

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

Bruna Daniele Ribeiro Firmino (Doutoranda - CEDEPLAR/UFMG)

Raquel Zanatta Coutinho (Cedeplar/UFMG)

Ana Paula de Andrade Verona (Cedeplar/UFMG)

Resumo: A literatura aponta para uma relação usualmente positiva entre as uniões conjugais, a paternidade e o status de saúde. Os objetivos do presente estudo são analisar a ocorrência de comportamentos de risco por status marital entre homens e identificar agentes de regulação e mecanismos pelos quais a família atua no comportamento de saúde masculino. Utilizou-se a técnica de *propensity score stratification*, além da realização de 20 entrevistas em profundidade. Resultados indicam melhores práticas por parte dos indivíduos formalmente unidos. A percepção dos respondentes sugere a atuação de mecanismos causais na correlação entre os processos de formação de família e comportamento de saúde.

Palavras-chave: Comportamento de saúde; Saúde masculina; Casamento; Coabitação; Paternidade.

Área temática: Demografia

Instituições financiadoras: CAPES e FAPEMIG

INTRODUÇÃO

Apesar da tendência de longo prazo de convergência na expectativa de vida, identifica-se no Brasil, a partir dos anos 2000, um processo de divergência, especialmente por sexo, em que as causas de morte evitáveis mostram-se fatores chave (Borges, 2017). Nesse sentido, os comportamentos de saúde e, mais especificamente, os comportamentos de risco, são importantes determinantes para a mortalidade e morbidade no Brasil, especialmente no caso do sexo masculino. Em geral, os homens apresentam maiores índices de práticas consideradas nocivas à saúde se comparados às mulheres. Segundo o Relatório de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção às Doenças Crônicas (2016), nas capitais brasileiras, a ocorrência de fumantes é maior entre os homens (12,7% comparados a 8% entre as mulheres), assim como o consumo excessivo de álcool (27,3 % entre homens e 12,3 entre mulheres) e direção após o consumo de álcool (12,9% para homens e 2,5% para mulheres). Esse padrão pode estar correlacionado com a noção de masculinidade normativa, baseada na desvalorização do autocuidado e adoção de comportamentos de risco (Mahalik et. al, 2007).

Destaca-se, nesse sentido, a atuação da estrutura familiar como um dos principais determinantes para o bem-estar e saúde dos indivíduos (Carr & Springer, 2010; Zella, 2017). Diversos autores têm dissertado sobre os mecanismos pelos quais esta relação ocorre. 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 (Duncan, 2006; Musick & Bumpass 2012). 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 com comportamentos mais saudáveis e, conseqüentemente, com um melhor status de saúde, seriam mais atrativos e mais propícios a ingressar em uma união (Goldman, 1993). Apesar do consenso na literatura de que ambos os efeitos, seleção e fatores protetivos, são atuantes na relação entre saúde e status marital, a magnitude e mecanismos pelos quais ocorre a atuação desses processos permanece como tema de debate.

A fim de analisar as relações entre os processos de formação de família e a prática de comportamentos de risco, o estudo contou com técnicas quantitativas e qualitativas de análise. O primeiro objetivo do estudo é analisar a ocorrência de comportamentos de risco selecionados (consumo excessivo de bebida alcoólica, tabagismo e uso de cinto de segurança) 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

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).

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, observa-se a

prática histórica 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.

MECANISMOS PROTETIVOS

Em estudos internacionais, as relações sociais mostram-se correlacionadas com a saúde individual e inclinação de engajar em um comportamento de saúde (Gove, 1973; Musick & Bumpass, 2012). As relações sociais, por meio das interações, indicam um maior ou menor grau de isolamento e, conseqüentemente, provimento de suporte. Essas relações variam em frequência, intensidade e tipologia de provimento deste suporte que, por vezes, pode não ocorrer (Berkman & Glass, 2000). Indiretamente, estas relações podem afetar a propensão de adotar um comportamento através da internalização de normas sobre esta ação. De uma forma mais direta, o desvio de conduta sobre um dado comportamento de saúde pode prover sanções advindas das relações sociais (Umberson, 1992). Por constituírem relações com um alto grau de intimidade, as uniões, formais ou informais, e a paternidade apresentam um maior impacto na mortalidade e estado de saúde individual se comparadas a outros laços, tal como aqueles construídos a partir de instituições formais como a religião (Umberson, 1987).

A existência de uma correlação usualmente positiva entre os processos de formação de família e o status de saúde físico e psicológico é atribuída por Umberson (1987) à existência de controle social entre os cônjuges. A hipótese de controle social baseia-se no pressuposto de que a integração social estaria associada ao estado de saúde físico e psicológico. Segundo Umberson, parte desta correlação ocorre por meio dos hábitos de saúde. 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 auto-destrutivas, além de facilitar a atuação de agentes de regulação.

O controle social exercido na saúde dos indivíduos é classificado em duas tipologias, direto e indireto (Umberson, 1987; Reczek, 2014). O controle social indireto ocorre através do contexto normativo, em que o indivíduo internalizaria normas de responsabilidade para com a família. Os laços afetivos contribuiriam, deste modo, para a internalização da ideia de um comportamento convencional (Umberson, 1987). No caso específico dos filhos, o controle indireto estaria associado à noção normativa de um bom pai, uma vez que eles percebem uma maior responsabilidade com a dieta e exercícios físicos, por exemplo, para fornecer aos seus filhos as condições materiais necessárias para sua criação, reforçando a noção hegemônica de um pai como um bom provedor (Reczek, 2014).

O mecanismo de compromisso interpessoal consiste em um tipo de controle social indireto presente especialmente nas uniões formais, devido à sua natureza pública envolvendo de amigos e família. Estas características conferem aos cônjuges certo nível de comprometimento quanto ao sucesso dessas uniões. Esses fatores são responsáveis pelo desenvolvimento de uma relação denominada por Cherlin de “*confiança compulsória*” ou “*confiança marital*”. Essa relação estaria associada aos investimentos monetários de longo prazo, além do tempo e energia despendidos com cuidados com os membros do domicílio, sendo intensificada, em alguns casos, com o nascimento dos filhos (Cherlin, 2000). Segundo Cherlin, com a diminuição do estigma vinculado ao divórcio, e conseqüente diminuição das sanções normativas decorrentes da dissolução de uniões, a confiança torna-se menos forte, apesar de ainda mostrar-se expressiva.

O controle social direto, por sua vez, refere-se às regulações ou sanções externas aos indivíduos relacionadas à paternidade ou matrimônio e que poderiam ser benéficas para a saúde (Umberson, 1987; Reczek, 2014). Cônjuges e filhos, neste caso, podem atuar lembrando o indivíduo de certos hábitos, realizando intervenções diretas que podem interferir na saúde (como cozinhar e limpar) ou indicando comportamentos e hábitos que levariam à deterioração ou dissolução da união (como o consumo excessivo de álcool). No caso dos filhos, o controle direto é aplicável apenas quando esses são jovens ou adultos e monitoram e regulam a saúde e os hábitos dos pais. Ressalta-se que os controles sociais diretos e indiretos podem correlacionar-se, uma vez que os agentes externos de regulação da saúde (no caso do presente estudo, os cônjuges e filhos), também corroboram a internalização de normas e senso de comprometimento e responsabilidade por demais membros da família.

As principais tipologias de suporte social direto no âmbito da saúde, segundo Berkman & 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 concedidos em necessidades específicas. Berkman & Glass destacam ainda que em algumas situações os suportes informativo, emocional e de tomada de decisões são de difícil dissociação.

Destaca-se a diferente socialização por gênero para o provimento dessas tipologias de suporte, sobretudo o instrumental. Enquanto 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 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).

Além dos mecanismos supracitados, a perspectiva de uso do tempo permite a análise da percepção e demanda de realização por 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 de dedicação ao mercado de trabalho, ao trabalho doméstico ou atividades sociais e recreativas associadas à transição de status marital. 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.

Por fim, ressalta-se que as uniões assumem um papel de compartilhamento de recursos sociais e econômicos, funcionando com uma instituição protetora contra as incertezas nessas esferas (Waite, 1995). O padrão de uniões latino-americano, em particular, marcado pela ocorrência histórica de coabitação nos estratos sociais mais vulneráveis, usualmente correlaciona-se com estratégias adaptativas às incertezas do mercado de trabalho e suporte não monetário das redes de parentesco. (Fussel & Palloni, 2004). Este padrão, que segundo Fussel & Palloni se correlaciona com a manutenção da baixa idade média à união, podem estar ligado também ao suporte relacionado à saúde dos membros das famílias. Por meio da família, as pessoas

participam de redes de suporte mútuo baseadas em laços como o de parentesco, vizinhança e origem geográfica ou étnica (CEPAL, NU, & UNICEF, 1994). Estas redes podem desempenhar um papel importante nas estratégias de subsistência dos pobres e podem incluir atributos relacionados ao comportamento e hábitos de saúde. Nesse sentido, as uniões e nascimento dos filhos são associados pela literatura a um aumento da rede de parentesco e, por vezes, ampliação do provimento de suporte, e diminuição da rede composta por amigos no caso dos homens (Wellman, 1997).

Ressalta-se que o contexto normativo, grau de institucionalização e natureza pública do casamento podem resultar ainda em diferenciais de saúde entre o matrimônio formal e outros tipos de união como a coabitação (Musick & Bumpass, 2012). As uniões informais representariam, deste modo, 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).

MECANISMOS DE SELEÇÃO

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), ou indiretamente, baseada em características socioeconômicas (tal como escolaridade, raça e religião) que se correlacionam com o comportamento e status de saúde. Ressalta-se que apesar de Goldman 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, 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 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.

Ressalta-se que algumas variáveis, correlacionadas simultaneamente com o status/comportamento de saúde e a propensão de ingresso em uma união e fecundidade, podem gerar um efeito de confundimento nas análises acerca do tema. Esse efeito resulta em uma seleção indireta, em que o status e comportamento de saúde não são diretamente os atributos de relevância no mercado de casamentos, mas sim as variáveis que funcionam como seus determinantes. Esse é o caso do status socioeconômico (Hardarson et al, 2001), religião (Dalgalarondo et al., 2007, Miranda-Ribeiro et al, 2000), raça (Batista, 2005), o contexto social e familiar (Reynolds & Catherine; 1998), o momento no curso de vida (Tränkle et al., 1990) e, por fim, o histórico conjugal em termos de qualidade da relação (Hawkins & Booth; 2005).

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 em uma seleção direta (Koskinen et al., 2007).

METODOLOGIA

Os dados a serem utilizados na análise quantitativa 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. Foram analisados indivíduos do sexo masculino de 25 a 39 anos. Visando a análise dos efeitos das uniões em comparação ao grupo contrafactual de solteiros, foram excluídos da amostra os indivíduos cujo status marital aponta para uma relação dissolvida (viúvos e divorciados).

A fim de controlar o efeito de seleção, aplicou-se o método de *propensity score stratification* – PSS (LUNCEFORD & DAVIDIAN, 2014). 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 (que corresponde à probabilidade predita da regressão logística) 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 $Y_{0i} + D_i (Y_{1i} - Y_{0i})$.

Os resultados da aplicação do *Propensity Score* por estratificação usualmente são apresentados por nível de propensão de realizar o evento de interesse. Resultados identificados por Theobald & Farrington (2009), por exemplo, sugerem que os homens com baixa propensão de ingressarem em um casamento formal, quando o fazem, têm reduções significativas de comportamentos que configuram crimes.

No caso do presente estudo, 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 quinqüenais 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, 3= Quatro a Seis familiares ou amigos; 4= 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 com a propensão à união e atratividade no mercado de casamentos (Schoen and Wooldridge 1989). 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 (Costa Ribeiro, 2009). 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 and 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.

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. No primeiro estrato, foram alocados aquelas observações com baixa propensão de se unir com base em suas características observadas, mesmo que os indivíduos o tenham feito. O último estrato, por sua vez, abarca os indivíduos com alta propensão de união, incluindo aqueles que ainda não se uniram. A análise da ocorrência de comportamentos de risco selecionados em cada um dos extratos permite, desse modo, a comparação de indivíduos com status maritais distintos, mas com propensões de ingresso à união, com base em suas características observadas, semelhantes.

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. A aplicação dos pesos amostrais foi realizada a partir do comando svy do stata.

No que se refere à técnica qualitativa, a fim de analisar as percepções acerca das transformações comportamentais em função das transições de status marital e fecundidade, 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 se comparadas, por exemplo, aos grupos focais, 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 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. As entrevistas foram estratificadas pelo Índice de Qualidade de Vida Urbana de Belo Horizonte (IQVU). Os entrevistados que cursaram até o ensino médio completo residiam em áreas do tercil mais baixo do IQVU, compondo o grupo denominado de baixo status socioeconômico no presente estudo. Aqueles com ensino superior ou pós-graduação habitavam em áreas alocadas no tercil de IQVU mais alto, compondo o grupo que foi classificado como alto status socioeconômico. A partir dos perfis propostos, foram analisadas as transformações comportamentais dos respondentes a partir da própria história de vida.

A codificação das entrevistas qualitativas baseou-se nas tipologias de controle e suporte social abordadas anteriormente. Pautada na descrição de Umberson (1987), medidas de regulação foram classificadas como controle social direto ou indireto. O controle social indireto foi subdividido em compromisso interpessoal, uso do tempo, transformação nas redes sociais e redes de apoio e, no caso do suporte provido pelos filhos, o comportamento adotado pelos pais com a finalidade de que sejam emulado pelos filhos. O controle social direto, por sua vez, abrange o suporte informativo, instrumental e na tomada de decisões.

RESULTADOS

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. Em um cálculo 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 /pilota 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.

Ao analisar a ocorrência dos comportamentos de saúde por estado conjugal, 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 apresentam 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.

No que se refere à aplicação do *Propensity Score Stratification*, a Tabela1, 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. Para alcançar um melhor ajuste do modelo, foi incluída a variável de idade ao quadrado.

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 60% das chances de estarem unidos se comparados àqueles com ensino fundamental incompleto.

Tabela 1 – Razão de chances 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

Característica	OR	P>t
Faixa etária		
25 a 29 anos	REF	
30 a 34 anos	1.83	0.000
35 a 39 anos	3.04	0.000
Escolaridade		
Fundamental incompleto	REF	
Ensino médio incompleto	1.3	0.106
Ensino médio completo	0.7	0.004
Ensino superior completo	0.6	0.002
Frequência a cultos religiosos nos últimos 12 meses		
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
Número de amigos com que se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo		
Nenhum	REF	
Entre um e três	0.60	0.000
Entre três e seis	0.49	0.000
Mais de seis	0.47	0
Número de familiares com que se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo		
Nenhum	REF	
Entre um e três	2.09	0.000
Entre três e seis	1.97	0.000
Mais de seis	2.44	0.000
Deficiência intelectual		
Sem deficiência	REF	
Com deficiência	0.09	0.000

Fonte: PNS, 2013. Elaboração própria

A Tabela 2 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 0.02 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.

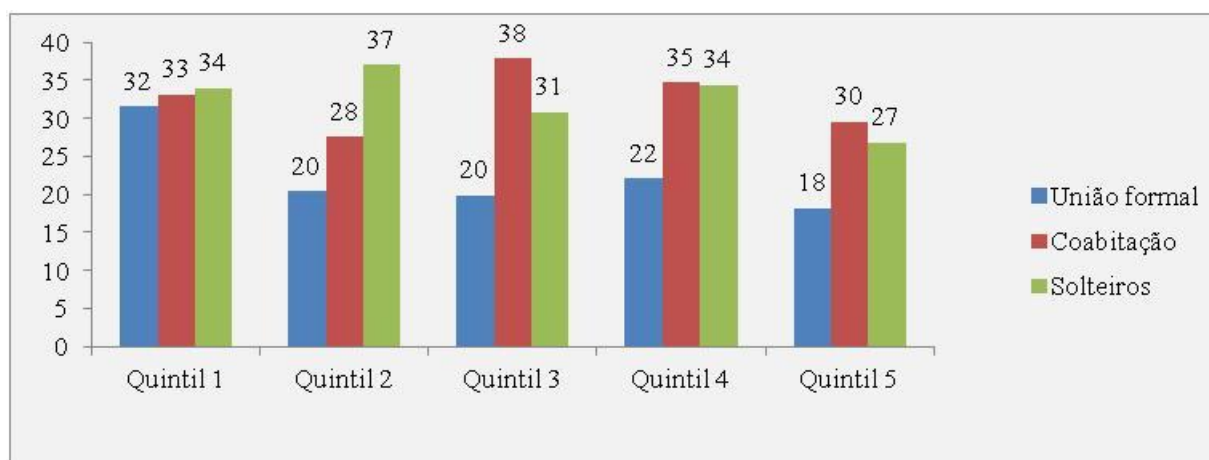
Tabela 2 – Média do propensity score calculado por status marital e quintil de propensão à união

Status marital	Quartil				
	1	2	3	4	5
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: PNS, 2013. Elaboração própria

*Diferenças significativas em $p < 0.05$

Dando seguimento à análise, foram calculados os percentuais de incidência dos comportamentos selecionados por status maritais dentro dos quintis de propensão. A Figura , 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 mostram-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.

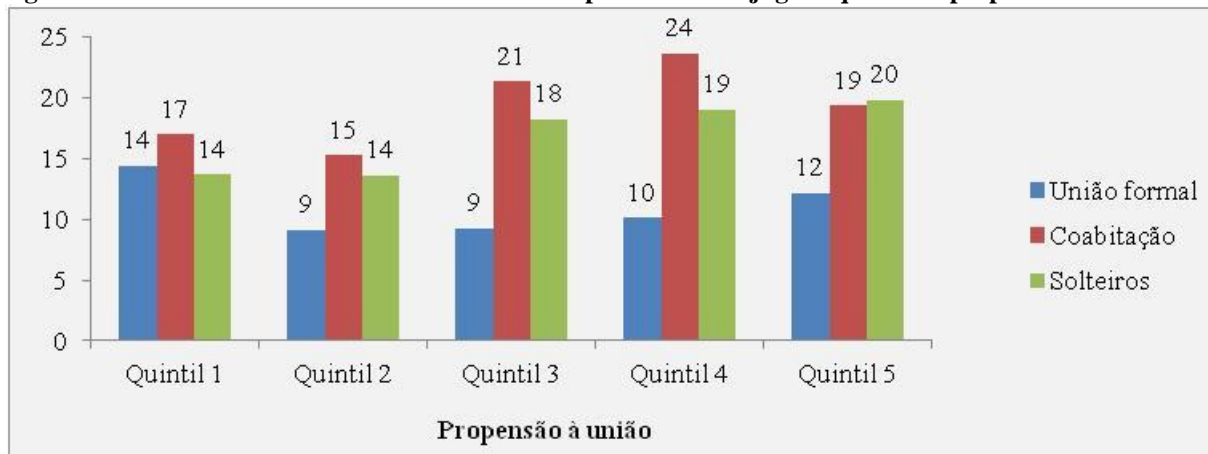
Figura 1– Percentual de consumo abusivo de álcool no último mês por estado conjugal e quintil de propensão à união

Fonte: PNS, 2013. Elaboração própria

No que se refere ao consumo diário de tabaco (Figura), 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. Em todos os casos, com exceção do último quintil, o 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 2– Percentual de consumo diário de tabaco por estado conjugal e quintil de propensão à união

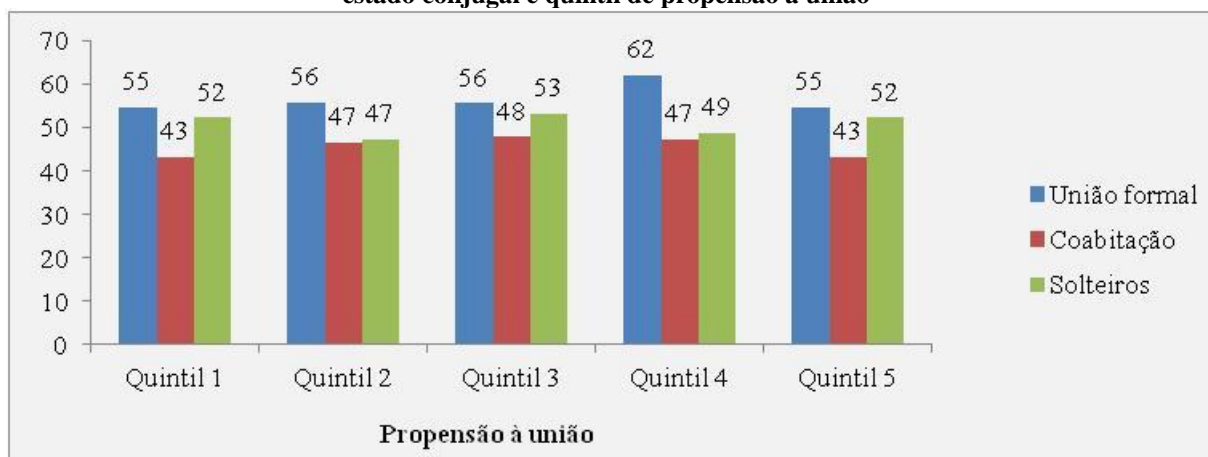


Fonte: PNS, 2013. Elaboração própria

Quanto ao uso de cinto de segurança (

Figura), 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 3– Percentual de pessoas que sempre usam cinto de segurança quando utilizam automóveis por estado conjugal e quintil de propensão à união



Fonte: PNS, 2013. Elaboração própria

No que se refere à análise qualitativa, a Tabela 2, disposta abaixo, apresenta as principais características sociodemográficas dos entrevistados. Ao todo, foram entrevistados 20 homens unidos residentes em Belo Horizonte, sendo 13 em uniões formais (11 casamentos formais e duas uniões estáveis formalizadas) e sete uniões informais.

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos entrevistados

ID	Tipo	IQVU	Escolaridade	Idade	Tempo de casamento	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 com base em dados de trabalho de campo

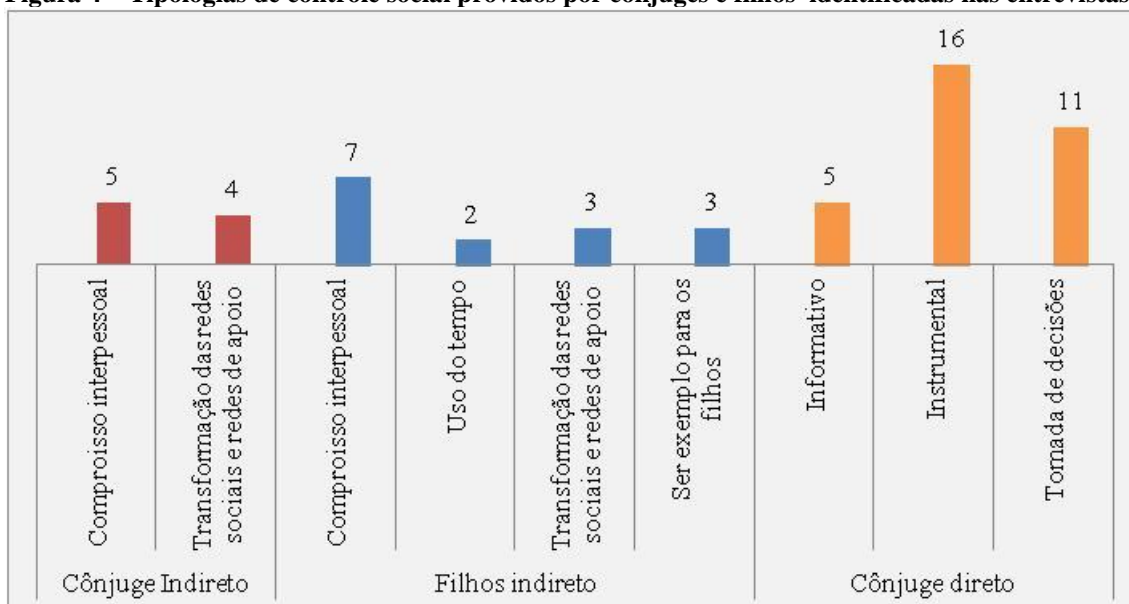
No que se refere ao consumo de álcool, a maioria dos entrevistados, com quanto ou sem filhos, apresentam uma frequência de consumo de bebidas alcoólicas de uma vez ou mais na semana (sete e seis respondentes, respectivamente). Apenas três entrevistados se declararam não consumidores da substância, enquanto outros três relataram que a consomem menos que uma vez por mês e um alegou consumir uma vez ou mais por mês.

No que se refere ao tabaco, apenas dois respondentes alegaram consumir substâncias oriundas do 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.

No que tange 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 filhos. Dois entrevistados alegaram se envolver em acidentes de trânsito com lesões no último ano, ambos sem filhos.

Embora o objetivo do estudo não seja quantificar as tipologias de suporte, A Figura 4, disposta abaixo, sumariza o número de entrevistas em que os mecanismos protetivos das uniões e paternidade foram identificados nas entrevistas realizadas. O provimento de suporte instrumental por parte dos cônjuges, que se refere a tarefas domésticas realizadas exclusivamente ou majoritariamente pelas mulheres, segundo os respondentes, mostrou-se o mecanismo mais atuante nas entrevistas (presente em 16 do total de 20 entrevistas realizadas). Em seguida, destaca-se a atuação dos cônjuges no suporte na tomada de decisões (mencionado em 11 entrevistas). Dentre os dez respondentes que experimentaram a paternidade, o compromisso interpessoal relacionado aos filhos também obteve destaque, sendo identificado em sete entrevistas.

Figura 4 – Tipologias de controle social providos por cônjuges e filhos identificadas nas entrevistas



Fonte: Elaboração própria com base em dados de trabalho de campo.

Inserido na tipologia de suporte social indireto, o compromisso interpessoal foi um mecanismo identificado para as uniões, tal como ilustram o relato das entrevista 2, disposta abaixo. Além da percepção de responsabilidade relacionada ao cônjuge, a transformação nos hábitos de saúde, como o consumo de álcool ou direção após consumo de álcool, ocorreriam em decorrência da manutenção da qualidade da relação evitando, conseqüentemente, sua dissolução. Quanto ao mecanismo de compromisso interpessoal relacionado aos filhos, sua atuação foi identificada nas entrevistas realizadas por meio da percepção do papel do pai como provedor de recursos monetários e não monetários. Esta 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 (relato da entrevista 5).

“Nós dois bebemos. Aí a gente começou a perceber o seguinte: A gente bebia, os ânimos exaltavam, as brigas ficavam mais freqüentes. Então a gente começou a manejar um pouco. Depois que eu dei perda total no carro, eu vi que meu relacionamento com ela tava caminhando para ser 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. Esquecia que tinha o meu pai para trás, meus irmãos. Muita gente que gostava de mim. Eu não importava com isso.” Entrevista 2, Casamento formal, Com filhos, Ensino Superior completo

“Mas eu acho que com o passar do tempo, ano passado e este ano, eu tenho cuidado bem mais da minha saúde. Tenho ido ao médico [...] Até mesmo porque, pelo fato de ter um filho, eu quero ter saúde para cuidar do meu filho. Poder ter bastante tempo com ele, pra ele me aproveitar em vida também.” Entrevista 5, União formal, Com Filhos, Ensino Superior completo.

Ressalta-se que, embora as menções referentes ao mecanismo interpessoal para as uniões tenham sido mais comuns dentre os indivíduos em um casamento formal, em um dos casos o compromisso interpessoal foi identificado também em uma união consensual formalizada. As características descritas corroboram a existência da relação denominada por Cherlin (2000) de confiança compulsória, que confere aos cônjuges certo nível de comprometimento quanto ao sucesso dessas uniões e, portanto, aumentam sua capacidade adaptativa quanto aos comportamentos de saúde.

Um outro mecanismo pelo qual as uniões e os filhos atuam no comportamento de saúde dos entrevistados é a transformação nas redes de contato. O relato disposto abaixo indica 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. Além disso, foi comum o relato de inclusão das sogras na rotina de suporte instrumental do domicílio:

“[Quando você vai nas festinhas que você falou, de quem são normalmente?] Família, é só com família mesmo. [E sempre foi assim?] Não, teve uma época em que eu saía com os amigos, mas era a época em que eu não era casado”. Entrevista 15, Casamento formal, Com filhos, Ensino Médio Completo.

“Almoço, pela correria, minha sogra se dispôs a... Como meu menino estuda perto da casa deles, ela se dispôs pra 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

Esses 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. Apesar de os amigos solteiros ou divorciados, por vezes, apresentarem comportamentos mais saudáveis que os respondentes em alguns aspectos (tal como relato da entrevista 3), os respondentes relatam um menor consumo de substâncias como álcool e cigarro se comparados aos amigos com outros status maritais.

Sobre o mecanismo relacionado ao uso e disponibilidade de tempo, foi identificado este tipo de controle social indireto relacionado exclusivamente aos filhos, e não no caso das uniões. Os relatos abaixo demonstram que os filhos podem interferir no consumo de álcool em decorrência da aptidão em prover atenção e cuidados aos mesmos, que se mostra afetada com o consumo da substância, como no relato a seguir:

“Acho que a rotina com criança não permite grandes exageros alcoólicos. Porque criança não tem hora para adoecer. Várias vezes, tava lá até tomando uma cerveja: tá com febre, vomitou. Tá com virose. Vamos para o hospital. A gente tem que manejar, porque não sabe a hora que vai ter que sair de casa. Então eu percebi que depois que eles nasceram, deu uma diminuída.” Entrevista 3, Casamento formal, Com filhos, Ensino Superior Completo.

De forma geral, os relatos relacionados ao uso do tempo se referem a uma fase específica do ciclo de vida dos filhos, a infância.

Apesar da atuação protetiva descrita anteriormente, em alguns casos, o casamento e os filhos foram mencionados como principais motivos para o sedentarismo ou não realização de atividades físicas regulares, tal como ilustra o relato abaixo:

“Meu exercício hoje é carregar menino, de manhã, de dia, de noite e de madrugada. Mas... Tem muito tempo que eu to parado sem fazer exercício, to precisando voltar. O que tá 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

Os relatos indicam que a não realização de atividades físicas e sedentarismo estão ligados ao compromisso com as finanças da família, falta de tempo, comodismo e transformações na rotina.

Por fim, no que se refere 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:

“Eu mudei muito. O que fez eu mudar mesmo foram meus filhos. Eu acho. Sou muito mais responsável. Muita coisa que eu fazia quando eu não tinha menino, hoje em dia eu não faço. Às vezes, os meninos me chamavam “Ô Zé, vamos ali para Raposos, para lagoa”. 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 mexo mais com cerol. Por causa dos meninos. [...] Eu sei que machuca eles. E se meu filho ver eu 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. Já fumei muita maconha. Uma coisa que eu fazia e hoje em dia, mudei assim... E também foi muito difícil. Pensei que meus meninos iam saber. Sempre iam saber. Sou um pai muito realista com meus meninos. De ensinar o que é errado. Quando eu era pequeno fui criado muito preso dentro de casa.” Entrevista 14, União informal, Com filhos, Ensino Médio Incompleto.

“Foi quando minha esposa engravidou. Engravidou e eu tive o que eu precisava para parar (de fumar). 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.

Os relatos das entrevistas 14 e 5 apontam para o nascimento do filho como *turn point* no que se refere ao consumo de substâncias, como o cigarro e maconha. No caso da

entrevista 14, identifica-se no relato, além do receio de que os filhos reproduzam o comportamento, a apreensão de que algumas práticas, como o uso de cerol, facilitem a exposição dos filhos a situações de risco.

Compondo as tipologias de suporte social direto, 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, tal como ilustra o relato a seguir:

“[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. Televisão eu assisto para filme ou futebol americano ou futebol normal. Jornal, não assisto, acho sensacionalista. Os meios é minha mãe mesmo. [Ela te liga ?] Quando eu venho, ela pergunta: ó já vacinou ? Mais é ela. [E para ir no médico, fazer exame, alguém te fala ?] Minha mãe, minha esposa.” Entrevista 18, Casamento formal, Sem filhos, Ensino Médio Completo

Esse resultado ressalta padrões de gênero em que os homens demonstram desvalorização do auto-cuidado e mulheres, como cônjuges ou sogras, se atentam para o cuidado com a saúde dos demais membros da família.

Quanto ao suporte na tomada de decisões, os cônjuges são identificados nas entrevistas como influenciadores de comportamentos considerados de risco, tal como andar de moto, consumo de substâncias como cigarro e álcool, alimentação e exercícios físicos e realização de consultas médicas e exames preventivos. 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, tal como ilustram alguns dos trechos abaixo.

“Se eu chego da rua ou fumei um cigarro, tenho que lavar a mão. Ela (esposa) me manda lavar a mão. Toda vez que vou pegar meu filho, tenho que lavar. É por causa disso que tenho que lavar a mão. Por causa do cheiro do cigarro que fica em mim. Pegar o menino com cheiro de cigarro. Na boca também dá um cheiro muito ruim. Ela fala para eu parar. Ela vê. Antes eu tinha um pique melhor. Ela vai às vezes no futebol me ver jogar bola. Ela fala: Você nem corre mais como corria antes. Por causa do cigarro. Me incentiva demais. Ela me incentiva a parar... [Mas você falou que é muito difícil, né? E sobre a bebida?] Também. Quando eu to bebendo demais ela me pega, leva embora e fala ‘acabou’. E é desse jeito.” Entrevista 14, União informal, Com filhos, Ensino Médio Incompleto.

Os relatos relacionados ao uso de substâncias como álcool e cigarro, refletem a agência das mulheres no comportamento desses homens. Na maioria dos relatos, as mulheres apresentam um menor padrão de consumo se comparadas a seus cônjuges, o que reflete no provimento de um maior controle social aos seus companheiros neste aspecto e corrobora com o maior bônus na saúde conferido aos homens a partir do casamento.

No que se refere ao suporte instrumental, o mais comum dentre as tipologias de suporte social direto estabelecidas, observa-se que a esposa usualmente assume a responsabilidade de realização de limpezas no domicílio ou compra de 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. O relato abaixo ilustra o resultado:

“Quando nós casamos, eu não comia muita verdura, esses trem. 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.

A identificação do suporte instrumental, ou seja, atividades domésticas e de cuidados com a saúde realizadas majoritariamente ou exclusivamente pelas cônjuges, na maioria das entrevistas corrobora os padrões de gênero ainda marcados pela desigualdade no âmbito familiar.

Apesar da percepção dos entrevistados de transformação comportamental a partir das uniões e dos filhos na maioria das entrevistas, os resultados também apresentam indícios de seleção por características socioeconômicas relacionadas ao comportamento de saúde. A religião evangélica, em especial, mostrou-se um atributo importante quando à seleção de parceiros, como indica o relato a seguir:

“[E suas ex-namoradas elas bebiam, elas fumavam?] Não, por que elas eram da igreja também, elas não bebem também não. [...] Eu procurei assim, é sempre ser da igreja, por que aí fora fica difícil pra namorar aí fora, só querem ficar e esse negócio de ficar não dá muito certo.” Entrevista 11, Casamento formal, Com filhos, Ensino Fundamental Incompleto.

A importância da religião do cônjuge, identificada em alguns relatos apresentados, e os padrões restritivos quanto a algumas práticas no namoro e à união informal se correlacionam também com a alta propensão de evangélicos de ingressarem em um casamento formal, tal como descrito por Miranda-Ribeiro et al (2000).

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 marital 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 em profundidade possibilitou a identificação da percepção dos respondentes acerca de seus próprios comportamentos de saúde, recorrentemente associados pelos mesmos às transformações a partir dos eventos das uniões e

paternidade. Esses resultados sugerem a atuação de mecanismos causais na correlação usualmente positiva entre os processos de formação de família e o comportamento de saúde.

Apesar da percepção dos respondentes de atuação de mecanismos protetivos, as uniões e os filhos, em alguns casos, foram associados ao abandono de práticas benéficas para a saúde, como a prática de atividades físicas, resultado também documentado na literatura por Malina (1996). Apesar do reconhecido diferencial de gênero na alocação do tempo em atividades de dedicação ao mercado de trabalho, ao trabalho doméstico ou atividades sociais e recreativas (Becker, 1965) as uniões e, em especial, a paternidade, se mostraram limitadoras para realização de atividades de lazer benéficas para a saúde no caso dos respondentes. Esses resultados apontam para a atuação de forças não unilaterais na relação entre status marital e comportamento de saúde. A interatividade desses processos, combinada ao efeito de seleção, é responsável pelo resultado da associação quantitativa.

Ressalta-se que os resultados sugerem também a atuação de seleção por atributos correlacionados ao status e comportamento de saúde, tal como sugerido por Goldman (1993). Em especial, nota-se que as práticas restritivas da religião evangélica com relação ao namoro, coabitação e envolvimento com pessoas de outras religiões corroboram com uma maior propensão de ingresso em uniões formais por parte desses grupos (Miranda-Ribeiro et al, 2000).

Os resultados quantitativos apontam para um comportamento mais adequado em termos de saúde por parte dos indivíduos formalmente unidos, independente da propensão que eles tenham de se unir. As diferenças entre o grupo de solteiros e coabitantes, no entanto, não foram significativas na maioria dos estratos analisados, divergindo da literatura que, de forma geral, reconhece correlação positiva entre as uniões informais e o comportamento de risco e status de saúde, embora esta relação seja distinta e usualmente mais fraca se comparada ao casamento formal (Musick & Bumpass, 2012). Os resultados qualitativos indicaram, por outro lado, a atuação de mecanismos protetivos nas uniões informais tradicionais (baixo status socioeconômicos) e modernas (alto status socioeconômico). Uma hipótese, nesse caso, é que mesmo que a confiança compulsória, apresentada por Cherlin (2000) não seja tão forte nas uniões informais (o que diminuiria o custo de uma dissolução ou da adoção de comportamentos normativos), é que essas em alguma medida estejam regidas por efeitos protetivos similares aos das uniões formais. Nesse sentido, ressalta-se a diferente atuação do efeito de seleção para ingresso nas uniões formais e informais, que pode ser regido por fatores não observáveis como questões ideológicas e o próprio comportamento de saúde anteriormente ao evento de interesse, as uniões (Koskinen et al, 2007; Cherlin, 2014; Xie, 2003). Nessa hipótese, o comportamento daqueles que viriam a se unir formalmente seria mais adequado que os dos coabitantes mesmo anteriormente às uniões, apesar dos mecanismos protetivos atuarem em ambas as tipologias.

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 (Waite, 1995), ressalta os padrões de gênero ainda marcados pela desigualdade no âmbito familiar. A perspectiva da mulher como detentora de uma habilidade feminina natural para realizar trabalhos domésticos não pagos (Reczek & Umberson;

2012; Waite, 1995) foi identificada nos resultados da amostra analisada, o que também corrobora a literatura apresentada. Assim como resultados apresentados por Reczek e Umberson (2012), na amostra analisada, as cônjuges 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. O mecanismo de compromisso interpessoal, em especial, foi associado a transformações quanto à percepção de suscetibilidade, severidade, benefícios e barreiras relacionados um dado comportamento, tal como indicado por estudos prévios (Reczek, 2014; Cherlin, 2000). O receio de partir deixando os filhos e as cônjuges desamparados ou de que o filho reproduza comportamentos inadequados reforçam a noção do homem como provedor e sua relação com a redução dos comportamentos considerados de risco, resultados similares aos identificados por Umberson (2018) para o uso de maconha, consumo de álcool e combinação entre direção e álcool no contexto norte-americano.

A transformação de redes de apoio e suporte a partir das uniões ou dos filhos também se mostrou um mecanismo protetivo atuante na amostra analisada. Nesse sentido, o papel das sogras no suporte instrumental ao domicílio teve destaque nessa transformação e foi identificado no alto e baixo status socioeconômico, corroborando o fortalecimento de redes familiares em detrimento dos amigos a partir do casamento, processo descrito por Wellman (1997). Nesse sentido, a realização de uniões como estratégias de suporte não monetário mútuo entre indivíduos, abordagem apresentada por Fussel e Palloni (2004) e aplicada, sobretudo, no caso da coabitação tradicional, pode ser expandida, no caso da amostra analisada, também para o alto status socioeconômico no que se refere ao provimento de suporte instrumental.

Ressalta-se, por fim, que a contribuição prática do presente estudo não se trata de desencorajar ou encorajar um dado comportamento no que se refere à formação de famílias. No contexto brasileiro, em que o denominado *penalty do casamento* (atuante em alguns contextos no pagamento de impostos e participação de programas públicos, segundo Waite (1995)) se faz inexistente ou pouco expressivo, a análise da atuação de mecanismos protetivos a partir da formação de família permite, como contribuição prática, a identificação de um público mais vulnerável no que se refere aos comportamentos de risco, fornecendo subsídios para atuação de políticas públicas e campanhas de saúde com foco neste público.

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 o auto-relato 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. No entanto, com a seleção de entrevistados que exclui indivíduos de idade avançada, espera-se ter diminuído o viés. A seleção de entrevistados excluiu os divorciados e separados e, por isso, aquelas relações que se dissolveram ou se dissolveriam em menos de um ano após a união não foram captadas, o que pode ter ocasionado um viés de seletividade por qualidade marital. No entanto, também a partir da seleção de idade dos entrevistados, espera-se ter diminuído as chances de captar relações extremamente selecionadas quanto à sua duração e conseqüente qualidade da relação marital.

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). Deste 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 BIBLIOGRÁFICAS

- BATISTA, Luís Eduardo. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 71-80, 2005.
- BECKER, Gary . A Theory of the Allocation of Time. **The economic journal**, p. 493-517, 1965.
- BERKMAN, Lisa.; GLASS, Thomas. Social integration, social networks, social support, and health. **Social epidemiology**, v. 1, p. 137-173, 2000.
- BERKMAN, Lisa.; GLASS, Thomas. Social integration, social networks, social support, and health. **Social epidemiology**, v. 1, p. 137-173, 2000.
- BORGES, Gabriel Mendes. Health transition in Brazil: regional variations and divergence/convergence in mortality. **Cadernos de saude publica**, v. 33, 2017.
- CARR, Deborah; SPRINGER, Kristen. Advances in families and health research in the 21st century. **Journal of Marriage and Family**, v. 72, n. 3, p. 743-761, 2010.
- CEPAL, N. U. et al. **Familia y futuro: un programa regional en América Latina y el Caribe**. CEPAL, 1994.
- CHERLIN, Andrew. Toward a new home socioeconomics of union formation. **The ties that bind: Perspectives on marriage and cohabitation**, p. 126-144, 2000.
- COCHRAN, William. The effectiveness of adjustment by subclassification in removing bias in observational studies. **Biometrics**, p. 295-313, 1968.
- COSTA RIBEIRO, Carlos Antonio; VALLE SILVA, Nelson do. Cor, educação e casamento: tendências da seletividade marital no Brasil, 1960 a 2000. **Dados-Revista de Ciências Sociais**, v. 52, n. 1, 2009.
- COVRE-SUSSAI, Maira et al. Traditional and modern cohabitation in Latin America: A comparative typology. **Demographic Research**, v. 32, p. 873-914, 2015.
- DALGALARRONDO, Paulo et al. Religion and drug use by adolescents. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 26, n. 2, p. 82-90, 2004.
- DUNCAN, Greg; WILKERSON, Bessie; ENGLAND, Paula. 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.

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

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

GOVE, Walter; HUGHES, Michael; STYLE, Carolyn Briggs. Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual?. **Journal of health and social behavior**, p. 122-131, 1983.

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

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

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.

LUNCEFORD, Jared K.; DAVIDIAN, Marie. Stratification and weighting via the propensity score in estimation of causal treatment effects: a comparative study. **Statistics in medicine**, v. 23, n. 19, p. 2937-2960, 2004.

MALINA, Robert. Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. **Research quarterly for exercise and sport**, v. 67, n. sup3, p. S-48-S-57, 1996.

MAHALIK, James R.; BURNS, Shaun M.; SYZDEK, Matthew. Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. **Social science & medicine**, v. 64, n. 11, p. 2201-2209, 2007.

Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção por pesquisa telefônica. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2017

MIRANDA-RIBEIRO, Paula et al. Deus dá, Deus tira? Uma análise preliminar da relação entre fecundidade na adolescência e religião em Minas Gerais, 2000. **XIV Seminário sobre a Economia Mineira Economia, História, Demografia e Políticas Públicas**, p. 1-25, 2010.

MUSICK, Kelly; BUMPASS, Larry. 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.

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

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

SASSLER, Sharon; SCHOEN, Robert. The effect of attitudes and economic activity on marriage. **Journal of Marriage and the Family**, p. 147-159, 1999.

SCHOEN, Robert; WOOLDREDGE, John. Marriage choices in North Carolina and Virginia, 1969-71 and 1979-81. **Journal of Marriage and the Family**, p. 465-481, 1989.

THEOBALD, Delphine; FARRINGTON, David 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, Ulrich; GELAU, Christhard; METKER, Thomas. Risk perception and age-specific accidents of young drivers. **Accident Analysis & Prevention**, v. 22, n. 2, p. 119-125, 1990.

UMBERSON, Debra. Family status and health behaviors: Social control as a dimension of social integration. **Journal of health and social behavior**, p. 306-319, 1987.

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

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

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

ZELLA, Sara. 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.

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

Family Issues, v. 24, n. 6, p. 811-838, 2003.

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

MAHALIK, James R.; BURNS, Shaun M.; SYZDEK, Matthew. Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. **Social science & medicine**, v. 64, n. 11, p. 2201-2209, 2007.

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