



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA



Determinação Social da Saúde: Associação entre sexo,  
escolaridade e saúde autorreferida

**Salvador/BA**

**2012**

**Damião Ernane de Souza**

**Determinação Social da Saúde: Associação entre sexo,  
escolaridade e saúde autorreferida**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública.

**Área de Concentração: Epidemiologia**

**Orientador: Prof Dr. Naomar de Almeida Filho**

**Co-orientadora: Profa. Dra. Vilma Sousa Santana**

**Salvador/BA**

**2012**



**Universidade Federal da Bahia**  
**Instituto de Saúde Coletiva – ISC**  
**Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

## **DAMIÃO ERNANE DE SOUZA**

### **Determinação Social da Saúde: Associação entre sexo, escolaridade e saúde autorreferida.**

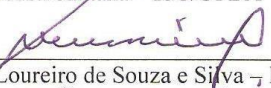
A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

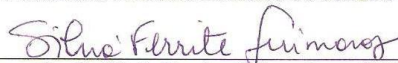
Data de defesa: 19 de Julho de 2012

Banca Examinadora:

  
\_\_\_\_\_  
Prof.º Naomar Monteiro de Almeida Filho – Orientador – ISC/UFBA

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Vilma Sousa Santana – ISC/UFBA

  
\_\_\_\_\_  
Prof.º Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva – ISC/UFBA

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Sílvia Ferrite Guimarães – FONO/UFBA

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Marilisa Berti de Azevedo Barros – UNICAMP

**Salvador**  
**2012**

Ficha Catalográfica  
Elaboração - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

S719d Souza, Damião Ernane de.

Determinação social da saúde: associação entre sexo, escolaridade e saúde autorreferida / Damião Ernane de Souza. -- Salvador: D.E. Souza, 2012.

116f.

Orientador: Profº. Drº. Naomar Monteiro de Almeida Filho.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Determinantes Sociais da Saúde. 2. Saúde – Autorreferida. 3. Epidemiologia. I. Título.

CDU 614.4

---

**A paciência começa com lágrimas e termina com sorrisos.**

**Ramon Lull**

## DEDICATÓRIA

*Larissa Mariz Costa com quem divido*

*a linda aventura de viver.*

*E a nossa filha*

*que em breve iluminará nossa casa e nossa vida.*

## AGRADECIMENTOS

Ao *Prof. Dr. Naomar de Almeida-Filho*, com quem aprendi olhar o mundo pela vertente da complexidade.

À *Profa. Dra. Vilma Sousa Santana*, provedora dos subsídios teóricos e materiais fundamentais para execução desse trabalho.

Ao *PISAT* e toda a sua equipe, em especial a *Maria Claudia Lisboa*.

Aos *Professores da Banca Examinadora*, pela disponibilidade para leitura crítica da tese e pelas importantes contribuições.

À *Diorlene*, pelas valorosas contribuições ao longo da construção desse trabalho, especialmente nos acordes finais.

À *Anunciação Dias*, pela acolhida cotidiana humana, calorosa e solidária.

Aos amigos de *Doutorado*, em especial a *Joelhe e Suelly*, cuja companhia, parceria e solidariedade tornou amena a caminhada.

A minha inesquecível amiga *Goretti* pelo espírito iluminado de energia e bondade.

A *todos os professores do Instituto de Saúde Coletiva* pela contribuição de cada um na construção do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e na excelência da formação e dos egressos.

Ao *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq* pelo fomento da pesquisa base deste trabalho e pela concessão da bolsa de doutoramento na primeira fase do curso.

A *Ademar Barros e Maria do Carmo*, meus exemplos maiores de vida, principalmente pela honestidade incondicional, com a qual fui educado.

À *minha Larissa*, “*aquela que traz alegria*”, cujo colo me deu acalanto e aconchego para uma vida de luta.

Ao *responsável maior pela vida: Deus. Diante de Quem deposito todos os frutos dos esforços de vida e agradeço cada conquista, mas principalmente cada tropeço e cada amargura.*

## APRESENTAÇÃO

Cada indivíduo possui a capacidade de perceber a própria saúde e mensurá-la a partir de um conjunto de referências individuais que refletem as dimensões física, mental e social. O conceito relacionado a essa capacidade chama-se saúde autorreferida (SAR), comumente mensurado através de escalas simples e de fácil aplicação nas quais os indivíduos são convidados a atribuir uma nota a sua saúde, sendo os maiores escores referentes à melhor percepção de saúde.

A SAR em si reflete dimensões da vida, contudo não implica em um *proxy* de condição patológica, objeto da clínica e das suas ferramentas, mas no seu extremo negativo, saúde autorreferida precária (SAR-P), pode implicar em mal-estar ou sofrimento que pode indicar a necessidade por cuidado em saúde. Assim a proposição desse estudo “**Determinação Social da Saúde: Associação entre sexo, escolaridade e saúde autorreferida**” propõe avaliar sistematicamente as estimativas de prevalência de SAR-P em estudos epidemiológicos, estimar sua prevalência e os fatores associados em um estudo de corte transversal e finalmente verificar a hipótese do efeito da baixa escolaridade na percepção negativa de saúde. Cada um dos objetivos descritos acima corresponde a um artigo que em conjunto serão apresentados ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva como requisito parcial para obtenção do título de doutor em Saúde Pública, a saber:

**Artigo 1:** Revisão sistemática de estudos epidemiológicos sobre saúde autorreferida precária (SAR-P).

**Artigo 2:** Prevalência de saúde autorreferida precária (SAR-P) e fatores associados em Salvador-Bahia-Brasil.



## LISTA DE FIGURAS

---

<b>Artigo 3:</b> Escolaridade como determinante da saúde autorreferida numa amostra da população de Salvador-Bahia-Brasil.	15
<b>Figura 1</b> – Diagrama do Modelo Teórico .....	
<b>Figura 2</b> – Diagrama do Modelo Preditivo .....	18
<b>Artigo 1 – Revisão sistemática de estudos epidemiológicos sobre saúde autorreferida precária (SAR-P).</b>	
<b>Figura 1</b> – Representação esquemática do método utilizado e dos resultados obtidos para a revisão sistemática .....	44

## LISTA DE QUADROS

---

**Artigo 1 – Revisão sistemática de estudos epidemiológicos sobre saúde autorreferida precária (SAR-P).**

**Quadro 1 - Características gerais dos estudos avaliados ..... 45**

## LISTA DE TABELAS

---

### **Artigo 1 – Revisão sistemática de estudos epidemiológicos sobre saúde autorreferida precária (SAR-P).**

<b>Tabela 1</b> – Estudos epidemiológicos e fatores associados à SAR-P.....	47
<b>Tabela 2</b> – Fatores associados a SAR-P de acordo com o sexo em estudos epidemiológicos .....	50
<b>Tabela 4</b> – Estudos epidemiológicos e síntese dos principais achados relacionados à SAR-P.....	52

### **Artigo 2 – Prevalência de saúde autorreferida precária (SAR-P) e fatores associados em Salvador-Bahia-Brasil.**

<b>Tabela 1</b> – Características da população de estudo de acordo com o sexo, Salvador(BA), Brasil, 2000 .....	74
<b>Tabela 2</b> – Prevalência e fatores associados a SAR-P de acordo com o sexo, Salvador(BA), Brasil, 2000 .....	75

### **Artigo 3 – Escolaridade como determinante da saúde autorreferida numa amostra da população de Salvador – Bahia – Brasil**

<b>Tabela 1</b> – Prevalências e razões de prevalência da escolaridade baixa de acordo com sexo, Salvador(BA), Brasil, 2000 .....	98
<b>Tabela 2</b> – Prevalências e razões de prevalência da SAR-P de acordo com sexo, Salvador(BA), Brasil, 2000 .....	99
<b>Tabela 3</b> – Razões de prevalência brutas e ajustadas de acordo com as covariáveis analisadas, entre nível de escolaridade e saúde autorreferida precária (SAR-P) e os respectivos Intervalos de Confiança a 95%, Salvador(BA), Brasil, 2000 .....	100
<b>Tabela 4</b> – Análise estratificada e regressão de Poisson (modelo final) para a associação entre saúde autorreferida precária (SAR-P) e o nível de escolaridade por sexo segundo covariáveis, Salvador(BA), Brasil, 2000 .....	101

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>Artigo 1 Revisão sistemática de estudos epidemiológicos sobre saúde autorreferida precária (SAR-P)</b> .....	21
Resumo .....	22
Abstract .....	23
Resumen .....	24
Introdução .....	25
Métodos .....	27
Resultados .....	30
Discussão .....	33
Referências .....	40
<b>Artigo 2 Prevalência de saúde autorreferida precária (SAR-P) e fatores associados em Salvador-Bahia-Brasil</b> .....	53
Resumo .....	54
Abstract .....	55
Resumen .....	56
Introdução .....	57
Métodos .....	59
Resultados .....	63
Discussão .....	65
Referências .....	70
<b>Artigo 3 Escolaridade como determinante da saúde autorreferida numa amostra da população de Salvador – Bahia – Brasil</b> .....	76
Resumo .....	77
Abstract .....	78
Resumen .....	79
Introdução .....	80
Métodos .....	83
Resultados .....	88
Discussão .....	90
Referências .....	94
<b>2 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	102
<b>ANEXOS</b> .....	104

## 1. INTRODUÇÃO

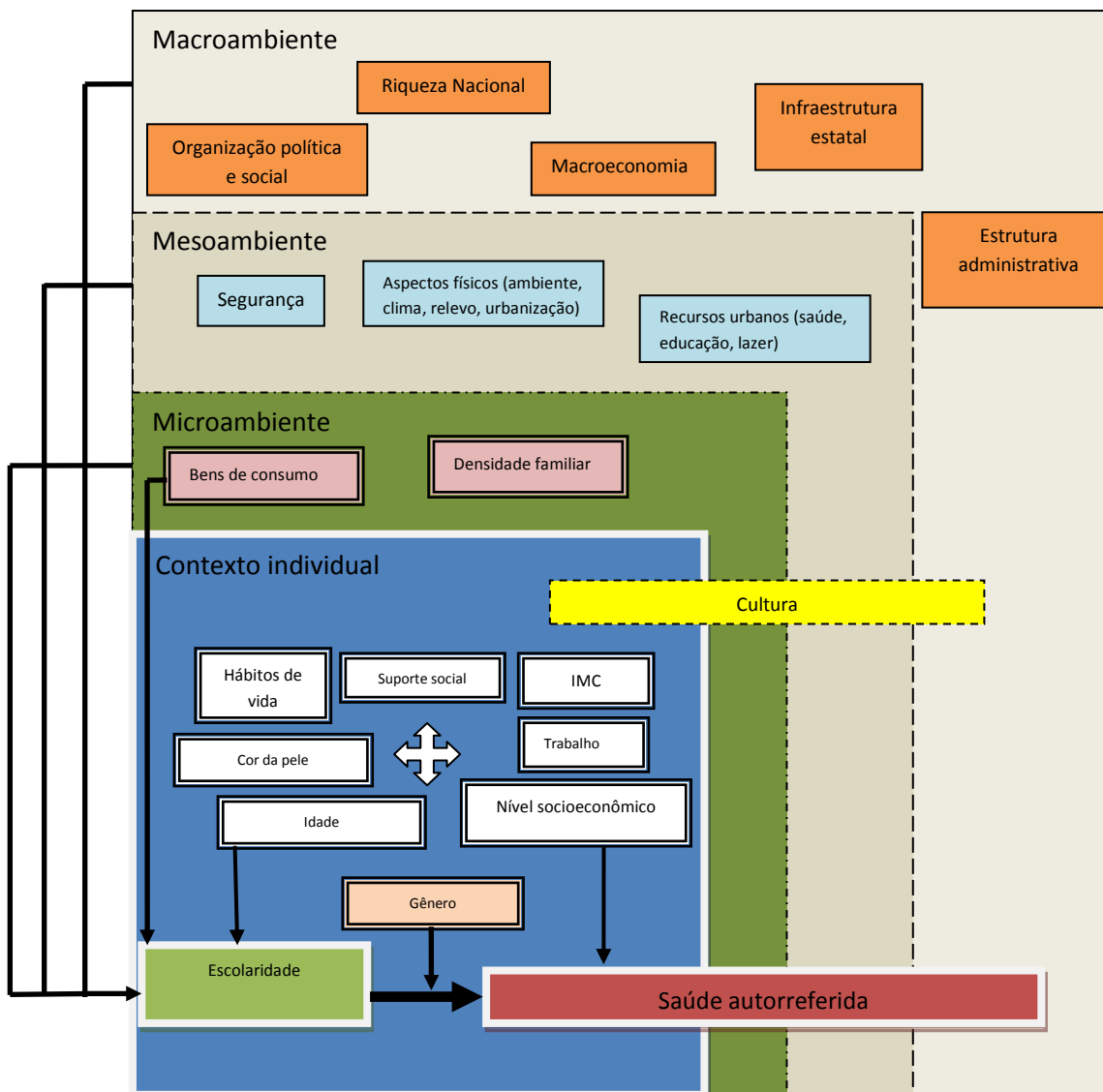
Considere ‘saúde autorreferida’ (SAR) como uma medida subjetiva do estado de saúde individual que reflete a percepção que o indivíduo constrói sobre várias dimensões (física, mental e social) de sua vida em termos de funcionamento, desempenho, capacidade, bem-estar e qualidade de vida. À luz da teoria dos signos, significados e práticas de saúde de Bibeau & Corin, “*no cotidiano da vida das pessoas “comuns”... o processo de definição de categorias e reconhecimento dos casos de enfermidade [e, acrescentamos de saúde] não opera necessariamente identificando categorias nítidas de pensamento, mas por meio de semelhanças, analogias e estabelecendo uma continuidade entre os casos de acordo com uma rica e flutuante variedade de critérios.*”<sup>1</sup>. Portanto, a SAR configura-se no campo da subjetividade, como a representação que o indivíduo projeta da sua saúde a partir da leitura de vários níveis contextuais nos quais se encontra inserido como ser social.

Para a apreensão da SAR como objeto de pesquisa, assume-se que a saúde é um atributo individual que pode ser mensurado a partir da leitura que o sujeito faz de si e, além disso, não se refere ao oposto simétrico de doença, pois há diversos modos de viver com saúde, influenciados por várias dimensões da vida <sup>2,3</sup>. A SAR situa-se, portanto em uma faceta da chamada Teoria Geral da Saúde, proposta por Almeida-Filho (2001)<sup>2</sup> que esquematiza conceitual e operacionalmente a saúde em três planos de emergência (subindividual, individual e coletivo), em sete categorias de não-saúde, correspondendo a modos de saúde equivalentes e seus respectivos descritores. Nesse referencial, a abordagem deste estudo considera que a SAR situa-se no plano de emergência individual e no modo de saúde do sujeito e que, portanto, reflete o estado (*status*) de saúde individual, equivalente à enfermidade (*illness*) como categoria de não saúde.

Empiricamente, a SAR é uma medida que investiga, através de escalas ordinais (em geral de quatro a dez pontos), como cada sujeito avalia a própria saúde, sendo utilizada isoladamente ou em instrumentos gerais de mensuração de saúde e de qualidade de vida <sup>4,5</sup>. Para operacionalizar as análises, a SAR é categorizada em SAR boa ou excelente (SAR-B) que corresponde às notas mais altas da escala, por exemplo, notas de 3-5 para escalas de 5 pontos; e em SAR precária (SAR-P) que corresponde às notas mais baixas, por exemplo, notas de 1-2 também em escalas de 5 pontos. Na grande maioria dos estudos, a categoria utilizada como desfecho principal é a SAR-P <sup>6,7,8</sup>.

Conforme suas propriedades, SAR pode ser determinada por distintos complexos de determinantes, em vários níveis de determinação. Nesse sentido, pode-se considerar a abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) do modelo de Dahlgren & Whitehead que os propõem como fatores “*dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais, até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes.*” <sup>9</sup>. De acordo com essa perspectiva, reforçada por evidências empíricas que serão detalhadas neste estudo, a SAR possui determinantes em vários níveis de organização contextual. Assim, para construção de um modelo teórico geral, serão considerados quatro contextos de determinação e suas inter-relações: macro, meso e microambiente, além do contexto individual (Figura 1).

**Figura 1 – Diagrama do Modelo Teórico**



Apesar de assumir vários níveis de determinação, a proposta dos DSS admite que, no estudo de parte dos níveis contextuais e seus elementos constituintes, “o modelo não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades.”<sup>9</sup>. Desta forma, para as análises apresentadas neste estudo foi considerado um recorte teórico que leva em consideração apenas elementos de interesse observados na literatura e nas respectivas evidências empíricas; embora a supressão dos demais elementos atenda apenas à necessidade de operacionalizar as análises estatísticas

para permitir uma aproximação teórica parcial, mas que não exclui a ampla interface que outros fatores apresentam na multideterminação da saúde.

As evidências dos diversos estudos que utilizam a SAR como desfecho apontam para condições sociais mais precárias ou menor nível socioeconômico como forte preditor da SAR-P. Isso implica que, consistentemente em todos os contextos apresentados, do nível macroambiental ao nível individual, as condições de vida compreendem um dos elementos fundamentais para a construção da auto-percepção do indivíduo sobre sua saúde.

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) comprovadamente afetam o perfil de morbimortalidade em todas as sociedades no mundo, independente do nível de desenvolvimento, de modo que, mesmo em países desenvolvidos, as coletividades menos favorecidas economicamente têm piores indicadores de saúde. No documento sobre DSS, a Organização Mundial de Saúde (OMS) identifica dez fatores fortemente associados aos indicadores de saúde e, em geral, esses fatores estão direta ou indiretamente relacionados às condições socioeconômicas dos indivíduos e seus contextos <sup>10,11</sup>. Complementa este quadro, a proposição da Teoria do Modo de Vida e Saúde que *“incluindo as dimensões sócio-históricas, englobando a dinâmica das classes sociais e das relações sociais de produção, (...). Considerando a natureza complexa, subjetiva e contextual da relação entre saúde-enfermidade e processos constituintes das iniquidades sociais (...), as relações complexas entre “modo de vida”(…) e determinantes-processo-efeitos sobre a saúde individual e coletiva (...) se encaixam “como uma luva” aos modelos de determinação social da epidemiologia contemporânea.”* <sup>12</sup>.

Neste sentido, o quadro de determinação da SAR engloba distintos fatores que se interrelacionam de modo complexo. Contudo, a educação apresenta-se como importante



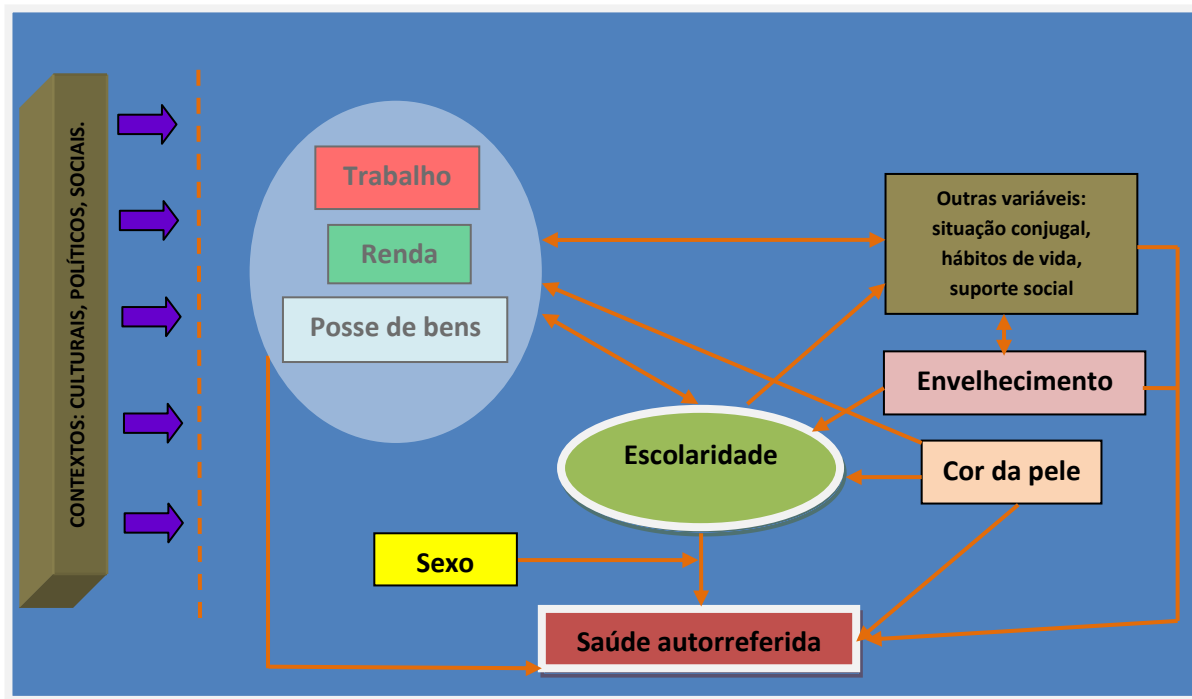
fator de determinação da saúde, seja pela maior compreensão das pessoas com melhor escolaridade no sentido de traduzir de modo mais eficiente sinais e sintomas, seja devido ao fato que o nível de escolaridade reflete situação socioeconômica que, por sua vez, determinam condições de vida e conseqüentemente condições de saúde.

Do ponto de vista clínico-biológico, Jylha et al. (2006) revisaram estudos que investigaram a relação da SAR com marcadores biológicos e identificaram evidências da associação da SAR-P com baixos níveis de interleucina 1 $\beta$  e altas taxas de colesterol HDL. Os autores realizaram estudo para replicar esses achados e identificaram que sujeitos que referiam SAR-P tinham maior idade, eram do sexo feminino, não brancos, de menor escolaridade e fumantes e principalmente apresentavam baixas proporções de hemoglobina e albumina, níveis altos de creatinina, pressão arterial e contagem de glóbulos brancos elevada<sup>13</sup>. Além disso, outros estudos apresentaram evidências que idosos com condições crônicas (diabetes, hipertensão arterial e insuficiência renal crônica) e incapacidade funcional<sup>14</sup>, bem como adultos jovens com alguma morbidade tinham mais chance de referir a saúde negativamente<sup>15,16,17,18</sup>, portanto a enfermidade é um determinante crucial da SAR-P.

O modelo explicativo presume associação entre nível de escolaridade (exposição principal) e SAR (desfecho), sob a hipótese de que menor escolaridade encontra-se associada a pior saúde autorreferida. Neste modelo operacional, situam-se outras covariáveis relacionadas, cuja associação com a exposição e com o desfecho implica classificá-las como potenciais variáveis confundidoras, entre elas: idade, cor da pele, discriminação racial, renda, posse de bens, trabalho. Idade reflete aqui o processo de envelhecimento, conseqüentemente a maior probabilidade de adoecimento ou incapacidade funcional pode contribuir para o comprometimento da SAR. Além disso,

em geral, entre as pessoas de maior idade há uma maior proporção de sujeitos com menor escolaridade. Cor da pele e discriminação racial associam-se tanto ao polo da exposição como ao polo do desfecho na medida em que determinados grupos raciais apresentam piores indicadores sociais, inclusive pior escolaridade, por estarem inseridos em contextos sociais desfavoráveis relatam pior SAR. Neste sentido, renda, posse de bens e acesso a emprego e trabalho são fatores associados ao nível de educação; além disso, condições desfavoráveis destas variáveis implicam em piores condições de saúde, inclusive nos níveis de saúde autorreferida. Completa o quadro a questão de sexo/gênero que apresenta diferentes magnitudes da associação principal de acordo com cada uma das suas categorias/estratos e será tratado como potencial modificador de efeito *a priori*. Os aspectos acima descritos estão ilustrados no esquema do modelo preditivo na Figura 2.

**Figura 2 – Diagrama do Modelo Preditivo**



Dentro desse referencial teórico, buscou-se desenvolver uma linha de investigação em três etapas:

a) Revisão sistemática da literatura visando a explorar o estado da arte do conhecimento sobre a saúde autorreferida como indicador do estado de saúde individual na população geral, identificando estimativas de prevalência e principais fatores associados à percepção negativa da saúde (Artigo 1).

b) Considerando o referencial teórico e a partir das evidências compiladas, realizou-se uma análise descritiva para estimar prevalências e principais fatores associados à SAR-P numa amostra de indivíduos com idade entre 18 e 65 anos, residentes em Salvador/BA (Artigo 2).

c) Considerando que a escolaridade é uma medida estável e determinante das condições socioeconômicas que permite melhor compreensão e tradução de sinais e sintomas e engajamento em programas de cuidado preventivo ou curativo, testou-se a hipótese de que baixa escolaridade está associada à pior percepção da saúde (Artigo 3).

Essa estratégia de investigação justifica-se do ponto de vista, tanto conceitual, como metodológico, uma vez que a base teórica e os resultados de diversos estudos indicam que a SAR-P reflete várias dimensões da vida, como a biológica, a mental e a social, o capital humano e o capital social, das quais a escolaridade é fator componente.

## Referências

1. Coelho MTAD, Almeida-Filho N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *Hist. ciênc. saúde-Manguinhos* 2002; 9(2):315-333
2. Almeida-Filho N. *O que é Saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
3. Almeida-Filho N. For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cad. saúde pública*. 2001; 17(4): 753-770.
4. Fayers PM.; Sprangers MAG. Understanding self-rated health. *Lancet* 2002; 359:187-188.
5. De La Hoz KF, Leon DA. Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain. *Int. j. epidemiol.* 1996; 25(3): 593-603.
6. Garrido MA, Jentoft AT, Ferrer JRV, Herran, CA, Marin NG, Bernabé FAV. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida em personas mayores de 65 años. *Rev. esp. salud publica* 2002; 76(6) 683-699.
7. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sóciodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. *Rev. saúde pública* 2007; 41(5):757-768.
8. Szwarcwald CL, Souza-Junior PRB, Esteves MAP, Damacena 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.
9. Buss PM, Pellegrini-Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS Rev. Saúde Coletiva* 2007; 17(1):77-93.
10. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1099-1104.
11. Wilkinson R, Marmot M. *Social determinants of health: the solid facts*. 2 ed. WHO 2003; 33p.
12. Almeida-Filho, N. Modelo de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Cienc. saúde coletiva* 2004; 9(4):865-884.
13. Jylha M, Volpato S, Guralnik JM. Self-rated showed a graded association with frequently used biomarkers in large population sample. *J. clin. epidemiol.* 2009; 59:465-471.
14. Gallegos-Carrillo K, Garcia-Peña C, Duran-Muñoz C, Reyes H, Duran-Arenas L. Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos em México. *Rev. saúde pública* 2006; 40(5):792-801.
15. Shields M, Shooshtari S. Determinants of self-perceived health. *Health rep.* 2001; 13(1):35-52.
16. Asfar T, Ahmad B, Rastam S, Mulloli TP, Ward KD, Maziak W. Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from Middle East. *BMC public health* 2007; 7(177). Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/I-471-2458/7/177>.
17. Alexopoulos EC, Geitona M. Self-rated health: Inequalities and potential determinants. *Int. j. envirom. Res. public health* 2009; 6:2456-2469.
18. Cremonese C, Backes V, Olinto MTA, Dias-da-Costa JS, Pattusi MP. Neighborhood sociodemographic and environmental contexts and self-rated health amongs Brazilian adults: a multilevel study. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(12):2368-2378.

## **Artigo 1**

**Revisão Sistemática de Estudos Epidemiológicos sobre Saúde Autorreferida Precária (SAR-P).**

*Systematic Review of Epidemiological Studies on Poor Self-Reported Health (SRH-P).*

*Revisión Sistemática de Estudios Epidemiológicos sobre Salud Autorreferenciada Precaria (SAR-P).*

**Doutorando: Damião Ernane de Souza**

**Orientador: Prof. Dr. Naomar de Almeida-Filho**

**Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Vilma Sousa Santana**

Instituto de Saúde Coletiva – UFBA.

Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela

Cep: 40.110-040 - Salvador – BA, Brasil.

## RESUMO

Esta é uma revisão sistemática da literatura epidemiológica sobre saúde autorreferida precária (SAR-P), com foco em estimativas da prevalência e fatores associados. SAR-P compreende um construto conceitualmente ligado à percepção individual do estado de saúde e sintetiza várias dimensões da vida abordadas em escalas próprias de mensuração. Procedeu-se ao rastreamento eletrônico de artigos publicados de 1998 a 2010 nas seguintes bases de dados: Medline/Pubmed, BIREME, SciELO, *Biomed Central Journals*, *New England Journal of Medicine* e *Scirus (Elsevier)* e *scholar.google* (Google Acadêmico®), utilizando-se os seguintes descritores: *self-rated health*, *self-reported health*, *self assessed health* e *perceived health*. Localizados 415 artigos, 33 foram selecionados para revisão de acordo com os seguintes critérios: estudos que utilizaram SAR como medida de saúde e em cuja análise fosse utilizada a SAR-P como desfecho em grupos ou amostras da população geral. A maioria dos estudos era do tipo transversal, utilizava escalas de cinco pontos para SAR (muito ruim, ruim, boa, muito boa, excelente) e definia o caso de SAR-P a partir da fusão das duas categorias inferiores da escala (muito ruim + ruim), cuja prevalência variou de 4 a 65,1%. Nos estudos analisados, a SAR-P estava associada a vários fatores, desde níveis macrocontextuais a níveis individuais. Foram identificados fatores associados à SAR-P como sexo feminino, idade avançada e cor da pele não branca; entretanto, piores condições socioeconômicas destacaram-se como principais preditoras de SAR-P, em todos os níveis contextuais, em especial escolaridade, renda e trabalho. Os achados dessa revisão apontam para a importância da auto-avaliação da saúde como indicador capaz de refletir várias dimensões da vida, configurando-se como alternativa para mensuração da saúde individual, capaz de sintetizar as dimensões física, mental e social.

**Palavras-chave:** Saúde autorreferida, revisão sistemática, Epidemiologia da saúde

## ABSTRACT

This is a review of the epidemiological literature on self-reported poor health (SRH-P), focusing on estimates of prevalence and associated factors. SRH-P comprises a construct conceptually linked to the individual perception of health status and summarizes various aspects of life covered in their own scales of measurement. An electronic search was made for articles published from 1998 to 2010 in the following databases: Medline/Pubmed, BIREME, SciELO, Biomed Central Journals, New England Journal of Medicine and Scirus (Elsevier) and scholar.google®, all using the following descriptors: self-rated health, self-reported health, self-assessed health and perceived health. From the 415 articles found, 33 were selected for review in accordance with the following criteria: studies that used the SRH as a measure of health, and those in whose analysis the SRH-P was used as an outcome in groups or samples of the general population. Most studies were cross-sectional, used a five-point scale for SRH (very bad, bad, good, very good, excellent), and defined the SRH-P from the merger of the two lower categories in the scale (very bad + bad), with prevalence from 4 to 65.1%. In the studies analyzed the SRH-P was associated with various factors, from macro-contextual to individual levels. We identified factors associated with the SRH-P, such as a being female, older and non-white; however, worse socioeconomic conditions stood out as the main predictors of SRH-P at all contextual levels, especially education, income and work. The findings of this review point to the importance of self-rated health as an indicator capable of reflecting various dimensions of life, becoming an alternative for measuring individual health capable of synthesizing physical, mental and social status.

**Keywords:** Self-rated health, systematic review, Epidemiology of health

## RESUMEN

Esta es una revisión sistemática de la literatura epidemiológica sobre la salud autorreferenciada precaria (SAR-P). SAR-P es una clase derivada de las escalas que miden la salud autorreferenciada (SAR), que conceptualmente se refiere a la percepción individual de lo estado de salud y reúne a la síntesis de diversas dimensiones de la vida. Procedió a la busca electrónica de artículos publicados desde el 1988 a 2010 en las siguientes bases de datos: Medline/Pubmed, BIREME, SciELO, *Biomed Central Journals*, *New England Journal of Medicine* e *Scirus (Elsevier)* e *scholar.google* (Google Acadêmico®), utilizando los siguientes descriptores: *self-rated health*, *self-reported health*, *self assessed health* e *perceived health*. Fueron encontrados 415 artículos y 33 fueron seleccionados para revisión de acuerdo con los criterios establecidos: estudios que utilizaron SAR como una medida de salud y cuyo análisis se utilizó SAR-P como criterio de valoración en los grupos o muestras de la población general. La mayoría de los estudios era del tipo transversal, se utilizaba escalas de cinco puntos para la SAR (muy malo, malo, bueno, muy bueno, excelente) y definía el caso de la SAR-P a partir de la fusión de las dos categorías inferiores de la escala (muy malo + malo), cuya prevalencia osciló de 4 a 65,1%. En los estudios analizados, la SAR-P estaba asociada a diversos factores, desde los niveles macrocontextuais a los niveles individuales. Fueron identificados factores asociados a la SAR-P como el sexo femenino, la edad avanzada y la raza/color no blanca; sin embargo, peores condiciones socio-económicas se destacaron como las principales predictoras de la SAR-P, en todos los niveles contextuales, en especial a la escolaridad, renta y trabajo. Los resultados de esa revisión apuntan para la importancia de la auto-evaluación de la salud como un indicador capaz de reflejar diversas dimensiones de la vida, configurándose como una alternativa para la medición de la salud individual, y siendo capaz de sintetizar las dimensiones físicas, mentales y sociales.

**Palabras clave:** Salud autorreferenciada, revisión sistemática, Epidemiología de la salud



## Introdução

Historicamente, a Epidemiologia tem utilizado medidas de morbi-mortalidade resultantes da contagem de doentes e óbitos para estudar o estado de saúde dos grupos populacionais humanos. Grandes avanços foram proporcionados por estudos que utilizam essas modalidades de indicadores, mas tais medidas não consideram a saúde como conceito complexo, plural e sensível a contextos. Em contraponto, vários autores têm avaliado a possibilidade e pertinência de uma Epidemiologia da Saúde, definida positivamente, além da simples ausência de doença<sup>1,2,3</sup>.

De fato, avaliações de base epistemológica têm apontado para a riqueza e diversidade potencialmente presentes em conceitos positivos de saúde, como função, desempenho, bem-estar e qualidade de vida. Nesse sentido, autores postulam a existência de distintos níveis<sup>4</sup> ou modos de saúde<sup>1,5</sup>, tomados tanto nos sentidos social, coletivo e público, quanto em termos clínicos, subjetivos e individuais que podem ser mensurados por abordagens de auto-percepção.

Numa acepção individual, identificam-se duas abordagens metodológicas, paralelas e complementares, desenvolvidas para aplicação em estudos epidemiológicos. Por um lado, medidas de qualidade de vida relacionada à saúde (*health-oriented quality of life*) têm recebido bastante atenção na literatura especializada<sup>6,7</sup>. Por outro lado, em menor escala, medidas de saúde baseadas em auto-percepção têm sido utilizadas, particularmente em inquéritos epidemiológicos na população geral<sup>8,9,10,11,12</sup>.

O conceito de Saúde Autorreferida (SAR) – em Inglês, *self-rated health* (SRH) – é um construto complexo que incorpora vários aspectos de saúde física e mental, além de outras peculiaridades individuais e sociais que resultam num indicador de percepção subjetiva de bem-estar e higidez<sup>13,14</sup>.

O construto SAR constitui alternativa metodológica de grande potencial para avaliação do estado de saúde individual em estudos populacionais. Não obstante, a maioria dos estudos epidemiológicos sobre perfis de saúde na verdade utiliza categorias de não-saúde, na forma de um construto correlato negativo designado como saúde autorreferida pobre ou precária (SAR-P), em detrimento da saúde autorreferida boa ou ótima. Esse padrão pode ser entendido como uma pretensão de eficiência metodológica posto que a SAR-P apresenta forte capacidade preditiva para morbidade e incapacidade funcional; além disso, apresenta baixa prevalência, neste caso, compatível com a maioria dos modelos matemáticos utilizados nas análises epidemiológicas.

Em geral, os estudos que utilizam SAR como medida de saúde apontam que esta congrega diversos componentes da percepção dos sujeitos a respeito da própria vida. Assim, quando o respondente classifica sua saúde numa escala é induzido a construir uma medida subjetiva sintética desses vários aspectos. Do ponto de vista operacional, a SAR apresenta simplicidade de aplicação, sendo na maioria dos estudos formulada numa única questão: *Em geral, como você avalia sua saúde?* Em sua resposta, o informante define o seu estado de saúde numa escala, comumente de cinco categorias nominais (muito ruim, ruim, boa, muito boa e excelente) ou em escala numérica que varia, a depender do estudo, de quatro a sete pontos<sup>15,16</sup>. A variável saúde autorreferida tem sido analisada em forma de escore ordinal ou em formato dicotômico, como saúde pobre ou precária (SAR-P), fundindo as categorias (ruim, muito ruim ou regular) ou os escores inferiores da escala, e como saúde autorreferida boa ou ótima (SAR-B) juntando as categorias superiores (boa, muito boa ou excelente) ou as notas superiores da escala<sup>15,16,17</sup>.

Indiferentemente da forma da pergunta que investiga a SAR, da abordagem metodológica (estudos seccionais e de coorte) ou controle de confundimento, a SAR-P apresenta forte associação com mortalidade<sup>13,14</sup>, com morbidade em geral<sup>18,19,20,21</sup> e com ocorrência de diversos grupos de patologia<sup>22</sup>. A robustez da SAR como indicador de morbi-mortalidade transcende diferenças lingüísticas e culturais<sup>23</sup>. Neste aspecto específico, alguns autores indicam propriedades que estão relacionados com o forte poder preditivo da SAR para mortalidade e outros desfechos: sensibilidade, facilidade de compreensão da medida e capacidade para captar de modo sumário o estado de saúde subjetiva dos indivíduos<sup>14,16</sup>.

Apesar do reconhecimento geral da importância dos aspectos psicossociais da saúde-doença, identificam-se na literatura especializada poucos trabalhos que abordam utilidade, qualidade, aspectos metodológicos, resultados e limitações de estudos epidemiológicos baseados nesta família de medidas de saúde. Visando contribuir para o preenchimento desta lacuna, o presente artigo tem como propósito apresentar resultados de uma revisão sistemática de estudos epidemiológicos populacionais que utilizaram SAR-P como medida do estado de saúde.

## **Métodos**

Este trabalho compreende estudos que utilizaram a SAR-P como desfecho em grupos ou amostras da população geral, publicados entre 1998 e 2010. As bases de dados empregadas para o rastreamento dos artigos no período estipulado foram *Medline/Pubmed*, BIREME, SciELO, *Biomed Central Journals*, *New England Journal of Medicine* e *Scirus (Elsevier)* e *scholar.google* (Google Acadêmico®). Em todas as

bases, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: *self-rated health*, *self-reported health*, *self assessed health*, *perceived health*.

#### *Crêterios de Inclusão/Exclusão*

Para sele o dos artigos, foi realizada a leitura do texto completo ou, quando era o caso, dos resumos disponíveis. Essa triagem considerou os seguintes critérios de exclusão: estudos de desenvolvimento metodológico; pesquisas realizadas exclusivamente em um único segmento populacional, quais sejam idosos, imigrantes, homens ou mulheres; estudos que utilizavam como exposi o ou desfecho a saúde autorreferida boa, muito boa ou excelente; estudos que não apresentavam explicitamente o modelo de categoriza o e análise da SAR, cuja investiga o tivesse sido realizada em sujeitos com enfermidade conhecida; e ainda publica es que não apresentavam a prevalência global ou por sexo da SAR-P.

Seguindo a estratégia definida para as etapas de busca, processamento e análise, foram identificados 415 artigos contendo as palavras chave no título ou no resumo. Destes, 186 via Medline/Pubmed, 99 via BIREME, 93 via bases *Biomed Central Journals*, *New England Journal of Medicine* e *Scirus (Elsevier)* e 37 via Google Acadêmico. Do total de artigos identificados, 33 foram utilizados para a presente revisão, pois obedeciam aos critérios de inclusão estabelecidos. Foram descartados 382 artigos, sendo 146 estudos realizados com pacientes, 126 estudos realizados com grupos populacionais específicos (crianças e adolescentes, mulheres, homens e idosos), 85 não apresentavam defini o de SAR-P a partir da escala de medida de SAR, não descreviam a prevalência global ou por sexo ou ainda, utilizavam a saúde autorreferida como medida positiva de qualidade de vida, tendo saúde boa ou excelente como desfecho.

Além disso, foram identificados 25 artigos duplicados nas fontes pesquisadas. A Figura 1 sumariza o processo de rastreamento e obtenção dos artigos.

### *Procedimentos de análise*

Foi realizada a avaliação sistemática dos artigos, registrando-se informações consolidadas sobre país de realização do estudo, autor(es) e ano de publicação, desenho do estudo, tamanho da amostra, tipo de escala utilizada para mensurar SAR, ponto de corte para definição da SAR-P, fatores associados a SAR-P e os principais achados do estudo, incluindo as prevalências global ou por sexo. Foram considerados três tipos de escalas: tipo A -- escalas com quatro pontos; tipo B -- escalas com cinco pontos e tipo C -- escalas com seis ou mais pontos. Para definição da medida de saúde autorreferida precária (SAR-P) foram definidos três níveis de classificação de acordo com o ponto de corte utilizado: I -- estudos cujo ponto de corte para SAR-P referia-se apenas ao último ponto da escala utilizada (ruim ou muito ruim); II -- estudos cujo ponto de corte para SAR-P referia-se à fusão dos dois últimos pontos da escala utilizada (precária e ruim ou muito ruim); e, III -- estudos cujo ponto de corte para SAR-P referia-se à fusão dos três últimos pontos da escala (regular, precária e ruim ou muito ruim). A combinação teórica de escalas e pontos de corte permite a definição de nove modalidades de instrumento de pesquisa utilizado.

Em seguida, os artigos foram divididos em três grupos: o primeiro grupo é composto por artigos que apresentam medidas de associação e respectivos intervalos de confiança segundo fatores demográficos, socioeconômicos, contextuais e outros relacionados; o segundo grupo incorpora artigos que apresentam medidas de ponto e os respectivos intervalos apresentados por sexo; e o terceiro grupo inclui artigos que apresentam associações por meio de outras medidas, coeficientes ou índices, cujos

resultados não foram possíveis de agrupar, optando-se por descrever em síntese seus principais resultados.

## **Resultados**

### *Descrição dos estudos*

Conforme o Quadro 1, 33 artigos atenderam aos critérios de inclusão; destes, 11 (33,3%) foram publicados antes de 2005 e 22 (66,7%) a partir de 2005. Doze estudos foram realizados no continente americano, cinco no Brasil, quatro nos Estados Unidos, dois no Canadá e um no Chile. Quinze estudos provêm da Europa, com a maioria realizada no Reino Unido/Inglaterra (05) e na Suécia (04). Os demais foram realizados no Japão (01), na Austrália (02), na Síria (01), no Paquistão (01) e na África do Sul (01).

Em relação à metodologia, dois tipos de desenhos predominaram nos estudos analisados. Observaram-se 29 estudos do tipo transversal e quatro longitudinais. O número de participantes variou de 353 a 358.388, com idade de 15 a 84 anos. Sobre a escala de mensuração e o ponto de corte utilizado, observou-se que 28 artigos utilizaram a escala do tipo B (cinco pontos) e 23 utilizaram o ponto de corte tipo II (dois últimos pontos da escala) para a definição da SAR-P.

Conforme ainda o Quadro 1, dentre os artigos avaliados, 26 apresentaram apenas estimativas globais de prevalência de SAR-P, com variação de 4 a 65%. Os demais estudos apresentaram medidas de prevalência por sexo; em cinco destes as mulheres apresentaram maior proporção de SAR-P. Foram encontradas cinco modalidades de combinação de escalas e ponto de corte: A-I; A-II, B-II, B-III e C-III. A combinação mais frequente foi a B-II, ou seja escala de cinco pontos com a definição do caso de SAR-P para os dois últimos pontos da escala, utilizada por 23 estudos.

### *Fatores associados à SAR-P*

Os resultados dos estudos referentes aos fatores associados à SAR-P foram agrupados em duas abordagens, sumarizadas nas Tabelas 1 e 2.

A primeira abordagem (Tabela 1) apresenta os fatores associados à SAR-P nos aspectos demográficos, socioeconômicos, contextuais e outros relacionados a morbidade, bem-estar, suporte social e hábitos de vida. Analisa-se aqui a referência do estudo, os fatores estudados, a medida de associação e os respectivos intervalos de confiança.

A SAR-P se associou positivamente com idade em doze dos artigos estudados <sup>8,24,25,26,27,28,29,30</sup>. Em relação ao sexo, sete estudos analisaram a associação com a SAR-P. Destes, cinco apontavam que mulheres apresentavam pior SAR em comparação com os homens <sup>19,25,26,27,28</sup>, enquanto, ao contrário, dois estudos apontavam os homens tendo maior proporção de SAR-P do que as mulheres <sup>8,21</sup>. Três estudos realizados nos EUA e no Brasil indicaram que, comparados aos sujeitos de cor da pele branca, negros <sup>8,31</sup> e hispânicos <sup>22</sup> apresentavam maior prevalência de SAR-P. Sobre a situação conjugal, os estudos apontam para diferentes direções, Cremonese et al (2010)<sup>20</sup> observaram que solteiros avaliavam mais precariamente a própria saúde quando comparados aos casados, enquanto outros estudos <sup>25,29,31</sup> observaram o mesmo fenômeno em sujeitos divorciados, viúvos e separados quando comparado aos solteiros/casados.

Piores condições socioeconômicas foram observadas como importantes fatores associados à SAR-P. Em 13 artigos, condições como baixa escolaridade, baixa renda, dificuldades econômico-financeiras, desemprego, ausência de seguro saúde se apresentaram como preditores de SAR-P <sup>8,20,21,22,24,25,26,27,28,29,30</sup>. Ao nível contextual, os estudos também indicaram que comunidades com maior desigualdade social e piores condições de moradia apresentavam maiores proporções de SAR-P <sup>8,20,27,28,30</sup>. Outros fatores, como sedentarismo <sup>21,22,28</sup>, morbidade e desconforto músculo-esquelético <sup>19,20,21</sup>,

obesidade <sup>8,22,28</sup>, baixo suporte social <sup>24,30</sup> e condição de fumante <sup>8</sup> estavam associadas a SAR-P.

A segunda abordagem proposta para sumarização dos resultados decorre da opção dos autores em apresentá-los por sexo (Tabela 2). Em relação aos homens, observou-se que maior idade, doença crônica e incapacidade funcional, condição de fumante, sedentarismo, sobrepeso ou obesidade, baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, trabalho pesado e condição de desempregado, aposentado ou incapacidade para o trabalho estavam associados à SAR-P. Além disso, observou-se em um dos estudos que o consumo semanal de bebida alcoólica estava associado a menor prevalência de SAR-P. Para as mulheres, os resultados dos estudos analisados indicam maior idade, doença crônica e declínio funcional, dor severa ou moderada, baixa auto-estima, estresse alto, condição de fumante, sedentarismo, obesidade ou sobrepeso, menor educação, classe social baixa, situação de desemprego, aposentadoria e incapacidade como associados a maior prevalência de SAR-P. Por outro lado, a condição de não-casada estava associada a menor chance de referir SAR-P. Destaca-se que, diferente dos homens, mulheres apresentavam associação de SAR-P com fatores relacionados à saúde mental, como percepção negativa de estresse e auto-estima, além de dor.

Finalmente, outros catorze estudos apresentam resultados sobre fatores associados à SAR-P (Tabela 3). Condições sociais individuais precárias, como escolaridade baixa, ausência de seguro saúde, desemprego<sup>35</sup>, gradiente social desfavorável (baixa renda, local de moradia precário, confiança baixa nas instituições, reduzida integração comunitária, entre outros) <sup>35,36,37,38,39,40,41</sup> e condições ocupacionais adversas como baixa qualificação profissional e políticas de recompensa injustas <sup>42,43</sup> foram os principais fatores associados à SAR-P nesse grupo de estudos.



## **Discussão**

Nesta revisão, constatamos um crescimento do número de estudos que utilizaram saúde autorreferida como medida do estado de saúde individual entre 1998 e 2010, especialmente após 2005. Foram em maioria estudos transversais, com extensa amplitude no número de participantes que utilizaram diferentes escalas e pontos de corte para mensuração de categorias de saúde autorreferida, embora com o predomínio de escala de cinco pontos e corte nos dois últimos níveis para definição de SAR-P. A prevalência de SAR-P variou amplamente nos estudos analisados – de 4% a 65%. Os principais fatores associados foram idade avançada, sexo feminino, pouca escolaridade e baixa renda, além de residir em áreas de gradiente social individual ou coletivo desfavoráveis.

É importante destacar que, indiferentemente do contexto, a avaliação do estado de saúde individual através da medida SAR representa uma abordagem pertinente e valiosa para descrever o perfil de saúde dos indivíduos em populações, tendências temporais ou espaciais, investigar suas características e determinantes, e avaliar, exploratoriamente, a efetividade de programas e ações de saúde.

As mais importantes características dos estudos foram o predomínio do delineamento transversal, diferentes desenhos amostrais e objetivos dos estudos, além da opção pela análise da percepção da saúde pelo seu extremo negativo. A decisão pela abordagem transversal pode estar relacionada à facilidade e baixo custo de execução de tais estudos, à característica de medida instantânea que a SAR representa, ou ainda pelo fato deste tipo de desenho contribuir para abordagens descritivas do perfil de saúde global de grupos populacionais, úteis para planejamento e gestão em saúde, norteados por políticas públicas setoriais. Neste sentido, um estudo demonstrou que a probabilidade

de usar um serviço de saúde aumentava progressivamente com o grau com que a SAR se tornava pior <sup>44</sup>.

A SAR vem sendo empregada em inquéritos de saúde nacionais de muitos países. Em duas revisões, Kunst et al (2004) e Babones (2009) relataram resultados de estudos em dez países europeus e em 67 países, respectivamente, cujas informações dos inquéritos populacionais incluem a SAR como medida de saúde. Isto demonstra a inserção do conceito e da medida global de saúde em diversos contextos culturais, com fins de avaliar o perfil da saúde dessas populações <sup>10,45</sup>.

Por fim, a utilização da saúde autorreferida em seu extremo negativo, SAR-P, decorre da influência dos modelos de indicadores predominantes na Epidemiologia, construídos a partir da mensuração de desfechos negativos como frequência de casos de morbidade e mortalidade <sup>2</sup>. Estudos epidemiológicos com desfechos de maior frequência relativa como a autopercepção de saúde positiva enfrentaria diversos obstáculos na análise, uma vez que a maioria dos modelos utilizados na ciência epidemiológica foram construídos tendo com foco em fenômenos de baixa frequência.

Como explicar a enorme variação da prevalência de SAR-P encontrada nos diversos estudos? De fato, fatores como o tipo de escala ou o ponto de corte utilizado para definição do caso de SAR-P e diversidade dos contextos culturais dos estudos poderiam ter influenciado nas diferentes proporções observadas. Contudo, parece que diversidade sociocultural é o principal fator explicativo das diferenças observadas entre os estudos. Neste sentido, dois dos estudos analisados, realizados no Brasil, apontam diferenças significativas na SAR de acordo com regiões do país. No primeiro, observou-se que a proporção de sujeitos que referiam SAR ruim e muito ruim variava de acordo com a região. Por exemplo, a prevalência de SAR-P na região Sudeste foi de 2,98%, enquanto na região Nordeste foi de 4,55% <sup>35</sup>. No outro estudo, que considerava as

capitais dos estados para avaliar a SAR, tendo Florianópolis como referência, a chance de referir SAR-P foi maior em Rio Branco (OR=3,75; IC95%: 1,69;8,32) para homens e em Boa Vista (OR= 2,58; IC95%:1,65;4,05) para mulheres, sendo que diferenças significantes também foram encontradas para outras capitais estudadas <sup>40</sup>.

De modo similar a condições objetivas de saúde-doença, processos de determinação da SAR também ocorrem em vários níveis contextuais, conforme o modelo dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) proposto por Dahlgren & Whitehead. Esse modelo sugere que fatores determinantes da saúde podem ser alocados por vários níveis, de um plano mais distal a um plano mais proximal ao indivíduo <sup>46</sup>. Nesta perspectiva, foi possível observar fatores associados à SAR-P alocados em quatro níveis contextuais de determinação: individual, domiciliar, vizinhança/bairro, unidades administrativas (estados/províncias/países).

No nível individual, fatores, como idade, sexo, cor da pele, estado civil, trabalho, escolaridade e renda, tabagismo, consumo excessivo de álcool e Índice de Massa Corporal (IMC) apresentavam associação com a SAR-P. Os principais resultados da revisão apontam que mulheres <sup>19,26</sup>, idosos <sup>35,40</sup>, solteiros, viúvos ou separados/divorciados <sup>25,29,31</sup>, negros <sup>31,11</sup>, fumantes <sup>18</sup>, sujeitos com baixo peso ou sobrepeso/obesidade <sup>8</sup> apresentaram maiores proporções de SAR-P em relação aos respectivos grupos de comparação.

No recorte domiciliar, densidade familiar, renda e disponibilidade de bens de consumo foram fatores observados que apresentavam associação com a SAR. Nesse contexto, baixa renda domiciliar aumenta a chance do indivíduo referir SAR-P <sup>8,25</sup>.

Fatores alocados no nível da vizinhança/bairro, como serviços de saúde, escolas, espaços para prática de atividade física e lazer e atributos como segurança, iluminação, higiene e preservação ambiental têm importante papel para a saúde dos indivíduos, pois

estudos apontam que comunidades com condições desfavoráveis, como baixa qualidade de transporte, pouco engajamento político-comunitário, alto nível de desemprego, reduzido acesso a serviços básicos e baixa coesão social apresentavam maior prevalência de SAR-P <sup>33,39</sup>.

A análise dos achados dos estudos sugere que diferenças culturais e aspectos relacionados às condições socioeconômicas explicavam as diferenças encontradas na prevalência de SAR-P em diferentes contextos, como regiões/estados <sup>10,35, 40,45</sup>.

Contudo, a principal evidência identificada nesta revisão se refere ao efeito das condições socioeconômicas na SAR, uma vez que em todos os artigos foi possível identificar pelo menos um fator socioeconômico associado à SAR, sempre no sentido de que piores condições socioeconômicas estavam associadas à SAR-P.

Cultural e historicamente, piores condições de vida implicam objetivamente em condições de saúde precárias, incluindo menor expectativa de vida e maiores níveis de morbidade. fatores relacionados à dimensão socioeconômica não produzem isoladamente efeitos sobre a saúde. Complexos de fatores e mecanismos mostram-se inter-relacionados a diferenças no perfil de morbimortalidade de acordo com nível socioeconômico. Incluem, dentre outros, padrão de vida, condições de trabalho, interação social e características contextuais do domicílio e da vizinhança, incorporados pelo organismo e projetados em forma de perfis de salubridade-morbidade <sup>47</sup>.

O perfil diferencial de condições de saúde entre diferentes graus socioeconômicos são evidentes tanto na comparação entre países, como em comparações entre comunidades de uma mesma nação <sup>48</sup>. No nível individual, pessoas de diferentes condições socioeconômicas apresentam perfis de saúde distintos, mesmo em países de maior desenvolvimento <sup>49</sup>. O modelo do Modo de Vida e Saúde foi

proposto como quadro de referência para compreensão e explicação do processo saúde-doença-cuidado em doenças crônicas não transmissíveis <sup>50</sup>, e suas premissas adequam-se perfeitamente ao contexto de determinação da SAR. Isto se deve à incorporação, na sua construção, do papel de eventos ou processos sociais como determinantes da saúde, ampliando inclusive a visão determinista da relação fator-hospedeiro suscetível-risco ao propor que fatores relativos ao modo de vida se constituem como conjunto complexo de relações multidirecionais de causa e efeito, auto-implicantes e interativas.

Contudo, o problema geral da pesquisa sobre estado de saúde em populações humanas compreende sua redução ao modelo de identificação de doença e doentes na investigação epidemiológica convencional. Nesse caso, apesar da possibilidade de se detectar sinais e sintomas de "saúde clínica", encontra-se aí implícita a consideração da saúde como mera ausência de doença. Embora seja teoricamente atraente argumentar que uma avaliação plena do estado de saúde deve consistir da combinação tanto de componentes objetivos, quanto de impressões subjetivas do indivíduo, até agora essa medida ideal da saúde positiva não foi satisfatoriamente desenvolvida. Na prática, as principais dimensões ou domínios dos instrumentos para medir positivamente a saúde individual referem-se a variáveis comportamentais.

A saúde pode ser definida como um objeto plural e multifacetado, considerando a peculiaridade do ser humano no que diz respeito à enorme diversidade de comportamentos, valores e sentimentos que ocorrem nas rupturas das relações do sujeito consigo mesmo e com o mundo <sup>3</sup>. Por isso justifica-se teoricamente a inclusão de uma avaliação global da saúde, relatada pelo próprio sujeito. Metodologicamente, isso implica desenvolvimento de instrumentos com base em auto-relato capazes de prover informações sobre os domínios de saúde considerados. Nessa perspectiva, é possível admitir que a saúde individual possa ser representada por uma palavra, um conjunto de

símbolos linguísticos, capaz de condensar uma auto afirmação do estado atual do sujeito e os sentimentos e emoções conectadas. Naturalmente, na adoção de um construto de auto avaliação da saúde subjetiva como o SAR, reconhece-se que a palavra em si não transmite todas as dimensões necessárias para a compreensão do conceito, entretanto o conceito de SAR representa uma estratégia demonstrativa de que estados individuais de saúde também podem ser avaliados por percepções autorreferenciadas em diferentes dimensões, tais como o funcionamento físico, bem-estar emocional, dor ou desconforto e percepção geral de saúde.

Alguns comentários sobre as limitações desta revisão devem ser apresentados. Não foram pesquisadas fontes impressas como capítulos ou livros-texto, teses e dissertações e outros documentos ou fontes além das bases eletrônicas descritas na seção de metodologia, bem como especialistas não foram contatados para obtenção de material não publicado sobre o tema.

Apesar disso, a revisão contribuiu para atualizar o tema e em síntese o conjunto de evidências arroladas no recorte aponta que a saúde autorreferida tem sido um desfecho sistematicamente investigado em diversos contextos culturais, especialmente em seu extremo negativo, a SAR-P. Em função disso, a sua prevalência variou amplamente nos contextos observados e embora não tenha ficado evidente a influência da diversidade metodológica relacionada à escala de mensuração na proporção de casos de SAR-P, a padronização da questão/item, do tipo de escala e do ponto de corte utilizados para a definição das categorias de SAR deveria ser considerada como estratégia em futuros estudos para permitir comparabilidade dos resultados. Destacam-se ainda os resultados que apontam para a associação de diversos fatores com a saúde autorreferida precária, especialmente maior idade, sexo feminino e piores condições socioeconômicas, individuais ou coletivas. Finalmente, os estudos apontam que a auto

avaliação da saúde pode produzir um indicador capaz de refletir a percepção do sujeito sobre a sua vida e sua saúde levando em consideração as dimensões física, mental e social.

## Referências

1. Galdston I (ed.) The Epidemiology of Health. New York, Health Education Council, 1953
2. Almeida-Filho N. O conceito de saúde: o ponto cego da epidemiologia? Rev. bras. epidemiol 2000a; 3 (1-3): 4-20.
3. Almeida-Filho N. O que é Saúde? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
4. Boorse C. (1987) Concepts of Health. In: Donald Van De Veer and Tom Regan (editors) Health Care Ethics. An Introduction. Philadelphia: Temple University Press, pages 359-391.
5. Almeida-Filho N. For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. Cad. saúde pública. 2001; 17(4): 753-770.
6. Scattolin FAA, Diogo MJD, Colombo RCR. Correlação entre instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde e independência funcional em idosos com insuficiência cardíaca. Cad. saúde pública. 2007; 23(11):2705-2715.
7. Ramirez R. Calidad de vida relacionada com la salud como medida de resultados em salud: revisión sistemática de la literatura. Rev. colomb. cardiol. 2007; 14(4):207-222.
8. Kennedy BP, Kawachi I, Glas R, Prothrow-Stith D. Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in United States: multilevel analysis. BMJ 1998; 317:917-921.
9. Pikhart H, Boback M, Siegrist H, Pajak A, Rywik S, Kyshigyi, J et al. Psychosocial work characteristics and self-rated health in four pos-communist countries. J. epidemiol. community health 2001; 55:624-630.
10. Kunst AE, Boss V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. Int. j. epidemiol. 2004; 34:295-305.
11. Dowd JB, Zajacova A. Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic in the US. Int. j. epidemiol. 2007; 36:1214-1221.
12. Szwarcwald CL, Souza-Junior PRB, Esteves MAP, Damacena 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.
13. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J. health soc. beh.* 1997; 38(1):21-37
14. Eriksson I, Unden AL, Elofsson S. Self-rated. Comparisons between three different measures. Results from population study Int. j. epidemiol. 2001; 30:326-333.
15. Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho ESF. Associação entre fatores contextuais e auto avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. Cad. saúde pública 2007; 23(11):2533-2554.
16. Jylha M, Volpato S, Guralnik JM. Self-rated showed a graded association with frequently used biomarkers in large population sample. J. clin. epidemiol. 2009; 59:465-471.
17. Gallegos-Carrillo K, Garcia-Peña C, Duran-Muñoz C, Reyes H, Duran-Arenas L. Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos em México. Rev. saúde pública 2006; 40(5):792-801.

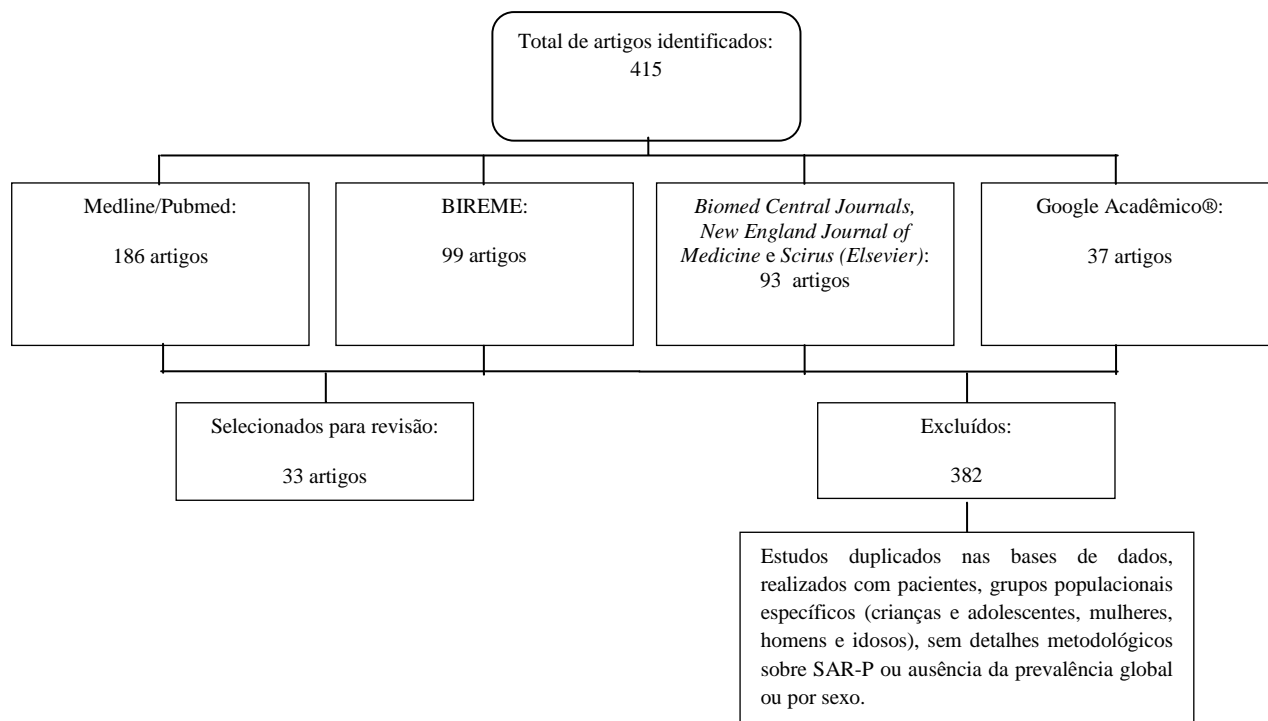


18. Asfar T, Ahmad B, Rastam S, Mullohi TP, Ward KD, Maziak W. Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from Middle East. *BMC public health* 2007; 7(177). Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/I-471-2458/7/177>.
19. Alexopoulos EC, Geitona M. Self-rated health: Inequalities and potential determinants. *Int. j. envirom. Res. public health* 2009; 6:2456-2469.
20. Cremonese C, Backes V, Olinto MTA, Dias-da-Costa JS, Pattusi MP. Neighborhood sociodemographic and environmental contexts and self-rated health among Brazilian adults: a multilevel study. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(12):2368-2378.
21. Garcia LP, Höfelmann DA, Acchini LA. Self-rated health and working conditions among workers from primary health care centers in Brazil. *Cad. saúde pública* 2010; 26(5): 971-980.
22. Phillips LJ, Hammock RL, Blanton JM. Predictors of self-rated health status among Texas residents. *Prev. Chronic Dis* [serial on line] 2005. Disponível em: [http://www.cdc.gov/ped/issues/2005/oct/04\\_0147.htm](http://www.cdc.gov/ped/issues/2005/oct/04_0147.htm).
23. Shields, M, Shoostari S. Determinants of self-perceived health. *Health rep.* 2001; 13(1):35-52.
24. Lindström M, Sundquist J, Östergren P-O. Ethnic differences in self reported health in Malmö in southern Sweden. *J. epidemiol. community health* 2001; 55:97-103.
25. Shibuya K, Hashimoto H, Yano E. Individual income, income distribution, and self rated health in Japan: cross sectional analysis of nationally representative sample. *BMJ* 2002; 324:16-19.
26. Gilbert L, Soskolne V. Self-assessed health – a case study of social differentials in Soweto, South Africa. *Health Place* 2003; 9:195-205.
27. Ahmad K, Jafar TH, Catuverdi N. Self-rated in Pakistan results of a national health survey. *BMC Public Health* 2005; 5:21. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/I-471-2458/5/51>.
28. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordström E, Eriksson H, et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *Eur. J. public health* 2006; 17(2):125-133.
29. Franzini L, Giannoni M. Determinants of health disparities between Italian regions. *BMC public health* 2010; 10:296. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/296>.
30. Linden-Bostrom M, Persson C, Eriksson C. Neighbourhood characteristics, social capital and self-rated health – A population-based survey in Sweden. *BMC public health* 2010, 10:628.
31. Subramanian SV, Kim D, Kawachi I. Covariation in the socioeconomic determinants of self-rated health and happiness: a multivariate multilevel analysis of individuals and communities in the USA. *J. epidemiol. community health* 2005; 59:664-669.
32. Chandola T, Bartley M, Wiggins P, Schofield P. Social inequalities in health by individual and household measures of social position in a cohort of healthy people. *J. epidemiol. community health* 2003; 57:56-92.
33. Poortinga W, Dunstan FD, Fone DL. Perceptions of the neighbourhood environment and self-rated health: a multilevel analysis of the Caerphilly and Social Needs Study. *BMC Public Health* 2007; 7:285.

34. Fonseca SA, Blank VLG, Barros MVG, Naha, MV. Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. *Cad. saúde pública* 2008; 24(3):567-576
35. Subramanian SV, Delgado I, Jadue L, Vega J, Kawachi I. Income inequality and health: multilevel analysis of Chilean communities *J. epidemiol. community health* 2003; 57:844-848.
36. Dachs NM. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD 1998. *Ciênc. saúde coletiva* 2002; 7(4):641-657.
37. Collins PA, Hayes MV, Oliver LN. Neighbourhood quality and self-rated health: A survey of eight suburban neighbourhood in the Vancouver Census Metropolitan Area. *Health Place* 2008, 15(1):156-164.
38. Kavanagh AM, Turrel G, Subramanian SV. Does area-based social capital matter for the health of Australians? A multilevel analysis of self-rated in Tasmania. *Int. j. epidemiol.* 2006; 35:607-613.
39. Cummings S, Stafford M, Macintyre S, Marmot M, Ellaway A. Neighbourhood environment and its association with self-rated: evidence from Scotland and England. *J. epidemiol. community health* 2005; 59:207-213.
40. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev. saúde pública* 2009; 43 (Supl. 2):27-37.
41. Pappas NA, Alamanos Y, Dimoliatis IDK. Self-rated health, work characteristics and health related behaviours among nurses in Greece. *BMC Nurs.* 2005; 4(8).
42. Kivimäki M, Ferrie JE, Head J, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. Organisational justice and change in justice as predictors of employee health: the Whitehall II study. *J. epidemiol. community health* 2004; 58:931-937.
43. McFadden E, Luben R, Bingham S, Wareham N, Kinmonth AL, Khaw KT. Social inequalities in self-rated by age: Cross-sectional study of 22.457 middle-aged men and women. *BMC public health* 2008; 8(230).
44. De La Hoz KF, L. Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain. *Int. j. epidemiol.* 1996; 25(3): 593-603.
45. Babones SJ. The consistency of self-rated health in comparative perspective. *Public Health* 2009; 123:199-201.
46. Buss PM; Pellegrini-Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS Rev. Saúde Coletiva* 2007; 17(1):77-93.
47. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring Social Class in US Public Health Research: Concepts, Methodologies, and Guidelines. *Ann. Rev. public health* 1997; 18 341-378.
48. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1099-1104.
49. Wilkinson R, Marmot M. *Social determinants of health: the solid facts*. 2 ed. WHO 2003; 33p.
50. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhaes L, Araujo MJ, Aquino E, James S, Kawachi I. Social inequality and depressive disorders. Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Soc. sci. med.* 59(7):1339-53, 2004.
51. Osler M, Heitmann BL, Høidrup S, Jørgensen LM, Schroll M. Food intake patterns, self rated health and mortality in Danish men and women. A prospective observational study. *J. epidemiol. community health* 2001; 55:399-403.
52. Kavanagh AM, Bentley R, Turrel G, Broom DH, Subramanian SV. Does gender modify associations between self rated health and the social and economic

- characteristics of local environments? *J. epidemiol. community health* 2006; 60:490-495.
53. Perlman F, Bobak M. Determinants of self rated health and mortality in Russia – are they the same. *Int. j. equity health* 2008; 7:19. Disponível em: <http://www.equityhealthhj.com/contents/7/1/19>.
54. Hillen T, Schaub R, Hiestermann A, Kirschner W, Robra BP. Self rating of health is associated with stressful life events, social support and residency in East and West Berlin shortly after the fall of the wal. *J. epidemiol. community health* 2000; 54:575-580.
55. Garrido MA, Jentoft AT, Ferrer JRV, Herran CA, Marin NG, Bernabé FAV. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida em personas mayores de 65 años. *Rev. esp. salud publica* 2002; 76(6) 683-699.
56. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sóciodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. *Rev. saúde pública* 2007; 41(5):757-768.
57. Virtanen P, Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Ferrie J. Employment security and health. *J. epidemiol. community health* 2002; 56:569-574.
58. Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *J. epidemiol. community health* 2005; 59:450-454.

**Figura 1** – Representação esquemática do método utilizado e dos resultados obtidos para a revisão sistemática.



**Quadro 1 – Características gerais dos estudos avaliados.**

Local	Autor/Ano	Tipo de estudo*	Amostra	Questão/Item**	Categorias da escala	Escala		Prevalência global ou por sexo
						Tipo <sup>1</sup>	Ponto de Corte para SAR-P <sup>1</sup>	
Brasil	Dachs <sup>35</sup>	T	344.975	Não apresentada no artigo	Muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim.	B	II	7,0%
Brasil	Fonseca et al. <sup>34</sup>	T	2.574	Como você classificaria seu estado de saúde atual?	Excelente, bom, regular, ruim.	A	II	11,8%
Brasil	Barros et al. <sup>40</sup>	T	54.213	O senhor classificaria o seu estado de saúde como:	Excelente, bom, regular, ruim.	A	I	5,4%
Brasil	Garcia Höfelmann & Facchini <sup>21</sup>	T	1.249	How would you rate your health?	Excellent, very good, good, fair, poor.	B	II	21,86%
Brasil	Cremonese et al. <sup>20</sup>	T	1.100	Generally speaking, would you say that your health is:	Excellent, very good, good, fair, poor.	B	II	32,7%
Chile	Subramanian et al. <sup>36</sup>	T	93.344	In general, would you say your health is:	Very good, good, average, poor, very poor.	B	II	8,7%
EUA	Kennedy et al. <sup>8</sup>	T	205.245	Would you say that in general your health is:	Excellent, very good, good, fair, poor.	B	II	4,1%
EUA	Phillips Hammock & Blanton <sup>22</sup>	T	4.091	Would you say that in general your health is:	Excellent, very good, good, fair, poor.	B	II	15,6% (♂) 17,6% (♀)
EUA	Subramanian Kin & Kawachi <sup>31</sup>	T	24.118	In general, would you say your health is:	Excellent, very good, good, fair, poor.	B	II	11,8%
EUA	Dowd & Zajacova. <sup>11</sup>	T	358.388	Would you say that your health in general is:	Excellent, very poor, good, fair, poor.	B	II	15,7%
Canadá	Shields & Shoostari. <sup>23</sup>	T	9.371	In general, would you say your health is:	Excellent, very good, good, fair, poor.	B	II	11,0%
Canadá	Collins Hayes & Oliver <sup>37</sup>	T	106.896	Não apresentada no artigo	Excellent, very good, good, fair, poor	B	II	8,7% – 23,8%
Alemanha	Hillen et al. <sup>54</sup>	T	4.430	How would you describe your present health status?	Excellent, good, satisfactory, poor, bad.	B	II	15,6%
Suécia	Lindström Sundquist & Östergen. <sup>24</sup>	T	3.033	Não apresentada no artigo	Bad, wouldn't worse; bad; somewhat bad; neutral, somewhat good; good; good, wouldn't be better.	C	III	16,2%
Suécia	Wikman Marklund & Alexanderson <sup>58</sup>	T	3.500	In your opinion, how is your state of health?	Very good, good, fairly, bad, very bad.	B	III	4,0
Suécia	Morlarius et al. <sup>28</sup>	T	46.646	How do you rate your general health?	Very good, good, neither good/nor poor, poor, very poor.	B	II	7,0% (♂) 9,0% (♀)
Suécia	Linden-Bostrom Persson & Eriksson <sup>30</sup>	T	2.346	How do you rate your general health?	Very good, good, neither good/nor poor, poor, very poor	B	II	6,8%
Rússia	Perlman & Bobak <sup>53</sup>	L	11.482	How would you evaluate your health?	Very good, good, average, poor, very poor.	B	II	11,0% (♂) 22,0% (♀)
Japão	Shibuya Hashimoto & Yano <sup>25</sup>	T	80.999	Whats is your current health status?	Excellent, very good, good, fair, poor.	B	II	9,8%

\*Tipo de estudo: T = transversal; L = Longitudinal / \*\*Questão/Item e categorias de resposta iguais ao original da publicação / <sup>1</sup>A: Escala com quatro pontos; B: Escala com cinco pontos; C: Escala com seis ou mais pontos.

<sup>2</sup>I: ponto de corte no primeiro ponto da escala; II: ponto de corte no segundo ponto da escala; III: ponto de corte no terceiro ponto da escala.

**Quadro 1 – Características gerais dos estudos avaliados. (Continuação)**

Local	Autor/Ano	Tipo de estudo*	Amostra	Questão/Item**	Categorias da escala	Escala		Prevalência global ou por sexo
						Tipo <sup>1</sup>	Ponto de Corte para SAR-P <sup>2</sup>	
Austrália	Kavanagh et al. <sup>38</sup>	T	15.112	In general, would you say your health is:	Excellent, very good, good, fair, poor.	B	II	18,6% (♂) 18,3% (♀)
Austrália	Kavanagh Turrel & Subramanian <sup>52</sup>	T	14.495	In general, would you say your health is:	Excellent, very good, good, fair, poor.	B	II	18,5%
Síria	Asfar et al. <sup>18</sup>	T	2.038	Generally how do you describe your own health?	Excellent, good, normal, bad, very bad.	B	II	9,1%
Paquistão	Ahmad Jafar & Chaturvedi <sup>27</sup>	T	9.373	Would you say your health in general is:	Excellent, very good, good, fair, poor.	B	II	65,1%
África do Sul	Gilbert & Soskolne <sup>26</sup>	T	2.947	How would you describe your health over the last month?	Very good, fairly good, not so bad, not so good, bad, very bad.	C	II	25%
Grécia	Alexopoulos & Geitona <sup>19</sup>	T	1.000	How do you rate your general state of health?	Very good, good, moderate, poor, very poor.	B	III	29,0%
Inglaterra	Chandola et al. <sup>32</sup>	L	8.730	Não apresentada no artigo	Excellent, good, fair, very poor.	A	II	19,0%
Inglaterra	Kivimäki et al. <sup>42</sup>	L	10.308	Não apresentada no artigo	Very good, good, average, poor, very poor.	B	III	22,0% (♂) 34,0% (♀)
Reino Unido e Escócia	Cummins et al. <sup>39</sup>	T	13.899	Não apresentada no artigo	Very good, good, fair, bad, very bad.	B	III	25,7%
Reino Unido	Poortinga Dunstan & Fune <sup>33</sup>	T	10.892	Não apresentada no artigo	Excellent, very good, good, fair, poor.	B	II	36,3% (♂) 32,2% (♀)
Reino Unido	McFadden et al. <sup>43</sup>	T	22.457	In general, would you say your health is:	Excellent, good, moderate, poor.	A	II	17,7% (♂) 19,0% (♀)
Dinamarca	Osler et al. <sup>51</sup>	L	7.316	Present state of health:	Very good, good, average, bad, very bad.	B	III	18,0%
Itália	Franzini & Giannoni <sup>29</sup>	T	107.087	How is your health in general?	Very good, good, fairly good, bad, very bad.	B	II	7,0%
Grécia	Pappas Alamanos & Dimoliatis <sup>41</sup>	T	353	In general, how would you say your health is?	Excellent, good, fair, poor, very poor.	B	II	19,8%

\*Tipo de estudo: T = transversal; L = Longitudinal / \*\*Questão/Item e categorias de resposta iguais ao original da publicação / <sup>1</sup>A: Escala com quatro pontos; B: Escala com cinco pontos; C: Escala com seis ou mais pontos.

<sup>2</sup>I: ponto de corte no primeiro ponto da escala; II: ponto de corte no segundo ponto da escala; III: ponto de corte no terceiro ponto da escala.

**Tabela 1 – Estudos epidemiológicos e fatores associados à SAR-P.**

Estudo*	Principais fatores associados a SAR-P <sup>++</sup>	Síntese de outros fatores associados a SAR-P	
Kennedy et al. <sup>8</sup>	≤ 39 anos	1,00	Sexo masculino, a raça negra, menor escolaridade, ausência de seguro saúde, desigualdade de renda, condição de fumante, obesidade e não realização de exames de rotina no último ano.
	> 39 anos	2,01(1,87 – 2,18)	
	Renda anual: > US\$ 35.000	1,00	
	Renda anual: US\$ 15.000 – 19.999	2,05 (1,89 – 2,21)	
	Renda anual: US\$ 10.000 – 14.999	2,65 (2,45 – 2,86)	
	Renda anual: < US\$ 10.000	3,40 (3,16 – 3,65)	
	Lindström Sundquist & Östergen <sup>24</sup>	Nascimento/1973	
Nascimento/ 1953		2,50 (1,70 – 3,70)	
Nascimento/ 1933		2,00 (1,14 – 2,90)	
Nascimento/1913		2,30 (1,60 – 3,50)	
Incapacidade para pagar as contas: Nunca		1,00	
Incapacidade para pagar as contas: Metade do ano		2,10 (1,50 – 2,90)	
Incapacidade para pagar as contas: Todo mês		4,00 (3,00 – 5,20)	
Participação social: Alta		1,00	
Participação social: Baixa		3,10 (2,60 – 3,80)	
Suporte emocional: Alto		1,00	
Suporte emocional: Baixo		2,50 (2,10 – 3,00)	
Suporte instrumental: Alto		1,00	
Suporte instrumental: Baixo		2,30 (1,90 – 2,80)	
Shibuya Hashimoto & Yano <sup>25</sup>	15 – 44 anos	1,00	Sexo feminino, situação conjugal divorciado, renda domiciliar baixa.
	60 – 79 anos	2,69 (2,45 – 2,95)	
	≥ 80 anos	4,29 (3,65 – 5,05)	
Chandola et al. 2003.	Vantagem Social – Alta	1,00	Renda familiar baixa.
	Vantagem Social – Baixa	2,20 (1,20 – 3,90)	
Gilbert & Soskolne <sup>26</sup>	<50 anos	1,00	Sexo feminino, reduzido acesso a recursos sociais, qualidade de vida ruim.
	≥50 anos	2,72 (2,23 – 3,33)	
Subramanian et al. <sup>36</sup>	Escolaridade: 6-10 anos	1,00	Cor da pele negra, situação conjugal solteiro e divorciado.
	Escolaridade: 2-1 anos	2,55 (1,24 – 4,19)	
	Superior ou maior	1,00	
	Menos que o ensino médio	3,58 (3,03 – 4,21)	
Phillips Hammock & Blanton <sup>22</sup>	Ensino Superior	1,00	Maior idade, origem hispânica, obesidade, ausência de seguro saúde;
	< Ensino médio	4,59 (3,08 – 6,75)	
	Atividade física – Sim	1,00	
	Atividade física – Não	2,18 (1,72 – 2,77)	
	Renda domiciliar ≥ US\$ 75.000	1,00	
	Renda domiciliar < US\$ 25.000	3,01 (2,03 – 4,48)	

Notas: \*Apresentadas apenas as associações significantes. ++De acordo com o modelo final apresentado no estudo, associações positivas RP>2,00 e associações negativas RP<0,50.

**Tabela 1 – Estudos epidemiológicos e fatores associados à SAR-P (Continuação)**

Estudo*	Principais fatores associados a SAR-P <sup>++</sup>	Síntese de outros fatores associados a SAR-P	
Phillips Hammock & Blanton <sup>22</sup>	Diabetes – Não	1,00	Continuação.
	Diabetes – Sim	4,60 (3,26 – 6,50)	
	Artrite – Não	1,00	
Ahmad Jafar e Chatuverdi <sup>27</sup>	Artrite – Sim	3,00 (2,33 – 3,86)	Escolaridade baixa, nível socioeconômico baixo, residência na zona rural
	Homem (15 – 19 anos)	1,00	
	Mulher (15 – 19 anos)	2,79 (2,21 – 3,51)	
	Mulher (≥ 20 anos)	7,60 (6,23 – 9,27)	
	Província – Sindh	1,00	
Molarius et al. <sup>28</sup>	Província – Balochistan	4,52 (3,79 – 5,39)	Sexo feminino, ambiente físico de baixa qualidade, coesão social baixa, participação social baixa, baixo peso, obesidade.
	18 – 34 anos	1,00	
	40 – 64 anos	2,20 (1,90 – 2,60)	
	Empregado	1,00	
	Aposentado precocemente	7,60 (6,60 – 8,70)	
	Aposentado por idade	2,30 (2,30 – 2,90)	
	Dificuldade econômica: Nenhuma	1,00	
	Dificuldade econômica: 2-3 meses	2,10 (1,80 – 2,40)	
	Atividade física intensa	1,00	
	Sedentário (<2h por semana)	2,80 (2,30 – 3,30)	
	Menosprezado (últimos 3 meses): Nunca	1,00	
	Menosprezado (últimos 3 meses): Várias vezes	4,50 (3,80 – 5,20)	
	Suporte social: Muito bom	1,00	
Suporte social: Muito pobre	2,00 (1,60 – 2,50)		
Alexopoulos & Geitona <sup>19</sup>	18 – 39 anos	1,00	Sexo feminino, seguro saúde privado.
	40 – 59 anos	1,59 (1,04 – 2,42)	
	≥60 anos	2,24 (1,40 – 3,60)	
	Sem morbidades	1,00	
	Doenças infecciosas	3,08 (1,15 – 8,23)	
	Doença respiratória	3,99 (1,54 – 10,05)	
	Doença geniturinária	4,17 (1,59 – 10,94)	
	Doença endócrina	4,37 (2,35 – 8,09)	
	D. gastrointestinal ou metabólica	5,20 (2,64 – 10,25)	
	D. neurológica/Psiquiátrica	5,20 (2,16 – 12,55)	
	Doença músculo-esquelética	5,40 (3,02 – 9,65)	
	Hipertensão/D.Cerebrovascular	5,88 (3,35 – 10,31)	
	Doença cardiovascular	15,08 (7,26 – 31,33)	

Notas: \*Apresentadas apenas as associações significantes. ++De acordo com o modelo final apresentado no estudo, associações positivas RP>2,00 e associações negativas RP<0,50.



**Tabela 1 – Estudos epidemiológicos e fatores associados à SAR-P. (Continuação)**

Estudo*	Principais fatores associados a SAR-P <sup>++</sup>		Síntese de outros fatores associados a SAR-P
Cremonese et al. <sup>20</sup>	18 – 29 anos	1,00	Situação conjugal solteiro.
	50 – 59 anos	3,00 (1,65 – 5,42)	
	≥ 60 anos	2,79 (1,42 – 5,46)	
	Escolaridade (≥ 12 anos)	1,00	
	Escolaridade (5 – 11 anos)	4,71 (2,42 – 9,15)	
	Escolaridade (≤ 4 anos)	9,55 (4,61 – 19,81)	
	Renda vizinhança (≥ R\$ 1.362,01)	1,00	
	Renda vizinhança (≤ R\$ 508,00)	2,29 (1,16 – 4,50)	
	População da vizinhança (≤ 510)	1,00	
	População da vizinhança (511-908)	2,11 (1,27 – 3,50)	
	População da vizinhança (≥ 909)	2,04 (1,15 – 3,61)	
	(≥ 3 frutas/dia - ≥ 5 vegetais dia)	1,00	
	Sem consumo de frutas e vegetais	2,98 (1,26 – 7,05)	
	Sem consulta médica no último mês	1,00	
	≥ 3 consultas médicas no último mês	2,92 (1,93 – 4,41)	
	Nenhuma doença nos últimos 12 meses	1,00	
	1 – 2 doenças últimos 12 meses	2,52 (1,71 – 3,72)	
≥ 3 doenças nos últimos 12 meses –	5,82 (2,78 – 12,16)		
Franzini & Giannoni <sup>29</sup>	45-64 anos	1,00	Situação conjugal separado, viúvo e solteiro.
	35 – 44 anos	0,37 (0,33 – 0,42)	
	<35 anos	0,12 (0,10 – 0,14)	
	Ensino superior	1,00	
	Ensino médio incompleto	2,07 (2,71 – 3,33)	
	Empregado	1,00	
	Aposentado	2,17 (1,95 – 2,42)	
Garcia Höfelmann & Facchini <sup>21</sup>	Sem trabalho	3,00 (2,71 – 3,31)	Sexo masculino, maior idade, escolaridade baixa, obesidade, maior tempo de emprego, carga de trabalho alta.
	Sem desconforto musculoesquelético	1,00	
	Com desconforto musculoesquelético	2,69 (1,90 – 3,83)	
Lindén-Boström Person & Eriksson <sup>30</sup>	18 – 34 anos	1,00	Trabalho doméstico pesado, problemas econômicos nos últimos 12 meses, tempo menor de residência na comunidade atual, baixo suporte pessoa, sedentarismo.
	65 – 79 anos	2,70 (1,10 – 6,60)	
	80 – 84 anos	5,60 (2,00 – 15,7)	
	Vivendo com parceiro(a) e com filhos <18 anos	1,00	
	Vivendo sozinho e sem filhos < 18 anos	2,30 (1,10 – 4,60)	
	Empregado	1,00	
	Aposentado por incapacidade	11,4 (6,40 – 20,1)	
	Moradia – Centro da Cidade	1,00	
	Moradia – Periferia	2,50 (1,30 – 5,10)	

Notas: \*Apresentadas apenas as associações significantes. ++De acordo com o modelo final apresentado no estudo, associações positivas RP>2,00 e associações negativas RP<0,50.

**Tabela 2** – Fatores associados à SAR-P de acordo com o sexo em estudos epidemiológicos.

Estudo	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	Fatores	Medida IC 95%	Fatores	Medida IC 95%
Shields e Shoostari <sup>23</sup>	35 – 44 anos	1,00	Capacidade funcional plena	1,00
	65 – 74 anos	1,20 (1,20 – 5,10)	Restrição na capacidade funcional	2,30 (1,50 – 3,30)
	Capacidade funcional plena	1,00	Sem mudança na capacidade funcional	1,00
	Restrição na capacidade funcional	4,60 (2,60 – 8,20)	Piora na capacidade funcional	0,40 (0,30 – 0,70)
	Sem mudança na capacidade funcional	1,00	Declínio na capacidade funcional	1,70 (1,10 – 2,40)
	Piora na capacidade funcional	0,30 (0,20 – 0,60)	Nenhuma doença crônica	1,00
	Declínio na capacidade funcional	2,90 (1,60 – 5,00)	Nova doença crônica	1,70 (1,20 – 2,20)
	Bebe menos que uma vez por semana	1,00	Sem dor ou dor leve	1,00
	Bebe semanalmente	0,50 (0,30 – 0,90)	Dor severa ou moderada	1,70 (1,10 – 2,70)
				Estresse baixo/moderado
			Estresse alto	1,70 (1,10 – 2,60)
			Sem baixa auto-estima	1,00
			Com baixa auto-estima	1,50 (1,10 – 2,20)
Osler et al. <sup>51</sup>	Não fumante	1,00	Não fumante	1,00
	Fumante	1,64 (1,35 – 2,00)	Fumante	1,37 (1,13 – 1,67)
	Pratica atividade física	1,00	Pratica atividade física	1,00
	Não pratica atividade física	1,92 (1,56 – 2,38)	Não pratica atividade física	2,13 (1,75 – 2,63)
	IMC 20 – 24,9 kg/m <sup>2</sup>	1,00	IMC 20 – 24,9 kg/m <sup>2</sup>	1,00
	IMC 25 – 29,9 kg/m <sup>2</sup>	1,23 (1,00 – 1,51)	IMC 25 – 29,9 kg/m <sup>2</sup>	1,30 (1,03 – 1,65)
	IMC > 30 kg/m <sup>2</sup>	1,64 (1,20 – 2,23)	IMC > 30 kg/m <sup>2</sup>	2,43 (1,73 – 3,18)
	IMC < 20 kg/m <sup>2</sup>	2,52 (1,60 – 3,97)	IMC < 20 kg/m <sup>2</sup>	0,92 (0,67 – 1,28)
	Com educação profissionalizante	1,00	Com educação profissionalizante	1,00
	Sem educação profissionalizante	1,46 (1,17 – 1,83)	Sem educação profissionalizante	1,50 (1,23 – 1,83)
Poortinga Dunstan e Fone <sup>33</sup>	Idade (para cada ano)	1,02 (1,02 – 1,03)	Idade (para cada ano)	1,02 (1,02 – 1,03)
	Classe social (I & II)	1,00	Classe social (I & II)	1,00
	Classe social III – M	1,41 (1,17 – 1,69)	Classe social IV & V	1,29 (1,08 – 1,54)
	Classe social IV & V	1,56 (1,27 – 1,91)	Outra	1,51 (1,15 – 1,98)
	Empregado	1,00	Empregado	1,00
	Desempregado	1,79 (1,27 – 2,53)	Aposentado	2,26 (1,87 – 2,57)
	Aposentado	2,44 (1,97 – 3,03)	Incapacitado	17,59 (13,83 – 22,37)
	Incapacitado	20,92 (16,07 – 27,24)	Outro	1,48 (1,22 – 1,81)
	Outro	1,53 (1,04 – 2,25)	Chefe de família	1,00
	Chefe de família	1,00	Membro da família	1,57 (1,34 – 1,84)
Membro da família	1,57 (1,30 – 1,89)			

**Tabela 2** – Fatores associados à SAR-P de acordo com o sexo em estudos epidemiológicos (Continuação)

Estudo	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	Fatores	Medida IC 95%	Fatores	Medida IC 95%
Asfar et al. <sup>18</sup>	18 – 29 anos	1,00	18 – 29 anos	1,00
	45 – 65 anos	2,90 (1,10 – 7,70)	45 – 65 anos	2,30 (1,40 – 3,80)
	Morador/cômodo: >2,3	1,00	Casado	1,00
	Morador/cômodo: 1,5 – 2,3	0,40 (0,20 – 0,80)	Não casado	0,60 (0,40 – 0,90)
	Morador/cômodo: < 1,5	0,40 (0,20 – 0,80)	Sem doenças crônicas	1,00
	Sem doenças crônicas	1,00	1 doença crônica	1,70 (1,20 – 2,50)
	≥ 2 doenças crônicas	6,70 (3,10 – 14,40)	≥ 2 doenças crônicas	1,90 (1,30 – 2,70)
	Prática de atividade física baixa	1,00		
	Prática de atividade física moderada	0,40 (0,20 – 0,80)		
	Prática de atividade física alta	0,10 (0,02 – 0,40)		
	Não fumante	1,00		
	Fumante	2,60 (1,20 – 5,60)		
	Sem suporte social	1,00		
	Com suporte social	0,50 (0,20 – 0,90)		
	Fonseca et al. <sup>34</sup>	≤ 29 anos	1,00	Ensino superior completo
30 – 39 anos		1,62 (1,10 – 2,37)	Médio incompleto	2,20 (1,05 – 4,60)
≥ 40 anos		2,59 (1,72 – 3,90)	Fundamental incompleto	2,75 (1,29 – 5,85)
Ensino superior completo		1,00	Trabalho moderadamente ativo	1,00
Médio incompleto		2,06 (1,10 – 3,88)	Trabalho pesado	2,80 (1,62 – 4,85)
Fundamental incompleto		2,17 (1,12 – 4,22)	Percepção positiva do sono	1,00
Solteiro		1,00	Percepção negativa do sono	3,67 (2,37 – 5,68)
Viúvo/Divorc./Separado		3,79 (1,91 – 7,51)	Percepção positiva de estresse	1,00
Trabalho moderadamente ativo		1,00	Percepção negativa de estresse	3,73 (2,46 – 5,65)
Trabalho pesado		1,99 (1,33 – 2,99)	IMC 18,5 – 24,9 kg/m <sup>2</sup>	1,00
Com atividade física no lazer		1,00	IMC ≥ 30 kg/m <sup>2</sup>	2,69 (1,41 – 5,10)
Sem atividade física no lazer		2,21 (1,56 – 3,13)		
Percepção positiva do sono		1,00		
Percepção negativa do sono		3,82 (2,68 – 5,43)		
IMC 18,5 – 24,9 kg/m <sup>2</sup>		1,00		
IMC ≥ 30 kg/m <sup>2</sup>		2,60 (1,55 – 4,37)		

**Tabela 3 – Estudos epidemiológicos e síntese dos principais achados relacionados à SAR-P.**

<b>Estudo</b>	<b>Principais achados relacionados à saúde autorreferida</b>
Hillen et al. <sup>54</sup>	O contexto político do passado parece influenciar o efeito protetor da saúde da educação e do estilo de vida, pois em comunidades de passado socialista o efeito desses determinantes é mais fraco do que nas democracias ocidentais.
Dachs <sup>35</sup>	A idade foi o mais importante determinante da saúde autorreferida, contudo sexo, escolaridade, renda e raça apresentam contribuições como preditores da SAR.
Subramanian et al. <sup>31</sup>	Apesar de a renda domiciliar não contribuir com a explicação das diferenças na SAR entre as comunidades, sujeitos vivendo em comunidades com maior desigualdade social apresentam maior probabilidade de referir SAR-P.
Kivimäki et al. <sup>42</sup>	O tratamento organizacional baseado na justiça da relação esforço/recompensa prediz a SAR em trabalhadores, independente de estressores já conhecidos. Os resultados apontam que a mudança positiva na justiça das empresas reduz o risco de adoecimento e esta política pode se constituir como importante estratégia para em intervenções na saúde ocupacional.
Wikiman Marklund & Alexanderson <sup>58</sup>	Os baixos níveis de comparação, a sobreposição sobre os diversos aspectos de medidas de morbidade e as diferenças conceituais, apontam para diferentes representações da realidade da saúde, de modo que a utilização de dados da saúde pública para ilustrar diferentes aspectos da morbidade deve ser feita com parcimônia e novos estudos precisam ser realizados para estabelecer a interrelação entre as diferentes medidas de saúde e morbidade.
Pappas Alamanos & Dimoliatis <sup>41</sup>	Em geral, a população apresentou perfil de saúde precário. Mulheres e sujeitos que referiam evitar dieta rica em lipídeos apresentaram maior proporção de SAR-P. Por outro lado, sujeitos que praticavam exercício e consumiam carne branca tinham melhor SAR.
Cummings et al. <sup>39</sup>	Dados de censos demográficos e de outras pesquisas que utilizaram a saúde autorreferida indicaram que seis características da vizinhança, como: ambiente residencial precário, baixa mobilização política comunitária, afiliação política à esquerda, alta taxa de desemprego, baixo acesso a transporte próprio e baixa disponibilidade de meios de transporte, ajustados por idade, sexo, classe social e atividade econômica, estavam associadas à SAR-P. Além disso, a condição de desempregado acentuou o efeito dessas características na SAR.
Kavanagh et al. <sup>38</sup>	O capital social contextual apresenta diferentes influências na saúde subjetiva de homens e mulheres, contudo altos níveis de capital social contextual promovem mais benefícios na saúde das mulheres, quando comparadas aos homens.
Kavanagh Turrel Subramanian <sup>52</sup>	Após ajuste por confundidores individuais, baixa posição socioeconômica, desvantagem econômica ao nível contextual, baixo nível de confiança e de participação social estavam associadas à SAR-P. Neste sentido, o investimento nas melhorias das condições materiais de vida tendem a contribuir mais efetivamente para melhoria da saúde da população, quando comparadas as iniciativas para aumentar o capital social contextual.
Dowd & Zajacova 2007	A saúde autorreferida é um importante preditor da mortalidade e apresenta diferentes magnitudes de acordo com os níveis de escolaridade e renda.
Collins et al. 2008.	O gradiente social é um importante preditor de saúde autorreferida, mesmo em comunidades com perfis socioeconômicos similares.
Perlman & Bobak <sup>53</sup>	A SAR-P foi forte preditora da mortalidade independente da gravidade da doença. Mortes súbitas em sujeitos aparentemente saudáveis, mas com alguns fatores de risco poderiam explicar em parte porque a saúde autorreferida manteve-se inalterada na Rússia durante a chamada crise da mortalidade. Por outro lado, a avaliação subjetiva da saúde contribui, apenas parcialmente, para os indicadores de mortalidade.
McFadden et al. <sup>43</sup>	Não se observou diferença na prevalência da SAR-P entre trabalhadores em funções manuais com idade inferior a 50 anos e trabalhadores em funções não manuais acima de 70 anos. Entretanto, homens e mulheres em ocupações menos qualificadas tinham duas vezes mais chances de referir SAR-P do que sujeitos qualificados, após o ajuste por idade, escolaridade e variáveis comportamentais.
Barros et al. <sup>40</sup>	Observou-se importantes diferenças na prevalência da saúde autorreferida precária de acordo com o sexo, a escolaridade, região do país, comportamentos nocivos a saúde e comorbidades.

## Artigo 2

**Prevalência de saúde autorreferida precária (SAR-P) e fatores associados em Salvador-Bahia-Brasil.**

*Prevalence of poor self-rated health (P-SRH) and associated factors in Salvador-Bahia-Brazil.*

*Prevalencia de la salud autorreferenciada precaria (SAR-P) y factores asociados en Salvador-Bahia-Brasil.*

**Doutorando: Damião Ernane de Souza**

**Orientador: Prof. Dr. Naomar de Almeida-Filho**

**Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Vilma Sousa Santana**

Instituto de Saúde Coletiva – UFBA.

Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela

Cep: 40.110-040 - Salvador – BA, Brasil.

## RESUMO

**Introdução:** A saúde autorreferida precária (SAR-P) é uma categoria derivada do item sobre percepção da saúde individual amplamente utilizada em estudos epidemiológicos. Refere-se ao conceito de auto-percepção do sujeito sobre sua saúde levando em consideração dimensões físicas, psicológicas e sociais.

**Objetivos:** Estimar prevalência e fatores associados à SAR-P em moradores de Salvador/BA.

**Métodos:** Estudo de corte transversal com 4.730 pessoas com idade de 18 a 65 anos, procedentes de amostra aleatória por conglomerados em estágio único de uma coorte prospectiva, de base comunitária, realizada em subáreas urbanas de Salvador/BA. Foram realizadas análises exploratórias, univariada e bivariada, da prevalência de SAR-P, com foco em dimensões de gênero e fatores socioeconômicos associados.

**Resultados:** No grupo estudado, a prevalência observada foi de 10,3%, sendo 5,3% para homens e 13,5% para mulheres. Homens e mulheres de maior idade (RP=2,36; IC 95%:1,53;3,62), (RP =2,38; IC 95%:1,91;2,98) e de menor escolaridade (RP =2,94; IC 95%: 1,64;5,28), (RP =2,66; IC 95%: 2,02;3,52), respectivamente tinham mais chance de referir SAR-P. Diferencialmente, homens com menor renda e a condição de fumante e mulheres da cor da pele negra, vítima de discriminação e preconceito racial tinham mais chance de referir SAR-P.

**Conclusões:** O estudo mostrou diferenças na percepção de saúde de acordo com sexo, mas evidencia que em ambos, maior idade e menor escolaridade estavam associadas a SAR-P. Em relação à escolaridade, esta variável projeta-se como medida robusta que pode ser utilizada como preditora do estado de saúde individual em estudos futuros.

**Palavras-chave:** Saúde autorreferida, sexo, educação, Epidemiologia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Self-rated poor health (SRH-P) is a category originating from the item about individual health perception, which is broadly used in epidemiological studies. It refers to the concept a subject's self-perception of their health, taking into account physical, psychological, and social dimensions.

**Objectives:** To estimate the prevalence and factors associated with SRH-P among inhabitants of Salvador/BA.

**Methods:** Cross-sectional study with 4,730 individuals aged 18-65, originating from a random cluster area single-stage sample in a prospective cohort, on a communal basis, carried out in urban sub-areas of Salvador/BA. Both univariate and multivariate exploratory analyses of the prevalence of SRH-P were made, with an emphasis on associated dimensions of gender and on socioeconomic factors.

**Results:** In the group studied, the prevalence rate was 10,3%, 5,3% for men and 13,5% for women. Older men and women (PR=2,36; 95%CI: 1,53;3,62), (PR=2,38; 95%CI: 1,91;2,98) and lower education (PR=2,94; 95%CI: 1,64;5,28), (PR=2,66; 95%: CI 2,02;3,52) had, respectively, more chances of referring to SRH-P than the comparative group. Differentially, men with lower-income and smoking and women skin color black, victim of discrimination and racial prejudice had more chance to refer SRH-P.

**Conclusions:** The study shows the differences in the perception of health according to gender, but it also makes clear that, be them male or female, age and lower education were factors associated with SRH-P. Regarding to schooling, this variable stands out as a strong measure that may be used as a predictor of the individual health status in future studies.

**Keywords:** Self-rated health, gender, education, Epidemiology

## RESUMEN

**Introducción:** La salud autorreferenciada precaria (SAR-P) es una categoría derivada del ítem sobre percepción de la salud individual, utilizado ampliamente en estudios epidemiológicos. Se refiere al concepto de la auto-percepción del sujeto sobre su estado de salud teniendo en cuenta dimensiones físicas, psicológicas y sociales.

**Objetivos:** Estimar la prevalencia y factores asociados a SAR-P en residentes de Salvador/BA.

**Métodos:** Estudio transversal con 4.730 personas de 18 a 65 años, procedentes de muestra aleatoria por conglomerados en una sola fase de una cohorte prospectiva, de base comunitaria, realizada en subáreas urbanas de Salvador / BA. Fueron realizados los análisis exploratorios, univariado y multivariado, de la prevalencia de SAR-P con un enfoque en las dimensiones de género y los factores socioeconómicos asociados.

**Resultados:** En el grupo estudiado, la tasa de prevalencia fue de 10,3% y del 5,3% para los hombres y 13,5% para las mujeres. Hombres y mujeres de mayor de edad (RP =2,36; IC 95%: 1,53;3,62), (RP =2,38; IC 95%: 1,91;2,98) y menor education (RP =2,94; IC 95%: 1,64;5,28), (RP =2,66; IC 95%: 2,02;3,52), tenían, respectivamente, más probabilidad de referirse a la SAR-P que el grupo de comparación. Diferentemente, los hombres con baja escolarización y fumadores, y las mujeres de piel negra, víctima de la discriminación y prejuicio racial tenían más chance de remitir SAR-P.

**Conclusiones:** El estudio muestra la diferencia en la percepción de la salud en función del sexo, pero evidencia que en ambos, edad y menor nivel educativo estaban asociados a la SAR-P. Además, escolaridad se proyecta como la gran medida que se puede ser utilizada como predictora de lo estado de salud individual en futuros estudios.

**Palabras clave:** Salud autorreferenciada, género, educación, epidemiología.



## Introdução

Saúde autorreferida (SAR) é um construto vinculado à percepção subjetiva do estado de saúde individual, que vem sendo amplamente utilizado em estudos epidemiológicos <sup>1,2,3</sup>. SAR tem sido incorporada como um dos componentes de instrumentos padronizados que mensuram a qualidade de vida e tratada isoladamente como variável resposta em análises do estado de saúde <sup>4</sup>. Pode ser mensurada por meio de resposta à uma questão simples, para a qual se emprega algum tipo de escala numérica, cujo valor é posteriormente categorizado para análise. Essa categorização costuma ser dicotômica, em grau “excelente (SAR-B)” e “precário (SAR-P)” correspondendo aos grupos de maiores e menores valores atribuídos, respectivamente <sup>5,6,7</sup>, podendo ser analisada como referente uma ou outra dessas categorias.

Vários autores apontam que a SAR reflete uma construção subjetiva que o indivíduo elabora sobre si e sobre sua saúde, levando em consideração dimensões físicas, psicológicas e sociais <sup>8,9,10</sup>. Por isso, a SAR vem sendo demonstrada uma importante preditora de morbidade, associando-se inclusive com a mortalidade <sup>8,11</sup>.

Inquéritos nacionais realizados em dez países europeus, além do *World Values Survey* realizado em 67 países, utilizaram a SAR como indicador do estado de saúde <sup>3,12</sup>, o que reflete sua aceitação como medida de saúde. Isso levou a que organismos e instituições internacionais como a Organização Mundial de Saúde, a Comissão da União Européia e o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos a recomendassem como indicador para monitorar o estado de saúde da população <sup>13</sup>. Além disso, SAR figura em um dos objetivos do *Healthy People 2010*, como indicador de duas das metas do projeto, relacionadas ao aumento da expectativa de vida com qualidade, e da redução de desigualdades em saúde entre os grupos populacionais <sup>14</sup>.

Resultados do *World Values Survey* indicam que, entre os países analisados, a prevalência da SAR muito precária e precária foram, respectivamente, 1,1% e 7,2%<sup>3</sup>. No Brasil, alguns estudos estimaram que a prevalência global de SAR-P variou nas capitais dos estados. De acordo com os resultados do inquérito telefônico – VIGITEL do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, a prevalência de SAR-P variou de 1,3% em Porto Alegre a 6,8% em Rio Branco, enquanto em um estudo isolado realizado em São Leopoldo – Rio Grande do Sul a prevalência foi de 32,7%<sup>15,16</sup>. Essas diferenças nas prevalências estimadas entre as capitais brasileiras parecem decorrer dos distintos contextos culturais existentes no país de dimensões continentais que influenciam o modo como os indivíduos percebem a própria saúde, por outro lado a maior prevalência de SAR-P calculada no segundo estudo pode estar relacionada ao ponto de corte utilizado para definição do caso de saúde precária.

Estudos mostram evidências de que a prevalência da SAR-P é maior entre mulheres em praticamente todas as investigações nacionais ou estrangeiras<sup>15,16</sup>. Além dessas diferenças de acordo com gênero, outros aspectos podem influenciar o modo como o indivíduo percebe a própria saúde, como idade, cor da pele, situação conjugal, escolaridade, trabalho, renda, posse de bens, hábitos de vida, suporte e apoio social<sup>2,11</sup>. Essas informações podem ser úteis para o planejamento e a gestão em saúde, e também para melhor conhecer o processo de adoecimento e seus determinantes. Apesar de sua importância e utilidade, estudos utilizando SAR-P no Brasil ainda são raros.

Este estudo tem como objetivo estimar a prevalência de SAR-P e identificar efeitos de fatores isolados para a sua ocorrência. Serão analisados fatores demográficos, socioeconômicos, ocupacionais, cor da pele e preconceito racial, apoio social e hábitos de vida, de modo exploratório.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal realizado com dados da *linha basal* de uma coorte prospectiva, de natureza populacional, cujo objetivo foi estudar as condições de trabalho e saúde em áreas urbanas na cidade de Salvador, capital do estado da Bahia – Brasil (2000). A população definida para este estudo, em particular, foi composta por indivíduos com idade de 18 a 65, de ambos os sexos, que desenvolviam algum tipo de trabalho (formal, informal ou doméstico não remunerado para a família) e que responderam à pergunta sobre saúde autorreferida (SAR).

### *Amostragem e coleta de dados*

No estudo original, foi realizada uma amostragem aleatória por conglomerados, de estágio único. Utilizou-se um mapa da área urbana da cidade de Salvador para seleção das subáreas. O número de subáreas necessário foi calculado com base nos dados referentes ao número de adultos por residência (estimado em 3,8) do IBGE (1999). Cada subárea apresentava cerca de 80 domicílios residenciais em média. Assim, foram sorteadas 32 subáreas, das quais apenas 29 fizeram parte do estudo, pois três foram eliminadas por não serem habitadas. Nessas subáreas, identificaram-se 2.512 famílias, o que corresponde a um total de 9.591 sujeitos. A escolha por esse tipo de desenho amostral foi decorrente da falta de registros completos dos endereços em áreas de menor nível socioeconômico, bem como por permitir melhor operacionalização na coleta de dados. Do total de 9.591 sujeitos arrolados no estudo original, foram excluídos 209 que não responderam aos questionários e devido ao foco do estudo, também foram excluídos 260 funcionários públicos, 48 empresários, 31 profissionais liberais, 22 respondentes sobre os quais não constava informação sobre carteira de trabalho e 10 sujeitos cujos dados sobre vínculo de trabalho não foram registrados. Para o presente estudo, ainda foram excluídos 4.034 sujeitos que estavam fora da faixa etária de

interesse e 247 que não responderam o quesito sobre saúde autorreferida, portanto, foram analisados os dados de 4.730 indivíduos com idade de 18 a 65 anos.

#### *Procedimentos de coleta de dados*

Os entrevistadores foram selecionados e contratados especificamente para a coleta de dados do estudo. Foram submetidos à capacitação com o objetivo de garantir a padronização dos procedimentos de abordagem dos respondentes, aplicação dos questionários e compreensão das perguntas. Foi ainda recomendado a observação dos princípios éticos de confidencialidade e sigilo. As entrevistas foram realizadas pessoalmente, prioritariamente na residência dos participantes, em local reservado e sem a presença de terceiros. Em casos excepcionais, garantidas as condições de privacidade, as entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos indivíduos. Foi vedada a realização de entrevistas por telefone, limitados a agendamentos e complementação de dados, quando devidamente autorizado pela coordenação.

Na primeira etapa, em cada domicílio, os entrevistadores se identificaram, e obtiveram o consentimento livre e esclarecido, após explicar que o objetivo da pesquisa era estudar as relações entre trabalho e a saúde, para em seguida listar todos os residentes no domicílio registrando dados de identificação e sociodemográficos. Este registro dos membros da família foi realizado na Ficha de Família (FF) (ANEXO 1), por um informante chave. Posteriormente, agendavam-se entrevistas individuais, e conforme o caso, foram preenchidas: a Ficha Individual do Adulto e do Adolescente (FIA) (ANEXO 2), a Ficha Psicológica do Adolescente (FIP) (ANEXO 3), a Ficha da Empregada Doméstica (FDOM) (ANEXO 4) e a Ficha de Acidentes (FAC) (ANEXO 5). As recusas foram comunicadas à coordenação e neste caso o entrevistador deveria ao menos preencher o cabeçalho da FF, listando os membros da família. Esses casos foram

comunicados à coordenação para as devidas providências no sentido de redução de perdas, garantindo-se a representatividade da amostra.

Após a coleta de dados, o entrevistador verificava se todas as questões pertinentes a cada membro da família foram respondidas, agradecia a colaboração do respondente e informava sobre a possibilidade de uma segunda visita para complementação de dados ou para conferência do trabalho pela supervisão da pesquisa<sup>19,20,21</sup>.

#### *Definição de variáveis*

No presente estudo, o desfecho principal foi a SAR avaliada por uma pergunta na qual se inquiria o respondente sobre qual nota atribuía à própria saúde numa escala analógica visual de 11 pontos (0-10), a partir da seguinte orientação: “Marque na régua abaixo que nota você daria à sua saúde.” Sujeitos que assinalaram valores menores ou iguais a 4,5 na escala foram classificados como caso de SAR-P.

Foram treze os fatores analisados como preditores potenciais para a SAR-P. A situação conjugal analisada com duas categorias: não casados(as) – [0] que incluía solteiro(a) e separado(a)/divorciado(a)/(viúvo(a) e casados(as) ou união consensual – [1]; idade em anos, categorizada em menor ou igual a 40 anos – [0], e indivíduos com idade maior que 40 anos – [1];

Nível de escolaridade formal agrupado em dois níveis – 2º grau completo ou mais – [0] e 1º grau completo ou menos – [1]. Renda mensal foi categorizada em R\$ 302,00 ou maior – [0] e renda menor que R\$ 302,00 – [1]. A variável “número de bens” representa a quantidade de bens que o indivíduo respondia ser possuidor, de uma lista apresentada de nove itens (carro, computador, máquina de lavar, vídeo cassete, microondas, máquina de lavar roupa, telefone, casa de praia e *laser-disc player* – DVD). Os indivíduos foram classificados em dois níveis, aqueles que referiam possuir dois ou

mais bens – [0] e as demais situações – [1]. O trabalho infantil foi analisado levando em consideração a idade do primeiro trabalho remunerado, categorizado em: sujeitos que referiam ter exercido o primeiro trabalho com mais de 14 anos – [0] e sujeitos que afirmaram ter exercido esse trabalho apenas com 14 anos ou menos – [1].

Variáveis ocupacionais foram a condição de formalidade do vínculo de emprego, compreendida como a ter o contrato de trabalho registrado na Carteira de Trabalho - [0] e trabalho informal para situações onde o sujeito não possuir carteira de trabalho assinada – [1].

Cor da pele e preconceito racial foram mensurados com questões sobre a cor da pele com respostas agrupadas em duas categorias: não negra para respondentes classificados como branco, asiático, índio, moreno ou outra – [0] e negra para respondentes classificados como negro ou mulato – [1]. O preconceito racial foi registrado com as respostas a duas questões: uma sobre a dificuldade de obtenção de crédito por sua cor, e sobre a percepção do indivíduo ter sido vítima de preconceito racial, com opções de “sim” – [0] e “não” – [1].

A dimensão apoio social representa o apoio em situações de emergência, avaliada através do quesito: “Em caso de emergência você pode contar com ajuda de familiares ou amigos?” A resposta foi registrada como sempre, muitas vezes, poucas vezes e nunca, categorizadas em dois níveis: “não” – [0] (poucas vezes ou nunca) e “sim” – [1] para sempre ou muitas vezes.

Para consumo de álcool, a questão era “Você consome bebida alcoólica atualmente?” e para o consumo de tabaco, “Você fuma atualmente?”. Em ambas, a resposta foi do “não” – [0] ou “sim” – [1].

### *Análise de dados*

Devido às diferenças conhecidas de sexo para a SAR-P, adotou-se essa variável como de estratificação fundamental. Assim, foram estimadas frequências simples e relativas dos fatores investigados, seguida por análise bivariada para identificar associação bruta com a SAR-P. medida com a razão de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Todas as análises levaram em consideração o efeito do delineamento amostral para dados provenientes de amostras complexas.

### *Aspectos Éticos*

Foram asseguradas em todas as etapas do estudo as recomendações éticas da Resolução n.º 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), especialmente no que se refere ao anonimato e a confidencialidade dos dados. O protocolo de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia.

## **Resultados**

A maioria da amostra era do sexo feminino (60,8%, n=2.877). A Tabela 1 mostra que em ambos os sexos predominavam jovens de até 40 anos de idade, com pelo menos o 1º grau completo, trabalho informal, renda inferior a R\$ 302,00, dois ou mais dos bens investigados, primeiro trabalho após os 14 anos, cor da pele negra e que não referiam ter sofrido preconceito racial. A maior parte dos entrevistados referia possuir suporte social em condições de emergência, não fumar ou consumir bebida alcoólica.

A prevalência de SAR-P foi 10,3%, sendo 5,3% para os homens e 13,5% para as mulheres. Na amostra em geral e no grupo masculino, observou-se que as prevalências de SAR-P foram similares para casados e não-casados, contudo, no grupo feminino a prevalência de SAR-P entre as casadas (14,5%) foi maior do que o grupo de

comparação (12,6%). Em relação à idade, a proporção de sujeitos que referiam precariamente a saúde na amostra global foi maior entre sujeitos com idade superior a 40 anos (16,5%), de modo similar observou-se a mesma distribuição tanto entre os homens (8,4%), como entre mulheres (21,2%). Comparando a prevalência de SAR-P de acordo com o grau de escolaridade, observou-se que no grupo masculino a prevalência foi de 6,9% entre os que tinham menor escolaridade (1º grau ou menos) e de 2,2% para aqueles com maior escolaridade (2º grau ou maior), enquanto para as mulheres as prevalências foram, respectivamente, de 17,4% e de 9,5%. Prevalências maiores foram encontradas em trabalhadores informais (11,1%) em relação a trabalhadores formais (8,9%) e entre sujeitos com salário mensal menor que R\$ 302,00 (12,3%) quando comparados aqueles com renda R\$ 302,00 ou mais (5,3%). A SAR-P foi mais prevalente também nos indivíduos com menor número de bens (12,3%), de cor da pele negra (11,6%), vítimas de discriminação (15,2%) e preconceito racial (16,2%), sem suporte social (11,9%) e fumantes (12,5%), por outro lado, foi menor em sujeitos que afirmavam consumir bebida alcoólica (7,8%) em comparação aos que afirmavam o contrário (13,3%) (Tabela 2)

Ainda na tabela 2, observa-se que para o grupo dos homens a chance de referir SAR-P era maior em sujeitos com idade acima de 40 anos (RP=2,26; IC95%:1,50;3,40), com baixa escolaridade (RP=3,32; IC95%:1,87;5,89); renda inferior a R\$ 302,00 (RP=1,69; IC95%:1,11;2,57) e que possuíam no máximo um dos bens investigados (RP=1,63; IC95%:1,07;2,48). De modo similar, associadas à SAR-P estavam a condição de trabalho infantil (RP=1,58; IC95%:1,04;2,39) e de fumante (RP=1,79; IC95% 1,14;2,81).

Em relação às mulheres, maior idade (>40 anos) (RP=2,55; IC95%:2,06;2,17), menor escolaridade (RP=2,96; IC95%:2,26;3,88), baixa renda (RP=1,96;



IC95%:1,38;280), reduzido acesso a bens de consumo (RP=1,57; IC95%;1,26;1,95) e trabalho infantil (RP=1,34; IC95%:1,05;1,71) estavam associadas a pior percepção de saúde. Neste grupo observou-se também que a chance de referir SAR-P aumentava entre os que se autodefiniram como de pele negra e que referiram ter sido vítima de discriminação ou preconceito racial.

## **Discussão**

A prevalência geral de SAR-P estimada no presente estudo foi baixa, de pouco mais de 10%, e os fatores associados observados podem ser sumarizados da seguinte forma: idade acima de 40 anos, menor condição socioeconômica, escolaridade baixa, renda baixa e reduzida posse de bens, além da condição de experiência de trabalho infantil. Entre as mulheres, observou-se ainda que a cor da pele negra e a condição de ter sido vítima de discriminação e preconceito revelam-se como fatores associados a maior prevalência de SAR-P.

A estimativa de prevalência de SAR-P, situou-se nos mais baixos patamares em relação à literatura internacional. Kunst et al. (2004)<sup>12</sup> realizaram uma revisão de inquéritos conduzidos em dez países europeus, estimando a prevalência de SAR-P entre 16,7% a 53,9%. Outros estudos mostraram especificamente que na África do Sul a prevalência de SAR-P foi de 25%<sup>22,23</sup>, 9,8% no Japão<sup>24</sup>, e 9,1% na Síria<sup>25</sup>. Provavelmente as diferenças observadas em diversos países refletem a influência dos contextos socioculturais sobre o modo como os indivíduos constroem a percepção sobre sua saúde, uma vez que a maioria dos estudos que utilizam escalas similares de quatro a cinco pontos para avaliar a SAR, definindo como o caso de SAR-P os sujeitos que assinalam os dois últimos pontos da escala (2 em escala de 5).<sup>2,6,22</sup>

A prevalência estimada neste estudo, todavia, é bastante superior às relatadas em outros estudos brasileiros. Resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresentaram uma prevalência de 7% no Brasil, em 1998 <sup>26</sup> e resultado similar foi encontrado em 2003, com uma proporção de 4,31% de SAR-P <sup>27</sup>. Ainda no Brasil, o estudo Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) estimou em 5,4% a prevalência de SAR-P<sup>17</sup>. Parte dessas discrepâncias pode ser em decorrência das diferenças contextuais dos estudos.

Estudos na população geral corroboram consistentemente com os achados deste estudo, pois maiores prevalências de SAR-P são observadas no grupo de pessoas mais idosas <sup>9,15,17</sup> em comparação com os mais jovens. Com o avanço da idade, mudanças físicas decorrentes do processo de envelhecimento parecem afetar negativamente o modo como o indivíduo percebe a saúde. Neste sentido, Szwarcwald et al. (2005)<sup>28</sup> destacam que nesta fase da vida há maior prevalência de doenças crônicas o que leva a maior probabilidade de avaliar precariamente a própria saúde. Por outro lado, a maior longevidade observada sistematicamente entre as mulheres <sup>29</sup>, pode contribuir para explicar a diferença observada entre os sexos.

A prevalência estimada de SAR-P foi maior entre as mulheres, achado observado em praticamente todos os outros estudos de SAR em diferentes países, embora com diferentes magnitudes e características<sup>3</sup>. Para Asfar et al (2007)<sup>25</sup> a maior prevalência de SAR-P entre mulheres decorria de maior estresse a que são submetidas ao longo da vida. Esse resultado reforça a necessidade de análises diferenciais por gênero nos estudos sobre determinantes de saúde. Vale ressaltar que a mulher tem assumido diferentes papéis nas sociedades contemporânea e é essas diferenças decorrem não apenas de aspectos biológicas e psicológicas diferenciais de gênero, mas à

construção social e distintas funções sociais assumidas por homens e mulheres. Isso aponta para a necessidade de abordagens transdisciplinares<sup>30</sup> na compreensão das nuances que permeiam tais diferenças de gênero e saúde, especialmente a SAR-P.

A maior prevalência de SAR-P entre as mulheres de cor da pele negra e vítimas de discriminação ou preconceito racial pode ser discutida a partir da intolerância diante da diversidade étnica e racial que levou a processos históricos de segregação. Além dos efeitos negativos sobre a saúde mental, a discriminação também gera desigualdades sociais importantes em relação aos indivíduos negros, com maior prevalência de doenças evitáveis e pior avaliação subjetiva da saúde, conforme pode ser observado em outros estudos<sup>1,26</sup>.

Os resultados corroboram a proposição de que fatores sociais e econômicos constituem importantes determinantes da SAR, uma vez que exposição a condições desfavoráveis de vida implica maior estresse e sofrimento no cotidiano dos indivíduos. Em ambos os sexos, observou-se que as variáveis relacionadas à condição socioeconômica baixa como o nível de escolaridade baixo, renda mensal baixa, menor número de bens e trabalho infantil se associavam com a SAR-P.

No estudo de Asfar et al (2007)<sup>25</sup> que se utilizou de uma combinação de variáveis da dimensão socioeconômica para analisar a sua associação com a SAR-P, indivíduos de maior nível socioeconômico apresentaram menor probabilidade de referir SAR-P. Estudos que avaliaram a relação entre nível socioeconômico e SAR, utilizando como referência o nível socioeconômico mais alto, identificaram que grupos de menor condição socioeconômica e escolaridade baixa apresentavam SAR-P, mesmo em países desenvolvidos<sup>12,35</sup>. Outras evidências também mostram que as condições econômicas afetam a SAR não apenas no nível individual, mas também no nível contextual e

comunitário, pois sujeitos que viviam em vizinhanças com condições socioeconômicas precárias tinham pior SAR <sup>2,26,36</sup>.

Na dimensão ocupacional, estudos apontam que trabalhadores em geral, sem carteira de trabalho assinada, desempregados ou fora do mercado de trabalho apresentam SAR-P <sup>37</sup>. Neste mesmo sentido, características do trabalho, como intensidade, frequência, política de recompensa, seguridade, entre outros, são fatores que influenciam o modo como os trabalhadores avaliam a saúde. Ainda nesta perspectiva, vários autores identificaram que condições ocupacionais precárias, baixa remuneração, desequilíbrio na relação esforço-recompensa, atividades laborativas de maior esforço físico, contrato precário e temporário, entre outras situações desfavoráveis estavam associadas à SAR-P <sup>12,38,39,40,41</sup>.

Além do trabalho informal, o início precoce do trabalho e o uso de tabaco se inserem no contexto de pior nível socioeconômico, sabidamente associados a piores condições de saúde, fato que explica a associação encontrada nesse estudo. Sobre a condição de fumante, alguns estudos não encontraram associação entre hábito de fumar e SAR-P <sup>9,15</sup>. Entretanto, estudo realizado com idosos identificou que ser fumante estava marginalmente associado à SAR-P <sup>42</sup>. Sobre esse aspecto, o tabagismo envolve fatores socioculturais complexos que incluem liberdade pessoal, dependência química e influência social, portanto o seu efeito sobre a SAR pode variar de acordo com o contexto do indivíduo fumante, independente das evidências que apontam comprovadamente para os efeitos negativos do hábito de fumar sobre a saúde.

Embora em outros estudos tenha sido identificado o efeito positivo do consumo de bebida alcoólica e negativo do uso de tabaco na autopercepção de saúde em ambos os sexos, os resultados deste estudo em particular merecem uma avaliação cuidadosa. No caso de uso de álcool, bebedores moderados têm menos probabilidade de avaliar

negativamente a saúde, tanto em relação aos abstêmios, como em relação aos grandes bebedores<sup>16,43,44</sup>. Contudo, há duas leituras sobre o fenômeno observado, indicativo de um paradoxo, pelo menos no caso de consumo de álcool. Por um lado, é provável que o uso de bebida alcoólica esteja relacionado à maior interação social e sensação de bem estar, mas por outro lado, a validade e credibilidade da informação autorreferida pode ser bastante reduzida no que se refere a uma questão subjetiva tomada em um instrumento aplicado a bebedores-problema ou grandes fumantes. Além disso, é importante ressaltar que nessa investigação não foi realizada análise sobre frequência e intensidade do consumo de bebida alcoólica e tabaco, de modo que não é possível afirmar em que grau o uso de álcool ou hábito de fumar sejam fatores associados à menor ou maior probabilidade de referir SAR-P.

No geral, pode-se considerar que o conjunto de fatores associados à auto-percepção de saúde individual compreende determinantes ambientais, sociais e pessoais, articulados de modo extremamente complexo. Nesta análise, focalizou-se com mais intensidade os diferenciais de gênero. Contudo, no sentido de avançar no entendimento dos processos de determinação desse peculiar indicador de saúde, futuras análises com o propósito de verificar o papel do nível de escolaridade como preditor de saúde autorreferida precária serão necessárias.

Finalmente, cabe um comentário de cautela metodológica. Por se tratar de um estudo transversal, não é possível garantir a precedência temporal dos fatores estudados. Além disso, antecedia a questão sobre saúde autorreferida, um item que inquiria o respondente sobre ser ou não saudável que pode ter influenciado a avaliação em escala da própria saúde. Não obstante sua importância do ponto de vista metodológico, essa limitação não deve reduzir a relevância dos resultados encontrados na medida em que poderão contribuir para a compreensão da SAR e seus determinantes, como um *proxy*

de saúde capaz de fornecer informações valiosas para orientação e reorientação das políticas públicas, em cujos objetivos figure com centralidade a melhoria das condições sociais e de saúde da população.

## Referências

1. McGee, DL, Liao Y, Cao G, Cooper R. Self reported health status and mortality in a multiethnic US cohort. *Am. j. epidemiol.* 1999; 149(1):41-46.
2. Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho ESF. Associação entre fatores contextuais e auto avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. *Cad. saúde pública* 2007; 23(11):2533-2554.
3. Babones SJ. The consistency of self-rated health in comparative perspective. *Public Health* 2009; 123:199-201.
4. Fayers PM, Sprangers MAG. Understanding self-rated health. *Lancet* 2002; 359:187-188.
5. Cummings S, Stafford M, Macintyre S, Marmot M, Ellaway A. Neighbourhood environment and its association with self-rated: evidence from Scotland and England. *J. epidemiol. community health* 2005; 59:207-213.
6. Jylha M, Volpato S, Guralnik JM. Self-rated showed a graded association with frequently used biomarkers in large population sample. *J. clin. epidemiol.* 2009; 59:465-471.
7. Szwarcwald CL, Souza-Junior PRB, Esteves MAP, Damacena 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.
8. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J. health soc. beh.* 1997; 38(1):21-37
9. Garcia LP, Höfelmann DA, Acchini LA. Self-rated health and working conditions among workers from primary health care centers in Brazil. *Cad. saúde pública* 2010; 26(5): 971-980.
10. Foraker RE, Rose KM, Chang PP, McNeil AM, Suchindran CM, Selvin E, et al. Socioeconomic status and the trajectory of self-rated health. *Age Aging* 2011; doi:10.1093/ageing/afr069.
11. Fonseca SA, Blank VLG, Barros MVG, Naha, MV. Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. *Cad. saúde pública* 2008; 24(3):567-576.
12. Kunst AE, Boss V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *Int. j. epidemiol.* 2004; 34:295-305.
13. Xu J, Zhang J, Feng L, Qiu J. Self-rated of population in southern China: association with socio-demographic characteristics measured with multiple-item-self-rated health measurement scale. *BMC Public Health* 2010; 10:393.
14. Tsai J, Ford ES, Li C, Xhao G, Balluz SB. Physical activity and optimal self-rated health of adults with and without diabetes. *BMC Public Health* 2010; 10:365.
15. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev. saúde pública* 2009; 43 (Supl. 2):27-37.
16. Cremonese C, Backes V, Olinto MTA, Dias-da-Costa JS, Pattusi MP. Neighborhood sociodemographic and environmental contexts and self-rated health amongs Brazilian adults: a multilevel study. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(12):2368-2378. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordström E, Eriksson H, Feldman I. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-

- rated health among men and women in Sweden. *Eur. J. public health* 2006; 17(2):125-133.
17. Perlman F, Bobak M. Determinants of self rated health and mortality in Russia – are they the same. *Int. j. equity health* 2008; 7:19. Disponível em: <http://www.equityhealthhj.com/contents/7/1/19>.
  18. Santana V, Maia AP, Carvalho C, Luz G. Acidentes de trabalho não-fatais: diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. *Cad. saúde pública* 2003; 19:481-493.
  19. Santana V, Loomis D. Informal Jobs and nonfatal occupational injuries. *Ann. Occup. Hyg.* 2004; 48:147-157.
  20. Santana V, Oliveira RP. Saúde e trabalho na construção civil em uma área urbana de Salvador. *Cad. saúde pública* 2004; 20(3):797-811.
  21. Eriksson I, Unden AL, Elofsson S. Self-rated. Comparisons between three different measures. Results from population study *Int. j. epidemiol.* 2001; 30:326-333.
  22. Gilbert L, Soskolne V. Self-assessed health – a case study of social differentials in Soweto, South Africa. *Health Place* 2003; 9:195-205.
  23. Shibuya K, Hashimoto H, Yano E. Individual income, income distribution, and self rated health in Japan: cross sectional analysis of nationally representative sample. *BMJ* 2002; 324:16-19.
  24. Asfar T, Ahmad B, Rastam S, Mulloli TP, Ward KD, Maziak W. Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from Middle East. *BMC public health* 2007; 7(177). Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/I-471-2458/7/177>.
  25. Dachs NM. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD 1998. *Ciênc. saúde coletiva* 2002; 7(4):641-657.
  26. Dachs NW, Santos APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil análise dos dados da PNAD/2003. *Ciênc. saúde coletiva* 2006; 11(4):887-894.
  27. Szwarcwald CL, Souza-Junior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad. saúde pública* 2005; 21(sup):554-564.
  28. Belon AP, Barros MBA. Reduction of social inequalities in life expectancy in a city of Southeastern Brazil. *Int. j equity health* 2011; 10:36.
  29. Vilela W, Monteiro S, Vargas E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso da categoria gênero. *Ciênc. saúde coletiva* 2000; 14(4):997-1006.
  30. Aquino EML, Menezes GMS, Amoedo MB. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Rev. saúde pública* 1992; 26(3):195-202.
  31. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, James AS, et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Soc scien med* 2004; 59:1339-1353.
  32. Dowd JB, Zajacova A. Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic in the US. *Int. j. epidemiol.* 2007; 36:1214-1221.
  33. Subramanian SV, Kim D, Kawachi I. Covariation in the socioeconomic determinants of self-rated health and happiness: a multivariate multilevel



- analysis of individuals and communities in the USA. *J. epidemiol. community health* 2005; 59:664-669.
34. De La Hoz KF, L. Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain. *Int. j. epidemiol.* 1996; 25(3): 593-603.
  35. Kennedy BP, Kawachi I, Glas R, Prothrow-Stith D. Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in United States: multilevel analysis. *BMJ* 1998; 317:917-921.
  36. Giatti L, & Barreto SM. Situação no mercado de trabalho e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc. saúde coletiva* 2011; 16(9):3817-3827.
  37. Pikhart H, Boback M, Siegrist H, Pajak A, Rywik S, Kyshigyi, J et al. Psychosocial work characteristics and self-rated health in four pos-communist countries. *J. epidemiol. community health* 2001; 55:624-630.
  38. Virtanen P, Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Ferrie J. Employment security and health. *J. epidemiol. community health* 2002; 56:569-574.
  39. Kivimäki M, Ferrie JE, Head J, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. Organisational justice and change in justice as predictors of employee health: the Whitehall II study. *J. epidemiol. community health* 2004; 58:931-937.
  40. McFadden E, Luben R, Bingham S, Wareham N, Kinmonth AL, Khaw KT. Social inequalities in self-rated by age: Cross-sectional study of 22.457 middle-aged men and women. *BMC public health* 2008; 8(230).
  41. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev. saúde pública* 2004; 38(6):627-634.
  42. Joung IMA, Stronks K, van de Mheen H, McKenbach JP. Health behaviours explain part of the differences in self reported associated with partner/marital status in the Netherlands. *J. epidemiol. community health* 1995; 49:482-488.
  43. Shields M, Shooshtari S. Determinants of self-perceived health. *Health rep.* 2001; 13(1):35-52.
  44. Krieger N, Willians DR, Moss NE. Measuring Social Class in US Public Health Research: Concepts, Methodologies, and Guidelines. *Ann. Rev. public health* 1997; 18 341-378.
  45. Szanton SL, Gill JM, Allen JK, Allostatic load: A mechanism of socioeconomic health disparities? *Biol Res Nurs* 2005; 7(1):7-15.

**Tabela 1** – Características da população de estudo de acordo com o sexo, Salvador(BA), Brasil, 2000.

Variáveis	Total N = 4.730		Sexo			
			Masculino N = 1.853 (39,2%)		Feminino N = 2.877 (60,8%)	
	N	%	N	%	N	%
Situação conjugal						
Não casado(as)	2.267	47,9	777	41,9	1.490	51,8
Casado(as)	2.463	52,1	1.076	58,1	1.387	48,2
Idade (em anos)						
≤ 40	3.189	67,4	1.282	69,2	1.907	66,3
> 40	1.541	32,6	571	30,8	970	33,7
Escolaridade						
2º Grau completo ou mais	1.691	35,8	639	35,5	1.052	36,6
1º Grau completo ou menos	3.039	64,2	1.214	65,5	1.825	63,4
Tipo de trabalho						
Formal	1.833	38,8	875	47,4	958	33,3
Informal	2.897	61,2	978	52,8	1.919	66,7
Salário mensal (Em R\$)						
≥ 302,00	1.369	28,9	905	48,8	464	16,1
< 302,00	3.361	71,1	948	51,2	2.413	83,9
Número de bens relatados						
≥ 2	2.410	50,9	930	50,2	1.480	51,4
≤ 1	2.320	49,1	923	49,8	1.397	48,6
Idade do primeiro trabalho						
> 14 anos	3.213	67,9	955	51,5	2.258	78,5
≤14 anos	1.517	32,1	898	48,5	619	21,5
Cor da pele						
Não negra	1.824	39,2	721	38,9	1.103	38,3
Negra	2.906	60,8	1.132	61,1	1.774	61,7
A sua cor dificultou o crédito						
Não	4.249	89,8	1.657	89,4	2.592	90,1
Sim	481	10,2	196	10,6	285	9,9
Foi vítima de preconceito						
Não	4.367	92,3	1.701	91,8	2.666	92,7
Sim	363	7,7	152	8,2	211	7,3
Suporte nas emergências						
Sim	3.884	82,1	1.512	81,6	2.372	82,5
Não	846	17,9	341	18,4	505	17,5
Fuma						
Não	3.972	84,0	1.491	80,5	2.481	86,2
Sim	758	16,0	362	19,5	396	13,8
Consome bebida alcoólica						
Não	2.114	44,7	560	30,2	1.554	54,0
Sim	2.616	55,3	1.293	69,8	1.323	46,0

Fonte: Base de dados do Projeto Acidentes – PISAT/ISC/UFBA – Fase 1 (2000)

**Tabela 2** – Prevalência e fatores associados a SAR-P de acordo com o sexo, Salvador(BA), Brasil, 2000.

Variáveis	Sexo											
	Total				Masculino N = 1853 (39,2%)				Feminino N = 2.877 (60,8%)			
	n	Prevalência de SAR-P	RP <sup>b</sup>	IC (95%)	n	Prevalência de SAR-P	RP <sup>b</sup>	IC (95%)	n	Prevalência de SAR-P	RP <sup>b</sup>	IC (95%)
Situação conjugal												
Não casado (as)	2.267	10,1	1,00	-	777	5,4	1,00	-	1.490	12,6	1,00	-
Casado (as)	2.463	10,4	1,04	0,86 – 1,25	1.076	5,2	0,96	0,64 – 1,45	1.387	14,5	1,18	0,95 – 1,46
Idade (em anos)												
≤ 40	3.189	7,3	1,00	-	1.282	3,9	1,00	-	1.907	9,5	1,00	-
> 40	1.541	16,5	2,51	2,08 – 3,04	571	8,4	2,26	1,50 – 3,40	970	21,2	2,55	2,06 – 3,17
Escolaridade												
2º Grau completo ou mais	1.691	5,0	1,00	-	639	2,2	1,00	-	1.052	6,6	1,00	-
1º Grau completo ou menos	3.039	13,2	2,92	2,29 – 3,72	1.214	6,9	3,32	1,87 – 5,89	1.825	17,4	2,96	2,26 – 3,88
Tipo de trabalho												
Formal	1.833	8,9	1,00	-	875	5,5	1,00	-	958	12,1	1,00	-
Informal	2.897	11,1	1,27	1,04 – 1,55	978	5,1	0,93	0,62 – 1,39	1.919	14,2	1,20	0,95 – 1,51
Salário mensal (Em R\$)												
≥ 302,00	1.369	5,3	1,00	-	905	4,0	1,00	-	464	8,0	1,00	-
< 302,00	3.361	12,3	2,49	1,92 – 3,22	948	6,5	1,69	1,11 – 2,57	2.413	14,6	1,96	1,38 – 2,80
Número de bens												
≥ 2	2.410	8,2	1,00	-	930	4,1	1,00	-	1.480	10,9	1,00	-
≤ 1	2.320	12,3	1,55	1,28 – 1,88	923	6,5	1,63	1,07 – 2,48	1.397	16,2	1,57	1,26 – 1,95
Idade do primeiro trabalho												
> 14 anos	3.213	10,2	1,00	-	955	4,2	1,00	-	2.258	12,7	1,00	-
≤ 14 anos	1.517	10,5	1,03	0,84 – 1,26	898	6,5	1,58	1,04 – 2,39	619	16,3	1,34	1,05 – 1,71
Cor da pele												
Não negra	1.824	8,1	1,00	-	721	4,4	1,00	-	1.103	10,5	1,00	-
Negra	2.906	11,6	1,49	1,22 – 1,82	1.132	5,8	1,33	0,86 – 2,05	1.774	15,3	1,54	1,22 – 1,94
A sua cor dificultou o crédito												
Não	4.249	9,7	1,00	-	1.657	5,1	1,00	-	2.592	12,6	1,00	-
Sim	481	15,2	1,66	1,27 – 2,17	196	6,6	1,31	0,72 – 2,40	285	21,0	1,84	1,35 – 2,50
Foi vítima de preconceito												
Não	4.367	9,8	1,00	-	1.701	5,1	1,00	-	2.666	12,8	1,00	-
Sim	363	16,2	1,80	1,33 – 2,41	152	7,9	1,61	0,86 – 3,02	211	22,2	1,95	1,38 – 2,76
Suporte nas emergências												
Sim	3.884	9,9	1,00	-	1.512	4,9	1,00	-	2.372	13,1	1,00	-
Não	846	11,9	1,23	0,98 – 1,55	341	7,0	1,47	0,91 – 2,37	505	15,2	1,19	0,91 – 1,56
Fuma												
Não	3.972	9,8	1,00	-	1.491	4,6	1,00	-	2.481	12,9	1,00	-
Sim	758	12,5	1,31	1,03 – 1,67	362	8,0	1,79	1,14 – 2,81	396	16,7	1,34	1,00 – 1,79
Consome bebida alcoólica												
Não	2.114	13,3	1,00	-	560	7,1	1,00	-	1.554	15,5	1,00	-
Sim	2.616	7,8	0,55	0,46 – 0,67	1.293	4,5	0,61	0,40 – 0,92	1.323	11,1	0,68	0,55 – 0,85

Fonte: Base de dados do Projeto Acidentes – PISAT/ISC/UFBA – Fase 1 (2000) / Nota: <sup>b</sup> Razão de Prevalência

### **Artigo 3**

**Escolaridade como determinante da saúde autorreferida numa amostra da população de Salvador – Bahia – Brasil**

*Education as determinant of self-rated health in a population sample of Salvador – Bahia – Brazil*

*Nivel educativo como determinante de la salud autorreferenciada en una muestra de la población de Salvador – Bahia - Brazil*

**Doutorando: Damião Ernane de Souza**

**Orientador: Prof. Dr. Naomar de Almeida-Filho**

**Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Vilma Sousa Santana**

Instituto de Saúde Coletiva – UFBA.

Rua Augusto Vianna s/n - Campus Universitário Canela

Cep: 40.110-040 - Salvador – BA, Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** Verificar o efeito do nível de escolaridade na saúde autorreferida em uma amostra de moradores de Salvador/BA – 2000. **Métodos:** Estudo de corte transversal de base populacional realizado com dados da fase 1 de uma pesquisa de desenho longitudinal (2000-2008), cujo propósito era investigar a relação entre trabalho e saúde. Foi conduzida análise da associação entre a exposição e covariáveis e desfecho e covariáveis de acordo com o sexo e estimadas as respectivas prevalências e razões de prevalência. O modelo final da associação principal foi testado pela regressão de Poisson com variância robusta. **Resultados:** A prevalência de saúde autorreferida precária (SAR-P) na amostra total foi de 10,3%, sendo de 5,3% em homens e 13,5% para mulheres. Foram estimadas associações brutas estatisticamente significantes entre nível escolaridade baixa e SAR-P em homens (RP=3,16; IC95%: 1,80 - 5,52) e em mulheres (RP=2,62; IC95%: 2,04 - 3,35). Idade, renda mensal, número de bens, preconceito racial, tabagismo e consumo de álcool no grupo masculino e idade, cor da pele, discriminação e preconceito racial e consumo de álcool no grupo feminino constituíram o modelo final da associação investigada, cujas medidas ajustadas foram, (RP=2,69; IC95%: 1,50 – 4,83) e (RP=2,33; IC95%: 1,81 – 2,99), respectivamente. **Conclusões:** O nível de escolaridade tem efeito sobre a saúde autorreferida e a prevalência de SAR-P foi maior no grupo de sujeitos com baixa escolaridade em ambos sexos.

**Palavras-chave:** Educação, saúde autorreferida, Epidemiologia.

## ABSTRACT

**Objective:** To investigate the effect of schooling on self-reported health in a sample of residents of Salvador / BA - 2000. **Methods:** A cross-sectional study population based was conducted with data from baseline of a longitudinal research (2000-2008), whose purpose was to investigate the relationship between work and health. Association between exposure, outcome and covariates according to sex was conducted and prevalence and prevalence ratios was estimated. The final model was tested using Poisson regression with robust variance. **Results:** The prevalence of self-reported poor health (P-SRH) in the total sample was 10.3% and 5.3% in men and 13.5% for women. There was statistically significant crude associations between low education level and SRH-P in males (PR = 3.16, 95% CI: 1.80 to 5.52) and women (PR = 2.62, 95% CI: 2, 04 to 3.35). Age, income, number of assets, racial prejudice, smoking and alcohol consumption in males and age, skin color, racial prejudice and discrimination and alcohol consumption in the female group comprised the final model, whose adjusted measurements were (PR = 2.69, 95% CI: 1.50 to 4.83) and (PR = 2.33, 95% CI: 1.81 to 2.99), respectively. **Conclusions:** The level of education has effect on the self-rated health and prevalence of SRH-P was higher in subjects with low education in both sexes.

**Keywords:** Education, self-rated health, epidemiology.

## RESUMEN

**Objetivo:** Investigar el efecto de la educación en la percepción de salud en una muestra de residentes de Salvador / BA-2000. **Métodos:** Estudio transversal de base populacional en una sola fase de una cohorte prospectiva, (2000-2008), cuyo objetivo fue investigar la relación entre el trabajo y la salud. Asociación entre la exposición, los resultados y las covariables en función del sexo se llevó a cabo y las prevalencia e razones de prevalencia fueran estimadas. El modelo final se evaluó mediante regresión de Poisson con varianza robusta. **Resultados:** La prevalencia de una percepción de mala salud (P-SSR) en la muestra total fue de 10,3% y 5,3% en hombres y 13,5% para las mujeres. Asociaciones estadísticamente significativas entre bajo nivel de educación y mala salud autorreferenciada fueran observado los hombres (RP = 3,16, IC 95%: 1,80 a 5,52) y mujeres (RP = 2,62, IC 95%: 2,04 a 3,35). Edad, ingresos, número de activos, el prejuicio racial, el tabaquismo y el consumo de alcohol en hombres y la edad, color de la piel, los prejuicios raciales y la discriminación y el consumo de alcohol en el grupo femenino compuesto el modelo final, cuyas medidas fueron ajustadas (RP = 2,69, IC del 95% IC: 1,50 a 4,83) y (RP = 2,33, IC 95%: 1,81 a 2,99), respectivamente. **Conclusiones:** El nivel de educación tiene un efecto sobre la salud autorreferenciada y la prevalencia de mala salud autorreferenciada fue mayor en sujetos con bajo nivel de educación en ambos sexos.

**Palabras-clave:** Educación, salud autorreferenciada, epidemiología.

## Introdução

A compreensão das desigualdades em saúde requer uma visão ampliada dos seus determinantes biológicos ou sociais, atualmente compreendidos como parte de processos complexos de determinação social da saúde-enfermidade-cuidado. Do ponto de vista social e político, os determinantes da saúde são produto das condições e da trajetória de vida dos sujeitos<sup>1</sup> que inclui acumulação de recursos para sobrevivência e qualidade de vida. Neste sentido, as piores condições socioeconômicas têm efeito não apenas nos indicadores epidemiológicos objetivos relacionados à contagem de doentes e de óbitos, mas também na SAR<sup>2,3,4,5,6,7</sup>.

Tais evidências indicam que essas condições afetam a saúde autorreferida, cujo constructo-medida denominado saúde autorreferida (SAR) se constitui em indicador do estado de saúde individual, empregado em estudos epidemiológicos<sup>8,9</sup>. Sua qualidade como indicador de saúde refere-se à capacidade de refletir a concepção do sujeito sobre a saúde, construída a partir de várias dimensões de sua vida<sup>10,11</sup>, inclusive a dimensão socioeconômica relacionada aos recursos para lidar com as situações de saúde-doença-cuidado<sup>12</sup>.

Estudos sobre desigualdades em saúde utilizam frequentemente a escolaridade como indicador das condições sociais<sup>13</sup>, pois o nível de escolaridade apresenta importantes relações com o estilo de vida e comportamentos relacionados à saúde<sup>14</sup>. Sujeitos com maior tempo de educação formal apresentam maior capacidade para o autocuidado, de engajamento em programas de prevenção e na resolução de problemas de saúde-doença<sup>15</sup>. Além disso, a educação é um indicador estável em adultos, facilmente mensurado e válido<sup>13,16,17</sup>.



O nível de escolaridade reflete um gradiente social nas condições de saúde e neste sentido, Barros et al. (2009) apontam três abordagens teóricas que contribuem para explicação desse fenômeno: a materialista, centrada nos recursos materiais; a comportamental, relacionada às decisões de vida; e a psicossocial, referente ao papel do estresse na determinação dos processos saúde-doença<sup>18</sup>. Em todas, é possível identificar que escolaridade é importante fator componente das abordagens, uma vez que condições de vida, comportamentos e estresse de algum modo sofrem influência da escolaridade.

Nesta perspectiva, a educação insere-se no contexto de duas linhas de pensamento interrelacionadas: capital humano e capital social. Capital humano refere-se ao conjunto de habilidades desenvolvidas e acumuladas pelo indivíduo ao longo da vida e que interfere no modo como este se relaciona com o ambiente, portanto está relacionado aos processos de educação formal ou informal, hábitos de vida e aquisição de bens e de comportamentos relacionados à saúde que passam a constituir o patrimônio indissociável do sujeito<sup>19,20,21</sup>. Capital social refere-se a um grupo de fatores estruturantes da organização social que inclui coesão, confiança, participação comunitária, segurança coletiva, reciprocidade, solidariedade, envolvimento nas causas políticas com propósito de conquistas sociais mútuas<sup>22</sup>.

Estudos apontam que a escolaridade influencia o modo como os sujeitos percebem a própria saúde, na perspectiva contextual ou individual. Características da vizinhança como segurança, participação comunitária, coesão social<sup>23</sup>, aspectos do ambiente urbano como qualidade do transporte e taxa de desemprego<sup>24</sup>, além de medidas complexas como o Índice de Gini, que mensura as diferenças na distribuição de renda entre os segmentos populacionais<sup>25</sup>, interferem no modo como os sujeitos avaliam a saúde individual. Nesse sentido, indivíduos residentes em comunidades com piores condições socioeconômicas em geral apresentam pior SAR. Além disso, observou-se

que, por uma via, o aumento do nível de escolaridade diminui a probabilidade do sujeito referir precariamente a própria saúde <sup>25,26</sup> e, por outra, níveis mais baixos de escolaridade estão associados significativamente a SAR-P <sup>27,28</sup>. Portanto, nível de escolaridade constitui fator determinante da SAR por se definir como componente do capital humano e do capital social, relativos a riquezas imateriais que habilitam o sujeito a lidar com os desafios da vida em toda sua trajetória.

Contudo, outras características devem ser inseridas no quadro da relação entre escolaridade e SAR. Inicialmente, correspondendo a distintos perfis de saúde de acordo com o sexo, estudos apontam diferenças na prevalência de saúde autorreferida precária (SAR-P) entre homens e mulheres, com estas apresentando maior proporção de SAR-P <sup>29,30</sup>. Por esse motivo, a avaliação do efeito da escolaridade na SAR requer a distinção das medidas de acordo com o sexo. Em segundo lugar, há evidências que indicam que idosos apresentam pior saúde autorreferida <sup>3,12</sup>, provavelmente em decorrência do maior acúmulo de morbidades nessa fase da vida. Além disso, conforme Barros et al (2011), no Brasil as gerações mais velhas tiveram menor acesso a escola e deste modo apresentam menor nível de escolaridade; assim, na população brasileira de um modo geral, a idade apresenta associação com escolaridade baixa e com SAR-P <sup>31</sup>, indicando-a como potencial fator de confusão da relação entre as duas variáveis. Outros fatores observados em outras investigações como associados à SAR-P, como renda baixa <sup>32</sup>, acesso reduzido a bens de consumo, desemprego e condições precárias de trabalho <sup>28,33</sup>, preconceito e discriminação racial, baixo suporte social e hábitos de vida deletérios à saúde, podem também estar associados a menor nível de escolaridade, portanto podem produzir confusão na associação da escolaridade com a SAR.

Assim, com o propósito de contribuir para uma melhor compreensão do papel da educação para a SAR-P, o objetivo do presente estudo foi verificar o efeito do nível de

escolaridade na saúde autorreferida em uma amostra de moradores de Salvador/BA - 2000.

## **Métodos**

### *Desenho do Estudo*

Este é um estudo de corte transversal de base populacional realizado com dados da fase 1 de uma pesquisa de desenho longitudinal (2000-2008), cujo propósito era investigar a relação entre trabalho e saúde.

### *População e amostra*

A população deste estudo limitou-se a sujeitos com idade de 18 anos ou mais que responderam a pergunta sobre saúde autorreferida e referiam possuir algum trabalho, remunerado ou não, no período de referência da pesquisa. Optou-se por amostragem aleatória comunitária por conglomerados em estágio único, utilizando-se parâmetros oficiais para estimar o número de adultos por residência, com o propósito de permitir maior segurança do entrevistador e eficiência da coleta. Mapas urbanos da cidade de Salvador foram utilizados para seleção das subáreas, cada um com cerca de 80 domicílios residenciais. Trinta e duas subáreas foram sorteadas, contudo apenas 29 eram habitadas e foram utilizadas no estudo. Identificou-se 2.512 famílias, perfazendo um total de 9.591 sujeitos. A escolha por esse tipo de desenho amostral foi decorrente da falta de registros completos dos endereços em áreas de menor nível socioeconômico, bem como por permitir melhor operacionalização na coleta de dados. Para este estudo foram analisados 4.730 sujeitos, com idade de 18 a 65 anos de idade, após a exclusão de 247 sujeitos que não responderam ao item relacionado à SAR.

### *Procedimentos de coleta de dados*

Foram selecionados, contratados e capacitados entrevistadores para a coleta de dados do estudo, com o objetivo de garantir a padronização dos procedimentos do estudo no processo de aplicação dos questionários. Aos entrevistadores recomendou-se o uso de vestimentas adequadas e postura ética e discreta, estabelecendo um clima de cordialidade durante a pesquisa, evitando assuntos paralelos ou debates, permitindo a livre expressão das respostas dos participantes, sem, entretanto permitir o acesso aos questionários.

As entrevistas foram realizadas na residência dos participantes, em local reservado e sem a presença de terceiros. Foi vedada a realização de entrevistas por telefone e o uso desse meio de comunicação era restrito para agendamento e complementação de dados, desde que informado e autorizado pela coordenação. Entrevistas realizadas no trabalho dos respondentes foram autorizadas excepcionalmente pela supervisão.

Inicialmente, em cada domicílio, foram identificados os moradores, obtido o consentimento livre e esclarecido, após a explanação sobre o objetivo da pesquisa. Em seguida eram listados todos os residentes no domicílio, registrando dados de identificação e sociodemográficos da família utilizando a Ficha de Família (FF) (ANEXO 1), por um informante chave. Posteriormente, agendavam-se entrevistas individuais, e conforme o caso, foram preenchidas: a Ficha Individual do Adulto e do Adolescente (FIA) (ANEXO 2), a Ficha Psicológica do Adolescente (FIP) (ANEXO 3), a Ficha da Empregada Doméstica (FDM) (ANEXO 4) e a Ficha de Acidentes (FAC) (ANEXO 5). Recusas foram comunicadas à coordenação, contudo, nestas situações o entrevistador deveria preencher, no mínimo, o cabeçalho da FF, listando os membros da

família e em seguida informado a coordenação cada um desses casos as devidas providências

#### *Variáveis do estudo*

##### *Variável independente*

O nível de escolaridade foi aferido com uma pergunta sobre qual era o maior nível de escolaridade concluído. As categorias de resposta foram agrupadas em duas: pelo menos o 2º grau [0] para maior escolaridade, ter concluído apenas 1º grau completo [1] para escolaridade baixa.

##### *Variável dependente*

Saúde autorreferida (SAR) foi derivada do item constante no bloco do questionário padronizado referente à saúde e bem-estar percebidos. Em uma escala de 0 a 10 o respondente assinalava o valor que representasse o seu estado de saúde. Com base em outros estudos que utilizam a SAR, as notas atribuídas aos sujeitos foram categorizadas em dois níveis, utilizando como ponto de corte para saúde autorreferida precária (SAR-P) valores menores ou iguais a 4,5 na escala de mensuração<sup>8,9,37</sup>. Assim, foram criadas duas categorias, saúde autorreferida boa/excelente (SAR-B) para valores superiores ao ponto de corte [0] e saúde autorreferida precária (SAR-P) para valores menores ou iguais ao ponto de corte [1].

##### *Covariáveis*

Foram analisadas as seguintes variáveis como potenciais fatores de confundimento e modificação de efeito da relação entre escolaridade e saúde autorreferida.

Situação conjugal consistiu de duas categorias: não casados(as) – [0] para os sujeitos solteiros(as), separados(as), divorciados(as) e viúvos(as); e, casados(as) ou em união consensual – [1] que incluía os respondentes que referiam essas condições.

Para idade foram criados dois níveis de faixa etária, idade de 40 anos ou menos – [0] e idade maior que 40 anos – [1].

Renda mensal foi categorizada em dois níveis:  $\geq$  R\$ 302,00 – [0] e  $<$  R\$ 302,00 [1]. Número de bens, referente à quantidade de bens que o indivíduo possuía entre aqueles apresentados (carro, computador, máquina de lavar, vídeo cassete, microondas, máquina de lavar roupa, telefone, casa de praia e *laser-disc player* – DVD), categorizada em dois ou mais dos bens – [0] e um ou nenhum dos bens – [1]. Trabalho infantil: idade do primeiro trabalho maior que 14 anos – [0] e menor ou igual a 14 anos [1].

A variável trabalho foi baseada na informação sobre a condição de formalidade do vínculo, ou seja, presença de carteira de trabalho assinada. Indivíduos que referiam possuir carteira assinada foram classificados em trabalho formal – [0], do contrário, sem carteira assinada, classificou-se como sujeitos em trabalho informal – [1].

Cor da pele foi avaliada pelo próprio entrevistador entre seis opções de resposta, agrupadas para análise em duas categorias: não negra – [0] para respondentes classificados como branco, asiático, índio, moreno ou outra; e, negra [1] para respondentes classificados como negro ou mulato. Para discriminação e preconceito racial, era questionado se o indivíduo havia sofrido discriminação racial na aquisição de crédito/financiamento devido à cor da pele ou se já havia sido vítima de preconceito racial, para ambas a resposta foi “sim” – [1] ou “não” [0].

Suporte/apoio social foi avaliado a partir da investigação sobre se o entrevistado poderia contar com ajuda de familiares ou amigos em caso de emergência. A resposta era assinalada em escala tipo Likert com quatro pontos (sempre, muitas vezes, poucas vezes e nunca), agrupadas: “não” [1] para os que assinalaram poucas vezes ou nunca e “sim” – [0] para os que assinalaram sempre ou muitas vezes.

Finalmente, foram analisados os hábitos de tabagismo e consumo de bebida alcoólica. Em ambos os sujeitos respondiam, sim – [1] caso fumasse atualmente ou consumisse bebida alcoólica e não – [0], caso contrário.

#### *Análise de dados*

Realizou-se inicialmente uma análise descritiva na qual foram estimadas frequências simples e relativas das variáveis independente e dependente de acordo com as covariáveis do estudo. As variáveis foram descritas por meio de proporções e o teste de hipótese utilizado foi o qui-quadrado de Pearson. Foi utilizado o sexo como estratificação fundamental em todas as análises. Foram estimadas a prevalência e razões de prevalência de escolaridade baixa e SAR-P através da regressão de Poisson com variância robusta. Em seguida estimou-se a prevalência e razão de prevalência de SAR-P bruta e ajustada pelas covariáveis de interesse. Para identificação dos potenciais modificadores de efeito observou-se se as medidas de ponto estrato específico estavam contidas no intervalo de confiança correlato de cada covariável. Em seguida, o teste da razão da máxima verossimilhança foi conduzido para comparar os modelos brutos e saturados, em ambos os sexos e confirmar a presença de variável de interação. Para a identificação de potenciais confundidores da associação de interesse, considerou-se a diferença relativa entre as medidas brutas e ajustadas maior ou igual a 10%.

Para modelagem, inseriu-se no modelo inicial de cada sexo as covariáveis com  $p \leq 0,20$ . Em seguida foram construídos dois modelos múltiplos (por sexo) de regressão de Poisson com variância robusta e critério de seleção *backward*<sup>38</sup>. A regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada para estimar a razão de prevalência da associação entre nível de escolaridade baixa e SAR-P, estratificada por sexo e ajustada pelos fatores que permaneceram significantes a 5%.<sup>38,39,40,41</sup>. Em seguida, para cada modelo foi aplicado o teste de bondade do ajuste. Foi utilizado intervalo de confiança ao

nível de 95% (IC95%) para inferência estatística. As análises levaram em consideração o efeito do delineamento de amostras complexas.

#### *Aspectos éticos*

O estudo base original foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia conforme estabelece a Resolução n.º 196 do Conselho Nacional de Saúde.

### **Resultados**

Dos 4.730 sujeitos avaliados, 1853 (39,2%) eram homens e 2.877 (60,8%) eram mulheres, com média de idade de 35,1( $\pm$ 11,4) e 35,6 ( $\pm$ 12,6) anos, respectivamente. De acordo com os dados observados na Tabela 1, a maioria dos indivíduos do sexo masculino era casada ou vivia em união consensual (58,1%), era jovem ( $\leq$  40 anos) (69,2%), apresentava trabalho informal (52,8%), renda inferior a R\$ 302,00 (51,2%), possuía mais bens ( $\leq$ 1) e tinha exercido o primeiro trabalho com 14 anos de idade ou mais (55,4%). Neste grupo observou-se que a maior proporção era de sujeitos de cor da pele negra (61,1%), não tinha sido vítima de discriminação (89,4%) ou de preconceito racial (91,8%). Além disso, 81,6% dos sujeitos afirmou possuir suporte social, 80,5% não fumava, mas 69,8% dos entrevistados informou que consumia bebida alcoólica.

Entre as mulheres, houve maior proporção de não casadas (51,8%), jovens ( $\leq$  40 anos) (66,3%) exercendo trabalho informal (66,7%), Observou-se ainda, que a maioria das mulheres tinha renda menor que R\$ 302,00 (83,9%), possuía dois ou mais dos bens apresentados no estudo (51,4%) e iniciou o trabalho com idade superior aos 14 anos (78,5%). De modo similar aos homens, as mulheres arroladas no estudo tinham pele negra (61,7%) e não tinham sido vítimas de discriminação e preconceito racial, com



percentuais de 90,1% e 92,7%, respectivamente. Por fim, as mulheres, em sua maioria, afirmaram possuir apoio social nas situações de emergência (82,4%), não fumar (86,2%) e não beber (54,0%) (Tabela 1).

A prevalência global de SAR-P foi de 10,3%, sendo 5,3% para homens e 13,5% para mulheres. Em relação à distribuição da escolaridade por sexo, 65,5% e 63,4% entre homens e mulheres tinham concluído até o 1º grau, respectivamente. Observou-se associações brutas estatisticamente significantes entre o nível de escolaridade e SAR-P em homens (RP=3,16; IC95%: 1,80 - 5,52) e em mulheres (RP=2,62; IC95%: 2,04 - 3,35) (Tabela 3).

No grupo dos homens, observou-se associação significativa da SAR-P com idade, renda mensal, número de bens, idade do primeiro trabalho, consumo de fumo e de bebida alcoólica. Enquanto entre as mulheres, verificou-se associação da maior idade, da menor renda, do reduzido número de bens, do trabalho infantil, da cor da pele negra, da discriminação e do preconceito racial, da condição de fumante e usuária de bebida alcoólica com o desfecho (Tabela 2). A análise comparativa da mudança percentual entre a medida pontual (razão de prevalência) bruta e a ajustada (Tabela 3), bem como a análise multivariada indicaram o número de bens como variável confundidora da associação em estudo entre os homens.

Na análise bivariada, observou-se que as medidas de ponto estrato específico estavam contidas no intervalo de confiança correlato em todas as covariáveis estudadas (Tabela 3). Além disso, o teste da razão da máxima verossimilhança conduzido para comparar os modelos brutos e saturados, em ambos o sexos, não evidenciou diferença significativa, indicado que não houve covariável modificadora de efeito da associação em estudo.

A partir dos resultados da primeira etapa da análise e de acordo com o modelo teórico, foi proposto um modelo para cada sexo. Neste sentido, no modelo inicial foram inseridos os fatores cuja associação com SAR-P foi menor ou igual a 20% e permaneceram no modelo final aqueles com  $p \leq 0,05$  ou que perderam a significância estatística à medida que outras covariáveis foram retiradas. Os modelos finais foram ajustados por idade independente da significância estatística e no grupo masculino número de bens permaneceu devido à condição de fator de confusão identificada na análise multivariada.

Os dados apresentados na Tabela 4 mostraram que o modelo final em homens foi composto por idade, renda mensal, número de bens, preconceito racial, tabagismo e consumo de álcool, enquanto que o modelo final para as mulheres foi composto por idade, cor da pele, discriminação e preconceito racial e consumo de álcool. O teste de bondade do ajustamento apontou a adequação do modelo final da análise de regressão de Poisson com variância robusta para associação entre escolaridade baixa e SAR-P.

## **Discussão**

Os resultados desse estudo revelam que pessoas com menor escolaridade (1º grau completo ou menos) apresentam maiores prevalências SAR-P. Contudo, os modelos explicativos da associação são distintos de acordo com o sexo, pois enquanto em homens, idade, renda mensal, número de bens, preconceito racial, tabagismo e consumo de álcool compõem o quadro de explicação da SAR-P, em mulheres, idade, cor da pele, discriminação e preconceito racial e consumo de álcool constituíram o modelo final obtido.

Resultados similares foram observados em outros estudos. Lindström et al. (2001) observaram, em um estudo realizado na Suécia, que quanto comparados aos sujeitos que tinham doze anos ou mais de escolaridade, os indivíduos de menor escolaridade tinham mais chances de referir SAR-P (RP=1,70; IC95%:1,40;2,20)<sup>42</sup>, outras evidências no mesmo sentido foram observadas em investigações realizadas nos Estados Unidos<sup>25</sup>, na África do Sul<sup>29</sup>, no Paquistão<sup>43</sup>, na Itália<sup>28</sup> e no Brasil<sup>6,44</sup>.

A escolaridade configura-se como a mais importante dimensão do capital humano e sua relação com a saúde refere-se ao seu papel de preditor de melhores condições econômicas, como emprego, renda, posse de bens e acesso a serviços. Além disso, maior nível educacional facilita o acesso e a compreensão de mecanismos de prevenção, controle e recuperação de condições de saúde doença<sup>45</sup>. Por outro lado, baixa escolaridade está associada morbidade, mortalidade precoce e comportamentos não saudáveis<sup>46</sup>.

Do ponto de vista do desfecho investigado, SAR representa uma medida sumária da percepção dos sujeitos acerca de sua saúde nas dimensões física, mental e social. Honjo et al (2006) demonstraram um gradiente social na percepção de saúde física e mental, no qual indivíduos de menor condição socioeconômica apresentavam pior SAR. Em geral, evidências confirmam sistematicamente que sujeitos de menor escolaridade têm pior SAR<sup>26,27,28,47</sup> de modo que o conjunto de relatos, lastreado pela base teórica reforçam a proposta de destaque da escolaridade como determinante do desfecho de interesse.

Provavelmente, piores condições sociais são traduzidas em estresse, que influenciam diretamente a saúde, em muitas de suas dimensões. Neste sentido, Szanton, Gill e Allen (2005) reconhecem que o modelo da carga alostática explicaria o

mecanismo responsável pelo risco induzido pelo estresse na vida e saúde dos sujeitos, sugerindo que diferenças desse constructo refletiriam a carga acumulada de fatores psicossociais produzida por distintos estressores, cujos efeitos que contribuiriam para a compreensão das diferenças no estado de saúde<sup>16</sup>.

Entretanto, de modo mais consistente com os modelos de determinação da Epidemiologia, a proposta do Modo de Vida e Saúde, apontada como base para compreensão dos mecanismos causais das doenças crônicas não transmissíveis, contribui de forma robusta para compreensão do processo de determinação da SAR, uma vez que aponta os processos sociais como mecanismos críticos na relação fator-hospedeiro suscetível-risco<sup>48</sup>. Assim, o nível de educação como fator determinante da SAR, ou mais especificamente a associação entre a escolaridade baixa e SAR-P, ajusta-se aos modelos de determinação que propugnam o efeito das piores condições econômicas no perfil de morbimortalidade individual e coletiva.

Evidências indicam que homens e mulheres se relacionam por diferentes vias com o contexto que vivem e essas distintas formas de relação implicam em diferentes efeitos sobre a saúde individual<sup>49</sup>, neste sentido estudos confirmam que as mulheres têm maior probabilidade de referir SAR-P do que homens<sup>12, 50</sup>. Neste sentido, os resultados deste estudo apontaram para maior prevalência de SAR-P entre mulheres, porém a magnitude do efeito da escolaridade baixa na chance de referir SAR-P foi maior em sujeitos do sexo masculino.

Para a diferença observada na prevalência de acordo com o sexo, deve-se considerar a proposição de Denton, Prus & Walters (2004) que afirmam que gênero é uma variável que expressa diferenças biológicas e sociais no perfil de saúde,

provavelmente em decorrência de diferentes níveis de exposição e vulnerabilidade a fatores de risco ou proteção observada entre homens e mulheres<sup>51</sup>.

A opção por utilizar a escolaridade como exposição principal e medida de condição socioeconômica contribuiu parcialmente para contornar o principal problema relacionado aos estudos transversais: a causalidade reversa, uma vez que se trata de uma medida estável em adultos. Além disso, apresenta facilidade de mensuração, habitualmente reflete melhores condições de emprego e renda, hábitos, comportamentos e estilo de vida. Apesar da consistência da medida e dos resultados obtidos, as evidências deste estudo precisam ser analisadas com parcimônia por tratar-se de estudo de delineamento transversal em um recorte da população. Além disso, no questionário utilizado, o item sobre saúde autorreferida foi precedido por uma questão que inquiria o respondente sobre ser ou não saudável e neste sentido é possível que a precedência de uma resposta positiva neste item influenciasse de algum modo a atribuição de uma nota para a própria saúde em uma escala.

Por fim, conclui-se que o nível de escolaridade tem efeito sobre a SAR, tanto em homens como em mulheres e esses resultados contribuem para a compreensão do papel das condições socioeconômicas como determinantes de saúde e bem-estar. Assim, propugna-se pela adoção de políticas públicas que no cerne dos seus objetivos inclua a educação formal ou informal como mecanismo de empoderamento capaz de alterar a condição social e inverter o gradiente social desfavorável na SAR e no bem-estar, contribuindo para mudança no perfil de saúde da população.

## Referências

1. Woolf SH, Braveman P. Where health disparities begin: the role of social and economic determinants and why current policies may make matters worse. *Health aff* 2011; 30(10):1852-1859.
2. Shields M, Shoostari S. Determinants of self-perceived health. *Health rep*. 2001; 13(1):35-52.
3. Dachs NM. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD 1998. *Ciênc. saúde coletiva* 2002; 7(4):641-657.
4. Diaz MD, Desigualdades socioeconômicas na saúde. *Rev Bras Econ* 2003; 27(1):7-25.
5. Laaksonen M, Rahkonen O, Martikainen P, Lahelma E. Socioeconomic position and self-rated health: the contribution of childhood socioeconomic circumstances, adult socioeconomic status, and material resource. *Am j public health* 2005; 95(8):1403-1409.
6. Fonseca SA, Blank VLG, Barros MVG, Naha, MV. Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. *Cad. saúde pública* 2008; 24(3):567-576.
7. Sivarajani S, Sabanayagam C, Shankar A. Socioeconomic status, self-rated health, and mortality in a multiethnic sample of US adults. *J epidemiol* 2011; 21(5):337-345.
8. Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho ESF. Associação entre fatores contextuais e auto avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. *Cad. saúde pública* 2007; 23(11):2533-2554.
9. Jylha M, Volpado S, Guralnik JM. Self-rated showed a graded association with frequently used biomarkers in large population sample. *J. clin. epidemiol.* 2009; 59:465-471.
10. Foraker RE, Rose KM, Chang PP, McNeil AM, Suchindran CM, Selvin E, et al. Socioeconomic status and the trajectory of self-rated health. *Age Aging* 2011; doi:10.1093/ageing/afr069.
11. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J. health soc. beh.* 1997; 38(1):21-37
12. Barros MBA, Francisco PMSB, Lima MG, César CLG. Social inequalities in health among the elderly. *Cad saúde pública* 2011;27(supl):198-208.
13. Cabieses B, Zitzko P, Pinedo R, Espinoza M, Albor C. ¿Como se ha medido la posición social e investigación en salud? Una revisión de la literatura internacional. *Rev panam salud publica* 2011; 29(6):457-468.
14. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev. saúde pública* 2004; 38(6):627-634.
15. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring Social Class in US Public Health Research: Concepts, Methodologies, and Guidelines. *Ann. Rev. public health* 1997; 18 341-378.
16. Szanton SL, Gill JM, Allen JK, Allostatic load: A mechanism of socioeconomic health disparities? *Biol Res Nurs* 2005; 7(1):7-15.
17. Eriksson I, Undén AL, Elofsson S. Self-rated. Comparisons between three different measures. Results from population study. *Int. j. epidemiol.* 2001; 30:326-333.

18. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev. saúde pública* 2009; 43 (Supl. 2):27-37.
19. Saúl RP. Raízes renegadas da teoria do capital humano. *Sociologias* 2004; 6(12):230-273.
20. Ramalho CM, Passanezi PSM, Santos AS. Capital humano e saúde sustentável: o setor saúde no Brasil e perspectivas para América Latina e Caribe. *Saúde Coletiva* 2008; 5(21):86-93.
21. Noronha K, Figueiredo L, Andrade MV. Health and economic growth among states of Brazil from 1991 to 2000. *R. bras Est. Pop* 2010; 27(2):269-283.
22. Grundy E, Souza EM. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para saúde pública. *Cad. saúde pública* 2004; 20(5):1354-1360.
23. Poortinga W, Dunstan FD, Fone DL. Perceptions of the neighbourhood environment and self-rated health: a multilevel analysis of the Caerphilly and Social Needs Study. *BMC Public Health* 2007; 7:285.
24. Cummings S, Stafford M, Macintyre S, Marmot M, Ellaway A. Neighbourhood environment and its association with self-rated: evidence from Scotland and England. *J. epidemiol. community health* 2005; 59:207-213.
25. Kennedy BP, Kawachi I, Glas R, Prothrow-Stith D. Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in United States: multilevel analysis. *BMJ* 1998; 317:917-921.
26. Garcia LP, Höfelmann DA, Acchini LA. Self-rated health and working conditions among workers from primary health care centers in Brazil. *Cad. saúde pública* 2010; 26(5): 971-980.
27. Subramanian SV, Kim D, Kawachi I. Covariation in the socioeconomic determinants of self-rated health and happiness: a multivariate multilevel analysis of individuals and communities in the USA. *J. epidemiol. community health* 2005; 59:664-669.
28. Franzini L, Giannoni M. Determinants of health disparities between Italian regions. *BMC public health* 2010; 10:296. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/296>.
29. Gilbert L, Soskolne V. Self-assessed health – a case study of social differentials in Soweto, South Africa. *Health Place* 2003; 9:195-205.
30. Alexopoulos EC, Geitona M. Self-rated health: Inequalities and potential determinants. *Int. j. envirom. Res. public health* 2009; 6:2456-2469.
31. Barros MBA, Francisco PMSB, Lima MG, César CL. Social inequalities in health among the elderly. *Cad. saúde pública* 2011; 27(supl2):198-208.
32. Phillips LJ, Hammock RL, Blanton JM. Predictors of self-rated health status among Texas residents. *Prev. Chronic Dis* [serial on line] 2005. Disponível em: [http://www.cdc.gov/ped/issues/2005/oct/04\\_0147.htm](http://www.cdc.gov/ped/issues/2005/oct/04_0147.htm).
33. McFadden E, Luben R, Bingham S, Wareham N, Kinmonth AL, Khaw KT. Social inequalities in self-rated by age: Cross-sectional study of 22.457 middle-aged men and women. *BMC public health* 2008; 8(230).
34. Kleinbaum DG. *Logistic Regression – a self learning text*. New York: Springer-Verlag; 1992.
35. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in crosssectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology* 2003; 3(21): 1-13.

36. Santos CAST, Fiaccone RL, Oliveira NF, Cunha S, Barreto ML, Amorim LD, et al. Estimating adjusted prevalence ration in clustered cross-sectional epidemiological data. *BMC Med Res Method* 2008; 8:80. doi 101186/1471-2288-8-80.
37. Subramanian SV, Huijts T, Avendano M. Self-reported health assessment in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education? *Bull World Health Organ* 2010; 88:131-138.
38. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology* 2003; 3(21): 1-13.
39. Santos CAST, Fiaccone RL, Oliveira NF, Cunha S, Barreto ML, Amorim LD, et al. Estimating adjusted prevalence ration in clustered cross-sectional epidemiological data. *BMC Med Res Method* 2008; 8:80. doi 101186/1471-2288-8-80.
40. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudo de corte transversal. *Rev saúde pública* 2008; 42(6):992-998.
41. Mulder BC, Bruin M, Schreurs H, van Ameijden EJC, van Woerkum CMJ. Stressors and resources mediate the association of socioeconomic position with health behaviours. *BM public health* 2011; 11:798. doi 1471-2458/11/798.
42. Lindström M, Sundquist J, Östergren P-O. Ethnic differences in self reported health in Malmö in southern Sweden. *J. epidemiol. community health* 2001; 55:97-103.
43. Ahmad K, Jafar TH, Catuverdi N. Self-rated in Pakistan results of a national health survey. *BMC Public Health* 2005; 5:21. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/I-471-2458/5/51>.
44. Cremonese C, Backes V, Olinto MTA, Dias-da-Costa JS, Pattusi MP. Neighborhood sociodemographic and enviromental contexts and self-rated health amongs Brazilian adults: a multilevel study. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(12):2368-2378.
45. Liu H, Hummer RA. Are educational differences in U.S. self-rated health increasing?: An examination by gender and race. *Soc Sci Med* 2008, 67(11):1898-1906.
46. Honjo K, Kawakami N, Takeshima T, Tachimori H, Ono Y, Uda H, et al. Social class inequalities in self-rated health and their gender and age group differences in Japan. *J. epidemiol.* 2006; 16(6):223-232.
47. Moraes JR, Moreira JPL, Luiz RR. A associação entre o estado de saúde autorreferida de adultos e área de localização do domicílio: uma análise de regressão logística ordinal usando a PNAD 2008. *Cienc saúde coletiva* 2011; 16(9):3769-3780.
48. Almeida-Filho N. Modelo de determinação das doenças crônicas não-transmissíveis. *Cienc saúde coletiva* 2004; 9(4):865-884.
49. Kavanagh AM, Turrel G, Subramanian SV. Does area-based social capital matter for the health of Australians? A multilevel analysis of slef-rated in Tasmania. *Int. j. epidemiol.* 2006; 35:607-613.
50. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordström E, Eriksson H, et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *Eur. J. public health* 2006; 17(2):125-133.



51. Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psycho-social, structural and behavioural determinants of health. *Soc sci med* 2004; 58(1):2585-2600.

**Tabela 1** – Caracterização da população de estudo de acordo com o nível de escolaridade Salvador(BA), Brasil, 2000

Variáveis	Sexo							
	Masculino (n=1.853)				Feminino (n=2.877)			
	n (%)	2º Grau ou maior n (%)	1º Grau ou menor n (%)	p <sup>a</sup>	n (%)	2º Grau ou maior n (%)	1º Grau ou menor n (%)	p <sup>a</sup>
<b>Situação conjugal</b>								
Não casado(as)	777 (41,9)	271 (42,4)	506 (41,7)	0,762	1.490 (51,8)	596 (56,6)	894 (49,0)	<0,001
Casado(as)	1.076 (58,1)	368 (57,6)	708 (58,3)		1.387 (48,2)	456 (43,3)	931 (51,0)	
<b>Idade (em anos)</b>								
≤ 40	1.282 (69,2)	434 (67,9)	848 (69,8)	0,392	1.907 (66,3)	753 (71,6)	1.154 (63,2)	<0,001
> 40	571 (30,8)	205 (32,1)	366 (30,2)		970 (33,7)	299 (28,4)	671 (36,8)	
<b>Tipo de trabalho</b>								
Formal	875 (47,2)	373 (42,7)	602 (49,6)	0,005	958 (33,3)	371 (35,3)	587 (32,2)	0,089
Informal	978 (52,8)	366 (57,3)	612 (50,4)		1.919 (66,70)	681 (64,7)	1.238 (67,8)	
<b>Renda mensal (em R\$)</b>								
≤ 302,00	905 (48,8)	409 (64,0)	496 (40,9)	<0,001	464 (16,1)	363 (34,5)	101 (5,5)	<0,001
> 302,00	948 (51,2)	230 (36,0)	718 (59,1)		2.413 (83,9)	689 (65,5)	1.724 (94,5)	
<b>Número de bens</b>								
≥ 2	930 (50,2)	451 (70,6)	479 (39,5)	<0,001	1.480 (51,4)	762 (72,4)	718 (39,3)	<0,001
≤ 1	923 (49,8)	188 (29,4)	735 (60,5)		1.397 (48,6)	290 (27,6)	1.107 (60,7)	
<b>Idade do primeiro trabalho</b>								
>14 anos	955 (51,5)	414 (64,8)	541 (44,6)	<0,001	2.259 (78,5)	913 (86,8)	1.345 (73,7)	<0,001
≤ 14 anos	898 (48,5)	225 (35,2)	673 (55,4)		619 (21,5)	139 (13,2)	480 (26,3)	
<b>Cor da pele</b>								
Não negra	721 (38,9)	326 (51,0)	395 (32,5)	<0,001	1.103 (38,3)	483 (45,9)	620 (34,0)	<0,001
Negra	1.132 (61,1)	313 (49,0)	819 (67,5)		1.774 (61,7)	569 (54,1)	1.205 (66,0)	
<b>Discriminação racial</b>								
Não	1.657 (89,4)	590 (92,3)	1.067 (87,9)	0,003	2.592 (90,1)	973 (92,5)	1.619 (88,7)	0,001
Sim	196 (10,6)	49 (7,7)	147 (12,1)		285 (9,9)	79 (7,5)	203 (11,3)	
<b>Preconceito racial</b>								
Não	1.701 (91,8)	584 (91,4)	1.117 (92,0)	0,645	2.666 (92,7)	957 (91,0)	1.709 (93,6)	0,008
Sim	152 (8,2)	55 (8,6)	97 (8,0)		211 (7,3)	95 (9,0)	116 (6,4)	
<b>Suporte social</b>								
Não	1.512 (81,6)	536 (83,9)	976 (80,4)	0,066	2.372 (82,4)	928 (88,2)	1.444 (79,1)	<0,001
Sim	341 (18,4)	103 (16,1)	238 (19,6)		505 (17,6)	124 (11,8)	381 (20,9)	
<b>Fuma</b>								
Não	1.491 (80,5)	524 (82,0)	967 (79,6)	0,225	2.481 (86,2)	935 (88,9)	1.546 (84,7)	0,002
Sim	362 (19,5)	115 (18,0)	247 (20,4)		396 (13,8)	117 (11,1)	279 (15,3)	
<b>Consome álcool</b>								
Não	560 (30,2)	173 (27,1)	387 (31,9)	0,032	1.554 (54,0)	515 (48,9)	1.039 (56,9)	<0,001
Sim	1.293 (69,8)	466 (72,9)	827 (68,1)		1.323 (46,0)	537 (51,1)	786 (43,1)	

Fonte: Base de dados do Projeto Acidentes – PISAT/ISC/UFBA – Fase I (2000) <sup>a</sup> qui-quadrado

**Tabela 2** – Prevalências e razões de prevalência da SAR-P de acordo com sexo, Salvador(BA), Brasil, 2000

Variáveis	Sexo									
	Masculino (n=1.853)					Feminino (n=2.877)				
	n (%)	SAR-P	P SAR-P <sup>b</sup>	RP <sup>c</sup>	IC95%	n (%)	SAR-P	P SAR-P <sup>b</sup>	RP <sup>c</sup>	IC95%
<b>Situação conjugal</b>										
Não casado(as)	777	1.020 (94,8)	5,4	1,00	-	1.490	1.186 (85,5)	12,6	1,00	-
Casado(as)	1.076	56 (5,2)	5,2	0,96	0,65 – 1,42	1.387	201 (14,5)	14,5	1,15	0,96 – 1,39
<b>Idade (em anos)</b>										
≤ 40	1.282	523 (91,6)	3,9	1,00	-	1.907	764 (78,8)	9,5	1,00	-
> 40	571	48 (8,4)	8,4	2,15	1,47 – 3,16	970	206 (21,2)	21,2	2,22	1,85 – 2,67
<b>Tipo de trabalho</b>										
Formal	875	928 (94,9)	5,5	1,00	-	958	1.647 (85,8)	12,1	1,00	-
Informal	978	50 (5,1)	5,1	0,93	0,63 – 1,37	1.919	272 (14,2)	14,2	1,17	0,95 – 1,43
<b>Renda mensal (em R\$)</b>										
≤ 302,00	905	886 (93,5)	3,9	1,00	-	464	2.062 (85,4)	7,9	1,00	-
> 302,00	948	62 (6,5)	6,5	1,64	1,10 – 2,45	2.413	351 (14,6)	14,5	1,82	1,32 – 2,52
<b>Número de bens</b>										
≥ 2	930	963 (93,5)	4,1	1,00	-	1.480	1.171 (83,8)	10,9	1,00	-
≤ 1	92	60 (6,5)	6,5	1,59	1,07 – 2,36	1.397	226 (19,2)	16,2	1,48	1,22 – 1,78
<b>Idade do primeiro trabalho</b>										
>14 anos	955	840 (93,5)	4,2	1,00	-	2.259	518 (83,7)	12,7	1,00	-
≤ 14 anos	898	58 (6,5)	6,5	1,54	1,04 – 2,28	619	101 (16,3)	16,3	1,28	1,04 – 1,58
<b>Cor da pele</b>										
Não negra	721	1.066 (94,2)	4,4	1,00	-	1.103	1.502 (84,7)	10,5	1,00	-
Negra	1.132	66 (5,8)	5,8	1,31	0,87 – 1,98	1.774	272 (15,3)	15,3	1,46	1,19 – 1,79
<b>Discriminação racial</b>										
Não	1.657	183 (93,4)	5,1	1,00	-	2.592	225 (78,9)	12,6	1,00	-
Sim	196	13 (6,6)	6,6	1,29	0,73 – 2,27	285	60 (21,1)	21,0	1,66	1,30 – 2,13
<b>Preconceito racial</b>										
Não	1.701	140 (92,1)	5,1	1,00	-	2.666	164 (77,7)	12,8	1,00	-
Sim	152	12 (7,9)	7,9	1,56	0,87 – 2,79	211	47 (22,3)	22,3	1,74	1,33 – 2,28
<b>Suporte social</b>										
Não	1.512	317 (93,0)	4,9	1,00	-	2.372	428 (84,7)	13,1	1,00	-
Sim	341	24 (7,0)	7,0	1,44	0,92 – 2,24	505	77 (15,3)	15,2	1,16	0,92 – 1,46
<b>Fuma</b>										
Não	1.491	333 (92,0)	4,6	1,00	-	2.481	330 (83,3)	12,9	1,00	-
Sim	362	29 (8,0)	8,0	1,73	1,14 – 2,63	396	66 (16,7)	16,7	1,28	1,01 – 1,64
<b>Consome álcool</b>										
Não	560	1.235 (95,5)	7,1	1,00	-	1.554	1.176 (88,9)	15,5	1,00	-
Sim	1.293	58 (4,5)	4,5	0,63	0,42 – 0,93	1.323	147 (11,1)	11,1	1,72	0,59 – 0,87

**Fonte:** Base de dados do Projeto Acidentes – PISAT/ISC/UFBA – Fase 1 (2000)

<sup>a</sup>Prevalência de SAR-P / <sup>c</sup>Razão de prevalência

**Tabela 3** – Razões de prevalência brutas e ajustadas de acordo com as covariáveis analisadas, entre nível de escolaridade e saúde autorreferida precária (SAR-P) e os respectivos Intervalos de Confiança a 95%, Salvador(BA), Brasil, 2000

Dimensões/Covariáveis	Sexo					
	Masculino			Feminino		
	n (%)	RP <sup>a</sup>	IC 95%	n (%)	RP <sup>a</sup>	IC 95%
<b>Associação Bruta</b>	<b>1.853</b>	<b>3,16</b>	<b>1,81 – 5,52</b>	<b>2.877</b>	<b>2,62</b>	<b>2,04 – 3,35</b>
Situação conjugal						
Não casado(s)	777	3,21	1,37 – 7,53	1.49	2,70	1,91 – 3,81
Casados(as)/Consensual	1.076	3,12	1,49 – 6,52	1.387	2,49	1,75 – 3,56
<b>Ajustada</b>		<b>3,16</b>	<b>1,81 – 5,52</b>		<b>2,59</b>	<b>2,03 – 3,33</b>
Idade (em anos)						
≤ 40	1.282	3,14	1,42 – 6,93	1.907	2,31	1,65 – 3,25
> 40	571	3,28	1,50 – 7,18	970	2,61	1,81 – 3,75
<b>Ajustada</b>		<b>3,21</b>	<b>1,84 – 5,60</b>		<b>2,45</b>	<b>1,91 – 3,14</b>
Tipo de trabalho						
Formal	875	2,27	1,07 – 4,78	958	2,70	1,73 – 4,22
Informal	978	4,38	1,89 – 10,2	1.919	2,57	1,91 – 3,46
<b>Ajustada</b>		<b>3,13</b>	<b>1,80 – 5,44</b>		<b>2,61</b>	<b>2,04 – 3,34</b>
Renda (Em R\$)						
≥ 302,00	905	2,89	1,33 – 6,26	464	2,19	1,17 – 4,09
< 302,00	948	2,99	1,30 – 6,85	2.413	2,58	1,92 – 3,47
<b>Ajustada</b>		<b>2,94</b>	<b>1,66 – 5,19</b>		<b>2,53</b>	<b>1,93 – 3,32</b>
Número de bens						
≥ 2	930	4,17	1,85 – 9,37	1.480	2,45	1,78 – 3,37
≤ 1	923	1,93	0,89 – 4,19	1.397	2,56	1,66 – 3,93
<b>Ajustada</b>		<b>2,81</b>	<b>1,62 – 4,87</b>		<b>2,49</b>	<b>1,92 – 3,23</b>
Idade do primeiro trabalho						
> 14 anos	955	4,33	1,84 – 10,23	2.258	2,74	2,07 – 3,61
≤ 14 anos	898	2,09	1,01 – 4,34	619	1,96	1,13 – 3,40
<b>Ajustada</b>		<b>2,90</b>	<b>1,68 – 5,02</b>		<b>2,56</b>	<b>1,99 – 3,28</b>
Cor da pele						
Não negra	721	2,95	1,29 – 6,73	1.103	3,52	2,23 – 5,57
Negra	1.132	3,22	1,49 – 6,97	1.774	2,15	1,60 – 2,88
<b>Ajustada</b>		<b>3,10</b>	<b>1,76 – 5,47</b>		<b>2,51</b>	<b>1,96 – 3,21</b>
A sua cor dificultou o crédito						
Não	1.657	3,06	1,71 – 5,48	2.592	2,58	1,98 – 3,36
Sim	196	4,00	0,53 – 29,9	285	2,49	1,24 – 5,01
<b>Ajustada</b>		<b>3,14</b>	<b>1,79 – 5,49</b>		<b>2,57</b>	<b>2,00 – 3,29</b>
Foi vítima de preconceito						
Não	1.701	2,93	1,64 – 5,25	1.069	3,81	2,33 – 6,20
Sim	152	6,24	0,83 – 47,0	240	2,72	1,23 – 6,00
<b>Ajustada</b>		<b>3,16</b>	<b>1,81 – 5,52</b>		<b>2,83</b>	<b>2,16 – 3,71</b>
Suporte nas emergências						
Sim	1.512	3,14	1,67 – 5,91	2.666	2,68	2,04 – 3,50
Não	341	3,02	0,92 – 9,93	211	2,68	1,44 – 4,97
<b>Ajustada</b>		<b>3,12</b>	<b>1,78 – 5,45</b>		<b>2,68</b>	<b>2,09 – 3,43</b>
Fuma						
Não	1.491	3,61	1,81 – 7,22	2.481	2,87	2,18 – 3,79
Sim	362	2,23	0,87 – 5,71	396	1,56	0,90 – 2,70
<b>Ajustada</b>		<b>3,10</b>	<b>1,78 – 5,41</b>		<b>2,58</b>	<b>2,02 – 3,30</b>
Consome bebida alcoólica						
Não	560	2,53	1,08 – 5,92	1.554	2,42	1,76 – 3,33
Sim	1.293	3,52	1,68 – 7,36	1.323	2,78	1,88 – 4,11
<b>Ajustada</b>		<b>3,08</b>	<b>1,77 – 5,37</b>		<b>2,56</b>	<b>2,00 – 3,27</b>

Fonte: Base de dados do Projeto Acidentes – PISAT/ISC/UFBA – Fase I (2000)

<sup>a</sup>Razão de prevalência

**Tabela 4** – Análise estratificada e regressão de Poisson (modelo final) para a associação entre saúde autorreferida precária (SAR-P) e o nível de escolaridade por sexo segundo covariáveis, Salvador(BA), Brasil, 2000

Exposição	Sexo			
	Homens		Mulheres	
	RP <sup>i</sup> <sub>Bruta</sub> (IC95%)	RP <sup>i</sup> <sub>Ajustada</sub> (IC95%) <sup>a</sup>	RP <sup>i</sup> <sub>Bruta</sub> (IC95%)	RP <sup>i</sup> <sub>Ajustada</sub> (IC95%) <sup>b</sup>
<b>Nível de escolaridade</b>				
2º Grau ou maior	1,00	1,00	1,00	1,00
1º Grau ou menor	3,16 (1,81 – 5,52)	2,69 (1,50 – 4,83)	2,62 (2,04 – 3,35)	2,33 (1,81 – 2,99)

Fonte: Base de dados do Projeto Acidentes – PISAT/ISC/UFBA – Fase 1 (2000)

<sup>i</sup>Razão de prevalência

<sup>a</sup> Ajustado por idade, renda mensal, número de bens, preconceito racial, tabagismo e consumo de álcool.

<sup>b</sup> Ajustado por idade, cor da pele, discriminação racial, preconceito racial e consumo de álcool.

## 2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde autorreferida – SAR tem sido uma medida do estado de saúde individual amplamente utilizada em investigações epidemiológicas, sendo a prevalência do seu extremo negativo, saúde autorreferida precária – SAR-P o mais importante desfecho utilizado no conjunto de estudos avaliados. A revisão de estudos com estimativas da prevalência de SAR-P indicou que diversos fatores estão associados à SAR-P, entre eles: maior idade, sexo feminino e piores condições socioeconômicas, individuais ou coletivas. Além disso, resultados de diversos estudos indicam uma ampla variação na proporção de sujeitos que avaliam negativamente a própria saúde de acordo com o contexto cultural, além de uma forte influência de gênero e da condição social na SAR.

Diante das evidências e com base em distintos recortes teóricos, através da análise exploratória de um estudo transversal observou-se que a prevalência da SAR-P foi significativamente maior entre as mulheres e que vários fatores estão associados à SAR-P. Em seguida, este estudo explorou a relação entre escolaridade e SAR inserida num quadro de determinantes que inclui dimensões sociais, econômicas e de hábitos de vida e propôs a hipótese de que baixa escolaridade determina pior SAR.

Diante desses resultados, conduziu-se uma análise com o propósito de validar o quadro teórico e o modelo explicativo propostos. Inicialmente, doze fatores foram analisados quanto ao seu papel na associação entre escolaridade e SAR, optando-se por estratificar a análise de acordo com o sexo, tomando como base no modelo operacional as robustas evidências que indicam significativa diferença na SAR entre homens e mulheres. Os modelos produzidos confirmaram o efeito da escolaridade na SAR, porém evidenciaram que distintos conjuntos de fatores contribuem para associação entre a baixa escolaridade e a SAR-P, nos diferentes gêneros. Neste aspecto, os homens apresentam mais fatores relacionados à condição socioeconômica e hábitos de vida,

como renda e número de bens e tabagismo e consumo de álcool, respectivamente, enquanto que entre as mulheres encontram-se fatores relacionados à discriminação e ao preconceito racial. Neste sentido, os achados deste estudo corroboram as evidências de distintas investigações e validam o modelo teórico proposto, em três aspectos fundamentais: a) não refuta a hipótese de que baixa escolaridade associa-se à SAR-P; b) ratifica o papel da maior parte dos cofatores propostos no modelo preditivo; e (c) sustenta o quadro teórico no que se refere à determinação social da SAR-P, sem excluir a plausibilidade biológica da associação investigada.

Por fim, considerando que a variável escolaridade, além de se constituir como poderosa ferramenta de emancipação social mediante aumento do capital social e do capital cultural, também interfere no modo como os sujeitos percebem a própria saúde, de modo que investimentos em políticas públicas com o propósito de fomentar a formação dos cidadãos são fundamentais para ampliar bem-estar, qualidade de vida e saúde da população. Essa recomendação pode ser compreendida de duas maneiras: por um lado, porque a educação pode contribuir parcialmente para aumentar o acesso dos sujeitos ao mercado de trabalho, garantir ou aumentar renda e permitir o acesso à moradia, bens de consumo e serviços; por outro lado, porque sujeitos com melhor nível de escolaridade são mais capazes de compreender e assimilar sinais e sintomas e engajar-se em ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e redução de danos e agravos.

# ANEXOS

Universidade Federal da Bahia  
 Instituto de Saúde Coletiva - ISC  
 Programa Integrado de Saúde Ambiental e do Trabalhador  
 Pesquisa: "ACIDENTES DE TRABALHO"

## ANEXO 1

Nº FAMILIA	AREA						
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>		
Ficha de Família	FASE 1						

<b>BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO DO DOMICILIO</b> Você poderia me informar o seu ...					
Data da Entrevista: / /	Início da entrevista:  __ __ : __ __  h	Nome do Entrevistador	Nome do Entrevistado		Apeido
Endereço (Rua ou Avenida)		N.º	Apto	Telefone	Bairro
Referência		Endereço de um familiar ou referente			Telefone do familiar
Você tem algum familiar que reside próximo que você pode caminhar até à casa dele? <input type="checkbox"/> 0.Não <input type="checkbox"/> 1.Sim					

<b>BLOCO B - LISTAGEM DE MORADORES POR FAMILIA</b>												
Agora eu gostaria que você me desse alguns dados sobre todas as pessoas que moram nesta casa, incluindo alguma empregada(o) doméstica, que durma neste domicílio se houver...												
Nº	Prenome de todos os moradores	Sexo M/F	Idade	Parentesco	Tem trabalho pago?	Toma conta da casa?	Está procurando emprego nos últimos 30 dias?	Sub-projeto	Qual o horário na residência?	Costuma ficar em outro local? Qual o endereço?	Tel. p/contato	Controle da entrevista individual
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												

**OBSERVAÇÕES:**  
 Sub-projeto 2 - Idade entre 10 e 21 anos.  
 Sub-projeto 3 - Idade entre 22 e 65 anos.





Ficha do Adulto e Adolescente (FIA) FASE 1

Data da Entrevista: ____/____/____		Pré-nome do Entrevistador: _____		Pré-nome do Entrevistado: _____		
Local da Entrevista: _____		Início da entrevista:   ____   :   ____   h				
<b>BLOCO 1 - CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS</b> Prá começar, você poderia me dizer qual a sua...						
1. Situação conjugal? <input type="checkbox"/> 1. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2. Casado(a) <input type="checkbox"/> 3. Consensual <input type="checkbox"/> 4. Divorciado(a) / Separado(a) <input type="checkbox"/> 5. Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 99. Outra (Exp: _____)		2. Onde você nasceu? <input type="checkbox"/> 1. Salvador.....Siga para <i>Questão 3</i> <input type="checkbox"/> 2. Região Metropolitana de Salvador (RMS) <input type="checkbox"/> 3. Interior da Bahia <input type="checkbox"/> 4. Outro estado <input type="checkbox"/> 5. Outro país <input type="checkbox"/> 9. Não sabe 3. Quanto tempo você mora nessa cidade?   ____   anos   ____   meses Se mais de cinco anos siga para <i>Questão 3</i>		4. Por que resolveu mudar para essa cidade? <input type="checkbox"/> 1. Por causa da escola <input type="checkbox"/> 2. Por causa do emprego <input type="checkbox"/> 3. Porque se casou <input type="checkbox"/> 4. Procurando melhores condições de vida <input type="checkbox"/> 5. Por motivo de doença sua ou da família <input type="checkbox"/> 6. Sugerido de um amigo ou familiar <input type="checkbox"/> 7. Por razões familiares <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 99. Outra (Exp: _____)		
<b>Etnicidade</b>						
5. Qual a sua cor (auto-referida)? (Exp: _____) 6. Qual a cor do entrevistado (pelo entrevistador)? <input type="checkbox"/> 1. Negro <input type="checkbox"/> 5. Asiático <input type="checkbox"/> 2. Branco <input type="checkbox"/> 6. Indio <input type="checkbox"/> 3. Mulato <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 4. Moreno 7. Qual a sua religião? <input type="checkbox"/> 1. Católica <input type="checkbox"/> 5. Umbanda <input type="checkbox"/> 2. Protestantismo <input type="checkbox"/> 6. Sem religião.....Siga para <i>Questão 10</i> <input type="checkbox"/> 3. Espiritismo <input type="checkbox"/> 9. Não sabe.....Siga para <i>Questão 10</i> <input type="checkbox"/> 4. Candomblé <input type="checkbox"/> 9. Não sabe.....Siga para <i>Questão 10</i> <input type="checkbox"/> 99. Outra (Exp: _____)		8. Você pratica sua religião? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe		9. Você tem alguma atividade/função na sua religião? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe		
		10. Você já foi barrado em clubes, shoppings, bloco de carnaval ou festa? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe				
		11. Se positivo, você atribui isso a sua cor? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe				
		12. Você acha que sua cor dificultaria a obtenção de empréstimo ou crédito financeiro? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe				
		13. Você já foi vítima de preconceito racial? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe				
		14. Você já teve dificuldade de conseguir trabalho por causa da sua cor? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica				
		15. Você aprovaria o casamento de alguém de sua família com uma pessoa de outra cor? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe				
<b>BLOCO 2 - ESCOLARIDADE</b>						
1. Qual o seu grau de instrução? <input type="checkbox"/> 0. Analfabeto <input type="checkbox"/> 1. Alfabetizado <input type="checkbox"/> 2. 1º grau (1ª a 8ª série) incompleto <input type="checkbox"/> 3. 1º grau completo <input type="checkbox"/> 4. 2º grau (colegial) incompleto <input type="checkbox"/> 5. 2º grau completo <input type="checkbox"/> 6. Superior incompleto <input type="checkbox"/> 7. Superior completo <input type="checkbox"/> 8. Pós-graduação <input type="checkbox"/> 9. Não sabe 2. Você está estudando? <input type="checkbox"/> 0. Não.....Siga para <i>Bloco 3</i> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 3. Nunca estudou.....Siga para <i>Bloco 3</i> <input type="checkbox"/> 9. Não sabe.....Siga para <i>Bloco 3</i>		3. Qual o tipo da sua escola? <input type="checkbox"/> 1. Pública <input type="checkbox"/> 2. Privada <input type="checkbox"/> 3. Filantrópica <input type="checkbox"/> 99. Outra (Exp: _____) <input type="checkbox"/> 9. Não sabe 4. Qual o turno que você estuda? <input type="checkbox"/> 1. Matutino <input type="checkbox"/> 2. Vespertino <input type="checkbox"/> 3. Noturno <input type="checkbox"/> 99. Outra (Exp: _____) <input type="checkbox"/> 9. Não sabe		5. Você recebe algum auxílio para estudar? <input type="checkbox"/> 0. Não.....Siga para <i>Bloco 3</i> <input type="checkbox"/> 1. Sim 6. De que tipo? <input type="checkbox"/> 1. Bolsa de estudo <input type="checkbox"/> 2. Alimentação <input type="checkbox"/> 3. Estágio escolar (a família recebe ajuda) <input type="checkbox"/> 99. Outra (Exp: _____)		
<b>BLOCO 3 - APOIO SOCIAL</b> Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o apoio de familiares e amigos que você dispõe...						
Questões	0. Sempre	1. Muitas vezes	2. Poucas vezes	3. Nunca	9. Não sabe	99. Não se aplica
1. Em caso de emergência você pode contar com a ajuda de familiares e amigos?						
2. Você conta com alguém para cuidar das crianças/doença ou doenças?						

**BLOCO 4 - HÁBITOS DE VIDA** As perguntas agora são sobre alguns de seus hábitos... por exemplo...

**USO DE FUMO:**

1. Você fuma atualmente?  
 0. Não  
 1. Sim... *Siga para Questão 6*

2. Você já foi fumante?  
 0. Não... *Siga para Questão 8*  
 1. Sim

3. Há quanto tempo parou? | \_\_\_ | \_\_\_ | anos | \_\_\_ | \_\_\_ | meses

4. Por quanto tempo você fumou? | \_\_\_ | \_\_\_ | anos | \_\_\_ | \_\_\_ | meses

5. Quantos cigarros você fumava por dia?  
 | \_\_\_ | \_\_\_ | cigarros... *Siga para Questão 8*

6. Há quanto tempo você fuma? | \_\_\_ | \_\_\_ | anos | \_\_\_ | \_\_\_ | meses

7. Quantos cigarros você fuma em média por dia? | \_\_\_ | \_\_\_ | cigarros

**USO DE BEBIDAS ALCOOLICAS:**

8. Você consome bebidas alcoólicas atualmente?  
 0. Não  
 1. Sim... *Siga para Questão 13*

9. Você já foi consumidor de bebidas alcoólicas?  
 0. Não... *Siga para Bloco 5*  
 1. Sim

10. Com que frequência você bebe?  
 1. Raramente  2. 1/m da/semara  3. Deis a três dias/semara  
 4. Todo dia/quase todo dia

**USO DE BEBIDAS ALCOOLICAS (CONT.):**

11. Há quanto tempo parou de beber? | \_\_\_ | \_\_\_ | anos | \_\_\_ | \_\_\_ | meses

12. Por quanto tempo você bebeu? | \_\_\_ | \_\_\_ | anos | \_\_\_ | \_\_\_ | meses... *Siga para Bloco 5*

13. Você bebe...  
 1. Raramente  2. 1/m da/semara  
 3. Deis a três dias/semara  4. Todo dia/quase todo dia

14. Você considera esse consumo exagerado?  
 0. Não  1. Sim  9. Não sabe

15. Você tem consumido bebida alcoólica apesar de seu médico ter sugerido que você pare de beber por causa de um problema de saúde?  
 0. Não  1. Sim  9. Não sabe  8. Não se aplica

16. Já esteve alto ou de ressaca por causa de bebida alcoólica?  
 0. Não  1. Sim  9. Não sabe

17. Já perdeu ou chegou atrasado no trabalho, escola, ou outra atividade por causa de bebida ou ressaca?  
 0. Não  1. Sim  9. Não sabe

18. Você já se desentendeu ou discutiu com pessoas por você beber ou ter bebido muito?  
 0. Não  1. Sim  9. Não sabe

19. Você já dirigiu um carro ou moto após ter bebido bastante?  
 0. Não  1. Sim  9. Não sabe

1. Você trabalha?  0. Não... *Siga para Bloco 5*  1. Sim

2. Com que idade você começou a trabalhar? | \_\_\_ | \_\_\_ | anos

**BLOCO 5 - HISTÓRIA OCUPACIONAL** Agora eu gostaria de saber quais os empregos/trabalhos que você teve nos últimos 12 meses. Vamos começar pelo atual

1. EMPREGO / ATIVIDADE	Período		4. Setor	5. Carteira assinada?	6. SOFREU ALGUM ACIDENTE DE TRABALHO?	7. Algum colega de trabalho sofreu acidente?
	2. Inicial	3. Final				
1. Atual						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						

Código: setores: 1.Industria/Mineração; 2. Construção/Civil; 3. Indústria metalúrgica; 4. Comércio; 5. Transportes; 6. Saúde; 7. Outras Setores (Desconhecido)

Utilizar nas colunas 5, 6 e 7: 0. Não 1. Sim 9. Não sabe 8. Não se aplica (Dona de casa)

*Se positivo siga para FICHA DE ACIDENTE*

**BLOCO 6 -** Você sofreu algum acidente de qualquer natureza nos últimos 12 meses?  0. Não... *Siga para o Bloco 7*  
 1. Sim... *Siga para a Ficha de Acidentes*

BLOCO 7 - TRABALHO Agora, vamos voltar a falar do seu trabalho atual. Estamos considerando qualquer tipo de trabalho que você faça, mesmo que seja trabalho para a sua família, como tomar conta de crianças e/ou qualquer outro que não seja pago...		
<b>SUB-BLOCO 1 - CARACTERÍSTICAS DAS ATIVIDADES ATUAIS</b>		
<p>1. Você está trabalhando atualmente? (incluindo a suas dependências)</p> <input type="checkbox"/> 1. Apenas um trabalho pago..... <i>Siga para Sub-Bloco 2</i> <input type="checkbox"/> 2. Apenas trabalho não pago para a família..... <i>Siga para Sub-Bloco 3</i> <input type="checkbox"/> 3. Trabalho pago e em casa para a família <input type="checkbox"/> 4. Dois trabalhos pagos <input type="checkbox"/> 99. Outro tipo: _____	<p>2. Qual o trabalho principal (aquele no qual você usa a maior parte do seu tempo)?</p> <input type="checkbox"/> 1. Trabalho pago <input type="checkbox"/> 2. Trabalho de casa <input type="checkbox"/> 99. Outro tipo: _____	
<b>SUB-BLOCO 2 - CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO ATUAL PAGO (ÚLTIMOS 30 DIAS)</b>		
<b>Agora vamos falar sobre seu trabalho principal (Ocupação 1)</b>		
<p>1. Qual o tipo de vínculo que você tem nessa ocupação?</p> <input type="checkbox"/> 1. Diarista..... <i>Siga para Questão 3</i> <input type="checkbox"/> 2. Autônomo..... <i>Siga para Questão 3</i> <input type="checkbox"/> 3. Assalariado com comissão <input type="checkbox"/> 4. Assalariado sem comissão <input type="checkbox"/> 5. Empregado doméstico..... <i>Siga para FDOM</i> <input type="checkbox"/> 6. Funcionário público <input type="checkbox"/> 7. Profissional liberal <input type="checkbox"/> 8. Empregador/Impresário <input type="checkbox"/> 9. Aposentado <input type="checkbox"/> 10. Pensionista <input type="checkbox"/> 11. Inconstante <input type="checkbox"/> 99. Outro tipo: _____	<p>6. Quanto você ganha por mês em média (bruto)?</p> <p>R\$ _____</p>	<p>13. Quanto tempo você leva para chegar ao trabalho?</p> <p>_____ h</p>
<p>2. A empresa onde você trabalha é a mesma que lhe paga?</p> <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe	<p>7. Além do salário tem outro tipo de pagamento?</p> <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim tipo: _____	<p>14. Como você faz para chegar até o trabalho?</p> <input type="checkbox"/> 1. Andando <input type="checkbox"/> 2. Bicicleta <input type="checkbox"/> 3. Motocicleta <input type="checkbox"/> 4. Carro próprio <input type="checkbox"/> 5. Carro da empresa <input type="checkbox"/> 6. Ônibus regular <input type="checkbox"/> 7. Ônibus de empresa <input type="checkbox"/> 8. Barco ou ferry-boat <input type="checkbox"/> 9. Trem <input type="checkbox"/> 10. Mais de um <input type="checkbox"/> 99. Outro tipo: _____
<p>3. Quantos dias você trabalha por semana?</p> <p>_____ dia(s)</p>	<p>8. Você tem filho(s)?</p> <input type="checkbox"/> 0. Não..... <i>Siga para Questão 12</i> <input type="checkbox"/> 1. Sim	<p>15. Você contribui para a previdência?</p> <p><i>Acenda múltiplas respostas</i></p> <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. INSS <input type="checkbox"/> 2. Como autônomo <input type="checkbox"/> 3. Privada <input type="checkbox"/> 4. Previdência de funcionário público <input type="checkbox"/> 99. Outro tipo: _____
<p>4. Quantas horas por dia você trabalha?</p> <p>_____ h</p>	<p>9. Quantos? _____ filho(s)</p>	<p>16. Você tem algum tipo de seguro acidente de trabalho?</p> <input type="checkbox"/> 0. Não..... <i>Siga para Sub-bloco 3</i> <input type="checkbox"/> 1. Sim
<p>5. Tipo de jornada de trabalho?</p> <input type="checkbox"/> 1. Comercial <input type="checkbox"/> 2. Noturno <input type="checkbox"/> 3. De turno <input type="checkbox"/> 99. Outro tipo: _____	<p>10. Você costuma levá-lo(s) para seu local de trabalho?</p> <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim	<p>17. Que tipo (seguradora)?</p> <p>_____</p>
<p>11. Alguma vez el(o)s sofreu(ram) algum acidente no local onde você trabalha?</p> <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim	<p>12. Em que tipo de lugar você trabalha?</p> <input type="checkbox"/> 1. Empresa ou firma <input type="checkbox"/> 2. Repartição pública <input type="checkbox"/> 3. Na rua <input type="checkbox"/> 4. Em sua própria casa..... <i>Siga para Questão 15</i> <input type="checkbox"/> 5. Na casa de outra pessoa <input type="checkbox"/> 99. Outro tipo: _____	
<b>SUB-BLOCO 3 - PERCEPÇÃO DE RISCO E MEDIDA DE PROTEÇÃO</b>		
<p>1. Você considera a sua atividade de trabalho perigosa?</p> <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe	<p>3. Marque na escala abaixo o valor referente à segurança de seu trabalho?</p> <p>0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10</p> <p>_____</p>	
<p>2. Você considera que no seu trabalho são tomadas precauções suficientes para que ele se torne seguro?</p> <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe	<p>4. Você recebeu algum tipo de treinamento para desenvolver sua atividade de trabalho?</p> <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 98. Não se aplica <input type="checkbox"/> 99. Outro tipo: _____	

**SUB-BLOCO 4 - TRAJETÓRIA PARA O SETOR INFORMAL  
APENAS PARA BISCATEIRO, AUTÔNOMO OU TRABALHADORES TERCEIRIZADOS**

<p>1. Você se informa que trabalha sem carteira assinada. Por que você não tem carteira?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Falta de oportunidade de emprego com carteira</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Pouco estudo ou instrução</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Para não ter patrão</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Para poder cuidar da casa e dos filhos</p> <p><input type="checkbox"/> 5. O patrão não quis assinar a carteira</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Por problemas de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Por deficiência física</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Pela sua cor</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Por que é difícil achar emprego nessa ocupação para mulher e/ou homem</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Nunca pensei nisso</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Por causa da idade</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Para ganhar mais</p> <p><input type="checkbox"/> 99. Outro lap: _____</p>	<p>2. Você gostaria de ter um emprego com carteira assinada?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Não sabe</p> <p>3. Com esse trabalho sem carteira você se sente prejudicado em relação às outras pessoas?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Não.....Siga para Bloco 8</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Não sabe</p>	<p>4. Por que você se sente prejudicado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não tem aposentadoria</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não tem sindicato</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não tem licença de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem indenização em caso de demissão</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não tem licença maternidade</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Em caso de acidente ou doença do trabalho, não tem benefício</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Não tem férias</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Não tem 13º salário</p> <p><input type="checkbox"/> 99. Outro lap: _____</p>
--	---	--

**BLOCO 8 - TRABALHO DOMÉSTICO NÃO PAGO PARA A PRÓPRIA FAMÍLIA**

Você se informa que ajuda no trabalho de casa... você poderia me dar alguns dados sobre essas atividades?... por exemplo...

<p>1. Quais os dias da semana em que você realiza trabalhos de casa?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Todos os dias</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De segunda a sexta</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Nos finais de semana (sábado e domingo)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Somente aos sábados</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Somente aos domingos</p> <p><input type="checkbox"/> 99. Outro lap: _____</p> <p>2. Em média, quantas horas diárias você gasta com?</p> <table border="1" data-bbox="383 1142 715 1270"> <thead> <tr> <th></th> <th>Durante a semana</th> <th>Finais de semana</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trabalho Doméstico</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sono</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Durante a semana	Finais de semana	Total	Trabalho Doméstico				Sono				<p>3. Você recebe algum tipo de ajuda para realização dos trabalhos de casa?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Não.....Siga para Questão 5</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p>4. De quem você recebe ajuda?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Japoso(a)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Filho(a)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Pai ou mãe</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Outro parente</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Mais de uma pessoa</p>	<p>5. Quantas horas você tem livre para se divertir ou descansar durante a semana?</p> <p>_____h _____b</p> <p>6. O que você faz com seu tempo livre?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	Durante a semana	Finais de semana	Total											
Trabalho Doméstico														
Sono														

**BLOCO 9 - SAÚDE E BEM-ESTAR PERCEBIDOS Agora vamos falar sobre sua saúde...**

<p>1. Você parou de trabalhar ou ir à escola, nos últimos 12 meses, por algum problema de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Não.....Siga para Questão 4    <input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p>2. Este problema de saúde foi causado pelo seu trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Não.....Siga para Questão 3</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim. Qual foi o problema? _____</p> <p>3. Foi por causa de um problema de saúde agravado pelo seu trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim. Qual foi o problema? _____</p>	<p>4. Você se acha uma pessoa saudável ou sadia?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p>5. Marque na régua abaixo que nota você daria à sua saúde?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>_____</p>	<p>6. Você se acha uma pessoa feliz?</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p>7. Marque na régua abaixo que nota você daria à sua felicidade?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>_____</p>
--	---	--

**BLOCO 10 - SINTOMAS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS**

1. De julho do ano passado para cá, você teve alguma dor, incômodo, dormência ou sensação de peso no seu corpo?

0. Não.....Siga para Bloco 11  
 1. Sim.....Marcar na Figura

2. Isto dificultou o seu trabalho ou realização de outras atividades?

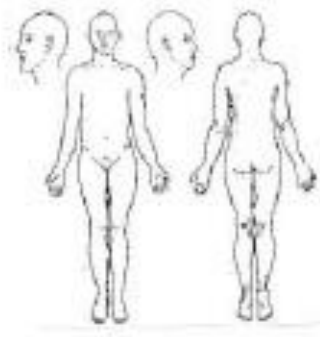
0. Não  1. Sim

3. Isto piorava quando você trabalhava ou realizava outras atividades?

0. Não  1. Sim

4. Você sentiu este problema na última semana (últimos sete dias)?

0. Não  1. Sim



**FOLHA DE CODIFICAÇÃO DO LOCAL DA DOR/DESCONFORTO**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 0. Múltiplas localizações                                  | <input type="checkbox"/> 6. Perna, perônio, tíbia                        | <input type="checkbox"/> 13. Cabeça           |
| <input type="checkbox"/> 1. Ombro, clavícula, omoplata                              | <input type="checkbox"/> 7. Tornozelo e pé (artelhos, metatarsos, tarso) | <input type="checkbox"/> 14. Olhos            |
| <input type="checkbox"/> 2. Braço, úmero  | <input type="checkbox"/> 8. Coluna vertebral cervical                    | <input type="checkbox"/> 15. Seios            |
| <input type="checkbox"/> 3. Antebraço (pulso), rádio, cúbito                        | <input type="checkbox"/> 9. Coluna vertebral dorsal                      | <input type="checkbox"/> 16. Dente            |
| <input type="checkbox"/> 4. Mão, carpo, dedos e metacarpo                           | <input type="checkbox"/> 10. Coluna vertebral lombar                     | <input type="checkbox"/> 17. Abdômen          |
| <input type="checkbox"/> 5. Região pélvica e sacrococcígea, fêmur, nádegas, quadril | <input type="checkbox"/> 11. Joelhos                                     | <input type="checkbox"/> 19. Outro Esp: _____ |
|   | <input type="checkbox"/> 12. Cotovelos                                   |   |

**BLOCO 11 - PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS Agora vamos falar sobre...**

1. Você costuma tossir?

0. Não.....Siga para Questão 7  1. Sim

2. Com que frequência você tosse?

0. Diariamente na maior parte do ano  
 1. Na maioria dos dias, ao menos 3 meses por ano  
 3. Alguns dias durante o ano

3. Você tem secreção (catarro) quando tosse?

0. Não.....Siga para Questão 7  
 1. Sim  
 9. Não sabe.....Siga para Questão 7

4. Se você tem tosse com secreção (catarro) isto ocorre mais pela manhã quando você acorda?

0. Não  1. Sim  9. Não sabe

5. Você tem constantemente secreção (catarro)?

0. Não  1. Sim  9. Não sabe

6. Com que frequência você tem secreção (catarro)?

0. Diariamente na maior parte do ano  
 1. Na maioria dos dias, durante pelo menos 3 meses por ano  
 2. Alguns dias durante o ano

7. Você costuma ter piadares no peito?

0. Não.....Siga para Questão 10  
 1. Sim  
 9. Não sabe.....Siga para Questão 10

8. Isto costuma acontecer durante a noite?

0. Não  1. Sim  9. Não sabe

9. Isto interfere no seu trabalho ou estudo?

0. Não  1. Sim  9. Não sabe

10. Você sente dificuldades para respirar?

0. Não  1. Sim  9. Não sabe

11. Tem dificuldade para respirar quando caminha depressa ou sobe uma ladeira?

0. Não  1. Sim  9. Não sabe

12. Tem dificuldades de respirar quando caminha com gente de sua mesma idade?

0. Não  1. Sim  9. Não sabe

13. Tem que parar para respirar quando caminha em lugar plano?

0. Não  1. Sim  9. Não sabe

14. Qual o seu peso e a sua altura?

\_\_\_\_\_ Kg

\_\_\_\_\_ m

Modo de aplicação da entrevista:

1. Pessoalmente  
 2. Por telefone  
 3. Pessoalmente e por telefone

Duração da aplicação desta ficha: \_\_\_\_\_ h

Data da Entrevista: ____/____/____		Pré-nome do Entrevistador: _____		Pré-nome do Entrevistado: _____	
Local da Entrevista: _____				Início da entrevista: [____] [____]: [____] [____] h	
<b>BLOCO 1 – FATORES EMOCIONAIS</b>					
Agora iremos conversar sobre você. Suas respostas nos ajudarão a entender melhor os problemas que você possa ter. Inicialmente faremos perguntas sobre como você se sente...					
Nos ÚLTIMOS QUINZE DIAS com que frequência você se sentiu incomodado por...		0. Nunca	1. Vários dias	2. Mais da metade dos dias	3. Quase todo dia
1. Estar com pouco interesse ou alegria em fazer as coisas...					
2. Estar para baixo, deprimido(a), ou se sentindo sem futuro...					
3. Estar com dificuldade de pegar no sono, continuar dormindo ou dormindo demais...					
4. Estar com sensação de cansaço(a), com pouca energia...					
5. Estar com pouco apetite ou comendo demais...					
6. Estar com idéias ruins sobre você mesmo, se sentindo fracassado(a) e que é um atrazo para si ou para a família...					
7. Estar com dificuldade para se concentrar, como por exemplo ler jornais ou ver televisão...					
8. Estar andando ou falando muito devagar que até outras pessoas notaram? Ou ao contrário, estava mais inquieto do que o normal, não conseguindo ficar parado...					
9. Com idéias de que você estaria melhor morto ou então de fazer algo contra você mesmo...					
10. Nos últimos 12 meses, você pensou seriamente em suicidar? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim		12. Se você tentou suicídio, nos últimos 12 meses, alguma destas tentativas lhe causou lesão, intossicção ou overdose que teve de ser tratada pelo médico? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Já não tentei suicídio			
11. Nos últimos 12 meses, você planejou como tentaria suicidar? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim		13. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você tentou suicídio? <input type="checkbox"/> 0. Nenhuma <input type="checkbox"/> 1. Uma vez <input type="checkbox"/> 2. Duas ou três vezes <input type="checkbox"/> 3. Quatro ou cinco vezes <input type="checkbox"/> 4. Seis ou mais vezes			

A partir de agora, faremos umas perguntas sobre os acontecimentos nas últimas quatro semanas. Nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS com que frequência você tem se sentido perturbado pelos seguintes problemas...	0. Nunca	1. Raramente	2. Algumas Vezes	3. Frequen- tamente	4. Quase sempre
1. Se sentindo nervoso(a), ansioso(a), no seu limite ou muito preocupado(a) com coisas diferentes...					
2. Sentindo-se tão inquieto que é difícil ficar sentado...					
3. Se sentindo cansado(a) muito facilmente...					
4. Se sentindo com dores pelo corpo ou com tensão nos músculos...					
5. Se sentindo com dificuldades para pegar no sono...					
6. Se sentindo com dificuldade para se concentrar em coisas como ler um jornal, ver TV ou fazer os trabalhos da escola...					
7. Se irritando ou se aborrecendo facilmente...					

**BLOCO 2 – PADRÕES DE SONO**

Durante as ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS, com que frequência você tem tido alguns desses problemas relacionados com o sono?	0. Raramente ou nunca	1. Algumas vezes	2. Frequen- tamente	3. Quase todo dia
1. Dificuldades para pegar no sono.				
2. Acorda no meio da noite e sente dificuldade para voltar a dormir.				
3. Acorda muito cedo e não consegue voltar a dormir.				
4. Acorda muitas vezes, mas frequentemente volta a dormir.				
5. Sentindo-se cansado durante o dia.				
6. Cai no sono facilmente a qualquer hora durante o dia.				
7. Tem ataques de sono durante o dia (períodos repentinos de sono que você não pode resistir).				
8. Precisa de muito mais tempo do que os outros para acordar pela manhã.				
9. Dormindo demais ou durante muito tempo à noite.				
10. Dormindo demais ou durante muito tempo ao longo do dia.				
11. Dormindo menos do que o habitual porque tem que estudar ou fazer dever de casa.				
12. Dormindo menos do que o habitual por causa da atividade escolar como esportes, idas a clubes, tocar em bandas, corais, etc.				
13. Dormindo menos do que o habitual porque tem trabalho.				



<b>BLOCO 3 - AUTO-ESTIMA</b>						
Para cada uma dessas situações, diga a resposta que melhor lhe descreve		0. Nunca	1. Raramente	2. Algumas vezes	3. Frequentemente	4. Quase sempre
1. Sinto-me uma pessoa de valor, ou pelo menos igual às outras...						
2. Sinto que não tenho muito do que me orgulhar...						
3. Sinto que tenho algumas qualidades positivas...						
4. Às vezes, sinto que não sirvo para nada...						
5. Sinto que sou de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas...						
6. Sinto que não sou capaz de fazer nada direito...						
7. Tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo(a)...						
8. Sinto que minha vida não é muito útil...						

<b>BLOCO 4 - ESTRESSE NO BAIRRO</b>					<b>BLOCO 5 - ESTRESSE ESCOLAR</b>						
Pense no bairro em que você mora. Você acha que esses são problemas no seu bairro?		0. Não é problema	1. Problema simples	2. Às vezes é um problema sério	3. É um problema muito sério	Pense na sua escola. Você acha que esses são problemas na sua escola?		0. Não é problema	1. Problema simples	2. Às vezes é um problema sério	3. É um problema muito sério
1. Crimes no seu bairro						1. Violência					
2. Gangues						2. Gangues (barras de pedra)					
3. Tráfico						3. Armas					
4. Muito barulho						4. Drogas					
5. Siquita e bagunça						5. Barulho na sala de aula					
6. Iluminação nas ruas (postes de luz)						6. Siquita e bagunças					
7. Disponibilidade de transporte público						7. Salas muito cheias					
8. Disponibilidade de parques, áreas para brincar, quadras de esporte, etc						8. O modo como os professores tratam os alunos é ruim					
9. Preconceito e discriminação						9. Falta de material escolar e de equipamentos (como livros, computadores, equipamentos esportivos, quadras de esporte, etc)					
10. Drogas						10. Preconceito e discriminação					
						11. Roubo e furtos					

<b>BLOCO 6 - RELACIONAMENTO INTERPESSOAL. Agora vamos falar sobre o que você pensa do seu relacionamento com outras pessoas</b>			
1. Pense em sua família ou com quem você vive. Você diria que tem:		2. Pense em sua vida na escola, no dever de casa, nas notas, nas suas atividades e como você se dá com os seus colegas e professores. Você diria que tem:	
<input type="checkbox"/> 1. Muitos problemas	<input type="checkbox"/> 3. Poucos problemas	<input type="checkbox"/> 1. Muitos problemas	<input type="checkbox"/> 3. Poucos problemas
<input type="checkbox"/> 2. Alguns problemas	<input type="checkbox"/> 4. Nenhum problema	<input type="checkbox"/> 2. Alguns problemas	<input type="checkbox"/> 4. Nenhum problema

<b>BLOCO 7 - ESCOLARIZAÇÃO</b>																							
Caso esteja na escola...																							
1. Marque a nota de 0 a 10 que você daria para o seu desempenho?																							
<table border="0"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
2. Marque a nota de 0 a 10 que os seus colegas dariam para o seu aproveitamento?																							
<table border="0"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
3. Você gosta de ir para a escola?																							
<input type="checkbox"/> 1. Gosto muito <input type="checkbox"/> 2. Gosto <input type="checkbox"/> 3. Gosto pouco <input type="checkbox"/> 4. Eu não gosto <input type="checkbox"/> 5. Eu odeio																							
4. Você falta muito às aulas?																							
<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 9. Não sabe																							
Caso tenha deixado de estudar...																							
5. Por que você deixou de estudar?																							
<input type="checkbox"/> 1. Preciso trabalhar <input type="checkbox"/> 2. Notas baixas <input type="checkbox"/> 3. Distância da escola <input type="checkbox"/> 4. Falta de motivação <input type="checkbox"/> 5. Repetia de ano na escola <input type="checkbox"/> 6. Indisciplina na escola <input type="checkbox"/> 7. Violência na escola <input type="checkbox"/> 99. Outro tipo: _____																							

Modo de aplicação da entrevista:  1. Pessoalmente    2. Por telefone    3. Pessoalmente e por telefone

Duração da aplicação desta ficha: | | | | | h

Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Pré-nome do Entrevistador: \_\_\_\_\_ Pré-nome do Entrevistado: \_\_\_\_\_  
 Local da Entrevista: \_\_\_\_\_ Início da entrevista: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_h

**BLOCO 1 - CARACTERIZAÇÃO DO EMPREGO**

1. Você tem carteira assinada?  
 0. Não  1. Sim...Siga para Questão 6

2. Por que você não tem carteira assinada?  
 1. Porque é um emprego passageiro  
 2. Porque o patrão não quis  
 3. Porque não tem documentos ou carteira  
 4. Ainda não tinha pensado nisso  
 5. Para não pagar o INSS (previdência social)  
 6. Não quero o registro de trabalho doméstico na carteira  
 7. Ainda não teve tempo  
 09. Outro Esp: \_\_\_\_\_

3. Você gostaria de ter um emprego com carteira assinada?  
 0. Não  1. Sim  9. Não sabe

4. "Sem carteira", você se sente prejudicada(o) em relação às outras pessoas?  
 0. Não  1. Sim  9. Não sabe

5. Por que você se sente prejudicada(o)?  
 1. Não tem aposentadoria  
 2. Não é sindicalizado  
 3. Não tem licença de saúde  
 4. Não tem indenização em caso de demissão  
 5. Não tem licença maternidade  
 6. Em caso de acidente ou doença do trabalho não tem benefício  
 7. Não tem férias  
 8. Não tem 13º salário  
 09. Outro Esp: \_\_\_\_\_

6. Você contribui para a previdência?  
 0. Não  1. INSS  2. Privada  9. Não sabe  
 09. Outro Esp: \_\_\_\_\_

7. Você trabalha para outras casas?  
 0. Não...Siga para Questão 9  1. Sim

8. Em quantas casas de família você trabalha? |\_\_|\_\_| casa(s)

9. Quantos dias você trabalha por semana? |\_\_|\_\_| dia(s)

10. Quantas horas, em média, você trabalha por dia? |\_\_|\_\_| h

11. Você tem filho(s)?  
 0. Não...Siga para Questão 15  1. Sim 12. Quantos? |\_\_|\_\_| filho(s)

13. Você costuma levá-lo(s) para seu local de trabalho?  
 0. Não...Siga para Questão 15  1. Sim

14. Alguma vez ele(s) sofreu(n) algum acidente no local onde você trabalha?  
 0. Não  1. Sim

15. Quanto você ganha, em média, por semana? (R\$) \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

16. Você mora na casa dos patrões?  
 0. Não  1. Sim...Siga para Questão 19

17. Quanto tempo você leva para chegar ao trabalho? |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_\_| h

18. Como você faz para chegar até o trabalho?  
 1. Andarém  
 2. Bicicleta  
 3. Motocicleta  
 4. Carro próprio  
 5. Carro da empresa  
 6. Ônibus regular  
 7. Ônibus de empresa  
 8. Barco ou ferry-boat  
 9. Trem  
 10. Mais de um  
 09. Outro Esp: \_\_\_\_\_

19. Você está satisfeito(a) com essa profissão?  
 0. Não  1. Sim  9. Não sabe

20. Você gostaria de trocar de profissão?  
 0. Não  1. Sim  9. Não sabe

21. Como você acha que é tratado(a) no seu trabalho?  
 1. Muito bem  2. Regular, sem problemas  3. Mal  9. Não sabe

22. Com quem você divide o trabalho?  
 1. Patrão  
 2. Filhos da patroa  
 3. Outra empregada  
 4. Parentes  
 5. Agregados da família  
 6. Ninguém  
 7. Vários  
 09. Outro Esp: \_\_\_\_\_

23. Você recebeu algum tipo de treinamento para fazer este serviço?  
 0. Não  1. Sim  9. Não sabe

**BLOCO 2 - ASSÉDIO** Agora se trata de questões muito pessoais...

1. Alguma vez o seu patrão(oa) ou alguém da casa onde você trabalha(va) tomou atitude com você?  
 0. Não...Siga para Questão 4  1. Sim  9. Não sabe...Siga para Questão 4

2. Isto lhe incomodava ou aborrecia?  0. Não  1. Sim  9. Não sabe

3. Que idade você tinha quando isso ocorreu pela 1ª vez? |\_\_|\_\_| anos

4. Alguma vez o seu patrão(oa) ou alguém da casa onde você trabalha(va) agrediu você fisicamente, por exemplo, lhe bateu?  
 0. Não  1. Sim  9. Não sabe

Modo de aplicação da entrevista:  1. Pessoalmente  2. Por telefone  3. Pessoalmente e por telefone

Duração da aplicação desta ficha: |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_\_| h

VOLTAR PARA A FICHA DO ADULTO E DO ADOLESCENTE - BLOCO 7, SUB-BLOCO 3

Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Pré-nome do Entrevistador: \_\_\_\_\_ Pré-nome do Entrevistado: \_\_\_\_\_  
 Local da Entrevista: \_\_\_\_\_ Início da entrevista: |\_\_|\_|h |\_\_|\_|h

**BLOCO 1 - ACIDENTES**

**SUB-BLOCO 1 -** Agora vamos falar de acidentes que tenham ocorrido com você nos últimos 12 meses (desde julho do ano passado até hoje). Você sofreu algum tipo de acidente nesse período de tempo? Por exemplo, se cortou, tomou uma queda, foi atropelado, bateu com a cabeça, tropeçou...? Você poderia me contar como foi que isso aconteceu? O que aconteceu? O que fazia quando aconteceu? Onde? Quando?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

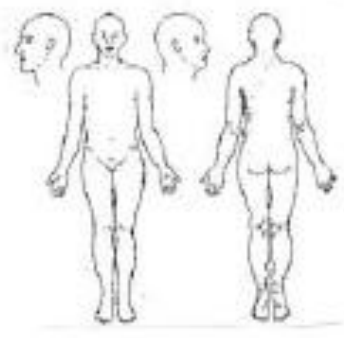
**SUB-BLOCO 2 - CARACTERÍSTICAS DO ACIDENTE** Agora vou lhe fazer mais algumas perguntas sobre esse acidente...

<p>1. Qual a data em que ocorreu o acidente? ____/____/____</p> <p>2. A que hora você começou a trabalhar no dia do acidente?                   __ _ h  __ _ h</p> <p>3. A que hora ocorreu o acidente?  __ _ h  __ _ h</p> <p>4. Você estava no seu horário normal de trabalho?  <input type="checkbox"/> 0. Não  <input type="checkbox"/> 1. Sim.....Siga para <i>Questão 6</i>  <input type="checkbox"/> 2. Estava se dirigindo ou retornando do trabalho..... Siga para <i>Questão 6</i></p> <p>5. Por que razão estava trabalhando?  <input type="checkbox"/> 1. Hora extra  <input type="checkbox"/> 2. Cobrindo falta de um colega  <input type="checkbox"/> 3. Período de falta  <input type="checkbox"/> 08. Não se aplica  <input type="checkbox"/> 09. Outro tipo: _____</p> <p>6. Qual foi a causa do acidente?  <input type="checkbox"/> 1. Queda de pessoa  <input type="checkbox"/> 2. Queda de veículo em movimento  <input type="checkbox"/> 3. Atropelado por um veículo ou objeto em movimento  <input type="checkbox"/> 4. Colisão de veículo  <input type="checkbox"/> 5. Manipulação de ferramentas cortantes ou perfurantes  <input type="checkbox"/> 6. Transporte de equipamento  <input type="checkbox"/> 7. Contato com substância química  <input type="checkbox"/> 8. Contato com substância quente  <input type="checkbox"/> 9. Contato com superfície aquecida ou muito fria  <input type="checkbox"/> 0. Choque elétrico  <input type="checkbox"/> 1. Manuseio de máquina  <input type="checkbox"/> 2. Esforço físico inadequado  <input type="checkbox"/> 3. Projétil  <input type="checkbox"/> 4. Vazamento/inalação de gases  <input type="checkbox"/> 5. Explosões  <input type="checkbox"/> 6. Incêndio  <input type="checkbox"/> 7. "Vibração impressada"  <input type="checkbox"/> 09. Outro tipo: _____</p>	<p>7. Você sofreu alguma lesão física?  <input type="checkbox"/> 0. Não.....Siga para <i>Questão 9</i>  <input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p>8. Qual o tipo de lesão que você sofreu?  <input type="checkbox"/> 1. Laceração (cortes superficiais)  <input type="checkbox"/> 2. Raladura  <input type="checkbox"/> 3. Queimadura  <input type="checkbox"/> 4. Perfuração  <input type="checkbox"/> 5. Estiramento/entorse  <input type="checkbox"/> 6. Luxação (deslocamento)  <input type="checkbox"/> 7. Fratura  <input type="checkbox"/> 8. Hematoma  <input type="checkbox"/> 9. Hemorragia  <input type="checkbox"/> 10. Hinchas  <input type="checkbox"/> 11. Asfixia (sufocamento)  <input type="checkbox"/> 12. Eletroplicão (choque elétrico)  <input type="checkbox"/> 13. Inalação (choque térmico)  <input type="checkbox"/> 14. Pancada na cabeça  <input type="checkbox"/> 15. Amputação  <input type="checkbox"/> 16. Perda de consciência  <input type="checkbox"/> 17. Enrugamento  <input type="checkbox"/> 18. Múltiplas lesões  <input type="checkbox"/> 09. Outro tipo: _____</p> <p>9. Você sofreu algum problema psicológico?  <input type="checkbox"/> 0. Não..... Siga para <i>Questão 12</i>  <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 9. Não sabe..... Siga para <i>Questão 12</i></p> <p>10. Esse acidente foi informado através de CAT?  <input type="checkbox"/> 0. Não  <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 9. Não sabe  <input type="checkbox"/> 08. Não se aplica</p> <p>11. Você recebeu algum atestado (médico) pelo acidente?  <input type="checkbox"/> 0. Não  <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 9. Não sabe</p>	<p>12. Por causa deste acidente, você ficou impossibilitado de ir para o trabalho/sua escola?  <input type="checkbox"/> 0. Não.....Siga para <i>Questão 15</i>  <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 9. Não sabe.....Siga para <i>Questão 15</i></p> <p>13. Por quantos dias/horas?                   __ _  dia(s)/hora(s)</p> <p>14. Você recebeu salário ou algum pagamento enquanto estava afastado ou sem poder trabalhar?  <input type="checkbox"/> 0. Não  <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 9. Não sabe  <input type="checkbox"/> 08. Não se aplica</p> <p>15. A respeito desse acidente você pode dizer que:  <input type="checkbox"/> 0. Não houve efeito permanente  <input type="checkbox"/> 1. Houve efeito permanente, possibilitando trabalhar na mesma atividade  <input type="checkbox"/> 2. Houve efeito permanente, possibilitando trabalhar, mas não na mesma atividade  <input type="checkbox"/> 3. Houve efeito permanente, tornando-o incapacitado para trabalhar</p> <p>16. Depois desse acidente você:  <input type="checkbox"/> 1. Continuou no mesmo trabalho sem alteração  <input type="checkbox"/> 2. Perdeu o emprego  <input type="checkbox"/> 3. Resolveu mudar de emprego  <input type="checkbox"/> 08. Não se aplica  <input type="checkbox"/> 09. Outro tipo: _____</p>
---	---	---

Continuação		
<p>17. Houve registro policial do acidente?  <input type="checkbox"/> 0. Não    <input type="checkbox"/> 1. Sim    <input type="checkbox"/> 9. Não sabe  <input type="checkbox"/> 8. Não se aplica</p> <p>18. Outras pessoas foram acidentadas?  <input type="checkbox"/> 0. Não.....Siga para Questão 20  <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 9. Não sabe.....Siga para Questão 20</p> <p>19. Alguém morreu nesse acidente?  <input type="checkbox"/> 0. Não    <input type="checkbox"/> 1. Sim    <input type="checkbox"/> 9. Não sabe</p> <p>20. Você acha que o acidente poderia ser evitado?  <input type="checkbox"/> 0. Não    <input type="checkbox"/> 1. Sim    <input type="checkbox"/> 9. Não sabe</p> <p>21. Onde ocorreu o acidente?  <input type="checkbox"/> 1. Estabelecimento da empresa  <input type="checkbox"/> 2. Firma onde a empresa presta serviço  <input type="checkbox"/> 3. "No trabalho", em via pública  <input type="checkbox"/> 4. "No trabalho", em casa  <input type="checkbox"/> 5. "No trabalho", na casa do patrão  <input type="checkbox"/> 6. Indo ou vindo para o trabalho  <input type="checkbox"/> 99. Outro Esp: _____</p> <p>22. Você precisou ser atendido?  <input type="checkbox"/> 0. Não.....Siga para Questão 30  <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 9. Não sabe.....Siga para Questão 30</p> <p>23. Onde você recebeu os primeiros socorros?  <input type="checkbox"/> 1. Em casa  <input type="checkbox"/> 2. No local de trabalho por colegas  <input type="checkbox"/> 3. No serviço médico da empresa  <input type="checkbox"/> 4. Serviço de emergência  <input type="checkbox"/> 5. Serviço médico  <input type="checkbox"/> 6. Ambulância  <input type="checkbox"/> 99. Outro Esp: _____</p>	<p>24. Depois disso você recebeu algum tratamento de saúde após o acidente?  <input type="checkbox"/> 0. Não.....Siga para Questão 30  <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 9. Não sabe.....Siga para Questão 30</p> <p>25. Quanto tempo durou seu tratamento?            _____ [ ] [ ] [ ] dia(s)</p> <p>26. Onde você recebeu esse tratamento?            Nome da clínica: _____            _____            _____            End: _____            _____            _____            Nome do médico / outro profissional: _____            _____            _____</p> <p>27. Qual o diagnóstico dado ao trauma consequente a este acidente?            _____            _____</p>	<p>28. Você ficou satisfeito com o atendimento que você recebeu? Marque a nota que daria:            0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10            [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]</p> <p>29. Quem pagou pelas despesas do atendimento e/ou tratamento médico?  <input type="checkbox"/> 1. SUS  <input type="checkbox"/> 2. Empresa  <input type="checkbox"/> 3. Plano de saúde  <input type="checkbox"/> 4. Do próprio bolso  <input type="checkbox"/> 5. Seguro acidente privado  <input type="checkbox"/> 99. Outro Esp: _____</p> <p>30. Esse acidente afetou sua família?  <i>Acenda múltiplas respostas</i>  <input type="checkbox"/> 1. Não afetou  <input type="checkbox"/> 2. Trouxe dificuldades para manter as despesas da casa  <input type="checkbox"/> 3. Outros tiveram que trabalhar  <input type="checkbox"/> 4. Preciso de alguém da família para tomar conta  <input type="checkbox"/> 5. Alguém teve que sair do emprego para cuidar do acidentado  <input type="checkbox"/> 99. Outro Esp: _____</p> <p>31. Você continua sentindo alguma coisa por causa do acidente?  <input type="checkbox"/> 0. Não  <input type="checkbox"/> 1. Sim Esp: _____</p>

**BLOCO 2 – ACIDENTES**

- S00-S09 \* Traumatismo de cabeça
- S10-S19 \* Pulso
- S20-S29 \* Tórax
- S30-S39 \* Abdômen, coluna lombar e pelve
- S80-S89 \* Joelho e perna
- S40-S49 \* Ombro e braço
- S50-S59 \* Cotovelo e antebraço
- S60-S69 \* Punho e mão
- S70-S79 \* Quadril e coxa
- S90-S99 \* Tornozelo e pé
- T00-T07 \* Múltiplas regiões do corpo



Modo de aplicação da entrevista:  1. Pessoalmente     2. Por telefone     3. Pessoalmente e por telefone

Duração da aplicação desta ficha: [ ] [ ] [ ] h

**VOLTAR PARA A FICHA DO ADULTO E ADOLESCENTE**

Acidente Ocupacional?  0. Não     1. Sim