; 4,25)

\*Categoría de referencia. †Unidad Básica de Salud; ‡Atención de Urgencia; §p<0,20; ||p<0,05; |||positiva: excelente/muy buena/buena; negativa: regular/mala/muy mala

La Tabla 3 presenta las variables que se conservaron asociadas a la utilización de servicios de salud en el modelo logístico múltiple ajustado. Se observaron mayores proporciones de utilización de los servicios de salud entre los hombres desempleados, los que profesaban alguna religión, los que utilizaron servicios privados o por plan de salud, los que fueron internados en los últimos 12 meses y los que refirieron poseer por lo menos un problema de salud.

Tabla 3 – Modelo de regresión logística múltiple de los factores asociados a la utilización de los servicios de salud por hombres adultos, en los últimos tres meses. Maringá, PR, Brasil, 2013

Factores asociados*	OR (IC95%)
Status ocupacional	
Empleador/autónomo <sup>†</sup>	1
Empleado	0,77 (0,47; 1,25)
Jubilado/en licencia médica	1,70 (0,79; 3,65)
Desempleado	3,06 (1,06; 8,86) <sup>‡</sup>
Estudiante/en práctica	0,58 (0,20; 1,65)
Religión	
No <sup>†</sup>	1
Si	2,05 (1,01; 4,17)
Tipo de administración	
Pública <sup>†</sup>	1
Privada/plan	2,21 (1,36; 3,61) <sup>‡</sup>
Internación en los últimos 12 meses	
No <sup>†</sup>	1
Si	2,46 (1,24; 4,85) <sup>‡</sup>
Morbilidad	
No <sup>†</sup>	1
Si	2,33 (1,47; 3,68) <sup>‡</sup>

\*Modelo ajustado por las variables "intervalo etario", "color de la piel", "situación conyugal" y "escolaridad"; †categoría de referencia; ‡p<0,05

## Discusión

Los estudios nacionales que estimaron la prevalencia de utilización de los servicios de salud por adultos abordaron simultáneamente hombres y mujeres, y son distintos en lo que se refiere al período que abarca el uso del servicio de salud, anterior a la entrevista, y en relación al tipo de servicio y naturaleza de la atención utilizada<sup>(6,9)</sup>. Así, la discusión sobre la utilización de los servicios de salud por la población masculina adulta requiere cautela y ponderaciones en cuanto a las especificidades de la literatura. Además de eso, se destaca el abordaje exclusivo a la población adulta masculina, como un aspecto diferencial e importante para el conocimiento de la salud del hombre.

La prevalencia encontrada no se mostró muy diferente de aquellas de otros estudios, a pesar de las diferencias metodológicas. Encuestas de base poblacional, realizadas en Pelotas, encontraron prevalencias de 42,6% en 2003<sup>(9)</sup> y de 35,1% en 2008<sup>(6)</sup>,

para utilización de los servicios de salud por hombres, en los tres meses anteriores a la entrevista. Sin embargo, el primero consideró apenas las consultas médicas, sin restricciones en cuanto al tipo de administración del sistema de salud (pública o privada), y el segundo consideró solamente consultas médicas en el sistema público. A su vez, la Investigación Nacional por Muestra de Domicilios (INMD), de 2008, consideró la utilización de servicios públicos y privados por hombres con edad entre 20 y 64 años, en los 14 días que precedieron a la recolección de datos, y encontró prevalencia de 21,8%, porcentaje bastante inferior al presentado por las mujeres en el mismo período (38,7%)<sup>(13)</sup>.

A pesar de que la literatura apunta mayor utilización de los servicios de salud por las mujeres - sobre todo debido a causas ginecológicas, genitales urinarias y obstétricas y a la mayor percepción de riesgos a la salud<sup>(9)</sup> - se destaca que la utilización de los servicios de salud aumentó de forma general, gracias a la ampliación de la cobertura por el Sistema Único de Salud (SUS), al mayor acceso a la contratación de servicios privados y a las informaciones sobre salud<sup>(3)</sup>. La prevalencia de hombres que utilizaron servicios ofrecidos por el SUS (públicos) es semejante a la observada en un estudio realizado en domicilios en todo el Brasil, en 2008, que fue de 56,3%. Sin embargo, es importante destacar que, si por un lado el período anterior a la entrevista fue menor (últimos 14 días), por otro fueron abordados individuos con 15 años o más, incluyendo a los ancianos<sup>(5)</sup>. Como la utilización de los servicios es comúnmente mayor entre los ancianos<sup>(8)</sup>, la participación de estos tiende a elevar la prevalencia, inclusive cuando se considera período menor.

En relación a los servicios más utilizados por los hombres, en los tres meses que antecedieron a la investigación, se verificó, en estudio realizado en el municipio de Pelotas, que la prevalencia de utilización de las unidades básicas de salud por hombres y mujeres fue de 49,5%, sin diferencias significativas entre los sexos<sup>(6)</sup>, por tanto, la prevalencia encontrada en el presente estudio no se aleja de la encontrada en ese estudio. Delante de la lógica de la elevada cobertura poblacional, ampliación del acceso y organización de los servicios basada en la integralidad de la atención a la salud, se destaca la relevancia de las unidades básicas como los servicios más utilizados por la población masculina<sup>(3)</sup>.

La mayor proporción de utilización de ese servicio, sin embargo, no debe consistir en el único parámetro para verificar el acceso efectivo a los servicios públicos y tampoco a la atención a las necesidades de la salud de la población masculina, ya que, según la literatura, es común entre los hombres entrar en el sistema de salud

a partir de los servicios de atención especializada, por la gravedad de la enfermedad, proveniente del atraso en la búsqueda por asistencia<sup>(1)</sup>. En un estudio realizado en Ribeirao Preto, SP, se identificó la duplicación de servicios, es decir, la búsqueda simultánea por unidades básicas y de atención de urgencia para la misma finalidad (diagnóstico, tratamiento o rehabilitación), apuntando la ausencia de un atención resolutive e insatisfacción por parte de los usuarios<sup>(14)</sup>.

Objetivando la integralidad de la asistencia, por tanto, surge la necesidad de crear condiciones para la producción de cuidados en todos los niveles de atención, sobre todo, en la Atención Primaria, en la cual los equipos de salud enfrentan, con frecuencia, la falta de tiempo para planificar, las deficiencias estructurales de los servicios y las limitaciones profesionales en la realización de intervenciones<sup>(15)</sup>.

La literatura apunta que la consulta médica constituye el principal tipo de atención procurada, siendo que algunos estudios enfocan, exclusivamente, el estándar de utilización de ese tipo de atención<sup>(4,6,9)</sup>. En lo que se refiere a la búsqueda de consulta médica por los hombres, un estudio de revisión sobre la situación de la salud de la población masculina, en Canadá, indica que 80% de los hombres se recusan a buscar consulta médica, cediendo apenas mediante convencimiento por el cónyuge o compañero<sup>(16)</sup>. No obstante, la mayor proporción de utilización de la consulta médica no ocurre apenas debido a la demanda por ese tipo de atención por los hombres, pero, también, por ser la principal respuesta de los servicios a los problemas de salud de la población, de racionalidad centrada hegemónicamente en un modelo curativo de atención que privilegia únicamente el consumo del servicio ofrecido, dejando en segundo plano y aboliendo otras posibilidades de cuidado.

En términos de factores, reconocidamente asociados a la utilización de los servicios de salud, cabe destacar que la literatura ha apuntado la importancia de la relación entre el avance de la edad y el aumento de la frecuencia de utilización de los servicios de salud, debido a las nuevas demandas asistenciales, internaciones hospitalarias más frecuentes y tiempo/costo mayor de intervención, debido a las consecuencias del envejecimiento asociado a las enfermedades<sup>(8,17)</sup>. Esas constataciones refuerzan la premisa de que el intervalo etario debe ser considerado, como en el presente estudio, como factor de ajuste para estimar modelos explicativos de la utilización de los servicios de salud. Sin embargo, se destaca que, en análisis univariado preliminar (sin ajustes teóricos), el intervalo etario no se mostró estadísticamente asociado, posiblemente debido al hecho de que, entre los hombres con edad de 20 a

59 años, la proporción de utilización de los servicios de salud no varió entre los intervalos etarios, al contrario de lo que podría haber sido encontrado en el caso de que hubiesen sido incluidos hombres ancianos en el estudio. Además de eso, el intervalo entre 50 y 59 años, que presentó mayor diferencia en comparación a la categoría de referencia (20 a 29 años), no fue el más frecuente en la muestra total, lo que lleva a concluir que el tamaño de la muestra de los subgrupos etarios pudo haber influenciado en la no identificación de asociación entre la edad y la utilización de los servicios de salud.

La mayor utilización de los servicios de salud por individuos desempleados, como verificado en el presente estudio, también fue identificada junto a la población cubierta por la estrategia salud de la familia en Porto Alegre, RS<sup>(3)</sup>. En otro estudio, realizado en diez regiones metropolitanas brasileñas, fue constatada la asociación entre desempleo y peores condiciones de salud entre hombres adultos con edad entre 15 y 64 años<sup>(18)</sup>. Las relaciones de trabajo resultan en desigualdades de salud, lo que requiere la implementación de políticas efectivas y cambios institucionales para la promoción de la equidad<sup>(18)</sup>. Así, además de superar barreras, aumentar la oferta de servicios y adecuar el perfil de los establecimientos de salud para los usuarios que trabajan, se muestra apremiante la atención a los individuos desempleados, en especial en la población masculina adulta<sup>(18)</sup>, para la cual el trabajo representa indicativo del ejercicio de la masculinidad.

Se apunta que ser adepto a alguna religión estuvo asociado a una mayor utilización de servicios de salud por los hombres encuestados. Efectivamente, proferir o seguir alguna religión influencia, a veces positivamente, las condiciones de salud y la adopción de comportamientos saludables. Un estudio realizado entre 345 individuos adultos latinos, residentes en Tejas, mostró que las proporciones de individuos que ingieren bebida alcohólica abusivamente y que son tabaquistas fueron significativamente mayores entre los que refirieron no seguir ninguna religión<sup>(19)</sup>. Otro estudio, realizado con 1.076 adultos norteamericanos, apuntó que tener una religión predispone a una mayor utilización de los servicios de salud para fines de prevención, sobre todo por participar de actividades preventivas en la propia comunidad religiosa y, también, por conversar sobre comportamientos y exámenes con pares adeptos de la misma religión<sup>(20)</sup>.

Paradójicamente, se verificó asociación del *status* ocupacional "desempleado" y del tipo de administración "privada" con la utilización de los servicios. Entre tanto, se destaca que esa configuración puede ser justificada por los siguientes motivos: 35% de los hombres desempleados informaron poseer plan de salud, siendo

que algunos de ellos informaron ser dependientes del plan mantenido por la compañera o hijos, permitiendo que, inclusive sin renta, tuviesen acceso a los servicios cubiertos por el plan de salud; y 30% de aquellos que refirieron ser desempleados poseían edad entre 20 y 29 años, o sea, hombres jóvenes, muchos, inclusive, todavía no inseridos en el mercado de trabajo, teniendo como principal actividad el estudio, y, por eso, dependientes de la familia para el costeo de gastos en general, hasta con la salud. Se destaca que, mismo en situación de desempleo, servicios privados de salud pueden ser utilizados, cuando costeados por otros miembros de la familia

El tipo de administración del sistema de salud frecuentemente utilizado pasó a ser significativo en el análisis múltiple, y del mismo modo la internación en el último año y la referencia a alguna enfermedad. Cuando se verifica la utilización por el tipo de administración, se observa que la búsqueda por servicios de salud es mayor en los individuos que utilizan servicios privados, inclusive considerando el aumento de la demanda por servicios públicos por la población en general. Se resalta un aspecto que no fue citado en el presente estudio y que se refiere a la utilización de servicios públicos por individuos asegurados/con plan de salud como opción secundaria, lo que ocurre, principalmente, debido a la oferta de algunos servicios que son cobrados en el ámbito privado, como es el caso de las vacunas, o que son prestados exclusivamente por el sector público, por ejemplo, la disponibilidad de medicamentos<sup>(21)</sup>. Esos dos tipos de servicios, con frecuencia atraen a los hombres para el sistema público de salud<sup>(22)</sup>.

En el que se refiere a la internación hospitalaria, la prevalencia de ese evento fue bien mayor que la encontrada en un estudio nacional con los datos de la INMD, en el cual la prevalencia de internación fue, respectivamente, de 7,0 y 7,1%<sup>(18)</sup>, en 2003 y 2008, y también mayor que en estudio realizado en el Sur de Brasil<sup>(9)</sup>. La morbilidad hospitalaria se constituye en un indicador importante en el análisis del perfil de salud de la población masculina, y debe ser considerado en la coordinación de las redes de atención a la salud y en la organización de los servicios. Esto debido a que muchos grupos de causas asociados a las internaciones de hombres adultos están vinculadas a comportamientos deletéreos de la salud y se constituyen en causas evitables, mediante cuidados primarios, conforme apunta un estudio ecológico con datos referentes al municipio de Maringá, PR<sup>(23)</sup>.

La internación hospitalaria en el último año y la presencia de morbilidad se muestran determinantes para la utilización de los servicios de salud en los tres meses anteriores a la investigación. Ese hallazgo también fue

evidenciado en los dos estudios realizados en Pelotas, RS, con adultos, los que destacaron mayor proporción de utilización de consultas médicas entre los hombres internados hasta un año antes de la entrevista<sup>(6,9)</sup>. Ese hallazgo puede estar relacionado al hecho de que los individuos que fueron hospitalizados estaban más enfermos que los que no fueron hospitalizados y, por eso, presentaban mayor necesidad de buscar los servicios de salud<sup>(9)</sup>, además de la tendencia que hombres adultos poseen para buscar cualesquiera que sean los cuidados de la salud, apenas cuando sufren el agravamiento de la condición de salud, o cuando se enfrentan con la necesidad de internación hospitalaria. Delante de los resultados obtenidos, se sugiere que la cobertura asistencial de los servicios de salud, sobre todo de la estrategia salud de la familia, se muestra como factor determinante en el acompañamiento de individuos adscritos y, potencialmente, en la reducción de internaciones hospitalarias.

Se destaca que la prevalencia de la autopercepción de la salud en niveles positivos fue muy similar a la encontrada en estudios con adultos, de modo general, realizado en Pelotas, RS (77,7%)<sup>(24)</sup>. La autopercepción de la salud y la enfermedad referida son importantes indicadores de la carga de problemas de salud de la población y también pueden ser utilizados como indicadores de necesidades de salud, en lo que se refiere a la utilización de los diferentes tipos de servicios de salud<sup>(25)</sup>, a pesar de que la autopercepción hubiese perdido significación en el análisis múltiple realizado en el presente estudio, así como en otro estudio<sup>(6)</sup>. Además, la prevalencia de enfermedad referida se mostró dentro de los límites evidenciados por un estudio nacional, entre los intervalos etarios de 25 a 49 años (33,9%) y de 50 a 64 años (62,0%)<sup>(26)</sup>.

Se verificó que la morbilidad referida estuvo asociada a la mayor utilización de los servicios de salud por hombres adultos. Ese hallazgo se mostró consonante con la literatura, principalmente en relación a las enfermedades crónicas<sup>(9,10,27)</sup>. Eso apunta que los hombres están buscando acompañamiento, lo que es positivo, ya que, a veces, ellos son reconocidos por la dificultad de socializar sus problemas de salud, y que, después de vencida esa barrera, es facultado al profesional de salud la posibilidad de establecer un vínculo terapéutico. Por otro lado, puede indicar que buscan soporte profesional apenas cuando están enfermos, lo que se presenta como factor preocupante, especialmente cuando se trata de hombres jóvenes, que deberían, espontáneamente, buscar también orientaciones de promoción de la salud y cuidados preventivos, y no apenas atenciones de carácter médicos y curativos.

A su vez, el poseer un plan de salud no fue identificado como factor asociado, a pesar de que la literatura apunta que ese recurso posibilita que los hombres utilicen más frecuentemente los servicios de salud, como evidenciado en estudio realizado entre hombres asiáticos y americanos<sup>(28)</sup>. Inclusive cuando residen en áreas cubiertas por la estrategia salud de la familia, los hombres adultos pueden optar por utilizar servicios del plan de salud<sup>(6)</sup>, por motivos como la demora para ser atendidos, la falta de profesionales e insumos, la predominancia de mujeres, niños y ancianos en las unidades básicas, poca valorización de las prácticas preventivas y recelo de no poder escoger al profesional que realizará la atención<sup>(22)</sup>. Por tanto, tener un profesional de referencia puede ser determinante para la búsqueda y la utilización de los servicios de salud<sup>(6)</sup>. Un estudio de base poblacional, por ejemplo, observó que la realización de exámenes de próstata tuvo su probabilidad aumentada en 98%, entre los que refirieron tener un profesional de referencia<sup>(4)</sup>.

Algunas limitaciones metodológicas deben ser ponderadas, como la no estratificación de la muestra por intervalos etarios o, también, por el *status* ocupacional, la utilización de instrumento de recolección de datos no validado y la obtención de informaciones autorreferidas, sujetas a fallas de memoria. Además, el horario y los días en que la recolección de datos se realizó, pudo haber sido factor limitador del acceso a hombres que trabajaban en horario comercial, a pesar de que muchos de los participantes fueron entrevistados en horario de almuerzo. Esos aspectos, por tanto, constituyen desafíos para investigaciones futuras.

A pesar de las limitaciones, las investigaciones de esta naturaleza deben ser incentivadas, ya que los resultados encontrados, además de ser válidos y comparables a otros estudios, permiten conocer la utilización de los servicios de salud por los hombres adultos en contextos específicos. Sus hallazgos pueden contribuir para la elucidación de los factores que predisponen a ese comportamiento, auxiliando en la reorganización de los servicios e implementación de acciones de aproximación, acogimiento y cuidado integral de la población masculina.

## Conclusión

El presente estudio muestra que la prevalencia de utilización de los servicios de salud por hombres adultos (42,8%), a pesar de que es semejante a otros estudios, fue considerada elevada, ya que, además de haber sido investigada la utilización de servicios de salud públicos y privados, solamente incluyó hombres con edad hasta

59 años. En lo que se refiere a los factores asociados, se verificó que los resultados son consistentes con la literatura, pero todavía son escasos los estudios que investigaron esos factores en la población masculina, específicamente.

Los hallazgos de asociación del desempleo con la utilización de los servicios privados o por planes de salud se destaca entre los demás, lo que permite inferir que el acceso a esos tipos de servicios es consecuencia de una condición de dependencia familiar, especialmente cuando se identifica que buena parte de los hombres que se autodeclararon desempleados posee edad entre 20 y 29 años. Así, en los estándares actuales de configuración familiar es común que los jóvenes permanezcan más tiempo en la casa de los padres y sean dependientes de ellos, inclusive para pagar gastos con la salud. Otro aspecto a ser considerado es que, a pesar de que muchos se refirieron como siendo jefes de familia, en situación de desempleo, otra persona puede asumir el papel de mantenedor del hogar y arcar con los costos de las necesidades familiares.

Considerando las asociaciones encontradas, sobre todo por factores como internación en los últimos 12 meses, autopercepción negativa de salud y la referencia la alguna enfermedad, la utilización de los servicios de salud por los hombres adultos parece estar relacionada a la necesidad de atención curativa. Por tanto, es imprescindible que, desde la formulación a la implementación de políticas y programas de salud del hombre, se tenga en consideración las asociaciones encontradas en este estudio.

## Referencias

1. Couto MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Cienc Saúde Colet*. 2012;17(10):2569-78.
2. Mckinlay E. Men and Health: a literature review. Wellington: Wellington School of Medicine and Health Sciences, Otago University; 2005.
3. Fernandes LC, Bertoli AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):595-603.
4. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Cad Saúde Pública*. 2003;37(3):372-8.
5. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3807-16.

6. Bastos GAN, Duca GFD, Hallal PC, Santos IS. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(3):475-84.
7. Pilger C, Menon MU, Mathias TAF. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):213-20.
8. White A, Witty K. Men's under use of health services – finding alternative approaches. *J Men's Health*. 2009;6(2):95-7.
9. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(3):436-43.
10. Tomasi E, Nunes BP, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Piccini RX, et al. Utilização de serviços de saúde no Brasil: associação com indicadores de excesso de peso e gordura abdominal. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(7):1515-24.
11. Pavão ALB, Coeli CM. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. *Cad Saúde Coletiva*. 2008;16(3):471-82.
12. Nunes BP, Thumé E, Tomasi E, Duro SMS, Facchini LA. Socioeconomic inequalities in the access to and quality of health care services. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(6):968-76.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios [Internet]. [Acesso 16 dez 2014]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=2508&z=pnad&o=10&i=P>
14. Mishima SM, Paula VG, Pereira MJB, Almeida MCP, Kawata LS. (In) satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):766-73.
15. Silva MM, Budó MLD, Resto DG, Silva SO, Ebling SBD, Carvalho SORM. Integralidade na saúde da família: limites e possibilidades na perspectiva da equipe. *Cienc Cuidado Saúde*. 2013;12(1):155-63.
16. Goldenberg SL. Status of men's health in Canada. *Can Urol Assoc J*. 2014;8(7-8):S142-4.
17. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3807-16.
18. Giatti L, Barreto SM. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(1):99-106.
19. Garcia G, Ellison CG, Sunil TS, Hill TD. Religion and selected health behaviors among Latinos in Texas. *J Relig Health*. 2013;52:18-31.
20. Benjamins MR, Ellison CG, Krause NM, Marcum JP. Religion and preventive service use: do congregational support and religious beliefs explain the relationship between attendance and utilization? *J Behav Med*. 2011;34:462-76.

21. Pessoto UC, Heimann LS, Boaretto RC, Castro IEN, Kayano J, Ibanhes LC, et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Cienc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):351-62.
22. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(5):961-70.
23. Arruda GO, Molena-Fernandes CA, Mathias TAF, Marcon SS. Hospital morbidity in a médium-sized city: differentials between men and women. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014 Jan-Feb;22(1):19-27.
24. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Cienc Saúde Coletiva*. 2012;17(12):3353-62.
25. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Damascena GN. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:217.
26. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):687-707.
27. Johnson-Lawrence V, Griffith DM, Watkins DC. The effects of race, ethnicity, and Mood/ anxiety disorders on the chronic physical health conditions of men from a national sample. *Am J Mens Health*. 2013;7(40):58S-67S.
28. Huang B, Appel HB, Nicdao EG, Lee HJD, Ai AL. Chronic conditions, behavioral health, and use of health services among asian american men: the first nationally representative sample. *Am J Men's Health*. 2013;7:66.

Recibido: 11.7.2014

Aceptado: 25.7.2015

---

Correspondencia:  
Guilherme Oliveira de Arruda  
Universidade Estadual de Maringá  
Av. Colombo, 5790  
Zona 7  
CEP: 87020-900, Maringá, PR, Brasil  
E-mail: enfgoa@gmail.com

**Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.