



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Ana Luiza Braz Pavão

**Autoavaliação do estado de saúde:  
associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida, morbidade  
e experiência de discriminação racial em inquérito populacional no  
Brasil**

Rio de Janeiro

2012

Ana Luiza Braz Pavão

**Autoavaliação do estado de saúde:  
associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida, morbidade e  
experiência de discriminação racial em inquérito populacional no Brasil**

Tese apresentada, como requisito parcial para  
obtenção do título de Doutor, ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Área de concentração: Epidemiologia.

Orientador (es): Prof. Dr. Guilherme Loureiro Werneck  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Mônica Rodrigues Campos

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

P337 Pavão, Ana Luiza Braz.

Autoavaliação do estado de saúde: associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida, morbidade e experiência de discriminação racial em inquérito populacional no Brasil / Ana Luiza Braz Pavão. – 2012.  
149 f.

Orientador: Guilherme Loureiro Werneck.

Coorientadora: Mônica Rodrigues Campos.

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Avaliação em saúde – Teses. 2. Discriminação racial – Teses. 3. População – Aspectos sociais – Teses. 4. Saúde – Aspectos sociais – Teses. I. Werneck, Guilherme Loureiro. II. Campos, Mônica Rodrigues. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 614.2:33

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Ana Luiza Braz Pavão

**Autoavaliação do estado de saúde:  
associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida, morbidade e  
experiência de discriminação racial em inquérito populacional no Brasil**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em 21 de maio de 2012.

Orientadores: Prof. Dr. Guilherme Loureiro Werneck  
Instituto de Medicina Social da UERJ  
Prof. Dra. Mônica Rodrigues Campos  
Fundação Oswaldo Cruz da FIOCRUZ

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Guilherme Loureiro Werneck  
Instituto de Medicina Social da UERJ  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Evandro da Silva Freire Coutinho  
Instituto de Medicina Social da UERJ  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Cláudia de Souza Lopes  
Instituto de Medicina Social da UERJ  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Antônio José Leal Costa  
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Josué Laguardia  
Fundação Oswaldo Cruz da FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2012

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, Ana Maria e Carlos Alberto, por sempre me incentivarem a progredir em minha formação acadêmica, por todos os ensinamentos ao longo dos anos e pelo apoio e confiança depositados em mim.

## RESUMO

PAVÃO, Ana Luiza Braz. Autoavaliação do estado de saúde: associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida, morbidade e experiência de discriminação racial em inquérito populacional no Brasil. 2012. 149f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

A autoavaliação do estado de saúde (AAS) é um indicador de saúde amplamente utilizado e influenciado por uma grande variedade de fatores. Em particular, existem evidências crescentes de que a discriminação racial é um importante fator de risco para eventos mórbidos em saúde e seu impacto na saúde da população brasileira ainda é pouco explorado. No primeiro artigo, o objetivo principal é investigar a associação entre AAS e fatores sociodemográficos, comportamentais e de morbidade. No segundo artigo, o objetivo é estimar a associação entre discriminação racial e diferentes desfechos em saúde, a saber, AAS, morbidade física e depressão ajustando por variáveis sociodemográficas, comportamentos relacionados à saúde e Índice de Massa Corporal, na população de pretos e pardos. O presente estudo possui delineamento seccional, baseado nos dados do inquérito de abrangência nacional “Pesquisa Dimensão Social das Desigualdades”. Os entrevistados responderam a questionários estruturados e suas medidas antropométricas foram aferidas. No primeiro artigo, foram avaliados 12.324 indivíduos, entre chefes de família e cônjuges, com idade maior ou igual a 20 anos. No segundo artigo, foram avaliados 3.863 chefes de família que responderam a pergunta sobre discriminação racial e que se classificaram como pretos e pardos. AAS foi avaliada por meio de pergunta obtida do instrumento de qualidade de vida SF-36 e, para o primeiro artigo, foi analisada de forma dicotômica em AAS boa (categorias de resposta excelente, muito boa e boa) e AAS ruim (categorias de resposta razoável e ruim). No segundo artigo, esse desfecho foi analisado utilizando-se as 5 categorias de resposta. As análises foram realizadas utilizando-se modelos de regressão logística uni e multivariados, para dados binários (artigo 1) ou ordinais (artigo 2). Os resultados foram apresentados na forma de *Odds Ratios* com os respectivos intervalos de 95% de confiança. Maior faixa etária, analfabetismo, tabagismo, obesidade e doenças crônicas estiveram associados a maior chance de AAS ruim. Para cada incremento na faixa de renda, observou-se uma redução de 20% na chance de relatar AAS ruim. Atividade física esteve associada a menor chance de AAS ruim. No segundo artigo, exposição à discriminação racial esteve associada com aumento na chance de relato de pior AAS, de morbidade física e de depressão. O presente estudo identificou a influência de diversos fatores sociais, demográficos, comportamentos relacionados à saúde e morbidade física na AAS. O estudo demonstrou ainda que a discriminação racial está associada negativamente aos três desfechos em saúde avaliados (AAS, morbidade física e depressão). Esses resultados podem traçar um perfil de subgrupos populacionais mais vulneráveis, ou seja, com maior risco de contrair doenças ou de procurar o serviço de saúde por uma doença já existente, auxiliando na definição de populações-alvo para o adequado planejamento de políticas e de programas de promoção de saúde.

Palavras-chave: Autoavaliação de saúde. Discriminação Racial. Determinantes. Saúde. População.

## ABSTRACT

Self-rated health (SRH) is a health indicator widely used in surveys and affected by many factors. There is increasing evidence showing that racial discrimination is an important risk factor for morbid events on health and its impact on health of the Brazilian population is still poorly understood. In the first paper, the main purpose is to investigate the association between SRH and social and demographic factors, health behaviors and morbidity. In the second paper, the main purpose is to estimate the association between racial discrimination and different health outcomes, such as: SRH, physical morbidity and depression, controlling for social and demographic variables, health behaviors and Body Mass Index, in the population of blacks and mulattoes. This study has a cross-sectional design and is based on data obtained from the national survey *Research for Social Dimension of Inequalities*. The interviewees answered to a structured questionnaire and had their anthropometric measures collected. In the first paper, 12,324 household chiefs and their spouses, aged 20 years or older, were evaluated. In the second paper, the study population was composed of 3,863 family chiefs who answered to the question about racial discrimination and who classified themselves as blacks or mulattoes. The measurement of SRH was based on the question obtained from the SF-36 quality-of-life questionnaire. For the first paper, SRH was treated as a dichotomous variable: Good (categories: Excellent, Very Good and Good) and Poor (Regular and Bad). For the second paper, the five original categories were considered. Analysis will be developed using univariate and multivariate logistic regression models for binary (paper 1) and ordinal data (paper 2). Results were presented in the form of *Odds Ratios* and respective 95% confidence intervals. Older age, illiteracy, smoking habits, obesity and chronic diseases were associated to higher chances of having poor SRH. As income increased, it was observed a reduction of 20% in the chance of having poor SRH. Physical activity was associated to a lower chance of having poor SRH. In the second paper, racial discrimination was associated to a higher chance of having: poor SRH, physical morbidity and depression. The present study identified the influence of several social and demographic factors, health behaviors, and physical morbidity in SRH. Individuals with poor SRH will compose the health services' demand. It also showed that racial discrimination was negatively associated to the three evaluated health outcomes (SRH, physical morbidity and depression). These results may trace profiles of vulnerable population subgroups, that is, people with higher risks of becoming ill or of searching for health services because of an existent disease. This find may help in the definitions of target populations for the adequate establishment of health planning and programs.

Keywords: Self-rated health. Racial discrimination. Determinants. Health. Population.

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
1	<b>CONSTRUTO DE SAÚDE</b> .....	7
1.1	<b>Autoavaliação do estado de saúde</b> .....	9
1.1.1	<u>Fatores associados à autoavaliação do estado de saúde</u> .....	13
1.1.1.1	Fatores sociodemográficos.....	14
1.1.1.2	Capital social.....	17
1.1.1.3	Hábitos de vida e comportamentos relacionados à saúde.....	18
1.1.1.4	Morbidade.....	19
1.1.1.5	Discriminação racial e autoavaliação do estado de saúde.....	19
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	22
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	23
4	<b>MÉTODOS</b> .....	25
5	<b>PRIMEIRO ARTIGO</b> .....	32
6	<b>SEGUNDO ARTIGO</b> .....	54
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	74
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	77
	<b>ANEXO A - Questionário aplicado aos chefes de família na Pesquisa Dimensão Social das Desigualdades (PDSD), Brasil, 2008</b> .....	85



## INTRODUÇÃO

### 1 CONSTRUTO DE SAÚDE

O conceito de saúde, ou necessidade em saúde, é complexo, multifacetado e pode sofrer variações de acordo com o tempo, local, indivíduo e avaliador. Possui natureza dinâmica e relativa, variando de acordo com mudanças nos parâmetros utilizados para definir doença, avanços na tecnologia e modificações nas expectativas dos indivíduos (Israel & Logan, 1984). Rene Dubos, em 1961, exemplificou a complexidade deste conceito, comparando-o a uma “miragem retrocedente”, i.e., de longe é aparentemente um conceito claro, mas, à medida que nos aproximamos da tentativa de defini-lo, o entendimento inicial parece se esvaír (Dubos, 1961 *apud* Larson, 1999). Segundo Ware (1987), a saúde pode ter diferentes significados para cada indivíduo e suas dimensões física, mental e social podem apresentar impactos diferenciados nos indivíduos. Por ser um construto que apresenta múltiplas dimensões, sua mensuração requer uma grande diversidade de indicadores (Israel & Logan, 1984).

Uma revisão sobre os principais modelos para a conceituação de saúde revelou a complexidade deste construto e identificou, dentre outras, duas principais definições: a primeira, baseada no denominado Modelo Médico, definiu saúde como a ausência de doença ou incapacidade; a segunda, baseada no Modelo da Organização Mundial de Saúde (OMS), considera saúde o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença (Larson, 1999). Outra possível definição estaria relacionada ao estado de ausência de doença, presença de força e vigor e de altos índices de qualidade de vida, ou ainda, à situação de ausência de incapacidade física, distúrbios psicológicos e dor (Larson, 1999; Brown *et. al.*, 1984). Evans & Stoddart (1994) já diferenciavam, entre os elementos constitutivos do estado de saúde, os componentes “doença” e “saúde e funcionamento”, discriminando, desta forma, a visão clínica da percepção que os indivíduos têm sobre sua saúde.

Embora comumente utilizada, a definição de saúde proposta pela OMS não é consensual. Forattini, em seu livro: “Ecologia, Epidemiologia e Sociedade”, baseando-se em trabalho previamente publicado por Terris (1975), criticou a definição supracitada, por não considerar a existência de um gradiente de sanidade, mas apenas estados opostos de saúde e doença. Além disso, o autor introduz a diferenciação entre os conceitos de doença e enfermidade. Segundo ele, a doença pode coexistir com saúde, em várias fases do gradiente

de sanidade, ao passo que, a enfermidade, uma vez instalada, não pode coexistir com a saúde, pois são mutuamente excludentes. Por exemplo, uma elevada proporção de adultos possui a doença aterosclerose, mas, no entanto, apenas uma pequena parcela evidencia a enfermidade pela sintomatologia (Terris, 1975). Além disso, o autor propõe uma revisão da definição da OMS, acrescentando o trecho correspondente à “habilidade funcional”. Também propõe que o termo “doença” seja substituído por “enfermidade” e que o termo “completo” da expressão “completo bem-estar” seja retirado, pois, segundo o autor, o estado de saúde plena ou absoluta não corresponde à realidade. Sendo assim, a definição revisada da OMS que foi proposta seria: “Saúde é o estado de bem-estar físico, mental, social e de habilidade funcional, e não apenas a ausência de enfermidade”. Citando Viniegra (1985), o autor considera ainda que o conceito de saúde deva ultrapassar os limites da ausência de doenças, pois, caso contrário, não se poderá almejar a melhoria da qualidade de vida, mas sim apenas a mera sobrevivência.

De toda forma, tem havido, nas últimas décadas, uma mudança de paradigma na saúde. O paradigma antigo enfatizava a doença, enquanto o novo ressalta o conceito de saúde, funcionamento e bem-estar. Em consequência, as medidas de saúde e doença também modificaram a fim de refletir o novo paradigma (Greenfield & Nelson, 1992). No que tange às políticas de saúde, o novo paradigma ampliou o escopo de ação para a promoção da saúde e bem-estar e, particularmente, para a melhoria da capacidade funcional, aumentando, em consequência, a expectativa de vida saudável. Neste contexto, as medidas subjetivas do estado de saúde podem ser mais sensíveis para estabelecer e monitorar o bem-estar do indivíduo (Theme Filha *et. al.*, 2008).

Segundo Israel & Logan (1984), existem dois objetivos principais para se medir a necessidade em saúde. O primeiro é o de auxiliar na implementação de estratégias de promoção da saúde pelos serviços de saúde; e o segundo diz respeito à avaliação do efeito dessas estratégias na redução das necessidades em saúde. Os autores fazem ainda uma distinção entre o conceito de necessidade em saúde e necessidade por uma intervenção em saúde (ou equivalente de necessidade). Em estudos de utilização dos serviços de saúde, a necessidade em saúde é classificada em necessidade percebida ou necessidade avaliada, dependendo de como este construto foi mensurado, quer tenha sido referido pelo paciente, quer tenha sido diagnosticado pelo médico. Em geral, a necessidade percebida costuma estar mais relacionada com a procura pelo cuidado em saúde (demanda) e com a adesão ao tratamento, ao passo que, a necessidade avaliada é um reflexo do sistema de cuidados médicos e relaciona-se mais ao tipo de tratamento que será realizado após a consulta inicial (Andersen, 1995; Purola, 1972).

Em termos operacionais, a medida do construto de saúde pode se dar por meio de informações médicas diretas, as quais são baseadas em sinais e sintomas patológicos e em exames diagnósticos; ou indiretas, através dos registros médicos. Pode ainda ser mensurado por meio de avaliações feitas pelos próprios indivíduos, ou morbidade referida, utilizando-se diferentes indicadores, como a autoavaliação do estado de saúde, o número de sintomas ou de doenças crônicas relatadas, ou o número de dias em que o paciente apresentou restrição de suas atividades habituais devido à doença (Mendoza-Sassi & Béria, 2001). Um estudo, realizado em 2008, com base nos dados da Pesquisa Mundial de Saúde, analisou as inter-relações entre alguns dos indicadores recomendados pela OMS para avaliar a saúde das populações, como a autoavaliação do estado de saúde, a percepção de doença de longa duração e o número de doenças crônicas diagnosticadas. A variável dependente considerada foi a percepção de doença de longa duração. Os autores observaram que o papel da autoavaliação do estado de saúde foi mais importante do que o número de doenças crônicas na percepção de doença de longa duração, sugerindo que as medidas subjetivas possam ser mais sensíveis para estabelecer e monitorar o bem-estar do indivíduo (Theme Filha *et. al.*, 2008).

### **1.1 Autoavaliação do estado de saúde**

A autoavaliação do estado de saúde, ou autoavaliação de saúde, é um importante indicador multidimensional da saúde e consiste na percepção que os indivíduos possuem de sua própria saúde (Cott *et. al.*, 1999). Embora seja medido por uma única pergunta, é considerado o indicador de saúde mais inclusivo e informativo, abrangendo várias dimensões da saúde (Jylha, 2009). Tais dimensões incluem: diagnósticos confirmados de doenças crônicas, limitações funcionais e incapacidade (Tissue, 1972; Maddox & Douglas, 1973; Jylha *et. al.*, 1986; Johnson & Wolinsky, 1993). Também pode ser influenciada pelo conhecimento prévio de história familiar de doença crônica, por características comportamentais e de estilo de vida e por aspectos psicossociais, cognitivos e afetivos, e a própria personalidade dos indivíduos (Martikainen *et. al.*, 1999; Hambleton *et. al.*, 2005).

A autoavaliação de saúde não pode ser considerada uma medida estritamente objetiva da saúde (Hofelmann & Blank, 2007). Ao contrário, trata-se de um indicador subjetivo, que engloba tanto componentes físicos quanto emocionais. A percepção do paciente de se sentir doente não advém apenas das sensações físicas de dor e desconforto, mas, sobretudo, das consequências sociais e psicológicas da presença da enfermidade (Szwarcwald, *et. al.*, 2005). Este indicador apresenta características que extrapolam o significado de saúde no sentido

estrito, adquirindo representatividade quanto ao bem-estar, resumindo percepções corporais (Manderbacka, 1998). Reflete não apenas a exposição à doença, mas também o conhecimento acerca de suas causas e consequências. Engloba ainda as dimensões relacionadas ao bem-estar, satisfação, controle sobre a vida, suficiência física e qualidade de vida (Hofelmann & Blank, 2007). Assim, vem sendo amplamente aceito que a autoavaliação de saúde agrega valiosa informação a outros indicadores em saúde (Ware *et. al.*, 1987).

Ao responder à pergunta da autoavaliação de saúde, os indivíduos desenvolvem implicitamente um processo de ponderação dessas dimensões (Theme Filha *et. al.*, 2008). Alguns pensam em problemas de saúde ou doenças específicas, outros respondem levando em conta aspectos comportamentais ou funcionais (Krause & Jay, 1994). Krause & Jay (1994) realizaram um estudo qualitativo utilizando uma amostra de conveniência de 158 habitantes do estado de Michigan (EUA). Inicialmente, os pesquisadores aplicaram o indicador de autoavaliação do estado de saúde e, em seguida, fizeram uma pergunta aberta aos entrevistados a fim de saberem o referencial que os levou a escolher a resposta para aquela pergunta. Nesta amostra, as dimensões mais frequentemente relatadas foram: problemas de saúde (47%), saúde funcional (24%) e comportamental (24%) e, por último, comparações com a saúde de outros indivíduos (6%).

Este indicador vem sendo amplamente utilizado em estudos epidemiológicos pela sua relativa simplicidade e facilidade de captação em inquéritos populacionais e por permitir comparações internacionais. É medida considerada custo-efetiva e não necessita de pessoal especializado para sua aplicação. Também apresenta validade bem estabelecida, sendo importante preditor de morbidade e de mortalidade e possuindo associação com determinadas condições clínicas (Pikhart *et. al.*, 2001; Franks *et. al.*, 2003; Kunst *et. al.*, 2005; Theme Filha *et. al.*, 2008; Kaplan & Baron-Epel, 2003). Idler & Benyamini (1997) demonstraram ser a autoavaliação de saúde um preditor independente de mortalidade, mesmo após o ajuste por outros indicadores de saúde e covariáveis (sexo, idade, posição socioeconômica). Foi verificada também boa concordância deste indicador com a avaliação médica do estado de saúde (Hunt *et. al.*, 1980). Além disso, alguns estudos mostram que pode ser ainda um importante fator na predição de problemas de saúde que só seriam detectados mais tardiamente (Blank & Diderichsen, 1996; Kaplan *et. al.*, 1996) e preditor do uso de serviços de saúde (Krakau, 1991; Fylkesnes, 1993; Hulka & Wheat, 1985). Desta forma, vem sendo aplicado com a finalidade de estabelecer diferenças na morbidade entre subgrupos populacionais, comparar a necessidade por serviços de saúde e recursos entre diferentes áreas geográficas e calcular indicadores de morbi-mortalidade. No contexto das avaliações

econômicas em saúde, este indicador pode ainda ser utilizado no cálculo do desfecho de análises de custo-utilidade, cuja mensuração engloba quantidade e qualidade de vida dos indivíduos (Devlin *et. al.*, 2000; Kind *et. al.*, 1998). Também há relatos de seu uso como desfecho em ensaios clínicos e na rotina de avaliação de risco e na prática clínica (Jylha, 2009) (Quadro 1).

Quadro 1 – Vantagens e aplicações do indicador de autoavaliação do estado de saúde, segundo dados da literatura.

<b>Vantagens</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite comparações internacionais;</li> <li>• Custo-efetivo;</li> <li>• É de fácil aplicação, não necessita pessoal especializado;</li> <li>• Única pergunta;</li> <li>• Abrange múltiplas dimensões (muito sensível);</li> <li>• Preditor de morbimortalidade;</li> <li>• Associação com condições clínicas ;</li> <li>• Boa concordância com avaliação médica;</li> <li>• Preditor de problemas de saúde futuros;</li> <li>• Preditor do uso de serviços de saúde.</li> </ul>
<b>Aplicações</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendado pela OMS para o monitoramento do estado de saúde;</li> <li>• Inquéritos populacionais;</li> <li>• Avaliar diferenças na morbidade entre grupos populacionais;</li> <li>• Comparar a necessidade por serviços de saúde;</li> <li>• Calcular indicadores de morbimortalidade;</li> <li>• Medida de desfecho em ensaios clínicos;</li> <li>• Indicador de rotina na avaliação de riscos e na prática clínica.</li> </ul>

Apesar das inúmeras vantagens da utilização deste indicador, existem limitações relacionadas ao seu uso. Devido a sua natureza abrangente, o indicador de autoavaliação de saúde torna-se pouco específico. Ao mesmo tempo em que permite captar diferentes dimensões do conceito saúde, dificulta a interpretação, por parte dos pesquisadores, de quais aspectos estão sendo levados em conta na avaliação subjetiva pelo indivíduo. Além disso, outro problema advém da comparação deste indicador entre grupos de diferentes culturas, o que também ocorre entre grupos de faixas etárias muito diferenciadas. Nestas situações, mesmo após o ajuste por variáveis médicas e de estado de saúde, pode haver a permanência de diferenças na morbidade percebida pelos indivíduos, o que possivelmente está relacionado a padrões específicos de avaliação nesses grupos (Jylha, 2009; Desesquelles *et. al.*, 2009). Existe uma dificuldade de comparação de informações baseadas em percepções e relatos entre contextos culturalmente distintos (Barros *et. al.*, 2008). Outra questão é a de que os resultados advindos da autoavaliação de saúde nem sempre são coerentes com os indicadores objetivos de saúde. Ainda assim, há autores que consideram que o estado de saúde do indivíduo não pode ser medido sem que se utilize o indicador da autoavaliação de saúde, dada a variedade de dimensões que o mesmo é capaz de abarcar (Idler & Benyamini, 1997).

Existem alguns aspectos metodológicos a serem considerados relativos a este indicador. O primeiro refere-se à maneira como a pergunta é formulada e suas categorias de resposta. Os estudos que comparam diferentes versões desta pergunta mostram que o padrão de respostas entre elas é similar, sendo difícil identificar qual versão é melhor ou pior do que a outra. Todas essas versões são altamente correlacionadas e capazes de predizer desfechos futuros (Fayers & Sprangers, 2002). Uma das perguntas mais frequentemente utilizadas é a do instrumento de avaliação de qualidade de vida, o “*Short-Form 36*” (SF-36): “*Em geral, você diria que sua saúde é*”, com as seguintes opções de resposta: “*Excelente*”, “*Muito boa*”, “*Boa*”, “*Razoável*” e “*Ruim*”.

Outra questão diz respeito ao uso de um referencial de comparação (“*Teoria do grupo de referência*”). Os respondentes podem comparar a sua saúde atual com a sua saúde no passado ou com a saúde de outros indivíduos com a mesma idade. Este último caso pode, inclusive, estar explícito na própria formulação da pergunta, como no estudo de coorte conduzido em funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro (Faerstein *et. al.*, 2005): “*De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?*” Alguns autores indicam que a pergunta formulada desta forma tem a vantagem de “ajustar” pelo efeito da idade e doenças a ela associadas (Werneck, 2008; Faerstein *et. al.*, 2005). Por outro lado, evidências mostram que indivíduos que utilizam o

método de comparação frequentemente escolhem como referência aqueles que estão em pior estado de saúde, o que contribui para uma maior sensação de bem-estar nesses indivíduos (Simon *et. al.*, 2005). Kaplan & Baron-Epel (2003) mostraram que a idade e o estado de saúde estiveram associados ao modo pelo qual os indivíduos comparam sua saúde com a dos outros. Eles identificaram que os indivíduos mais jovens com autoavaliação de saúde baixa não costumam fazer comparações com indivíduos na mesma idade, ao passo que, os mais velhos, com a mesma situação de saúde, têm o comportamento oposto. Esta é uma possível explicação para os resultados positivos de autoavaliação de saúde em idosos. Por outro lado, os jovens com autoavaliação de saúde boa tendem a comparar-se mais frequentemente com indivíduos da mesma idade do que os mais velhos sob esta mesma condição.

Outro aspecto que pode influenciar a autoavaliação de saúde é a posição da pergunta no questionário. Em alguns questionários, como no SF-36, a pergunta está localizada logo no começo, de modo que os respondentes não são influenciados pelos itens seguintes. Por outro lado, quando a pergunta se localiza ao final do questionário, o preenchimento dos itens precedentes pode sugerir aos respondentes quais as dimensões de relevância para o pesquisador (física, emocional, social, cognitiva ou relativa a sintomatologia específica de doenças) (Fayers & Sprangers, 2002). Outro fator que pode afetar os resultados do indicador da autoavaliação de saúde é o modo de administração da pergunta (questionário auto-preenchível ou entrevista). Grootendorst *et. al.* (1997) mostraram que, no que diz respeito a questões relacionadas a saúde, os questionários auto-preenchíveis tiveram maior índice de morbidades relatadas do que as entrevistas conduzidas pessoalmente.

#### 1.1.1 Fatores associados à autoavaliação do estado de saúde

Por ser um construto que envolve múltiplas dimensões, a autoavaliação de saúde pode ser influenciada por diferentes fatores. Dentre estes, as características sociodemográficas, comportamentais ou de estilo de vida, psicossociais, funcionais e de morbidade são, em maior ou menor grau, fatores determinantes da autoavaliação de saúde. Estudos conduzidos no Brasil sugerem que a idade, o sexo, o bem-estar material e o grau de instrução são determinantes de relevância (Szwarcwald *et. al.*, 2005). Além disso, a situação de trabalho, as características do estilo de vida, como a prática de exercícios físicos, o tabagismo e o consumo de álcool, bem como os fatores psicossociais também parecem estar envolvidos e influenciam a percepção que os indivíduos têm de sua saúde (Borg & Kristensen, 2000; Ferrie

*et. al.*, 1995; Wolinsky *et. al.*, 1995; Poikolainen *et. al.*, 1996; House *et. al.*, 1988; Berkman & Syme, 1979; Kaplan *et. al.*, 1977; Cott *et. al.*, 1999).

A seguir, serão destacados alguns dos principais fatores associados à autoavaliação do estado de saúde, os quais serão analisados ao longo deste trabalho.

### **1.1.1.1 Fatores sociodemográficos**

As diferenças na saúde entre homens e mulheres podem estar relacionadas a diferenças nos hábitos de vida e comportamentos relacionados à saúde de ambos os sexos. Os homens são mais propensos a adotar comportamentos de risco, como o tabagismo e consumo de álcool, enquanto as mulheres estão mais propensas a ter um comportamento sedentário e maior tendência à ansiedade e à depressão (Denton & Walters, 1999; Ross & Bird, 1994). A autoavaliação de saúde baixa, nas mulheres, associa-se a uma pior qualidade de vida e, nos homens, a uma maior probabilidade de morte (Maia *et. al.*, 2006). Evidências sugerem que, no âmbito de autoavaliação de saúde, os homens são mais otimistas do que as mulheres ao relatarem o seu estado de saúde (Maddox 1964; Shanas *et. al.* 1968 *apud* Shooshtari *et. al.*, 2007). No entanto, este padrão não se repete em todos os estudos (Alazraqui *et. al.*, 2009; Wong *et. al.*, 2005).

Estudo realizado na Argentina mostrou pior autoavaliação de saúde entre as mulheres, mas a diferença não foi estatisticamente significativa (Alazraqui *et. al.*, 2009). Outro estudo realizado na América Latina e Caribe não atribuiu as diferenças encontradas a uma maior propensão no relato de um dos sexos, mas sim a diferenças no estado de saúde, funcionamento e bem-estar de homens e mulheres (Wong *et. al.*, 2005). Segundo Shooshtari (2007), os dados existentes na literatura sobre a influência do sexo na autoavaliação de saúde mostram resultados conflitantes.

No Brasil, estudo baseado em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD-2003) mostrou que o sexo feminino esteve associado a uma chance 1,15 vezes maior de apresentar autoavaliação de saúde ruim, em comparação ao sexo masculino, mesmo após o ajuste por outras variáveis de maior relevância (idade, renda *per capita*, índice de bens e escolaridade) (Dachs & Santos, 2006).

À medida que se aumenta a idade, o estado de saúde geral diminui significativamente e isso se reflete na medida da autoavaliação do estado de saúde desses indivíduos (Alazraqui *et. al.*, 2009). No entanto, um estudo analisou a autoavaliação do estado de saúde de idosos, no Canadá, com idades entre 65 e 74 anos, comparando-os com aqueles acima dos 74 anos.



Foi observado que os indivíduos mais velhos avaliaram melhor a sua saúde. Esse achado foi atribuído, pelos autores, a uma redução nas expectativas desses indivíduos em idade mais avançada, ao próprio fato de já terem conseguido atingir um patamar de idade indicativo de boa saúde e, também, ao efeito do viés de sobrevivência, que seleciona aqueles indivíduos mais saudáveis (Shooshtari *et. al.*, 2007).

Estudos realizados no Brasil mostram piora na autoavaliação de saúde com o aumento da idade, independente da faixa etária. Os dados da PNAD de 2003 mostram que houve aumento progressivo na chance de autoavaliação de saúde ruim com o aumento da idade, com a faixa etária de 85 anos ou mais apresentando aproximadamente 9 vezes mais chance de relatar estado de saúde ruim (OR=8,86) em comparação ao grupo de 14-44 anos. Dados nacionais da Pesquisa Mundial de Saúde mostram que o aumento da idade diminuiu a chance de autoavaliação de saúde boa ou muito boa em homens e mulheres, mesmo após o ajuste por variáveis socioeconômicas (Dachs & Santos, 2006; Szwarcwald *et. al.*, 2005). Deve-se ressaltar que esses achados diferenciados entre Brasil e Canadá, no que tange a percepção de saúde entre os idosos, também podem ser atribuídos à precariedade dos serviços de saúde no Brasil, com deficiências sobretudo nas ações de saúde voltadas para esta faixa etária.

Um estudo longitudinal conduzido em idosos no Canadá mostrou que a associação entre renda e autoavaliação de saúde foi significativa mesmo após o ajuste pelos efeitos individuais da idade, sexo, história familiar de morte prematura na família, características funcionais e comportamentais e contatos sociais (Shooshtari *et. al.*, 2007). Outro estudo canadense em indivíduos adultos mostrou que aqueles com renda baixa têm 1,53 vezes mais chance de apresentar autoavaliação de saúde ruim do que indivíduos com renda alta (Cott *et. al.*, 1999).

No Brasil, um estudo baseado em dados da PNAD, foi avaliada a influência da renda na autoavaliação do estado de saúde da população brasileira. Mesmo após o ajuste por outras variáveis de relevância (idade, sexo, escolaridade e índice de bens), quanto maior o estrato de renda, menor foi a chance de o indivíduo apresentar autoavaliação ruim e esse gradiente foi estatisticamente significativo para todos os estratos de renda (Dachs & Santos, 2006).

Em relação à escolaridade, um estudo realizado em países da América Latina e Caribe mostrou que este foi o único fator que manteve uma associação independente com autoavaliação do estado de saúde, após o controle por variáveis de morbidade (Wong *et.al.*, 2005). No estudo canadense, os indivíduos com nível de escolaridade mais baixo apresentaram 1,96 vezes mais chance de auto-avaliarem sua saúde negativamente do que os indivíduos com maiores níveis de escolaridade (Cott *et. al.*, 1999).

No Brasil, tanto na PNAD quanto na Pesquisa Mundial de Saúde, a associação entre escolaridade e autoavaliação do estado de saúde foi marcante, tendo sido observado também um gradiente dose-resposta, mesmo após ajuste para potenciais variáveis de confundimento em modelos multivariados. Na PNAD, indivíduos com 12 anos ou mais de escolaridade apresentaram menor chance de autoavaliação da saúde ruim, quando comparados aos indivíduos com nenhuma escolaridade (OR=0,18;  $p<0,001$ ). Os dados da Pesquisa Mundial de Saúde revelaram que indivíduos com primeiro grau incompleto tiveram menor chance de apresentarem autoavaliação de saúde boa ou muito boa em comparação aos indivíduos com segundo grau completo (OR=0,46 em homens e OR=0,58 em mulheres;  $p<0,001$ ) (Dachs & Santos, 2006; Szwarcwald *et. al.*, 2005).

Diversos estudos têm apontado, nas últimas décadas, diferenças raciais importantes na morbi-mortalidade (Laguardia, 2004). Segundo a revisão da literatura conduzida por Lillie-Blanton *et. al.* (1996), as evidências para o desfecho mortalidade por todas as causas mostraram, em alguns estudos, diferenças raciais significativas mesmo após o ajuste por posição socioeconômica. Por outro lado, em outros estudos, a associação entre raça e mortalidade por todas as causas não foi significativa. Recentemente, um estudo conduzido numa amostra de brancos e negros norte-americanos, em idade avançada, mostrou associação independente entre raça e autoavaliação do estado de saúde, mesmo após o ajuste por variáveis de saúde física e psicossociais. Os autores observaram que indivíduos de raça branca tiveram chance 3,7 vezes maior de auto-avaliarem melhor a sua saúde, quando comparados aos de raça negra (Spencer *et. al.*, 2009).

No Brasil, estudo baseado em inquérito telefônico (VIGITEL) mostrou prevalência de AAS ruim maior entre homens e mulheres que referiram cor de pele preta, parda ou morena, comparados aos que se referiram como brancos (RP=1,15 em homens e RP=1,31 em mulheres). Também nesse estudo, verificou-se que a prevalência de autoavaliação do estado de saúde ruim foi maior em capitais das regiões Norte e Nordeste, evidenciando uma situação de desigualdade regional de saúde no país. Na PNAD, no que se refere à associação entre cor de pele e autoavaliação do estado de saúde, o resultado foi diferente daquele observado no estudo VIGITEL, pois os indivíduos não brancos apresentaram menor chance de relatar autoavaliação de saúde ruim, em comparação aos brancos (OR=0,97). No entanto, esse resultado não foi estatisticamente significativo (Barros *et. al.*, 2009; Dachs & Santos, 2006).

### 1.1.1.2 Capital social

Um dos primeiros sociólogos a conceituar capital social foi Pierre Bourdieu. Segundo este autor, capital social é a soma dos recursos reais ou potenciais dos indivíduos relacionados ao fato de possuírem redes duráveis de relacionamentos sociais mais ou menos institucionalizados de reconhecimento e conhecimento mútuos (Bourdieu, 1986). Segundo uma revisão da literatura, o capital social possui dois componentes principais: o cognitivo, que inclui normas, valores, atitudes e crenças, como, por exemplo, a percepção do nível de confiança, partilha e reciprocidade interpessoal pelos indivíduos; e o componente estrutural, que se refere a aspectos externamente observáveis da organização social, como a densidade das redes sociais ou os padrões de engajamento cívico (Islam *et. al.*, 2006).

Rede e apoio social são alguns dos construtos comumente utilizados na aferição do capital social. (Pattussi *et. al.*, 2006). Rede social diz respeito às “teias” de relações que circundam o indivíduo (p.ex., amigos, parentes, grupos de pessoas com quem há contato ou alguma forma de participação social) e às características dessas relações (p.ex., disponibilidade e frequência de contato) (Berkman & Syme, 1979; Bowling, 1997). O apoio social refere-se ao grau com que as relações interpessoais correspondem a determinadas funções como, por exemplo, o apoio emocional, material e afetivo (Chor *et. al.*, 2001; Cohen & Wills, 1985; Sherbourne & Stewart, 1991).

A demonstração do efeito da rede e apoio social sobre a saúde teve início na década de 70, com a evidência de associação inversa entre um índice multidimensional de laços sociais e a taxa geral de mortalidade (Berkman & Syme, 1979). Também foi verificada a associação inversa entre redes sociais e comportamentos relacionados à saúde, como tabagismo e consumo de álcool (Westman *et. al.*, 1985). Outros estudos revelaram associação de redes sociais com a melhoria em diferentes desfechos de saúde (Berkman *et. al.*, 2000; Cohen, 2004; House *et. al.*, 1988).

O casamento é um dos tipos de relacionamentos envolvidos no contexto das redes sociais e apoio social. Diversos estudos demonstraram o seu efeito protetor sobre a saúde, evidenciado nos achados de maior sobrevivência e menor incidência de problemas de saúde entre indivíduos casados, quando comparados aos não casados (Burman & Margolin, 1992; Johnson *et. al.*, 2000; Lillard & Panis, 1996). Estudo conduzido numa população de 127.545 norte-americanos mostrou que, independentemente de características sociodemográficas (sexo, idade, raça, origem hispânica, escolaridade, renda ou local de nascimento) e do indicador de saúde utilizado (saúde regular ou ruim, limitação de atividades, dor física,

estresse psicológico ou relato de tabagismo), adultos casados foram considerados mais saudáveis do que adultos com outras situações conjugais (Schoenborn, 2004).

Uma das principais explicações para esses achados é a denominada hipótese protetora. Segundo ela, a situação conjugal exerce um impacto na saúde dos indivíduos por meio de fatores ambientais, sociais e psicológicos (Artazcoz *et. al.*, 2011). Desta forma, o casamento aumenta o capital social e a renda e diminui os comportamentos de risco dos indivíduos (Joung *et. al.*, 1995; Waldron, *et. al.*, 1996). De acordo com Lindström (2009), o capital social é um dos fatores mais proeminentes da intermediação causal entre situação conjugal e saúde. Em estudo prévio, homens casados relataram receber suporte social mais frequentemente do que os não-casados (August & Sorkin, 2010).

#### 1.1.1.3 Hábitos de vida e comportamentos relacionados à saúde

Apesar da morbidade e dos aspectos funcionais serem os determinantes mais fortemente associados à autoavaliação de saúde, as características do estilo de vida, bem como as atividades de lazer e trabalho, também se associam à autoavaliação de saúde, de forma direta ou indireta (Svedberg *et. al.*, 2006). Evidências sugerem que indivíduos fisicamente ativos têm menor chance de relatar autoavaliação de saúde ruim (Cott *et.al.*, 1999). O tabagismo está frequentemente associado a piores estados de saúde auto-avaliada, segundo dados da literatura (Cott *et. al.*, 1999; Molarius *et. al.*, 2006). O consumo de álcool parece ter um efeito diferenciado. Alguns estudos mostram que consumidores moderados têm maior probabilidade de relatar melhor condição de saúde do que indivíduos que referem nunca ter bebido ou consumidores pesados (Poikolainen *et. al.*, 2006).

Estudo transversal realizado entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil mostrou que indivíduos sedentários tinham chance 2,2 vezes maior de relatar autoavaliação de saúde negativa; indivíduos fumantes tinham chance 1,5 vezes maior do que não-fumantes; e indivíduos com consumo moderado de álcool apresentaram menor chance de avaliar sua saúde negativamente (OR=0,8), quando comparados àqueles que referiram não consumir álcool (Hofelmann & Blank, 2007).

#### 1.1.1.4 Morbidade

Dados da literatura indicam que a dimensão física da saúde é um dos determinantes mais importantes na autoavaliação de saúde. (Damian *et. al.*, 1999; Kaplan *et. al.*, 1996; Jylhä *et. al.*, 1986; Shooshtari *et. al.*, 2007).

No Canadá, observou-se que indivíduos com pelo menos uma doença crônica ou incapacidade apresentaram chance 4,73 vezes maior de auto-avaliarem sua saúde como ruim, em comparação aos indivíduos sem morbidades crônicas (Cott *et. al.*, 1999).

No Brasil, um inquérito telefônico realizado em uma amostra de 54.213 pessoas em 2006 mostrou razão de prevalência de autoavaliação de saúde ruim progressivamente maior quanto maior o número de morbidades referidas pelo indivíduo. Após o ajuste por idade, a razão de prevalência de autoavaliação de saúde ruim, para indivíduos com 4 e 5 morbidades relatadas, foi de 11,41 para homens e 6,93 para mulheres, em comparação aos indivíduos sem nenhuma morbidade relatada. No mesmo estudo, foi verificada a associação entre o Índice de Massa Corpórea (IMC) e autoavaliação de saúde. Foi observado que os indivíduos em baixo peso ( $IMC < 18,5$ ) tiveram o dobro da prevalência de autoavaliação de saúde ruim do que os indivíduos eutróficos ( $RP=1,99$  e  $RP=2,05$ , em homens e mulheres, respectivamente). A presença de obesidade ( $IMC \geq 30$ ) esteve associada, nas mulheres, com uma prevalência 3 vezes maior de autoavaliação de saúde ruim, em comparação a indivíduos eutróficos ( $RP=3,10$ ) e, nos homens, essa razão foi de 1,63 (Barros *et. al.*, 2009).

#### 1.1.1.5 Discriminação racial e autoavaliação do estado de saúde

O racismo é uma crença baseada na idealização da superioridade de algumas raças sobre outras, usada para justificar ações que promovam iniquidades entre os grupos raciais (Bhopal, 1998). A discriminação racial autoreferida ou percebida é um dos aspectos do racismo que vem recebendo crescente destaque como um dos agentes estressores que podem ter consequências para a saúde e para o entendimento das desigualdades em saúde (Williams & Mohammed, 2009). Segundo LaVeist (2000), a associação entre racismo e saúde é altamente complexa e estudos que a avaliem ainda estão em estágios precoces. De acordo com Krieger (2003), existem cinco mecanismos principais pelos quais o racismo pode afetar a saúde: desvantagens sociais e econômicas; uso de substâncias tóxicas ou exposição a condições de risco; ocorrência de traumas sociais (mental, físico e sexual); *marketing*

direcionado de produtos como alimentação do tipo *'junk food'* e substâncias psicoativas e assistência em saúde inadequada ou degradante.

Existem evidências crescentes de que a discriminação racial é um importante fator de risco para a saúde (Borrell *et. al.*, 2006). A experiência de discriminação racial tem sido constantemente associada à autoavaliação do estado de saúde ruim e a outros desfechos em saúde (Karlsen & Nazroo, 2002; Nazroo, 2003). Uma revisão sistemática de 138 estudos mostrou associação entre experiência de discriminação racial e doença, medida de diferentes formas entre os estudos (p.ex., desfechos de saúde física e mental, comportamentos em saúde e autoavaliação do estado de saúde), em grupos raciais oprimidos, mesmo após o ajuste por idade, sexo, escolaridade, renda, estado civil, raça, ocupação, estresse, IMC, tabagismo e fatores psicossociais (Paradies, 2006). Uma metanálise avaliou a associação entre discriminação percebida e saúde e observou um efeito negativo da discriminação racial em desfechos de saúde física e mental e revelou que a discriminação esteve associada a elevados níveis de estresse e participação em comportamentos nocivos de saúde (Pascoe & Richman, 2009). Estudo baseado em dados de um inquérito realizado em adultos norte-americanos revelou que a discriminação racial/étnica influenciou negativamente a autoavaliação do estado de saúde e esteve associada a um aumento de aproximadamente 2 vezes na chance de ter limitações físicas e emocionais de saúde (D'Anna *et. al.*, 2010).

O Brasil é o país do continente americano com o maior contingente de indivíduos de ancestralidade africana. A miscigenação encontra-se intrinsecamente relacionada com a história do país. Segundo os resultados do censo de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de uma população total de cerca de 190 milhões de habitantes, 7,6% se autotransformaram como negros e 43,1% como pardos (IBGE, 2010). Pela primeira vez na história do censo, a população do Brasil deixou de ser predominantemente branca. Hoje, a soma de negros e pardos constitui a maioria da população brasileira, com percentual de 50,7% (O Globo, 2010). Embora a miscigenação seja considerada um indicativo de tolerância racial, o problema da discriminação racial ainda existe na realidade brasileira (Travassos & Williams, 2004; Heringer, 2002). Uma investigação científico-jornalística sobre preconceito de cor no Brasil, conduzida pela Folha de São Paulo e pelo Instituto de Pesquisas Datafolha em 1995, realizou entrevistas com mais de 5 mil brasileiros, utilizando 12 perguntas, a fim de tentar compreender as atitudes dos entrevistados com relação ao racismo. Os resultados da pesquisa mostraram que 89% dos brasileiros disseram haver preconceito de cor contra negros no Brasil e 36% dos homens negros entrevistados disseram já ter enfrentado algum tipo de discriminação por causa de sua cor da pele (Folha de São Paulo & Datafolha,

1995). Além disso, diversas evidências sugerem que os indivíduos negros possuem indicadores sociais e de saúde inferiores aos dos brancos no país (Torres, 2002; Chor & Lima, 2005; Santana *et. al.*, 2007).

No Brasil, poucos estudos avaliando desigualdades raciais em saúde foram conduzidos e estudos sobre o impacto da discriminação racial na saúde dos indivíduos são escassos. De acordo com Chor & Lima (2005), os negros têm mais morte prematura e duas vezes mais chance de morte por agressão física do que brancos. Outro estudo avaliou desigualdades em saúde segundo gênero e etnia, mostrando que homens negros, mulheres brancas e mulheres negras tinham 1,11, 1,49 e 1,86 vezes mais chance de ter estado de saúde regular ou ruim, quando comparados aos homens brancos, após o ajuste por idade, escolaridade e renda (Barata *et. al.*, 2007). Um estudo longitudinal em trabalhadores brasileiros mostrou que negros e mulatos que relataram ter sofrido discriminação racial tiveram 50% mais chance de apresentar hipertensão arterial do que aqueles indivíduos pertencentes ao mesmo grupo racial que não relataram esta experiência (Faerstein *et. al.*, 2004). Outro estudo, conduzido em adolescentes de uma área urbana, mostrou que a prevalência de depressão entre aqueles que referiram discriminação racial foi 10,4% maior do que a prevalência daqueles que não referiram discriminação e esse resultado persistiu após o ajuste para sexo, idade, nível socioeconômico, cor de pele e auto-estima (Santana *et. al.*, 2007).

## 2 JUSTIFICATIVA

A autoavaliação do estado de saúde é um importante indicador da saúde, amplamente utilizado em inquéritos, o que permite comparações entre diferentes estudos. Possui a vantagem de captar uma ampla variedade de dimensões de saúde, sendo considerado o indicador de saúde mais inclusivo e informativo (Jylha, 2009). Também apresenta validade preditiva bem estabelecida em relação a eventos de morbi-mortalidade e boa correlação com condições clínicas (Theme Filha *et. al.*, 2008; Idler & Benyamini, 1997). Dada a importância deste indicador, torna-se necessário aprofundar o conhecimento acerca dos fatores que possam estar envolvidos na percepção dos indivíduos sobre sua própria saúde.

Poucos estudos foram conduzidos, em nível nacional, que tenham investigado os fatores associados à autoavaliação do estado de saúde. Foram encontrados apenas três estudos, sendo um deles baseado em dados da PNAD (2003) e outro em dados da Pesquisa Mundial de Saúde (2003) e um terceiro utilizando dados de um inquérito por telefone (Dachs & Santos, 2006; Szwarcwald *et. al.*, 2005; Barros *et. al.*, 2009). Os estudos da PNAD e da Pesquisa Mundial de Saúde avaliaram apenas a associação entre fatores sociodemográficos e autoavaliação de saúde. O estudo baseado em um inquérito telefônico, apesar de ter investigado também hábitos de vida e morbidade, teve a desvantagem de se restringir aos indivíduos residentes em moradias com linha de telefonia fixa. Apesar das evidências crescentes do impacto da discriminação racial na saúde dos indivíduos, não foram encontrados estudos que tenham avaliado a associação entre essa experiência e a autoavaliação do estado de saúde no Brasil.



### **3 OBJETIVOS**

#### **Geral**

Avaliar a associação entre autoavaliação do estado de saúde e: fatores sociodemográficos, comportamentos relacionados à saúde, morbidade e experiência de discriminação racial, na população que participou de um inquérito nacional.

#### **Primeiro Artigo**

##### Objetivo geral

Avaliar a associação entre autoavaliação do estado de saúde e fatores sociodemográficos, comportamentos relacionados à saúde e morbidade, na população que participou de um inquérito nacional.

##### Objetivos específicos

- a) Investigar a força da associação entre autoavaliação do estado de saúde e sexo, idade, renda, escolaridade e raça;
- b) Investigar a força da associação entre autoavaliação do estado de saúde e tabagismo, prática de atividades físicas e consumo de álcool;
- c) Investigar a força da associação entre autoavaliação do estado de saúde e presença de doenças crônicas; e
- d) Investigar a força da associação entre autoavaliação do estado de saúde e IMC.

#### **Segundo Artigo**

##### Objetivo geral

Analisar a associação entre experiência de discriminação racial e saúde nos indivíduos participantes do inquérito que se autotransferiram como pardos e pretos.

##### Objetivos específicos

- a) Analisar a associação entre experiência de discriminação racial e autoavaliação do estado de saúde;
- b) Analisar a associação entre experiência de discriminação racial e morbidade física; e
- c) Analisar a associação entre experiência de discriminação racial e depressão.

## 4 MÉTODOS

### Desenho do estudo

O estudo teve delineamento seccional, a partir dos dados de um inquérito domiciliar de abrangência nacional, realizado em 2008, nas cinco regiões geográficas brasileiras, denominado “Pesquisa Dimensão Social das Desigualdades” (PDSD).

### O Inquérito PSDS

Este inquérito propõe um sistema de indicadores sociológicos para o acompanhamento da dinâmica da desigualdade e da mobilidade social no Brasil. Tal sistema depende da especificação das categorias sociais analiticamente relevantes, da identificação dos grupos "em risco" e da análise do processo de criação e transmissão das desigualdades ao longo do ciclo de vida dos indivíduos. O projeto esteve vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), no programa intitulado “Institutos do Milênio” e foi coordenado pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ). Também contou com a participação de diversas outras instituições acadêmicas<sup>1</sup>.

O objetivo principal deste projeto foi atualizar as informações sobre mobilidade social no país, cuja última pesquisa disponível ocorreu no final da década de 90, bem como gerar informação original por meio de um inquérito domiciliar nacional. Três conjuntos de dados oficiais foram prioritariamente analisados para o desenvolvimento desta pesquisa. Inicialmente, as amostras dos Censos Demográficos de 1960, 1970, 1980, 1991 e 2000. Em seguida, as Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNADs), sobretudo as que trazem informação sobre mobilidade social, isto é, aquelas realizadas nos anos de 1973, 1976, 1982, 1988 e 1996. E, finalmente, a Pesquisa de Padrão de Vida (PPV) de 1996-97, considerada referência no delineamento do inquérito PSDS, a qual coletou dados mais detalhados de mobilidade intergeracional, com a importante limitação de se restringir às Regiões Nordeste e Sudeste.

---

<sup>1</sup> A pesquisa PSDS contou com a colaboração de equipes da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ).

## Amostra

A população foi selecionada por meio de uma amostragem estratificada por conglomerados. A unidade de análise foi o domicílio. A população foi subdividida em 6 domínios, definidos de acordo com a região geográfica (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste) e situação (urbano e rural). Foi criado estrato amostral com os 10% mais ricos dos setores censitários para melhor precisão dos indicadores de desigualdade. Foram selecionados 8.048 domicílios, correspondendo a um total de 12.324 chefes de família e cônjuges adultos (idade maior ou igual a 20 anos).

Em julho de 2008, foi realizado o treinamento dos entrevistadores, com os seguintes objetivos: maximizar a correta aplicação do questionário, estabelecendo o compromisso com o estudo; orientar os procedimentos para arrolamento e seleção do entrevistado; e expor regras para a aplicação das entrevistas, estabelecendo a necessidade da relação de confiança entre entrevistado/entrevistador. O trabalho de campo foi desenvolvido pelo IBOPE, que contou com uma equipe de 421 pessoas, dentre elas: entrevistadores, críticos, revisores e supervisores.

O questionário foi aplicado no chefe de família e seu cônjuge. A coleta de dados foi realizada no período de 6 meses, de julho a dezembro de 2008, onde foram entrevistados 100% dos domicílios previstos na amostra inicial do estudo (N=8.048). Além da aplicação do questionário, também foram coletadas medidas antropométricas.

O questionário apresentava as seguintes dimensões:

- Características do Domicílio (Estrutura);
- Características gerais do chefe e cônjuge;
- Características dos pais, irmãos e amigos;
- Atividade econômica;
- Atividade econômica: procura de trabalho;
- Saúde;
- Antropometria;
- Fecundidade;
- Avaliação das condições de vida ;
- Percepções de justiça;
- Experiência de discriminação.

Os módulos cujas informações foram utilizadas no presente estudo são: Características gerais do chefe e cônjuge (para a obtenção de dados sociodemográficos), Características do Domicílio: estrutura (para informações sobre renda), Saúde (para informações sobre os desfechos analisados e variáveis relativas a hábitos de vida), Antropometria (para cálculo do IMC) e Experiência de discriminação. Dos 12.324 indivíduos entrevistados, apenas os chefes de família, os quais correspondem a 8.048 indivíduos da amostra, responderam a todos os módulos do questionário referidos acima.

## **Desfechos em saúde**

### Autoavaliação do estado de saúde

O principal desfecho em saúde avaliado foi a autoavaliação do estado de saúde, obtido pela seguinte pergunta, baseada no instrumento de qualidade de vida *Short-Form 36* (SF-36), adaptado para o português: “*Em geral, você diria que sua saúde é:*”. As opções de resposta eram: “*Excelente*”, “*Muito boa*”, “*Boa*”, “*Razoável*” e “*Ruim*”.

No módulo “Saúde” do questionário, havia duas perguntas sobre autoavaliação do estado de saúde. Optou-se por utilizar a questão acima como desfecho por estar localizada no início do questionário, e não ao final, permitindo uma melhor avaliação da real opinião do indivíduo, ao impedir que este seja influenciado por perguntas progressas sobre sua saúde. Além disso, a escolha se baseou na grande frequência com que esta pergunta (baseada no SF-36) é utilizada em diversos estudos na literatura.

Autoavaliação do estado de saúde foi incluída nas análises de forma dicotômica no primeiro artigo, de acordo com a seguinte classificação: autoavaliação do estado de saúde boa (agrupando-se as categorias “Excelente”, “Muito Boa” e “Boa”) e ruim (englobando as categorias “Razoável” e “Ruim”). No segundo artigo, as cinco categorias de resposta (“Excelente”, “Muito boa”, “Boa”, “Razoável” e “Ruim”) foram consideradas na análise.

### Morbidade física

Para o segundo artigo, informação sobre morbidade física foi obtida a partir de uma lista de doenças crônicas (p.ex., artrite, câncer, doença cardíaca, diabetes, hipertensão, tuberculose, doenças da coluna, etc), presente no módulo “Saúde” do questionário. O entrevistador perguntava se o participante alguma vez recebera o diagnóstico por algum

médico ou profissional de saúde das respectivas morbidades contidas na lista (Sim/Não). A lista original incluía uma doença mental (depressão), mas a informação relativa a esta condição de saúde foi excluída para manter o foco da análise em morbidade física.

O desfecho de morbidade física foi classificado em quatro categorias: “saudável” (sem morbidades), “1 morbidade”, “2 morbidades” e “3 ou mais morbidades”.

### Depressão

Assim como para morbidade física, o desfecho relativo à depressão foi obtido a partir da lista de doenças crônicas presente no módulo “Saúde” do questionário, referida acima. O entrevistador perguntava se o participante alguma vez recebera o diagnóstico de depressão por algum médico ou profissional de saúde. O desfecho relativo à depressão foi avaliado, portanto, de forma binária (Sim/Não).

### **Determinantes em saúde**

Os determinantes investigados, tanto como variáveis de exposição, quanto como variáveis de confundimento, foram: os sociodemográficos (idade, sexo, renda, escolaridade, situação conjugal e raça), hábitos de vida e comportamentos relacionados à saúde (tabagismo, prática de atividades físicas, consumo de álcool), morbidade (presença de doenças crônicas, obesidade avaliada pelo Índice de Massa Corporal – IMC) e experiência de discriminação racial. A forma pela qual os determinantes em saúde foram categorizados neste estudo e as suas respectivas categorias de referência que serão utilizadas nas análises encontram-se descritas a seguir:

### Variáveis sociodemográficas

- **Idade:** foi avaliada por meio das faixas etárias: “até 39 anos”, “de 40 a 64 anos” e “65 anos ou mais”. A categoria de referência foi o estrato mais jovem (“até 39 anos”).
- **Sexo:** foram analisadas as categorias: “masculino” e “feminino”. A categoria de referência foi o sexo masculino.
- **Situação conjugal:** foi avaliado por meio das categorias: “solteiro”, “casado ou morando com companheiro”, “separado” ou “viúvo”. A categoria de referência foi “solteiro”.

- **Região geográfica:** foram avaliadas as cinco regiões geográficas brasileiras: “Norte”, “Nordeste”, “Centro-Oeste”, “Sudeste” e “Sul”. A categoria de referência foi a região Nordeste.
- **Renda do domicílio:** a variável renda foi baseada no Salário-Mínimo mensal da população<sup>2</sup> e foi categorizada em:  $\leq 0,5$  SM, 0,5 - 1 SM, 1 - 1,5 SM, 1,5 - 2 SM e  $> 2$  SM. A categoria de referência foi o menor estrato de renda (“ $\leq 0,5$  SM”).
- **Escolaridade:** “analfabeto”, “1 a 4 anos de estudo”, “5 a 8 anos de estudo”, “segundo grau”, “nível superior”. A categoria de referência foi a de maior escolaridade (“nível superior”).
- **Raça:** “branco”, “pardo” e “preto”. A categoria de referência utilizada na análise foram os brancos.

#### Hábitos de vida e comportamentos relacionados à saúde

- **Tabagismo:** foram analisadas as categorias: “nunca fumou”, “já fumou” (mas não fuma mais), “fuma atualmente”. A categoria de referência foram os indivíduos que nunca fumaram.
- **Atividade física:** as categorias originais da variável referente à atividade física são: “sentado a maior parte do dia”, “não anda muito durante o dia”, “caminha ou fica de pé bastante durante o dia, mas não carrega ou levanta coisas com frequência”, “carrega pesos leves ou sobe escadas com frequência ou faz exercícios regulares”, “faz trabalho pesado ou exercícios pesados regularmente”. Para fins de análise, as categorias “sentado a maior parte do dia” e “não anda muito durante o dia” foram agrupadas na categoria “Sedentário” e as categorias “carrega pesos leves ou sobe escadas com frequência ou faz exercícios regulares” e “faz trabalho pesado ou exercícios pesados regularmente” numa única categoria: “atividade física regular”. A categoria “caminha ou fica de pé bastante durante o dia, mas não carrega ou levanta coisas com frequência” foi substituída por “atividade física irregular”. A categoria de referência utilizada nas análises foi “atividade física regular”.
- **Consumo de álcool:** as categorias originais da variável relativa ao consumo de bebida alcoólica são: “não consumiu bebida alcoólica no último ano”, “consumiu no

---

<sup>2</sup> Para o cálculo da renda do domicílio, foi utilizado o valor de R\$ 510,00, relativo ao Salário-Mínimo para o mês de Maio de 2010.

máximo 1 vez/mês”, ‘entre 1 a 4 vezes/mês”, “mais de 1 vez até 3 vezes/semana” e “de 4 vezes/semana até diariamente”. Para fins de análise, as categorias “entre 1 a 4 vezes/mês” e “mais de 1 vez até 3 vezes/semana” foram agrupadas em “de 1 vez/mês a 3 vezes/semana”. A categoria de referência foi a “de 1 vez/mês a 3 vezes/semana”.

### Morbidade

- **Presença de doenças crônicas:** a informação contida nesta variável se baseou na lista de doenças crônicas (p.ex., artrite, câncer, doença cardíaca, diabetes, hipertensão, tuberculose, doenças da coluna, etc), presente no módulo “Saúde” do questionário, na qual o entrevistador perguntava se o participante alguma vez recebera o diagnóstico morbididades listadas (Sim/Não). Foi criada uma variável-índice do somatório de morbididades relatadas, que deu origem às categorias de análise: “Saudável”, “1 morbididade”, “2 morbididades” e “3 ou mais morbididades”. A categoria de referência utilizada na análise foi “Saudável”.

- **IMC:** o IMC foi calculado a partir das informações relativas a peso e altura dos participantes, contida no módulo “Antropometria” do questionário. Posteriormente, os indivíduos foram classificados em: “baixo peso” ( $<18,5 \text{ kg/m}^2$ ), “eutrófico” (entre  $18,5$  e  $< 25 \text{ kg/m}^2$ ), “sobrepeso” (entre  $25$  e  $< 30 \text{ kg/m}^2$ ) e “obeso” ( $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ). A categoria de referência utilizada na análise foi “eutrófico”.

### Experiência de discriminação racial

- a variável foi obtida por meio da seguinte pergunta do módulo “Experiência de Discriminação” do questionário: “*Você alguma vez se sentiu discriminado, impedido de fazer algo, lhe incomodaram ou fizeram você se sentir inferior por causa de sua cor?*” Em seguida, uma lista de possibilidades de locais em que o entrevistado supostamente se sentira discriminado era apresentada. As opções se referiam a 9 domínios: na escola, ao ser contratado ou tentar obter um emprego, no trabalho, ao procurar uma casa, ao procurar assistência médica, ao ser servido num restaurante, ao ir no banco abrir uma conta, uma poupança ou obter crédito, na rua, num lugar público e pela polícia ou pela Justiça. Foi criada uma variável-índice, que consistia na frequência com que a experiência de discriminação racial foi relatada pelos participantes, a qual foi avaliada de forma



dicotômica com relação à ocorrência ou não da experiência de discriminação racial. A categoria de referência utilizada na análise foi a não ocorrência da discriminação.

O presente estudo foi baseado em dados do inquérito de abrangência nacional denominado “Pesquisa Dimensão Social das Desigualdades” (PDSD). Sendo assim, nesta seção, optou-se por descrever a metodologia do estudo PSDS, apresentar a descrição das variáveis (de exposição ou desfecho) que foram utilizadas nas análises, no primeiro e segundo artigos, bem como a forma como essas variáveis foram obtidas e classificadas. Aspectos mais específicos de cada artigo, sobretudo os relativos à população e às análises estatísticas que foram realizadas, serão descritos com mais detalhes nas seções de “Métodos” dos respectivos artigos.

## 5 PRIMEIRO ARTIGO

### **Associação entre autoavaliação do estado de saúde e fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade em um inquérito nacional**

Ana Luiza Braz Pavão<sup>1</sup>

Guilherme Loureiro Werneck<sup>2</sup>

Mônica Rodrigues Campos<sup>3</sup>

1. *Departamento de Epidemiologia, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).  
Rua São Francisco Xavier 524, 7º andar, Rio de Janeiro, RJ,  
20559-900, Brasil.*  
[analuzabp@gmail.com](mailto:analuzabp@gmail.com)

2. *Departamento de Epidemiologia, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).  
Rua São Francisco Xavier 524, 7º andar, Rio de Janeiro, RJ,  
20559-900, Brasil.*  
[gwerneck@ims.uerj.br](mailto:gwerneck@ims.uerj.br)

3. *Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ),  
Rua Leopoldo Bulhões 1480, 9º andar, Rio de Janeiro, RJ,  
21041-210, Brasil.*  
[monicarodriguescampos@gmail.com](mailto:monicarodriguescampos@gmail.com)

## Resumo

**Introdução:** A autoavaliação do estado de saúde (AAS) é um indicador da percepção dos indivíduos sobre sua própria saúde que vem sendo amplamente utilizado em estudos epidemiológicos. No entanto, há ainda lacunas no conhecimento acerca de seus determinantes. **Objetivo:** Investigar a associação entre AAS e fatores sociodemográficos (sexo, idade, situação conjugal, região geográfica, renda, escolaridade e raça), comportamentos relacionados à saúde (tabagismo, consumo de álcool e prática de atividade física) e morbidade (presença de doenças crônicas e Índice de Massa Corporal – IMC), na população brasileira. **Métodos:** Estudo seccional, baseado nos dados da Pesquisa Dimensão Social das Desigualdades. Foram avaliados 12.324 indivíduos, selecionados por amostragem por conglomerados, provenientes das cinco regiões geográficas do país, com idade maior ou igual a 20 anos. O desfecho (AAS) foi obtido a partir de questão do instrumento de qualidade de vida SF-36, adaptado para o português, e suas categorias foram dicotomizadas em: boa (respostas: Excelente, Muito Boa e Boa) e ruim (respostas: Razoável e Ruim). Para avaliar associações, foram utilizados modelos de regressão logística multivariados. **Resultados:** A maior faixa etária (65 anos ou mais) esteve associada com chance 2 vezes maior de AAS ruim, quando comparada a menor faixa etária (até 39 anos) (IC 95%: 1,67-2,58). Indivíduos analfabetos tiveram 4 vezes mais chance (OR=4,4) de se auto-avaliarem com saúde ruim do que os indivíduos que possuíam nível superior ( $p<0,001$ ). Para cada incremento na faixa de renda, observou-se uma redução de 20% na chance de relatar AAS ruim (OR=0,8;  $p<0,001$ ). Já ter fumado ou ser tabagista estiveram associados com chances cerca de 30% maiores de AAS ruim ( $p<0,01$  para ambos). Indivíduos sedentários ou que referiram prática irregular de atividade física apresentaram maiores chance de AAS ruim quando comparados com aqueles que relataram se engajar em atividades físicas regulares (OR=1,8 e 1,4, respectivamente;  $p<0,001$  para ambos). A razão de chances de AAS ruim aumentou em 2,4 vezes para cada doença crônica referida ( $p<0,001$ ). Obesos tiveram chance 26% maior de autoavaliarem sua saúde como ruim, em comparação a indivíduos com peso adequado. Não foi verificada associação significativa para as variáveis: sexo, situação conjugal, raça e região de moradia, na análise multivariada. **Conclusão:** A AAS é um importante preditor do uso de serviços de saúde. Sendo assim, a identificação dos fatores associados a uma percepção negativa do estado de saúde contribui para melhor caracterizar a demanda por esses serviços e auxiliar no planejamento de políticas e programas de promoção de saúde visando os subgrupos populacionais mais vulneráveis.

**Palavras-chave:** Autoavaliação do estado de saúde; Saúde percebida; Determinantes; Fatores associados; Inquérito.

## INTRODUÇÃO

O conceito de saúde apresenta múltiplas dimensões. Pode ser entendido, por exemplo, como “*o estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal; o estado do que é sadio ou são*” (Ferreira, 1986). Uma revisão sobre os principais modelos para a conceituação de saúde revelou a complexidade deste construto e identificou, dentre outras, duas principais definições: a primeira, definindo saúde como a ausência de doença ou incapacidade; a segunda, considerando saúde o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença (Larson, 1999).

Em termos operacionais, este construto pode ser medido por meio de informações médicas diretas, as quais são baseadas em sinais e sintomas patológicos e em exames diagnósticos; ou indiretas, através dos registros médicos. Pode ainda ser mensurado por meio de avaliações feitas pelos próprios indivíduos, ou morbidade referida, utilizando-se de diferentes indicadores, como a autoavaliação do estado de saúde, o número de sintomas ou de doenças crônicas relatadas, ou o número de dias em que o paciente apresentou restrição de suas atividades habituais devido à doença (Mendoza-Sassi & Béria, 2001).

A autoavaliação do estado de saúde é um importante indicador do construto multidimensional da saúde e consiste na percepção que os indivíduos possuem de sua própria saúde. É, portanto, um indicador subjetivo e engloba tanto componentes físicos quanto emocionais dos indivíduos, além de aspectos do bem-estar e da satisfação com a própria vida. A percepção do paciente de se sentir doente não advém apenas das sensações físicas de dor e desconforto, mas, sobretudo, das consequências sociais e psicológicas da presença da enfermidade (Szwarcwald, *et. al.*, 2005).

Este indicador vem sendo amplamente utilizado em estudos epidemiológicos, tanto pela sua relativa facilidade de captação em inquéritos populacionais, como também pela sua validade, sendo importante preditor de morbidade e de mortalidade e apresentando associação com determinadas condições clínicas (Pikhart *et. al.*, 2003; Franks *et. al.*, 2003). Também foi verificada boa concordância deste indicador com a avaliação médica do estado de saúde (Hunt *et. al.*, 1980). Além disso, alguns estudos mostram que pode ser ainda um importante fator na predição de problemas de saúde que só seriam detectados mais tardiamente (Blank & Diderichsen, 1996; Kaplan *et. al.*, 1996). Desta forma, vem sendo aplicado com a finalidade de estabelecer diferenças na morbidade entre subgrupos populacionais e comparar a necessidade por serviços de saúde e por recursos entre diferentes áreas geográficas.

Entre os determinantes da autoavaliação do estado de saúde, os achados de inquéritos realizados no Brasil sugerem que a idade, o sexo, o bem-estar material e o grau de instrução são dimensões de relevância (Szwarcwald *et. al.*, 2005). Além disso, a situação de trabalho, as características do estilo de vida, como a prática de exercícios físicos, o tabagismo e o consumo de álcool, bem como os fatores psicossociais também parecem estar envolvidos e influenciam a percepção que os indivíduos têm de sua saúde (Borg & Kristensen, 2000; Ferrie *et. al.*, 1995; Wolinsky *et. al.*, 1995; Poikolainen *et. al.*, 1996; House *et. al.*, 1988; Berkman & Syme, 1979; Kaplan *et. al.*, 1977; Cott *et. al.*, 1999). Apesar dessas evidências, poucos estudos foram conduzidos no Brasil com a finalidade de analisar os fatores envolvidos na autoavaliação do estado de saúde dos indivíduos. O objetivo do presente artigo é investigar a associação entre autoavaliação do estado de saúde e fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade, na população participante de um inquérito domiciliar de abrangência nacional.

## **MÉTODOS**

### **Desenho do estudo**

O estudo tem um delineamento seccional, a partir dos dados de um inquérito domiciliar de abrangência nacional, realizado em 2008, nas cinco regiões geográficas brasileiras, denominado “Pesquisa Dimensão Social das Desigualdades” (PDSD). Este estudo teve como objetivo principal propor um sistema de indicadores sociológicos para o acompanhamento da dinâmica da desigualdade e da mobilidade social no Brasil.

Estudou-se uma amostra de 8.048 domicílios, com representatividade nacional, obtidos a partir de amostragem estratificada por conglomerados. A população foi subdividida em 6 domínios, definidos de acordo com a região geográfica (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste) e situação (urbano e rural). Foi criado estrato amostral com os 10% mais ricos dos setores censitários para a melhor precisão dos indicadores de desigualdade. Um total de 12.324 chefes de família e cônjuges, com idade maior ou igual a 20 anos, foram entrevistados por meio de questionários e avaliação de medidas antropométricas. A coleta de dados durou 6 meses e foi realizada por uma equipe do instituto de pesquisa IBOPE, constituída por entrevistadores, críticos, revisores e supervisores.

Os módulos do questionário cujas informações serão utilizadas na análise do presente estudo são: “Características gerais do chefe e cônjuge” e “Características do domicílio:

estrutura”, para a obtenção dos dados sociodemográficos, o módulo “Saúde”, para a obtenção de informações sobre o desfecho (autoavaliação do estado de saúde) e sobre as variáveis relativas a hábitos de vida e comportamentos relacionados à saúde, e o módulo de “Antropometria”, para o cálculo do IMC.

### **Variáveis de exposição e desfecho**

O desfecho avaliado foi a autoavaliação do estado de saúde, obtido pela seguinte pergunta, localizada no início do módulo “Saúde” do questionário, baseada em questão contida no instrumento de qualidade de vida *Short-Form 36* (SF-36), adaptado para o português: “*Em geral, você diria que sua saúde é:*”, com as seguintes opções de resposta: “*Excelente*”, “*Muito boa*”, “*Boa*”, “*Razoável*” e “*Ruim*”.

Foram investigadas as seguintes variáveis como potenciais determinantes da autoavaliação do estado de saúde: sócio-demográficas (idade, sexo, renda domiciliar, escolaridade, situação conjugal e raça); as relacionadas aos hábitos de vida e comportamentos relacionados à saúde (tabagismo, prática de atividades físicas e consumo de álcool) e características da morbidade (avaliada pela presença de doenças crônicas relatadas pelo indivíduo e pelo Índice de Massa Corporal – IMC).

As variáveis de estudo foram avaliadas utilizando as seguintes categorizações: idade (até 39 anos, de 40 a 64 anos e  $\geq 65$  anos); renda em salários mínimos<sup>3</sup> - SM ( $\leq 0,5$  SM, 0,5 - 1 SM, 1 - 1,5 SM, 1,5 - 2 SM e  $> 2$  SM); escolaridade (analfabeto, 1 a 4 anos de estudo, 5 a 8 anos de estudo, segundo grau, nível superior); raça (branco, pardo e preto); tabagismo (nunca fumou, já fumou mas não fuma mais, fuma atualmente); atividade física (sentado a maior parte do dia, não anda muito durante o dia, caminha ou fica de pé bastante durante o dia mas não carrega ou levanta coisas com frequência, carrega pesos leves ou sobe escadas com frequência ou faz exercícios regulares, faz trabalho pesado ou exercícios pesados regularmente); consumo de álcool (não consumiu bebida alcoólica no último ano, consumiu no máximo 1 vez/mês, entre 1 a 4 vezes/mês, mais de 1 vez até 3 vezes/semana, de 4 vezes/semana até diariamente); presença de doenças crônica (saudável, 1 morbidade relatada, 2 morbidades relatadas, 3 ou mais morbidades relatadas); e IMC em  $\text{kg/m}^2$  (baixo peso -  $< 18,5$ , peso adequado - entre 18,5 e  $< 25$ , sobrepeso - entre 25 e  $< 30$  e obeso -  $\geq 30$ ).

---

<sup>3</sup> Utilizou-se o valor de R\$ 510,00 referente ao Salário-Mínimo para o mês de Maio de 2010.

## Análises

As cinco categorias iniciais de resposta, para o desfecho da autoavaliação do estado de saúde, foram dicotomizadas em autoavaliação do estado de saúde: Boa (categorias “Excelente”, “Muito Boa” e “Boa”) e Ruim (categorias “Razoável” e “Ruim”).

Algumas categorias de variáveis foram modificadas. No caso da variável “Consumo de álcool”, as categorias “entre 1 a 4 vezes/mês” e “mais de 1 vez até 3 vezes/semana” foram agrupadas em “de 1 vez/mês a 3 vezes/semana”. E, no caso da variável relativa à atividade física, as categorias “sentado a maior parte do dia” e “não anda muito durante o dia” foram agrupadas na categoria “Sedentário” e as categorias “carrega pesos leves ou sobe escadas com frequência ou faz exercícios regulares” e “faz trabalho pesado ou exercícios pesados regularmente” numa única categoria, a saber: “atividade física regular”. A categoria “caminha ou fica de pé bastante durante o dia, mas não carrega ou levanta coisas com frequência” foi substituída por “atividade física irregular”.

Inicialmente, foram calculadas prevalências de autoavaliação do estado de saúde ruim, para todas as categorias das variáveis de exposição.

Foram utilizados modelos de regressão logística uni e multivariados, para identificar a associação entre as variáveis de exposição e autoavaliação do estado de saúde. As variáveis renda e presença de doenças crônicas (morbidade) entraram nos modelos na forma ordinal. As demais variáveis foram avaliadas como categóricas.

As associações foram expressas na forma de *Odds Ratio* (OR) e os resultados das prevalências apresentados em valores percentuais. Para ambos, foram estimados intervalos de 95% de confiança (IC 95%). O teste qui-quadrado de tendência também foi aplicado na análise da prevalência.

## RESULTADOS

### Características gerais da amostra

A população do estudo era composta, em sua maioria, por mulheres (57,7%), com idade entre 40 e 64 anos (49,4%) e residentes na região Sudeste do país (47,6%). A maioria possuía de 1 a 4 anos de estudo (31,1%) e encontrava-se na categoria de renda igual ou inferior a 0,5 SM (40%). Em relação à raça, 48,7% se autocalificaram como brancos, 39,8% como pardos

e 11,5% se consideraram pretos. A prevalência de autoavaliação do estado de saúde ruim na amostra total era de, aproximadamente, 40% (IC 95%: 38,9%-41%).

Na tabela 1, são apresentadas as prevalências de autoavaliação do estado de saúde ruim segundo as variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade, renda e raça), de hábitos de vida (tabagismo, atividade física e consumo de álcool) e de morbidade (presença de doenças crônicas e IMC).

Observou-se que mulheres, indivíduos com maior idade, pertencentes aos menores níveis de renda e escolaridade, residentes na região Nordeste do país e viúvos apresentaram maior prevalência de autoavaliação de saúde ruim e esses resultados foram estatisticamente significativos ( $p < 0,001$ , para todas as variáveis) (Tabela 1).



Tabela 1 – Prevalência de autoavaliação do estado de saúde (AAS) ruim, segundo características sociodemográficas, de hábitos de vida ou comportamentais de saúde e morbidade, na população de 12.324 indivíduos. PDSD, Brasil, 2008.

Variáveis	Prevalência			p-valor
	N	AAS <sup>a</sup> ruim (%)	IC 95%	
<b>Sexo</b>				
Feminino	7168	44,4	43,0-45,9	<0,001
Masculino	5255	33,8	32,3-35,4	
<b>Idade</b>				
até 39 anos	3973	20,3	18,8-21,8	
40-64 anos	6132	44,3	42,8-45,8	<0,001
65 anos ou mais	2318	62,2	59,7-64,5	
<b>Região</b>				
Norte	595	35,9	32,1-39,8	
Nordeste	3315	47,6	45,7-49,5	
Centro-Oeste	611	35,4	31,5-39,5	<0,001
Sudeste	5912	35,3	33,7-37,0	
Sul	1990	43,6	41,3-45,8	
<b>Situação conjugal</b>				
Solteiro	1171	29,7	26,6-32,9	
Casado ou morando com companheiro	8823	37,5	36,3-38,8	<0,001
Separado	1099	47,8	44,2-51,4	
Viúvo	1330	58,6	55,3-61,8	
<b>Raça</b>				
branco	5868	37,3	35,8-38,8	
pardo	4801	42,3	40,6-44,0	<0,001
preto	1389	43,2	40,1-46,5	
<b>Escolaridade</b>				
analfabeto	1904	61,7	59,0-64,3	
1 a 4 anos	3592	51,5	49,5-53,5	
5 a 8 anos	2529	36,6	34,3-38,9	<0,001
2º grau	2408	23,0	20,9-25,1	
nível superior	1109	15,6	13,1-18,5	
<b>Renda</b>				
≤ 0,5 SM	4453	46,5	44,8-48,3	
> 0,5 SM e ≤ 1,0 SM	3619	43,6	41,6-45,7	
> 1,0 SM e ≤ 1,5 SM	1107	33,3	29,9-36,9	<0,001**
> 1,5 SM e ≤ 2,0 SM	788	25,8	22,2-29,7	
> 2,0 SM	1169	22,8	20,0-25,8	
<b>Tabagismo</b>				
Nunca fumou	6925	35,4	34,0-36,8	
Já fumou	3087	48,1	45,9-50,2	<0,001
Fuma atualmente	2411	42,7	40,3-45,1	
<b>Consumo de álcool</b>				
Não consumiu	7576	46,4	45,0-47,8	
1 vez por mês	2062	31,7	29,3-34,1	
1 a 4 vezes por mês	1607	26,2	23,6-28,9	<0,001
até 3 vezes por semana	606	27,5	23,1-32,3	
De 4 vezes por semana a diariamente	573	36,0	31,0-41,3	
<b>Atividade física</b>				
Sentado a maior parte do dia	2196	49,3	46,7-51,9	
Não anda muito durante o dia	1469	48,7	45,5-51,8	
Caminha mas não carrega peso	6011	39,8	38,4-41,4	<0,001
Carrega pesos leves ou faz exercícios regulares	1786	28,0	25,5-30,6	
Faz trabalho pesado ou exercícios pesados regularmente	844	28,4	24,9-32,2	
<b>Morbidade</b>				
Saudável	4554	14,2	13,1-15,5	
1 morbidade	3035	37,4	35,3-39,5	<0,001**
2 morbidades	1996	54,7	52,0-57,4	
3 ou mais morbidades	2837	73,6	71,5-75,6	
<b>IMC</b>				
Baixo peso	417	43,6	38,0-49,4	
Eutrófico	5093	34,4	32,8-36,0	<0,001
Sobrepeso	4268	40,6	38,8-42,4	
Obeso	2396	48,9	46,5-51,4	

<sup>a</sup>Auto-avaliação do estado de saúde; \*\* Qui-quadrado de tendência.

A tabela 2 mostra os resultados dos modelos de regressão uni e multivariados, com as razões de chances (OR) de relatar autoavaliação de saúde ruim, brutas e ajustadas, para cada variável analisada.

Observou-se que todas as variáveis estudadas (sociodemográficas, de hábitos de vida ou comportamentos relacionados à saúde e de morbidade) estiveram significativamente associadas com o desfecho, na análise univariada. Também foi verificado que, em geral, houve uma redução da magnitude destas associações após ajuste mútuo na análise multivariada.

Em relação ao sexo, os resultados indicaram que as mulheres apresentaram 1,1 vezes mais chance de ter uma autoavaliação de saúde ruim, quando comparadas aos homens; no entanto, este efeito foi marginalmente significativo. Também, para raça, o efeito foi marginalmente significativo. Não foi encontrada significância estatística para a associação com situação conjugal.

Indivíduos pertencentes à maior faixa etária (65 anos ou mais) tiveram chance aproximadamente 2 vezes maior de ter autoavaliação de saúde ruim, quando comparados aos indivíduos pertencentes à menor faixa etária (até 39 anos) (IC 95%: 1,67-2,58).

Em relação à região de moradia, verificou-se que os indivíduos residentes nas regiões Sudeste e Sul apresentaram significativamente menores chances de ter autoavaliação de saúde ruim, quando comparados aos indivíduos residentes na região Nordeste.

Em relação à escolaridade, os indivíduos analfabetos tiveram chance cerca de 4,4 vezes maior de se autoavaliarem com saúde ruim do que os indivíduos que possuíam nível superior (IC 95%: 3,13-6,09). Para cada incremento na faixa de renda, observou-se uma redução de 21% na chance de relatar autoavaliação de saúde ruim (IC 95%: 0,75-0,84).

Indivíduos que já fumaram e não fumam mais e os que fumam atualmente tiveram significativamente maiores chances de relatar autoavaliação de saúde ruim do que os que nunca fumaram. Em relação ao consumo de álcool, apenas a categoria dos indivíduos que relataram não consumir bebida alcoólica apresentou significativamente mais chance de ter autoavaliação de saúde ruim, quando comparados com consumidores moderados.

Sobre atividade física, indivíduos sedentários e os indivíduos que fazem atividade física irregular tiveram chances de relatar autoavaliação de saúde ruim aproximadamente 1,8 e 1,4 vezes maiores, respectivamente, do que os indivíduos que exercem atividade física regularmente (IC 95%: 1,50-2,15, para os indivíduos sedentários, e IC 95%: 1,17-1,61, para os indivíduos com atividade física irregular).

Sobre os relatos de morbidade, quanto maior o número de doenças crônicas relatadas, a chance de ter uma autoavaliação de saúde ruim foi progressivamente maior, aumentando em 2,42 vezes de uma categoria para outra (IC 95%: 2,28-2,57).

Em relação ao IMC, indivíduos em baixo peso e em sobrepeso não tiveram resultados estatisticamente significativos após o ajuste. Apenas os indivíduos obesos apresentaram maior chance de ter autoavaliação do estado de saúde ruim, comparados aos indivíduos eutróficos (IC 95%: 1,07-1,49) (Tabela 2).

Tabela 2 – Razão de chances (OR) bruta e ajustada de autoavaliação do estado de saúde ruim, segundo variáveis sociodemográficas, de hábitos de vida ou comportamentais de saúde e morbidade, na população de 12.324 indivíduos. PDSD, Brasil, 2008.

<b>Variáveis</b>	<b>OR<sup>*</sup> bruto</b>	<b>IC 95%</b>	<b>OR ajustado<sup>**</sup></b>	<b>IC 95%</b>
<b>Sexo</b>				
Masculino	1,00	-	1,00	-
Feminino	1,57	1,43-1,72	1,10	0,96-1,27
<b>Idade</b>				
Até 39 anos	1,00	-	1,00	-
40-64 anos	3,13	2,80-3,51	1,73	1,48-2,02
65 anos ou mais	6,47	5,63-7,43	2,07	1,67-2,58
<b>Região</b>				
Norte	0,62	0,51-0,74	0,81	0,63-1,04
Nordeste	1,00	-	1,00	-
Centro-Oeste	0,60	0,50-0,73	0,79	0,61-1,04
Sudeste	0,60	0,54-0,67	0,54	0,46-0,63
Sul	0,85	0,75-0,96	0,63	0,52-0,76
<b>Situação conjugal</b>				
Solteiro	1,42	1,21-1,67	1,02	0,81-1,27
Casado ou morando com companheiro	1,00	-	1,00	-
Separado	2,17	1,76-2,68	1,12	0,84-1,49
Viúvo	3,35	2,74-4,09	0,96	0,72-1,28
<b>Raça</b>				
Branco	1,00	-	1,00	-
Pardo	1,23	1,12-1,36	1,11	0,96-1,28
Preto	1,28	1,11-1,48	1,19	0,98-1,46
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto	8,70	6,91-10,96	4,37	3,13-6,09
1 a 4 anos	5,74	4,62-7,14	4,22	3,11-5,73
5 a 8 anos	3,12	2,49-3,91	2,94	2,16-4,00
2º grau	1,61	1,28-2,03	2,01	1,48-2,72
Nível superior	1,00	-	1,00	-
<b>Renda</b>				
	0,76	0,73-0,78	0,79	0,75-0,84
<b>Tabagismo</b>				
Nunca fumou	1,00	-	1,00	-
Já fumou	1,69	1,52-1,88	1,25	1,07-1,45
Fuma atualmente	1,36	1,21-1,53	1,36	1,16-1,60
<b>Consumo de álcool</b>				
Não consumiu	2,47	2,11-2,89	1,50	1,24-1,80
1 vez por mês	1,28	1,06-1,56	1,10	0,89-1,36
De 1 vez por mês até 3 vezes por semana	1,00	-	1,00	-
De 4 vezes por semana até diariamente	1,52	1,14-2,03	1,21	0,86-1,69
<b>Atividade física</b>				
Sedentário	2,46	2,16-2,80	1,80	1,50-2,15
Atividade física irregular	1,69	1,50-1,91	1,37	1,17-1,61
Atividade física regular	1,00	-	1,00	-
<b>Morbidade</b>				
	2,50	2,39-2,61	2,42	2,28-2,57
<b>IMC<sup>***</sup></b>				
Baixo peso	1,47	1,15-1,88	1,02	0,71-1,47
Eutrófico	1,00	-	1,00	-
Sobrepeso	1,30	1,17-1,44	1,06	0,93-1,23
Obeso	1,83	1,62-2,06	1,26	1,07-1,49

\* Odds Ratio; \*\* As variáveis foram ajustadas umas pelas outras; \*\*\* Índice de Massa Corporal.

## DISCUSSÃO

No presente estudo, o aumento da idade, possuir baixos níveis de escolaridade e renda, tabagismo, sedentarismo, não consumir bebida alcoólica, presença de morbidade crônica e obesidade foram os principais fatores associados à autoavaliação do estado de saúde ruim na população brasileira.

Já é bem estabelecido que, quanto mais se avança para faixas etárias maiores, mais o estado geral de saúde diminui e, conseqüentemente, a autoavaliação de saúde decai (Alazraqui *et. al.*, 2009). Como a maioria das doenças crônicas são mais prevalentes em faixas etárias mais avançadas, o indicador da AAS tende a piorar com o aumento da idade, em decorrência do pior estado geral de saúde (Franks, *et. al.*, 2003). Um estudo no Canadá observou que indivíduos com 55 anos ou mais apresentaram chance 2,5 vezes maior de relatarem autoavaliação do estado de saúde ruim do que indivíduos com menos de 55 anos. No Brasil, dados nacionais da Pesquisa Mundial de Saúde mostraram que o aumento da idade diminuiu a chance de autoavaliação de saúde boa ou muito boa em homens e mulheres, mesmo após o ajuste por variáveis socioeconômicas (Szwarcwald *et. al.*, 2005), o que está de acordo com os resultados do presente estudo. No entanto, existem evidências também de que, entre os indivíduos em idade avançada, quanto maior a idade, melhor a percepção sobre a sua saúde. Esses achados são explicados, segundo os autores, por uma redução nas expectativas com relação à saúde de indivíduos nas últimas fases da vida, pois o fato de terem sobrevivido até aquele estágio já representa um estado de saúde positivo. Outros autores acreditam que este resultado seja um efeito do viés de sobrevivência seletiva, que ocorre devido a apenas os indivíduos mais saudáveis terem sobrevivido até as faixas etárias mais avançadas e, por isso, possuírem melhores percepções sobre sua saúde (Damian *et. al.*, 1999; Cockerham *et. al.*, 1983; Levkoff *et. al.*, 1987).

As mulheres tiveram pior avaliação de seu estado de saúde do que os homens, mas, após o ajuste para as demais variáveis, a associação diminuiu muito e se tornou não estatisticamente significativa. Segundo dados da literatura, os resultados da influência do sexo na autoavaliação do estado de saúde mostram-se conflitantes (Shooshtari *et. al.*, 2007). No Canadá, as mulheres apresentaram menor chance de relatar autoavaliação do estado de saúde ruim, quando comparadas aos homens (OR=0,63). No Brasil, estudo baseado em dados da PNAD encontrou razão de chances 1,15 vezes maior para as mulheres, em relação aos homens, de terem autoavaliação de saúde ruim ( $p < 0,001$ ) (Cott *et. al.*, 1999; Dachs & Santos, 2006). Já um estudo realizado na Argentina mostrou pior autoavaliação de saúde entre as mulheres, mas a

diferença não foi estatisticamente significativa (Alazraqui *et. al.*, 2009). Em geral, as mulheres tendem a perceber o seu estado de saúde mais negativamente do que os homens, apesar de terem maior sobrevida. A principal explicação para a pior percepção de saúde das mulheres está relacionada ao seu papel na sociedade, que provoca uma dupla jornada de trabalho, além de sua menor participação no mercado de trabalho remunerado (Höfelmann & Blank, 2007; Szwarcwald *et. al.*, 2005). No entanto, essas diferenças já tendem a desaparecer em países desenvolvidos, em decorrência de mudanças observadas no papel social de homens e mulheres (Walters *et. al.*, 2002). Também se verifica, nas mulheres, uma maior prevalência de doenças crônicas e, por vezes, incapacitantes, e que possuem baixa mortalidade, como a artrite e a depressão. Já os homens costumam apresentar um maior otimismo sobre sua saúde (Maddox, 1964; Shanas *et. al.*, 1968). Além disso, podem não referir a presença de distúrbios psicológicos e outras limitações, mesmo quando estão presentes, produzindo viés (*reporting bias*) (Franks *et. al.*, 2003; Almeida & Kessler, 1998; Kessler *et. al.*, 1993).

Diversos estudos evidenciaram achados de maior sobrevida e menor incidência de problemas de saúde entre indivíduos casados, quando comparados aos não casados (Burman & Margolin, 1992; Johnson *et. al.*, 2000; Lillard & Panis, 1996). Isso parece ocorrer mais fortemente entre os homens do que nas mulheres. Diversas hipóteses tentam explicar este efeito protetor. O principal modelo explicativo é aquele relacionado ao estresse/suporte social (Burman & Margolin, 1992). O casamento também pode levar a hábitos de vida mais saudáveis (Lillard & Panis, 1996). No entanto, um estudo conduzido na Espanha, numa população de trabalhadores, revelou que ser casado(a), ou morar junto com companheiro(a), não são condições necessariamente relacionadas a melhores níveis de saúde. Os autores sugeriram que, ao se avaliar a associação entre características familiares e saúde, deve-se levar em conta a influência de outras variáveis, como: sexo, nível socioeconômico e contexto sociocultural. Também questionaram que, na maioria dos estudos prévios que revelaram associação positiva entre situação conjugal e saúde, o desenho seccional pode ter favorecido a ocorrência de causalidade reversa nesta associação (Artazcoz *et. al.*, 2011). Em estudo brasileiro baseado em um inquérito telefônico (VIGITEL), também não foram encontradas diferenças significativas nas razões de prevalência de AAS ruim, segundo estado conjugal (solteiro, casado, viúvo e separado/divorciado) (Barros *et. al.*, 2009). No presente estudo, após o ajuste pelas demais variáveis, as razões de chance foram muito próximas, e não estatisticamente significativas, para os diferentes estratos de situação conjugal.

O estudo VIGITEL também verificou o achado de que os indivíduos pertencentes às regiões Norte e Nordeste do Brasil possuem maior prevalência de autoavaliação do estado de



saúde ruim. Da mesma forma, no presente estudo, indivíduos não pertencentes a essas regiões, ou seja, aqueles que referiram morar nas regiões Centro-Oeste, Sul ou Sudeste do país, apresentaram chance significativamente menores de relatar autoavaliação negativa do estado de saúde, do que aqueles residentes na região Nordeste.

Em relação aos achados para a variável raça, após o controle por escolaridade, renda, comportamentos relacionados à saúde, sexo, idade, morbidade e IMC, a associação foi marginalmente significativa e a direção do efeito foi similar à encontrada em outros estudos brasileiros, como o da PNAD e o VIGITEL (Dachs & Santos, 2006; Barros *et. al.*, 2009). O estudo VIGITEL mostrou uma prevalência de AAS ruim maior entre homens e mulheres que referiram cor de pele preta, parda ou morena, comparados aos que se autoavaliaram como brancos (RP=1,15 em homens e RP=1,31 em mulheres) (Barros *et. al.*, 2009). Por outro lado, a magnitude da associação entre raça e autoavaliação do estado de saúde foi bem menor que a encontrada nos estudos norte-americanos. Estudo realizado nos Estados Unidos verificou que indivíduos de raça branca tiveram chance 3,7 vezes maior de autoavaliarem melhor a sua saúde, quando comparados aos de raça negra (Spencer *et. al.*, 2009). Segundo os autores, esse achado poderia ser explicado por um maior pessimismo que indivíduos da raça negra possuem com relação à sua saúde, ao serem comparados com indivíduos da raça branca e isso seria observado nos piores resultados de AAS. No entanto, Brasil e Estados Unidos apresentam diferenças importantes nas relações étnicas e raciais de suas populações e essa hipótese provavelmente não poderia ser extrapolada para o contexto brasileiro.

A escolaridade apresentou forte associação com autoavaliação do estado de saúde neste estudo, mesmo após o controle pelas demais variáveis. Indivíduos com menor nível de escolaridade apresentaram 4 vezes mais chance de ter autoavaliação ruim, em relação aos de escolaridade mais alta. A associação entre baixos níveis de renda e autoavaliação de saúde ruim também foi significativa, mesmo após o ajuste. Entre as teorias que buscam explicar os gradientes sociais em saúde destacam-se: a estrutural/materialista, que centraliza as explicações nas condições materiais de vida, a baseada nos comportamentos/estilo de vida, que enfatiza o papel das opções dos indivíduos, e a psicossocial, que toma por base a teoria do estresse na produção de doença (Molarius *et. al.*, 2006). Mesmo após o ajuste por variáveis relacionadas aos comportamentos em saúde, pela situação conjugal (assumindo-se como *proxy* do suporte social) e pela renda, um marcador de nível socioeconômico, o efeito da escolaridade ainda foi bastante acentuado, revelando-se um importante mediador da relação entre nível socioeconômico e percepção de saúde, em acordo com o observado pela grande importância deste marcador em estudos nacionais e internacionais (Dachs & Santos, 2006;

Cavelaars *et. al.*, 1998; Barros *et. al.*, 2009; Szwarcwald *et. al.*, 2005; Cott *et. al.*, 1999). Essa importância se deve a dois aspectos principais. Segundo Mirowsky & Ross (2003), *apud* Zhang *et. al.*, 2010, o nível de instrução é a principal causa das desigualdades sociais em saúde porque reflete o capital humano (i.e., as habilidades cognitivas e não cognitivas, que podem controlar ou direcionar a vida de um indivíduo, provendo os recursos necessários, para além dos financeiros). Em segundo lugar, aqueles com maiores níveis de escolaridade tendem a adotar mais frequentemente hábitos de vida saudáveis, como: a prática de atividade física, a manutenção de peso adequado, o consumo moderado de álcool e o hábito de não fumar (Ross & Wu, 1995). Barros *et. al.* (2009) também verificaram que os comportamentos relacionados à saúde podem representar uma mediação importante do efeito da escolaridade na autoavaliação do estado de saúde.

A literatura mostra que o tabagismo e o sedentarismo estão associados a uma pior autoavaliação do estado de saúde, conforme estudos já publicados na Finlândia e no sul do Brasil (Poikolainen *et. al.*, 1996; Hofelmann & Blank, 2007). O tabagismo, no presente estudo, mostrou associação com AAS ruim mesmo após o ajuste pelas outras variáveis. O estudo VIGITEL, conduzido em diferentes capitais brasileiras, encontrou associação entre fumar 20 ou mais cigarros por dia e referir um estado de saúde ruim. Neste estudo, também foi verificada a associação entre AAS ruim e sedentarismo (Barros *et. al.*, 2009). No presente estudo, ser sedentário esteve relacionado a aproximadamente o dobro de chance de ter AAS ruim. Em relação ao consumo de álcool, foram significativos apenas, no modelo ajustado, os resultados referentes à categoria dos indivíduos que relataram não consumir bebida alcoólica, os quais apresentaram maior chance de ter autoavaliação do estado de saúde ruim do que os indivíduos com consumo moderado. Na literatura, existem evidências de que a relação bruta entre o consumo de álcool e a autoavaliação de saúde tenha um padrão de “curva em U”, com os indivíduos que bebem moderadamente apresentando melhores percepções de saúde do que os indivíduos nos extremos desta categoria. Após o controle por diversas outras variáveis o padrão desta associação se aproxima de uma “curva em J” (Poikolainen *et. al.*, 1996). No presente estudo, o padrão em J foi claramente observado na análise univariada. Após o ajuste, a categoria de indivíduos que relatou não consumir bebida alcoólica teve significativamente maior relato de AAS ruim, enquanto que, a categoria de maior consumo de álcool apresentou um resultado apenas marginalmente significativo.

A dimensão física da saúde é considerada, em diversos estudos, o determinante mais importante na autoavaliação do estado de saúde. (Benyamini *et. al.*, 2000; Blaum *et al.*, 1994; Damian *et. al.*, 1999; Ferraro, 1980; Idler *et. al.*, 1999; Johnson & Wolinsky, 1993; Kaplan *et.*

*al.*, 1996; *Kempen et. al.*, 1998; Manderbacka, 1998; Ross, 2002; Jylhä *et. al.*, 1986 *apud* Shoostari *et. al.*, 2007). Neste estudo, também se observou forte associação entre presença de doença crônica e autoavaliação de saúde, o que está de acordo com resultados nacionais e internacionais (Cott *et. al.*, 1999 e Barros *et. al.*, 2009) e a relação observada apresentou um gradiente dose-resposta. Em relação ao IMC, diferentemente de estudo conduzido na Suécia e de um estudo brasileiro, o baixo peso não esteve associado à autoavaliação de saúde ruim na análise ajustada. Já os indivíduos obesos estiveram relacionados à autoavaliação de saúde ruim mesmo após o controle pelas demais variáveis, da mesma forma que nos estudos mencionados (Molarius *et. al.*, 2006; Barros *et. al.*, 2009).

A principal limitação deste estudo está relacionada ao seu desenho. Como se trata de um estudo seccional, não é possível determinar com segurança relações de causa-efeito em todas as situações. No entanto, consistem no primeiro passo na elaboração de hipóteses para investigação dessas relações causais. Outro aspecto importante é a ocorrência do viés de sobrevivência seletiva em estudos seccionais, que decorrem de uma perda (morte) desproporcional dos indivíduos antes da seleção para participação no estudo. Desta forma, os indivíduos mais saudáveis são os que sobrevivem por mais tempo e, conseqüentemente, pode haver um resultado subestimado da real magnitude da AAS ruim na população.

A AAS, segundo alguns estudos, é considerada um importante fator na predição de problemas de saúde que só seriam detectados mais tardiamente e do uso de serviços de saúde (Blank & Diderichsen, 1996; Kaplan *et. al.*, 1996; Krakau, 1991; Fylkesnes, 1993; Hulka & Wheat, 1985). Um estudo que avaliou a importância de diferentes desfechos em saúde no uso de serviços verificou que a AAS foi o determinante mais importante do uso, independente do tipo de serviço de saúde avaliado (Fylkesnes, 1993). Em estudos de utilização dos serviços de saúde, a necessidade percebida costuma estar mais relacionada com a procura pelo cuidado em saúde e com a adesão ao tratamento, ao passo que, a necessidade avaliada relaciona-se mais ao tipo de tratamento que será realizado após a consulta inicial (Andersen, 1995). Segundo Hulka & Wheat (1985), a percepção negativa do estado de saúde exerce uma influência na decisão do indivíduo de procurar um médico ou um serviço de saúde. Ou seja, os indivíduos com AAS ruim formarão a principal demanda dos serviços de saúde.

Desta forma, os serviços de saúde precisam estar preparados para receber e atender a essa demanda. Para isso, é importante conhecer o perfil dos indivíduos mais propensos a buscar os serviços de saúde. Os resultados do presente estudo, ao identificarem fatores associados significativamente à presença de AAS ruim, podem traçar um perfil de subgrupos populacionais com maior risco de contrair doenças ou de procurar o serviço de saúde por uma

doença já existente. Quanto maior a idade, pior a percepção do seu estado de saúde. A existência de uma pior condição socioeconômica, também influencia a pior percepção de saúde. Esse achado indica que ainda persistem desigualdades sociais em saúde e que medidas para a redução dessas desigualdades, com atenção especial dada a segmentos mais vulneráveis, tornam-se necessárias para atingir a equidade, um princípio ético do Sistema Único de Saúde. A adoção de hábitos de vida não saudáveis ainda é um importante fator associados a AAS ruim na população brasileira, como o tabagismo e o sedentarismo. As presenças de obesidade e de doenças crônicas também estiveram associadas à AAS ruim. Sendo assim, essa maior caracterização da demanda aos serviços de saúde poderá auxiliar na definição de populações-alvo no planejamento de políticas e programas de promoção de saúde.

## REFERÊNCIAS

- Alazraqui M, Roux AVD, Fleischer N, Spinelli H. Salud autoreferida y desigualdades sociales, ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(9): 1990-2000.
- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995; 36: 1-10.
- Barros ABA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Autoavaliação de saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(Supl. 2): 27-37.
- Benyamini Y, Leventhal EA, Leventhal H. Gender differences in processing information in making self-assessments of health. *Psychosom Med*. 2000; 62: 354-364.
- Berkman LF, Syme L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine year follow-up study of Alameda county residents. *Am J Epidemiol*. 1979; 109: 176-204.
- Blank N, Diderichsen F. The prediction of different experiences of long-term illness: a longitudinal approach in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 1996; 50: 156-161.
- Blaum CS, Liang J, Liu X. The relationship of chronic diseases and health status to the health services utilization of older Americans. *J Am Geriatr Soc*. 1994; 42: 1087-1093.
- Borg V, Kristensen TS. Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Soc Sci Med*. 2000; 51: 1019-1030.
- Cavalaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, Crialesi R, Grotvedt L, Helmert U, et.al. Differences in self-reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries. *J Epidemiol Community Health*. 1998; 52: 219-27.
- Cott CA, Gignac MAM, Badley EM. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *J Epidemiol Community Health*. 1999; 53: 731-6.
- Damian J, Ruigomez A, Pastor V, Martin-Moreno JM. Determinants of self-assessed health among Spanish older people living at home. *J Epidemiol Community Health*. 1999; 53: 412-6.
- Devlin N, Hansen P, Herbison P. Variations in self-reported health status: results from a New Zealand survey. *N Z Med J*. 2000; 113: 517-20.
- Ferraro KF. Self-ratings of health among the old and the old-old. *J Health Soc Behav*. 1980; 21: 377-83.
- Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1986.
- Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld S, Smith GD. Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study. *BMJ*. 1995; 311: 1264-9.

- Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Soc Sci Med*. 2003; 56: 2505-14.
- Hofelmann DA, Blank N. Autoavaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007; 41(5): 777-87.
- House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science*. 1988; 241: 540-5.
- Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM., Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *J Epidemiol Community Health*. 1980; 34: 281-6.
- Idler EL, Hudson SV, Leventhal H. The meanings of self-ratings of health. A quantitative and qualitative approach. *Res Aging*. 1999; 21: 458-76.
- Johnson RJ, Wolinsky FD. The structure of health status among older adults: disease, disability, functional limitation and perceived health. *J Health Soc Behav*. 1993; 34(2): 105-21.
- Jylha M, Leskinen E, Alanen E, Leskinen AL, Heikkinen E. Self-assessed health and associated factors among men of different ages. *J Gerontol*. 1986; 41(6): 710-7.
- Kaplan BH, Cassel JC, Gore S. Social support and health. *Med Care*. 1977; 15: 47-58.
- Kaplan GA, Goldberg DE, Everson SA, Cohen RD, Salonen R, Tuomilehto J, et al. Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study. *Int J Epidemiol*. 1996; 25: 259-65.
- Kempen GIJM, Miedema I, Bos GAMVD, Ormel J. Relationship of domain-specific measures of health to perceived overall health among older subjects. *J Clin Epidemiol*. 1998; 51: 11-8.
- Kind P, Dolan P, Gudex C, Williams A. Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *BMJ*. 1998; 316: 736-41.
- Krause NM, Jay GM. What do global self-rated health items measure? *Med Care*. 1994; 32(9): 930-42.
- Larson JS. The conceptualization of health. *Med Care Res Rev*. 1999; 56: 123-36.
- Manderbacka K. Examining what self-rated health questions is understood to mean by respondents. *Scand J Soc Med*. 1998; 26(2): 145-53.
- Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publica*. 2001; 17: 819-32.
- Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordstrom E, Eriksson HG, et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *Eur J Public Health*. 2006; 17(2): 125-33.

Pikhart H, Bobak M, Siegrist J, Pajak A, Rywik S, Kyshegyi J, et al. Psychosocial work characteristics and self-rated health in four post-communist countries. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55: 624-30.

Poikolainen K, Vartiainen E, Korhonen HJ. Alcohol intake and subjective health. *Am J Epidemiol*. 1996; 144: 346-50.

Ross CE, Wu C. The links between education and health. *Am Sociol Rev*. 1995; 60(5): 719-45.

Ross N. Community belonging and health. *Health Reports*. 2002; 13: 33-9.

Shooshtari S, Menec V, Tate R. Comparing predictors of positive and negative self-rated health between younger (25-54) and older (55+) Canadian adults: a longitudinal study of well-being. *Res Aging*. 2007; 29: 512-55.

Spencer SM, Schulz R, Rooks RN, Albert SM, Thorpe Jr RJ, Brenes GA, et al. Racial differences in self-rated health at similar levels of physical functioning: an examination of health pessimism in the Health, Aging, and Body Composition Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009; 64(1): 87-94.

Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005; 21 (Sup): S54-S64.

Ware JE. Standards for validating health measures: definition and content. *J Chronic Dis*. 1987; 406: 473-80.

Wolinsky FD, Stump TE, Clark DO. Antecedents and consequences of physical activity and exercise among older adults. *Gerontologist*. 1995; 35: 451-62.

Wong R, Peláez M, Palloni A. Autoinforme de salud general em adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17(5): 323-32.

Zhang W, McCubbin H, McCubbin L, Chen Q, Foley S, Strom I, et al. Education and self-rated health: an individual and neighborhood level analysis of Asian Americans, Hawaiians, and Caucasians in Hawaii. *Soc Sci Med*. 2010; 70(4): 561-9.

## 6 SEGUNDO ARTIGO

### **Impacto da discriminação racial na saúde física, mental e autoreferida de indivíduos que se classificaram como pardos e pretos em um inquérito nacional\***

Ana Luiza Braz Pavão<sup>1</sup>

George Ploubidis<sup>2</sup>

Guilherme Loureiro Werneck<sup>3</sup>

Mônica Rodrigues Campos<sup>4</sup>

1. Departamento de Epidemiologia, Instituto de Medicina Social,  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).  
Rua São Francisco Xavier 524, 7º andar, Rio de Janeiro, RJ,  
20559-900, Brasil.  
[analuzabp@gmail.com](mailto:analuzabp@gmail.com)

2. Departamento de Estudos Populacionais, London School of Hygiene and  
Tropical Medicine (LSHTM), Universidade de Londres.  
Room 150, Keppel Street, London WC1E 7HT, Reino Unido, UK.  
[George.Ploubidis@lshtm.ac.uk](mailto:George.Ploubidis@lshtm.ac.uk)

3. Departamento de Epidemiologia, Instituto de Medicina Social,  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).  
Rua São Francisco Xavier 524, 7º andar, Rio de Janeiro, RJ,  
20559-900, Brasil.  
[gwerneck@ims.uerj.br](mailto:gwerneck@ims.uerj.br)

4. Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde  
Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ),  
Rua Leopoldo Bulhões 1480, 9º andar, Rio de Janeiro, RJ,  
21041-210, Brasil.  
[monicarodriguescampos@gmail.com](mailto:monicarodriguescampos@gmail.com)

\* Este artigo foi aceito para publicação na revista *Ethnicity & Disease*.



## Resumo

**Introdução:** A discriminação racial é um importante fator de risco para a saúde. Apesar da ampla miscigenação da população brasileira e desta ser constituída por maioria de não-brancos, poucos estudos sobre desigualdades raciais em saúde foram conduzidos no Brasil e o impacto da discriminação racial na saúde da população de pretos e pardos ainda é pouco explorado. **Objetivos:** Estimar a associação entre discriminação racial e os desfechos em saúde: autoavaliação do estado de saúde, morbidade física e depressão, em indivíduos que se autotransferiram como pardos e pretos em um inquérito nacional. **Métodos:** Estudo seccional baseado em dados da *Pesquisa Dimensão Social das Desigualdades* (PDSD). Um total de 3.863 chefes de família, que se autotransferiram como pardos e pretos, foram entrevistados por meio de questionários estruturados e tiveram suas medidas antropométricas coletadas. A variável de exposição foi experiência de discriminação racial autorreferida, medida por uma escala de ocorrência em 9 domínios e categorizada de forma dicotômica. A autoavaliação de saúde foi medida por meio de pergunta obtida do instrumento de qualidade de vida SF-36. Os desfechos de morbidade física e depressão foram obtidos da lista de doenças crônicas contida no questionário. As análises foram ajustadas por variáveis sociodemográficas, de comportamentos relacionados à saúde e Índice de Massa Corporal (IMC). Foram utilizados modelos de regressão multivariados, binários e ordinais. Os resultados foram apresentados na forma de *Odds Ratio*, com os respectivos intervalos de 95% de confiança. **Resultados:** A experiência de discriminação racial esteve negativamente associada à saúde para todos os desfechos avaliados. A discriminação racial esteve associada a uma chance 1,37 vezes maior de ter uma pior percepção de saúde, 1,55 vezes maior de ter morbidade física e 1,77 vezes maior de ter depressão, entre os indivíduos pardos e pretos, mesmo após o ajuste pelas covariáveis. **Conclusão:** O presente estudo demonstrou que a discriminação racial exerce um impacto importante na saúde da população brasileira de pardos e pretos, independentemente do indicador utilizado. O desfecho relativo à saúde mental foi aquele que apresentou a maior associação com discriminação racial.

**Palavras-chave:** Discriminação racial; Racismo; Saúde; Morbidade; Desigualdades raciais em saúde.

## INTRODUÇÃO

O racismo é uma crença baseada na idealização da superioridade de algumas raças sobre as outras, usada para justificar ações que promovam iniquidades entre os diferentes grupos raciais (Bhopal, 1998). A discriminação racial autoreferida, ou percebida, é um dos aspectos do racismo que vem recebendo crescente destaque como um dos agentes estressores que podem ter consequências maléficas para a saúde e, também, que contribuem para o entendimento das desigualdades em saúde (Williams & Mohammed, 2009). De acordo com Krieger (2003), existem cinco mecanismos principais pelos quais o racismo pode afetar a saúde: através de desvantagens sociais e econômicas; do uso de substâncias tóxicas ou da exposição a condições de risco; da ocorrência de traumas sociais (mental, físico e sexual); de *marketing* direcionado de produtos como alimentação do tipo '*junk food*' e através do uso de substâncias psicoativas e da assistência em saúde inadequada ou degradante.

O Brasil é o país do continente americano com o maior contingente de indivíduos de ancestralidade africana. Em uma população total de cerca de 190 milhões de habitantes, 7,6% se autoclassificaram como negros e 43,1% como pardos (IBGE, 2010). A miscigenação encontra-se intrinsecamente relacionada com a história do país e, embora seja um indicativo de tolerância racial, os indicadores sociais e de saúde dos negros permanecem inferiores aos dos brancos (Torres, 2002; Travassos & Williams, 2004; Heringer, 2002; Chor & Lima, 2005; Santana *et. al.*, 2007). Esta situação de pior condição socioeconômica e de saúde ainda é um reflexo de séculos de escravidão que ocorreram no Brasil e que se estenderam até o século XIX. Após este período, mudanças foram introduzidas na sociedade brasileira, como: a abolição da escravatura, em 1888; os primeiros conceitos de racismo, que começaram a aparecer na legislação em 1951; o racismo visto como um crime pela Constituição Federal de 1988; e, mais recentemente, a introdução de cotas em algumas universidades públicas, a fim de facilitarem o acesso dos afrodescendentes nestas instituições. No entanto, apesar dos esforços conduzidos para minimizar os efeitos de uma história de racismo e discriminação racial no Brasil, acredita-se que esses efeitos ainda persistem na sociedade atual e que acarretam em danos à saúde dos indivíduos que os sofrem.

Existem evidências crescentes de que a discriminação racial é um importante fator de risco para a saúde (Borrell *et. al.*, 2006). Uma revisão sistemática de 138 estudos, a maioria conduzidos nos Estados Unidos e na Europa, mostrou associação entre a experiência de discriminação racial e doença, esta última medida de diferentes formas entre os estudos (p.ex., desfechos de saúde física e mental, comportamentos em saúde e autoavaliação do estado de

saúde), em grupos raciais oprimidos, mesmo após o ajuste por idade, sexo, escolaridade, renda, estado civil, raça, ocupação, estresse, IMC, tabagismo e fatores psicossociais (Paradies, 2006). Uma metanálise avaliou a associação entre discriminação percebida e saúde e observou um efeito negativo da discriminação racial em desfechos de saúde física e mental e revelou que a discriminação esteve associada a elevados níveis de estresse e participação em comportamentos nocivos de saúde (Pascoe & Richman, 2009). No Brasil, poucos estudos de avaliação das desigualdades raciais em saúde foram conduzidos e os estudos sobre o impacto da discriminação racial na saúde são escassos. Ainda assim, as evidências existentes sugerem que pretos e pardos possuem piores níveis de saúde do que os brancos (Chor & Lima, 2005; Santana *et. al.*, 2007; Barata *et. al.*, 2007; Faerstein *et. al.*, 2004).

De acordo com Chor & Lima (2005), os negros têm mais morte prematura e duas vezes mais chance de morte por agressão física do que brancos. Outro estudo, que avaliou desigualdades em saúde segundo gênero e etnia, mostrou que homens negros, mulheres brancas e mulheres negras tinham 1,11, 1,49 e 1,86 vezes mais chance de ter estado de saúde regular ou ruim, quando comparados aos homens brancos, após o ajuste por idade, escolaridade e renda (Barata *et. al.*, 2007). Um estudo longitudinal em trabalhadores brasileiros mostrou que negros e mulatos que relataram ter sofrido discriminação racial tiveram 50% mais chance de apresentar hipertensão arterial do que aqueles indivíduos pertencentes ao mesmo grupo racial que não relataram esta experiência (Faerstein *et. al.*, 2004). O objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto da experiência de discriminação racial na saúde de uma população de indivíduos que se autotranscreveram como pretos ou pardos ao responderam a um inquérito nacional.

## **MÉTODOS**

O presente estudo possuiu um delineamento seccional, baseado no inquérito nacional, conduzido em 2008, denominado: “Pesquisa Dimensão Social das Desigualdades” (PDSD), que consiste em 8.048 domicílios selecionados aleatoriamente nas cinco regiões geográficas brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), correspondendo a 12.324 indivíduos, entre chefes de família e cônjuges, com idade maior ou igual a 20 anos. O principal objetivo desta pesquisa era elaborar um sistema de indicadores sociológicos para acompanhamento do processo de desigualdade e mobilidade social no Brasil e avaliar as condições de vida da população em relação a aspectos de relevância como educação, saúde e ocupação. O projeto teve a coordenação do Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de

Janeiro (IUPERJ) e contou com a colaboração de diversas instituições acadêmicas e de pesquisa<sup>4</sup>.

A população foi selecionada por meio de uma amostragem estratificada por conglomerados. A unidade de análise foi o domicílio. A população foi subdividida em 6 domínios, definidos de acordo com a região geográfica (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste) e situação (urbano e rural). Foi criado estrato amostral com os 10% mais ricos dos setores censitários a para melhor precisão dos indicadores de desigualdade. Os participantes foram entrevistados por meio de um questionário e tiveram suas medidas antropométricas coletadas.

A coleta dos dados ocorreu no período entre julho e dezembro de 2008. O questionário era composto por diversos módulos, tais como: “Características do Domicílio (Estrutura)”; “Características gerais do chefe e cônjuge”; “Características dos pais, irmãos e amigos”; “Atividade econômica”; “Atividade econômica: procura de trabalho”; “Saúde”; “Antropometria”; “Fecundidade”; “Avaliação das condições de vida”; “Percepções de justiça”; “Experiência de discriminação”. O chefe de família e o cônjuge respondiam a todas as partes do questionário, exceto no caso dos seguintes módulos: “Avaliação das condições de vida”; “Percepções de justiça”; e “Experiência de discriminação”, que eram respondidos somente pelo chefe de família. No módulo “Características gerais do chefe e cônjuge”, os participantes deveriam responder a uma pergunta sobre como classificariam a sua raça ou cor de pele. As opções de resposta eram: branca, preta, parda, amarela ou indígena. A amostra final constituiu-se por um total de 3.863 chefes de família, que responderam à pergunta sobre a experiência de discriminação racial e que se autotransferiram como pretos ou pardos no questionário.

Foram avaliados três desfechos em saúde: autoavaliação do estado de saúde, morbidade física e saúde mental (depressão). O desfecho de autoavaliação do estado de saúde foi obtido pela seguinte pergunta, baseada no instrumento de qualidade de vida *Short-Form 36* (SF-36), adaptado para o português: “*Em geral, você diria que sua saúde é:*”, com as seguintes opções de resposta: “*Excelente*”, “*Muito boa*”, “*Boa*”, “*Razoável*” e “*Ruim*”. O desfecho de morbidade física foi obtido a partir de uma lista de doenças crônicas em que o entrevistador perguntava se algum médico ou profissional de saúde alguma vez dera o diagnóstico (Sim/Não), utilizando a seguinte pergunta: “*Para cada doença que vou ler,*

---

<sup>4</sup> A pesquisa PDSO contou com a colaboração de equipes da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ).

*gostaria que você me dissesse se algum médico ou profissional de saúde já lhe disse que você tem cada uma delas*". A lista incluía 16 doenças crônicas, a saber: artrite, câncer, doença cardíaca, diabetes, hipertensão, tuberculose, doenças da coluna, cirrose, gota, tendinite, Lesão por Esforço Repetitivo, bronquite crônica, depressão, doença renal crônica, asma e colesterol alto. A lista original incluía uma doença mental (depressão), cuja informação foi excluída para manter o foco na morbidade física ou não-mental. Posteriormente, esta variável foi categorizada em: Saudável (nenhuma doença crônica relatada), 1 morbidade, 2 morbidades e 3 ou mais morbidades relatadas. O desfecho relativo à doença mental foi avaliado em separado, pela resposta à pergunta relativa à presença ou ausência de diagnóstico de depressão, referido pelo entrevistado na lista descrita acima.

A variável de exposição foi experiência de discriminação racial, obtida por meio da seguinte pergunta do módulo "Experiência de Discriminação" do questionário: "*Você alguma vez se sentiu discriminado, impedido de fazer algo, lhe incomodaram ou fizeram você se sentir inferior por causa de sua cor?*" Em seguida, o entrevistador lia uma lista de possibilidades de locais em que o entrevistado supostamente se sentiu discriminado. As opções se referiam a 9 domínios: na escola, ao ser contratado ou tentar obter um emprego, no trabalho, ao procurar uma casa, ao procurar assistência médica, ao ser servido num restaurante, ao ir no banco abrir uma conta, uma poupança ou obter crédito, na rua, num lugar público e pela polícia ou pela Justiça. O instrumento de discriminação racial autoreferida utilizado, chamado de "Experiências de Discriminação" (*Experiences of Discrimination – EOD*) baseou-se em trabalho prévio publicado por Krieger (Krieger, 1990). No presente estudo, foi utilizada a versão revisada deste instrumento, que incluía uma pergunta sobre a frequência de ocorrência da discriminação racial (Krieger *et. al.*, 2005). Nesta versão, além dos 9 domínios, os entrevistados deveriam relatar a frequência de ocorrência do evento, da seguinte maneira: nunca ocorreu, 1 vez, 2 a 3 vezes ou 4 vezes ou mais. Neste estudo, optou-se por analisar a variável experiência de discriminação racial de forma dicotômica: Sim (pelo menos 1 vez ocorreu a experiência de discriminação racial, segundo o instrumento acima) e Não (os entrevistados relataram que esta experiência nunca ocorreu) (Borrell *et. al.*, 2006). As propriedades psicométricas do instrumento de discriminação racial autoreferida foram previamente avaliadas e indicaram validade de aplicação na classe de trabalhadores afro-americanos (Krieger *et. al.*, 2005; Bastos *et. al.*, 2010).

Foram analisadas as variáveis consideradas determinantes do estado de saúde dos indivíduos e potenciais confundidores da associação entre discriminação racial e saúde, tais como: sexo, idade, raça, renda, escolaridade, tabagismo, consumo de álcool, atividade física e

IMC. A variável sexo foi avaliada como dicotômica (homens/mulheres). Idade foi categorizada em: até 39 anos; de 40 a 64 anos; e  $\geq 65$  anos. A variável raça foi classificada em pretos ou pardos. Renda foi baseada no salário-mínimo mensal da população, referente ao mês de maio de 2010, de R\$ 510,00, e foi categorizada em:  $\leq 0,5$  SM; 0,5 - 1 SM; 1 - 1,5 SM; 1,5 - 2 SM; e  $> 2$  SM. A escolaridade foi avaliada pelas categorias: analfabeto; 1 a 4 anos de estudo; 5 a 8 anos de estudo; segundo grau; e nível superior. As categorias para tabagismo eram: nunca fumou; já fumou, mas não fuma mais; fuma atualmente. As categorias referentes à variável consumo de álcool foram: não consumiu bebida alcoólica no último ano; consumiu no máximo 1 vez/mês; entre 1 a 4 vezes/mês; até 3 vezes/semana; de 4 vezes/semana até diariamente. As categorias relativas à atividade física foram: sentado a maior parte do dia; não anda muito durante o dia; caminha ou fica de pé bastante durante o dia, mas não carrega ou levanta coisas com frequência; carrega pesos leves ou sobe escadas com frequência ou faz exercícios regulares; e faz trabalho pesado ou exercícios pesados regularmente. Em relação ao IMC, foram usados os seguintes estratos na análise: baixo peso ( $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$ ), eutrófico (entre 18,5 e 25  $\text{kg/m}^2$ ), sobrepeso (entre 25 e 30  $\text{kg/m}^2$ ) e obeso ( $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ).

### **Análise estatística**

Inicialmente, foi realizada uma análise da distribuição percentual das variáveis de exposição, desfecho e covariáveis. Em seguida, a análise de regressão logística foi desenvolvida para avaliar o efeito da discriminação racial em cada desfecho em saúde separadamente: autoavaliação do estado de saúde, morbidade física e depressão, ajustando pelas covariáveis. Para os desfechos de autoavaliação do estado de saúde e morbidade física, foi usada a regressão logística ordinal e, para o desfecho de depressão, o modelo de regressão binário foi o aplicado. Em todos os modelos, a variável renda foi avaliada como ordinal e as demais variáveis como categóricas.

Os resultados foram apresentados na forma de *Odds Ratios* (OR) ajustados, com intervalos de 95% de confiança. Foram aplicados testes de significância bicaudais com valor de  $p < 0,05$  considerado estatisticamente significativo. O programa estatístico utilizado na análise dos dados foi o Stata/IC versão 11 (Stata Corporation, College Station, USA).

## RESULTADOS

A maioria da população era composta de homens (65,6%) e com idades entre 40 e 64 anos (49,9%). Em relação à raça, 77,2% se autotransformaram como pardos e 22,8% como pretos. O nível de renda mais prevalente foi o mais baixo ( $\leq 0,5$  SM) (48,0%) e o nível educacional mais frequente foi o de 1 a 4 anos de estudo (31,9%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Características sociodemográficas dos 3.863 indivíduos que se autotransformaram como pretos e pardos no inquérito Pesquisa Dimensão Social das Desigualdades (PDSD), Brasil, 2008.

		N	%
<b>Sexo</b>	Masculino	2.478	65,6
	Feminino	1.385	34,4
<b>Idade</b>	Até 39 anos	1.244	31,3
	De 40 a 64 anos	1.894	49,9
	Maior ou igual a 65 anos	725	18,8
<b>Raça</b>	Pardo	2.986	77,2
	Preto	877	22,8
<b>Renda</b>	$\leq 0,5$ SM*	1.780	48,0
	$>0,5$ e $\leq 1$ SM	1.068	32,3
	$> 1$ e $\leq 1,5$ SM	281	7,9
	$> 1,5$ e $\leq 2$ SM	171	5,1
	$> 2$ SM	227	6,7
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	733	21,0
	1 a 4 anos	1.101	31,9
	5 a 8 anos	792	20,7
	Segundo grau	746	20,0
	Superior	217	6,3
<b>Total</b>		<b>3.863</b>	<b>100,0</b>

\*Salário mínimo.

Em relação aos comportamentos em saúde, aproximadamente a metade da população relatou nunca ter fumado (49,5%) ou ter consumido bebidas alcoólicas (54,1%). Sobre atividade física, a maioria relatou caminhar ou ficar de pé bastante durante o dia, mas não carregar ou levantar coisas com frequência (44,9%). Sobre o IMC, 44,5% foram classificados como eutróficos, seguidos por 34,8%, considerados em sobrepeso (Tabela 4).



Tabela 4 – Comportamentos relacionados à saúde e Índice de Massa Corporal (IMC) dos 3.863 indivíduos que se autocalificaram como pretos e pardos no inquérito Pesquisa Dimensão Social das Desigualdades (PDSD), Brasil, 2008.

		N	%
<b>Tabagismo</b>	Nunca fumou	1.917	49,5
	Já fumou	1.113	28,0
	Fuma atualmente	833	22,5
<b>Consumo de álcool</b>	Não consumiu	2.086	54,1
	1 vez/mês	733	17,6
	1 a 4 vezes/mês	628	16,3
	Até 3 vezes/semana	226	6,0
	De 4 vezes/semana a diariamente	190	6,0
<b>Atividade física</b>	Sentado a maior parte do dia	667	17,8
	Não anda muito durante o dia	424	11,6
	Caminha mas não carrega peso	1.774	44,9
	Carrega pesos leves ou faz exercícios regulares	594	15,1
	Faz trabalho pesado ou exercícios pesados regularmente	367	10,7
<b>IMC*</b>	Baixo peso	132	3,4
	Eutrófico	1.689	44,5
	Sobrepeso	1.343	34,8
	Obeso	636	17,3
<b>Total</b>		<b>3.863</b>	<b>100,0</b>

\*Índice de Massa Corporal

A análise descritiva dos desfechos em saúde revelou que 36,3% da população considerou a sua saúde “boa”, de acordo com o indicador da autoavaliação do estado de saúde, seguido por 31,7% que considerou a sua saúde apenas “razoável”. Em relação à morbidade física, a maioria se considerou saudável ou sem morbidades (40,7%), enquanto 26,4% referiu à presença de 1 doença crônica. Na análise do desfecho de saúde mental, a

depressão esteve presente em 9,2% dos entrevistados. Em relação à exposição, 77,7% relataram não ter tido nenhuma experiência de discriminação racial e 22,4% relataram alguma experiência (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição percentual da experiência de discriminação racial e dos desfechos em saúde: autoavaliação do estado de saúde, morbidade física e depressão, nos 3.863 indivíduos que se autocalificaram como pretos e pardos no inquérito Pesquisa Dimensão Social das Desigualdades (PDSD), Brasil, 2008.

		N	%
<i>Variável de exposição</i>			
<b>Discriminação racial</b>	Não	2.994	77,7
	Sim	869	22,4
<i>Desfechos em saúde</i>			
<b>Auto-avaliação de saúde</b>	Excelente	404	10,3
	Muito boa	458	12,1
	Boa	1.385	36,3
	Razoável	1.251	31,7
	Ruim	365	9,6
<b>Morbidade física</b>	Saudável	1.579	40,7
	1 morbidade	991	26,4
	2 morbidades	597	15,7
	3 ou mais morbidades	696	17,3
<b>Depressão</b>	Sim	371	9,2
	Não	3.492	90,4
<b>Total</b>		<b>3.863</b>	<b>100,0</b>

Na tabela 6, encontram-se os resultados da análise multivariada da associação entre a exposição e os três desfechos em saúde, controlando pelas covariáveis. Foi observada a associação entre discriminação racial e autoavaliação do estado de saúde, após o ajuste pelas covariáveis. Nos indivíduos que relataram experiência de discriminação racial, a chance de apresentarem autoavaliação de saúde ruim aumentou em 1,37 vezes ( $p=0,002$ ). Além disso, outras características, como: sexo feminino, aumento da idade, tabagismo, sobrepeso e

obesidade aumentaram a chance de uma pior percepção de saúde. Por outro lado, fatores como pertencer a extratos mais elevados de renda e escolaridade, consumir álcool moderadamente e fazer atividade física reduziram a chance de ter uma pior autoavaliação de saúde (Tabela 6).

Em relação ao desfecho morbidade física, o relato de discriminação racial também esteve associado com a presença de um maior número de doenças crônicas. A chance de apresentar morbidade física aumentou em 1,55 vezes nos indivíduos que relataram ter sofrido discriminação racial, quando comparados aos indivíduos que não apresentaram essa experiência ( $p < 0,001$ ). Paralelamente, da mesma forma que para o desfecho de autoavaliação do estado de saúde, o sexo feminino, o aumento da idade, o tabagismo, o sobrepeso e a obesidade estiveram associados a maiores chances de possuir morbidade física. Indivíduos que relataram já ter fumado tiveram 1,43 vezes mais chance de ter o desfecho. Fatores associados com uma diminuição na chance de ter morbidade física foram: consumo moderado de álcool e atividade física (Tabela 6).

Foi observada uma associação positiva entre a experiência de discriminação racial e o diagnóstico de depressão. Para os que relataram a experiência, a chance de ter o diagnóstico de depressão aumentou em 1,77 vezes ( $p = 0,001$ ). Os fatores que também estiveram associados com o desfecho foram: sexo feminino, renda (apenas o extrato  $> 1$  e  $\leq 1,5$  SM), tabagismo, consumo elevado de álcool e obesidade. Não foram observadas diferenças significativas segundo faixa etária. Os fatores que estiveram associados com uma diminuição na chance de ter depressão foram: níveis crescentes de escolaridade e atividade física. Também não foram encontradas diferenças substanciais com relação à raça (Tabela 6).

Tabela 6 – Análise multivariada da associação entre discriminação racial e os três desfechos em saúde: autoavaliação do estado de saúde, morbidade física e depressão, ajustando por: variáveis sociodemográficas, comportamentos relacionados à saúde e IMC, nos 3.863 indivíduos que se autotranscreveram como pretos e pardos no inquérito Pesquisa Dimensão Social das Desigualdades (PDSD), Brasil, 2008.

		Autoavaliação de saúde		Morbidade física		Depressão	
		OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>Discriminação</b>	Não	1,00	–	1,00	–	1,00	–
	Sim	1,37*	1,12-1,68	1,55**	1,25-1,91	1,77*	1,25-2,50
<b>Sexo</b>	Masculino	1,00	–	1,00	–	1,00	–
	Feminino	1,55**	1,29-1,87	1,99**	1,65-2,40	3,65**	2,55-5,23
<b>Idade</b>	Até 39 anos	1,00	–	1,00	–	1,00	–
	De 40 a 64 anos	2,01**	1,64-2,45	2,80**	2,25-3,48	1,18	0,78-1,77
	Maior ou igual a 65 anos	3,09**	2,30-4,16	6,18**	4,59-8,31	0,84	0,48-1,46
<b>Raça</b>	Pardo	1,00	–	1,00	–	1,00	–
	Preto	1,15	0,95-1,39	1,1	0,90-1,34	1,35	0,91-2,01
<b>Renda</b>	≤ 0,5 SM***	1,00	–	1,00	–	1,00	–
	>0,5 e ≤ 1 SM	0,73*	0,61-0,89	1,13	0,93-1,37	1,19	0,81-1,74
	> 1 e ≤ 1,5 SM	0,71*	0,52-0,96	1,15	0,83-1,58	1,91*	1,07-3,41
	> 1,5 e ≤ 2 SM	0,43**	0,28-0,65	1,30	0,86-1,97	1,67	0,79-3,60
	> 2 SM	0,63*	0,43-0,91	1,16	0,79-1,71	1,85	0,91-3,77
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	1,00	–	1,00	–	1,00	–
	1 a 4 anos	0,73*	0,58-0,92	1,02	0,81-1,27	0,83	0,55-1,25
	5 a 8 anos	0,54**	0,41-0,71	1,08	0,82-1,41	0,84	0,52-1,35
	Segundo grau	0,48**	0,36-0,65	0,84	0,63-1,12	0,52*	0,29-0,94
	Superior	0,28**	0,19-0,41	0,76	0,48-1,21	0,26*	0,10-0,66
	<b>Tabagismo</b>	Nunca fumou	1,00	–	1,00	–	1,00
Já fumou	1,40*	1,14-1,71	1,43**	1,17-1,75	1,14	0,78-1,69	
Fuma atualmente	1,45*	1,18-1,80	1,31*	1,05-1,62	1,61*	1,10-2,36	
<b>Consumo de álcool</b>	Não consumiu	1,00	–	1,00	–	1,00	–
	1 vez/mês	0,80	0,64-1,01	0,83	0,66-1,04	0,98	0,62-1,54
	1 a 4 vezes/mês	0,70*	0,55-0,89	0,75*	0,58-0,97	1,36	0,83-2,22
	Até 3 vezes/semana	0,62*	0,45-0,85	0,83	0,59-1,17	1,11	0,48-2,55
	De 4 vezes/semana a diariamente	0,85	0,58-1,24	0,87	0,58-1,31	2,94*	1,52-5,69
<b>Atividade física</b>	Sentado a maior parte do dia	1,00	–	1,00	–	1,00	–
	Não anda muito durante o dia	1,01	0,73-1,40	0,89	0,65-1,20	0,71	0,42-1,18
	Caminha mas não carrega peso	0,69*	0,54-0,87	0,77*	0,62-0,97	0,58*	0,39-0,84
	Carrega pesos leves ou faz exercícios regulares	0,52**	0,39-0,69	0,58**	0,43-0,78	0,39*	0,21-0,72
	Faz trabalho pesado ou exercícios pesados regularmente	0,45**	0,32-0,63	0,43**	0,30-0,63	0,64	0,32-1,28
<b>IMC</b>	Eutrófico	1,00	–	1,00	–	1,00	–
	Baixo peso	1,10	0,68-1,79	0,82	0,56-1,22	1,41	0,63-3,15
	Sobrepeso	1,22*	1,01-1,47	1,41**	1,17-1,70	1,16	0,81-1,67
	Obeso	1,79**	1,42-2,26	2,59**	2,04-3,28	1,53*	1,01-2,32

\*p&lt;0.05; \*\*p&lt;0.001; \*\*\*Salário mínimo.

## DISCUSSÃO

A discriminação racial esteve negativamente associada a todos os desfechos em saúde analisados: autoavaliação do estado de saúde, morbidade física e depressão, mesmo após o controle por variáveis sociodemográficas, de hábitos de vida ou comportamentos relacionados à saúde e IMC. A autoavaliação do estado de saúde é um indicador subjetivo que consiste na percepção que os indivíduos possuem de sua própria saúde e que engloba tanto componentes físicos quanto emocionais dos indivíduos, além de aspectos do bem-estar e da satisfação com a própria vida (Szwarcwald *et. al.*, 2005). Observou-se, no presente estudo, que a experiência de discriminação racial esteve associada a um aumento de aproximadamente 1,4 vezes na chance de ter uma pior percepção do estado de saúde. Este resultado é consistente com achados previamente publicados na literatura. Diversos estudos, dois deles revisões sistemáticas, detectaram associação entre discriminação racial e autoavaliação do estado de saúde ruim (Brondolo *et. al.*, 2011; Paradies, 2006; Pascoe & Richman, 2009). Em um estudo conduzido em 1.722 adultos jovens afro-americanos, os autores avaliaram a associação entre discriminação racial percebida, baseada em 7 domínios (na escola, ao tentar obter um emprego, ao tentar comprar uma casa, no trabalho, em casa, ao procurar assistência médica, na rua ou num lugar público) e autoavaliação do estado de saúde, e verificaram que a discriminação esteve associada a menores chances de saúde boa a excelente, mesmo após o ajuste por idade, renda, escolaridade e raça (Borrell *et. al.*, 2006).

Em relação à morbidade física, a exposição à discriminação racial aumentou a chance de ter doenças crônicas (p.ex., artrite, doença cardíaca, câncer, tuberculose, diabetes e hipertensão) em, aproximadamente, 1,6 vezes, comparativamente aos indivíduos que não sofreram discriminação, após o ajuste por fatores sociodemográficos, hábitos de vida e IMC. Esse achado é consistente com o estudo longitudinal conduzido numa população brasileira de trabalhadores, que verificou 50% mais chance de hipertensão entre os não-brancos que sofreram discriminação racial, comparados aqueles que não relataram essa experiência (Faerstein *et. al.*, 2004). Os autores sugerem que o efeito da discriminação racial sobre a incidência de hipertensão arterial seja mediado pelo estresse crônico, que contribui diretamente para a ocorrência da doença e para a adoção de hábitos de vida não saudáveis, como o consumo de álcool, o sedentarismo e uma dieta pouco equilibrada. Há, ainda, evidências na literatura mostrando que sucessivos picos hipertensivos, potencializados pelas situações de discriminação, podem levar a danos na parede de vasos sanguíneos e, em último caso, à aterosclerose (McEwen & Seeman, 1999). Corroborando esta evidência, um estudo

recente demonstrou que a exposição à discriminação, mesmo após o ajuste por idade, raça, nível socioeconômico, estado de saúde e comportamentos relacionados à saúde, foi um fator preditivo de elevados índices de E-selectina circulante, que é um marcador de disfunção endotelial, associado à aterosclerose e ao risco de doença cardiovascular (Friedman *et. al.*, 2009).

A depressão foi o desfecho em saúde que apresentou a associação mais forte com discriminação racial. De acordo com Borrell (2006), o desfecho de saúde mental é o mais comumente avaliado em estudos sobre os efeitos da discriminação racial e, na maioria deles, verifica-se a associação entre discriminação autoreferida e piores estados de saúde mental, independentemente do indicador utilizado. No presente estudo, a chance de ter depressão aumentou em 77% nos indivíduos que relataram ter sofrido discriminação racial, comparados aos que não relataram a experiência, mesmo após o ajuste pelas variáveis sociodemográficas, de hábitos de vida e IMC. Este achado é consistente com dados da literatura. Paradies (2006) conduziu uma revisão sistemática sobre a associação entre racismo percebido e saúde e observou que os resultados mais importantes foram aqueles relacionados aos desfechos de saúde mental (p.ex., sofrimento emocional, psiquiátrico ou psicológico e sintomas depressivos ou depressão). Um estudo conduzido na África do Sul mostrou que a discriminação racial crônica percebida possui um efeito negativo independente de fatores demográficos, psicológicos ou socioeconômicos (Williams *et. al.*, 2008). Os mesmos achados foram encontrados em estudos norte-americanos que avaliaram imigrantes negros e latinos e descendentes de asiáticos (Gee *et. al.*, 2006; Gee *et. al.*, 2007). No Brasil, um estudo conduzido em adolescentes de uma área urbana mostrou que a prevalência de depressão entre aqueles que referiram discriminação racial foi 10,4% maior do que a prevalência verificada nos adolescentes que não referiram discriminação e esse resultado persistiu após o ajuste para sexo, idade, nível socioeconômico, cor de pele e autoestima (Santana *et. al.*, 2007).

Em relação ao possível mecanismo pelo qual a discriminação racial afeta a saúde mental, existem evidências biológicas que revelam o surgimento de reações de estresse fisiológicas em organismos expostos a situações de racismo e discriminação (Harrell *et. al.*, 2003). Segundo Paradies (2006), a associação entre racismo e piores níveis de saúde mental pode ser mediada tanto pelos efeitos psicopatológicos diretos no cérebro quanto por alterações neurofisiológicas indiretas, ou uma combinação de ambos. Em relação a este mecanismo, pesquisadores mostraram que estratégias de superação e outros processos de compensação psicológica são capazes de moderar a relação entre discriminação e variáveis fisiológicas (Kawachi & Berkman, 2001). Por exemplo, estudos demonstraram que a identidade étnica

(força de identificação com um determinado grupo étnico, o senso de orgulho étnico, o envolvimento com atividades relacionadas a este grupo e o comprometimento cultural a ele) é um recurso de superação de minorias étnicas/raciais e pode proteger a saúde mental destas minorias (Mossakowski, 2003; Yip *et. al.*, 2008).

O entendimento do racismo é crucial para a compreensão das desigualdades raciais em saúde (Nazroo, 2003). O objetivo do presente estudo foi o de auxiliar na avaliação do impacto da discriminação racial na saúde da população, em um país em desenvolvimento como o Brasil, cuja maioria é constituída por indivíduos pardos e pretos e onde o conhecimento sobre esse tema ainda é escasso. Apesar da crença na existência de uma “democracia racial” no país, ou seja, de um elevado nível de tolerância no tocante às diferenças raciais, os resultados encontrados revelaram que a discriminação racial ainda é um problema presente e que afeta de forma independente a saúde física, mental e autoreferida da população brasileira de pardos e pretos.

Entre as limitações do presente estudo, destacam-se aquelas relacionadas à natureza autoreferida dos dados coletados. Entre as vantagens do presente estudo, verificam-se: a representatividade nacional da amostra e a grande variedade de informações obtidas, possibilitando a mensuração de diferentes desfechos em saúde e a análise de confundidores potenciais. Segundo Heringer (2002), a ocorrência de discriminação racial e a presença de desigualdades raciais no Brasil afetam a capacidade de integração dos negros na sociedade e prejudicam a construção de uma sociedade democrática com oportunidades iguais para todos. Portanto, os resultados do presente estudo ressaltam a importância da elaboração de políticas públicas com vistas à erradicação da discriminação racial e, conseqüentemente, das desigualdades raciais em saúde. No entanto, estudos longitudinais para a investigação do efeito da discriminação racial na saúde da população tornam-se necessários, a fim de esclarecer os mecanismos envolvidos nessas relações.



## REFERÊNCIAS

- Barata RB, Almeida MF, Montero CV, Silva ZP. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(2): 305-313.
- Barnes LL, De Leon CFM, Lewis TT, Bienias JL, Wilson RS, Evans DA. Perceived discrimination and mortality in a population-based study of older adults. *Am J Public Health*. 2008; 98(7): 1241-1247.
- Bastos JL, Celeste RK, Faerstein E, Barros AJD. Racial discrimination and health: a systematic review of scales with a focus on their psychometric properties. *Soc Sci Med*. 2010; 70(7): 1091-1099.
- Bhopal R. Spectre of racism in health and health care: lessons from history and the United States. *BMJ*. 1998; 316(7149): 1970-1973.
- Borrell LN, Kiefe CI, Williams DR, Diez-Roux AV, Gordon-Larsen P. Self-reported health, perceived racial discrimination, and skin color in African Americans in the CARDIA study. *Soc Sci Med*. 2006; 63(6): 1415-1427.
- Brondolo E, Hausmann LRM, Jhalani J, Pencille M, Atencio-Bacayon J, Kumar A, et al. Dimensions of perceived racism and self-reported health: examination of racial/ethnic differences and potential mediators. *Ann Behav Med*. 2011; 42(1): 14-28.
- Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(5): 1586-94.
- Faerstein E, Chor D, Werneck G, Lopes C, Lynch J, Kaplan G. Race and perceived racism, education, and hypertension among Brazilian civil servants [abstract]. *Am J Epidemiol*. 2004; 159: 35.
- Friedman EM, Williams DR, Singer BH, Ryff CD. Chronic discrimination predicts higher circulating levels of E-selectin in a national sample: The MIDUS study. *Brain Behav Immun*. 2009; 23(5): 684-92.
- Gee GC, Ryan A, Laflamme DJ, Holt J. Self-reported discrimination and mental health status among African descendants, Mexican Americans, and other Latinos in the New Hampshire REACH 2010 initiative: the added dimension of immigration. *Am J Public Health*. 2006; 96(10): 1821-8.
- Gee GC, Spencer MS, Chen J, Takeuchi D. A nationwide study of discrimination and chronic health conditions among Asian Americans. *Am J Public Health*. 2007; 97(7): 1275-82.
- Gee GC, Spencer M, Chen J, Yip T, Takeuchi DT. The association between self-reported racial discrimination and 12-month DSM-IV mental disorders among Asian Americans nationwide. *Soc Sci Med*. 2007; 64(10): 1984-96.
- Harrell JP, Hall S, Taliaferro J. Physiological responses to racism and discrimination: an assessment of the evidence. *Am J Public Health*. 2003; 93(2): 243-8.

Heringer R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cad Saude Publica*. 2002; 18(Suplemento): 57-65.

Kawachi I, Berkman L. Social ties and mental health. *J Urban Health*. 2001; 78(3): 458-67.

Krieger N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. *Am J Public Health*. 2003; 93(2): 194-9.

Krieger N. Racial and gender discrimination: risk factors for high blood pressure? *Soc Sci Med*. 1990; 30(12): 1273-81.

Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau E. Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Soc Sci Med*. 2005; 61(7): 1576-96.

McEwen BS, Seeman T. Protective and damaging effects of mediators of stress. Elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. *Ann N Y Acad Sci*. 1999; 896: 30-47.

Mossakowski KN. Coping with perceived discrimination: does ethnic identity protect mental health? *J Health Soc Behav*. 2003; 44(3): 318-31.

Nazroo JY. The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination, and racism. *Am J Public Health*. 2003; 93(2): 277-84.

Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol*. 2006; 35(4): 888-901.

Pascoe EA, Richman SL. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2009; 135(4): 531-54.

Santana V, Almeida-Filho N, Roberts R, Cooper SP. Skin colour, perception of racism and depression among adolescents in urban Brazil. *Child Adolesc Ment Health*. 2007; 12(3): 125-31.

Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005; 21 (Sup): S54-S64.

Torres C. Descendientes de africanos en la Region de las Américas y equidad en materia de salud [People of African descent in the region of the Americas and health equity]. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 11(5): 471-9.

Travassos C, Williams DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(3): 660-78.

Williams DR, Gonzalez HM, Williams S, Mohammed SA, Moomal H, Stein DJ. Perceived discrimination, race and health in South Africa. *Soc Sci Med*. 2008; 67(3): 441-52.

Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med.* 2009; 32(1): 20-47.

Williams DR, Yu Y, Jackson JS, Anderson NB. Racial differences in physical and mental health: socioeconomic status, stress and discrimination. *J Health Psychol.* 1997; 2: 335-51.

Yip T, Gee GC, Takeuchi DT. Racial discrimination and psychological distress: the impact of ethnic identity and age among immigrants and United States-born Asian adults. *Dev Psychol.* 2008; 44(3): 787-800.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, serão comentados os principais resultados encontrados no presente estudo, já descritos com detalhes nos artigos apresentados. Também nesta seção, serão abordadas as limitações do estudo e seus pontos fortes. Ao final do capítulo, será feita uma breve conclusão acerca dos achados deste trabalho.

O presente estudo teve dois objetivos principais: investigar a associação entre AAS e fatores sociodemográficos, hábitos de vida ou comportamentos relacionados à saúde e morbidade e avaliar a associação entre discriminação racial e três desfechos em saúde: AAS, morbidade física e depressão, na população que respondeu a um inquérito de abrangência nacional, a *Pesquisa Dimensão Social das Desigualdades*, conduzido em 2008, nas cinco regiões geográficas brasileiras.

Com relação ao primeiro objetivo do estudo, verificou-se que o aumento da idade, possuir baixos níveis de escolaridade e renda, ter hábitos de vida não saudáveis como tabagismo, sedentarismo, relatar não consumir bebida alcoólica, presença de morbidade crônica e obesidade foram os principais fatores associados à AAS ruim na população de 12.324 indivíduos, entre chefes de família e cônjuges, que responderam ao inquérito. Também foi observado que os fatores que apresentaram efeito protetor na autoavaliação do estado de saúde ruim foram praticar atividade física e não pertencer às regiões geográficas Norte e Nordeste.

Esses resultados estão de acordo com estudos previamente publicados na literatura, que também verificaram a associação entre idade e AAS ruim (Alazraqui *et. al.*, 2009), entre condições socioeconômicas e percepção de saúde (Cott *et. al.*, 1999; Barros *et. al.*, 2009; Szwarcwald *et. al.*, 2005; Dachs & Santos, 2006; Cavelaars *et. al.*, 1998), tabagismo, sedentarismo, não consumir bebida alcoólica e AAS negativa (Poikolainen *et. al.*, 1996; Hofelmann & Blank, 2007). A associação entre presença de morbidade crônica, obesidade e AAS ruim também foi verificada em estudos prévios (Cott *et. al.*, 1999; Molarius *et. al.*, 2006; Barros *et. al.*, 2009).

Em relação ao segundo objetivo do estudo, os resultados obtidos mostraram o impacto negativo que a experiência de discriminação racial exerce na saúde da população avaliada no segundo artigo, composta por 3.863 chefes de família, que se autotransferiram como pretos e pardos. Os efeitos identificados foram independentes de características sociodemográficas, de hábitos de vida ou comportamentos relacionados à saúde e do IMC e esteve presente nos três desfechos avaliados: AAS, morbidade física e depressão.

Na literatura, estudos que tenham avaliado a associação entre discriminação racial e os três desfechos em saúde não foram encontrados. A associação entre discriminação racial e esses desfechos foi evidenciada em estudos prévios sobre: AAS (Paradies, 2006), doenças crônicas (p.ex., hipertensão arterial) (Faerstein, Chor, Werneck, Lopes, Lynch, & Kaplan, 2004) e saúde mental (Williams, Gonzalez, Williams, Mohammed, Moomal, & Stein, 2008). No Brasil, não foram encontrados estudos deste tipo, mas um estudo conduzido em adolescentes de uma área urbana mostrou associação entre depressão e discriminação racial, mesmo após o ajuste por variáveis de confundimento (Santana, Almeida-Filho, Roberts, & Cooper, 2007).

O presente estudo foi capaz de identificar os principais determinantes da AAS na população brasileira. Idade, escolaridade e morbidade crônica foram os fatores com as associações mais pronunciadas, com destaque para o efeito da escolaridade. As evidências na literatura corroboram esses achados, pois indicam que este indicador seja o principal mediador entre as condições socioeconômicas e a percepção de saúde (Cott *et. al.*, 1999; Barros *et. al.*, 2009; Szwarcwald *et. al.*, 2005; Dachs & Santos, 2006; Cavelaars *et. al.*, 1998). Além disso, o presente estudo demonstrou que a discriminação racial exerce um impacto importante na saúde da população brasileira, independentemente do indicador utilizado, e que a depressão foi o desfecho com a maior associação com discriminação. Esse resultado também encontra respaldo na literatura. Segundo Borrell (2006), o desfecho de saúde mental é o mais comumente avaliado em estudos sobre os efeitos da discriminação racial e, na maioria deles, verifica-se a associação entre discriminação autoreferida e piores estados de saúde mental, independentemente do indicador utilizado.

Diante dos resultados apresentados, ressalta-se a importância da elaboração de políticas públicas com vistas à erradicação da discriminação racial, que vem exercendo um impacto negativo na saúde dos indivíduos. Entre as limitações do presente estudo, destacam-se aquelas relacionadas à natureza autoreferida dos dados e ao seu desenho seccional, esta última relacionada, principalmente, às análises do primeiro artigo da tese, e que, por sua vez, impede a verificação de relações de causa-efeito com garantia da temporalidade entre exposição e desfecho (Hill, 1965). Entre seus pontos fortes, estão a representatividade nacional da amostra e a grande variedade de informações coletadas, possibilitando a mensuração de diferentes desfechos em saúde e a análise de confundidores potenciais. De toda forma, estudos longitudinais para a investigação do efeito da discriminação racial na saúde da população tornam-se necessários. Por fim, acredita-se que o presente estudo contribuiu no sentido de ampliar o conhecimento acerca de um indicador de saúde tão frequentemente utilizado em

estudos epidemiológicos, como a AAS, e de permitir a investigação do impacto da discriminação racial na saúde da população brasileira.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alazraqui M, Roux AVD, Fleischer N, Spinelli H. Salud autoreferida y desigualdades sociales, ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(9): 1990-2000.
- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995; 36: 1-10.
- Artazcoz L, Cortès I, Borrell C, Escribà-Agüir V, Cascant L. Social inequalities in the association between partner/marital status and health among workers in Spain. *Soc Sci Med*. 2011; 72(4): 600-607.
- August KJ, Sorkin DH. Marital status and gender differences in managing a chronic illness: the function of health-related social control. *Soc Sci Med*. 2010; 71: 1831-1838.
- Barata RB, Almeida MF, Montero CV, Silva ZP. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(2): 305-313.
- Barnes LL, De Leon CFM, Lewis TT, Bienias JL, Wilson RS, Evans DA. Perceived discrimination and mortality in a population-based study of older adults. *Am J Public Health*. 2008; 98(7): 1241-1247.
- Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(Supl.1): 6-19.
- Barros ABA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Autoavaliação de saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(Supl. 2): 27-37.
- Bastos JL, Celeste RK, Faerstein E, Barros AJD. Racial discrimination and health: a systematic review of scales with a focus on their psychometric properties. *Soc Sci Med*. 2010; 70(7): 1091-1099.
- Benyamini Y, Leventhal EA, Leventhal H. Gender differences in processing information in making self-assessments of health. *Psychosom Med*. 2000; 62: 354-364.
- Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med*. 2000; 51: 843-857.
- Berkman LF, Syme L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine year follow-up study of Alameda county residents. *Am J Epidemiol*. 1979; 109: 176-204.
- Bhopal R. Spectre of racism in health and health care: lessons from history and the United States. *BMJ*. 1998; 316(7149): 1970-1973.
- Blank N, Diderichsen F. The prediction of different experiences of long-term illness: a longitudinal approach in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 1996; 50: 156-161.
- Blaum CS, Liang J, Liu X. The relationship of chronic diseases and health status to the health services utilization of older Americans. *J Am Geriatr Soc*. 1994; 42: 1087-1093.

- Borg V, Kristensen TS. Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Soc Sci Med.* 2000; 51: 1019-1030.
- Borrell LN, Kiefe CI, Williams DR, Diez-Roux AV, Gordon-Larsen P. Self-reported health, perceived racial discrimination, and skin color in African Americans in the CARDIA study. *Soc Sci Med.* 2006; 63(6): 1415-1427.
- Bourdieu P. The forms of capital. In: Richardson J, editor. *Handbook of theory and research for the sociology of education.* New York: Greenwood Press; 1986.
- Bowling A. Measuring social networks and social support. In: Bowling A, editor. *Measuring Health: a Review of Quality of Life Measurement Scales.* Buckingham: Open University Press. p. 91-109.
- Brondolo E, Hausmann LRM, Jhalani J, Pencille M, Atencio-Bacayon J, Kumar A, et al. Dimensions of perceived racism and self-reported health: examination of racial/ethnic differences and potential mediators. *Ann Behav Med.* 2011; 42(1): 14-28.
- Burman B, Margolin G. Analysis of the association between marital relationships and health problems: an interactional perspective. *Psychol Bull.* 1992; 112: 39-63.
- Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, Crialesi R, Grotvedt L, Helmert U, et al. Differences in self-reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries. *J Epidemiol Community Health.* 1998; 52: 219-27.
- Censo2010.ibge.gov.br [homepage na internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); [atualizada em março de 2011; acesso abril de 2011]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>.
- Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad. Saude Publica.* 2001; 17(4): 887-96.
- Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2005; 21(5): 1586-94.
- Cohen S, Wills TA. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985; 98: 310-57.
- Cohen S. Relationships and health. *Am Psychol.* 2004; 59: 676-84.
- Cott CA, Gignac MAM, Badley EM. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *J Epidemiol Community Health.* 1999; 53: 731-6.
- Damian J, Ruigomez A, Pastor V, Martin-Moreno JM. Determinants of self-assessed health among Spanish older people living at home. *J Epidemiol Community Health.* 1999; 53: 412-6.
- D'Anna LH, Ponce NA, Siegel JM. Racial and ethnic health disparities: evidence of discrimination's effects across the SEP spectrum. *Ethn Health.* 2010; 15(2): 121-43.



- Devlin N, Hansen P, Herbison P. Variations in self-reported health status: results from a New Zealand survey. *N Z Med J.* 2000; 113: 517-20.
- Duarte A. Brancos ficam abaixo de 50%. *Jornal O Globo.* 30 de abril de 2011; Seção: O País; p. 15 (Primeiro Caderno).
- Faerstein E, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(4); 454-66.
- Faerstein E, Chor D, Werneck G, Lopes C, Lynch J, Kaplan G. Race and perceived racism, education, and hypertension among Brazilian civil servants [abstract]. *Am J Epidemiol.* 2004; 159: 35.
- Fayers PM, Sprangers MAG. Understanding self-rated health. *Lancet.* 2002; 359: 187-8.
- Feinstein AR. Benefits and obstacles for development of health status assessment measures in clinical settings. *Med Care.* 1992; 30(Supp 5): MS50-6.
- Ferraro KF. Self-ratings of health among the old and the old-old. *J Health Soc Behav.* 1980; 21: 377-83.
- Ferreira ABH. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1986.
- Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld S, Smith GD. Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study. *BMJ.* 1995; 311: 1264-9.
- Folha de São Paulo; Datafolha. *Racismo Cordial.* São Paulo: Editora Ática; 1995.
- Forattini OP. *Ecologia, Epidemiologia e Sociedade.* São Paulo: Artes Médicas: Editora da Universidade de São Paulo; 1992.
- Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Soc Sci Med.* 2003; 56: 2505-14.
- Friedman EM, Williams DR, Singer BH, Ryff CD. Chronic discrimination predicts higher circulating levels of E-selectin in a national sample: The MIDUS study. *Brain Behav Immun.* 2009; 23(5): 684-92.
- Gee GC, Ryan A, Laflamme DJ, Holt J. Self-reported discrimination and mental health status among African descendants, Mexican Americans, and other Latinos in the New Hampshire REACH 2010 initiative: the added dimension of immigration. *Am J Public Health.* 2006; 96(10): 1821-8.
- Gee GC, Spencer MS, Chen J, Takeuchi D. A nationwide study of discrimination and chronic health conditions among Asian Americans. *Am J Public Health.* 2007; 97(7): 1275-82.

Gee GC, Spencer M, Chen J, Yip T, Takeuchi DT. The association between self-reported racial discrimination and 12-month DSM-IV mental disorders among Asian Americans nationwide. *Soc Sci Med*. 2007; 64(10): 1984-96.

Grootendorst P, Feeny D, Furlong W. Does it matter whom and how you ask? Inter and intra-rater agreement in the Ontario health survey. *J Clin Epidemiol*. 1997; 50: 127-36.

Hambleton IR, Clarke K, Broome HL, Fraser HS, Brathwaite F, Hennis AJ. Historical and current predictors of self-reported health status among elderly persons in Barbados. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17(5/6): 342-52.

Harrell JP, Hall S, Taliaferro J. Physiological responses to racism and discrimination: an assessment of the evidence. *Am J Public Health*. 2003; 93(2): 243-8.

Heringer R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cad Saude Publica*. 2002; 18(Suplemento): 57-65.

Hill AB. The environment and disease: association or causation? *Proc R Soc Med*. 1965; 58: 295-300.

Hofelmann DA, Blank N. Autoavaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007; 41(5): 777-87.

House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science*. 1988; 241: 540-5.

Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM., Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *J Epidemiol Community Health*. 1980; 34: 281-6.

Idler EL, Hudson SV, Leventhal H. The meanings of self-ratings of health. A quantitative and qualitative approach. *Res Aging*. 1999; 21: 458-76.

Islam MK, Merlo J, Kawachi I, Lindström M, Gertham U. Social capital and health: does egalitarianism matter? A literature review. *Int J Equity Health*. 2006; 5:3.

Johnson NJ, Backlund E, Sorlie PD, Loveless CA. Marital status and mortality: the National Longitudinal mortality study. *Ann Epidemiol*. 2000; 10: 224-38.

Johnson RJ, Wolinsky FD. The structure of health status among older adults: disease, disability, functional limitation and perceived health. *J Health Soc Behav*. 1993; 34(2): 105-21.

Joung IM, Stronks K, Mheen H, Mackenbach JP. Health behaviours explain part of the differences in self-reported health associated with marital status in the Netherlands. *J Epidemiol Community Health*. 1995; 49: 482-8.

Jylha M, Leskinen E, Alanen E, Leskinen AL, Heikkinen E. Self-assessed health and associated factors among men of different ages. *J Gerontol*. 1986; 41(6): 710-7.

Kaplan BH, Cassel JC, Gore S. Social support and health. *Med Care*. 1977; 15: 47-58.

Kaplan G, Baron-Epel O. What lies behind the subjective evaluation of health status? *Soc Sci Med.* 2003; 56: 1669-76.

Kaplan GA, Goldberg DE, Everson SA, Cohen RD, Salonen R, Tuomilehto J, et. al. Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study. *Int J Epidemiol.* 1996; 25: 259-65.

Karlsen S, Nazroo JY. Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *Am J Public Health.* 2002; 92(4): 624-31.

Kawachi I, Berkman L. Social ties and mental health. *J Urban Health.* 2001; 78(3): 458-67.

Kempen GIJM, Miedema I, Bos GAMVD, Ormel J. Relationship of domain-specific measures of health to perceived overall health among older subjects. *J Clin Epidemiol.* 1998; 51: 11-8.

Kind P, Dolan P, Gudex C, Williams A. Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *BMJ.* 1998; 316: 736-41.

Krause NM, Jay GM. What do global self-rated health items measure? *Med Care.* 1994; 32(9): 930-42.

Krieger N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. *Am J Public Health.* 2003; 93(2): 194-9.

Krieger N. Racial and gender discrimination: risk factors for high blood pressure? *Soc Sci Med.* 1990; 30(12): 1273-81.

Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau E. Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Soc Sci Med.* 2005; 61(7): 1576-96.

Larson JS. The conceptualization of health. *Med Care Res Rev.* 1999; 56: 123-36.

LaVeist TA. On the study of race, racism, and health: a shift from description to explanation. *Int J Health Serv.* 2000; 30(1): 217-9.

Lillard LA, Panis CWA. Marital status and mortality: the role of health. *Demography.* 1996; 33: 313-27.

Lindström M. Marital status, social capital, material conditions and self-rated health: a population-based study. *Health Policy.* 2009; 93: 172-9.

Manderbacka K. Examining what self-rated health questions is understood to mean by respondents. *Scand J Soc Med.* 1998; 26(2): 145-53.

McEwen BS, Seeman T. Protective and damaging effects of mediators of stress. Elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. *Ann N Y Acad Sci.* 1999; 896: 30-47.

- Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publica*. 2001; 17: 819-32.
- Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordstrom E, Eriksson HG, et. al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *Eur J Public Health*. 2006; 17(2): 125-33.
- Mossakowski KN. Coping with perceived discrimination: does ethnic identity protect mental health? *J Health Soc Behav*. 2003; 44(3): 318-31.
- Nazroo JY. The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination, and racism. *Am J Public Health*. 2003; 93(2): 277-84.
- Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol*. 2006; 35(4): 888-901.
- Pascoe EA, Richman SL. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2009; 135(4): 531-54.
- Pattussi MP, Moysés SJ, Junges JR, Sheiham A. Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(8): 1525-46.
- Pikhart H, Bobak M, Siegrist J, Pajak A, Rywik S, Kyshegyi J, et al. Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55: 624-30.
- Poikolainen K, Vartianen E, Korhonen HJ. Alcohol intake and subjective health. *Am J Epidemiol*. 1996; 144: 346-50.
- Ross CE, Wu C. The links between education and health. *Am Sociol Rev*. 1995; 60(5): 719-45.
- Ross N. Community belonging and health. *Health Reports*. 2002; 13: 33-9.
- Santana V, Almeida-Filho N, Roberts R, Cooper SP. Skin colour, perception of racism and depression among adolescents in urban Brazil. *Child Adolesc Ment Health*. 2007; 12(3): 125-31.
- Schoenborn CA. Marital status and health: United States, 1999-2002. *Adv Data*. 2004; 351: 1-32.
- Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*. 1991; 32: 705-14.
- Shooshtari S, Menec V, Tate R. Comparing predictors of positive and negative self-rated health between younger (25-54) and older (55+) Canadian adults: a longitudinal study of well-being. *Res Aging*. 2007; 29: 512-55.
- Simon JG, De Boer JB, Joung IMA, Bosma H, Mackenbach JP. How is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. *Eur J Public Health*. 2005; 15(2): 200-8.

- Spencer SM, Schulz R, Rooks RN, Albert SM, Thorpe Jr RJ, Brenes GA, et. al. Racial differences in self-rated health at similar levels of physical functioning: an examination of health pessimism in the Health, Aging, and Body Composition Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2009; 64(1): 87-94.
- Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saude Publica.* 2005; 21 (Sup): S54-S64.
- Terris M. Approaches to an epidemiology of health. *Am J Public Health.* 1975; 65(10): 1037-45.
- Torres C. Descendientes de africanos en la Region de las Américas y equidad en materia de salud [People of African descent in the region of the Americas and health equity]. *Rev Panam Salud Publica.* 2002; 11(5): 471-9.
- Travassos C, Williams DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cad Saude Publica.* 2004; 20(3): 660-78.
- Viniegra VL. Hacia un concepto de salud colectiva. *Salud Publ Mexico.* 1985; 27: 410-8.
- Waldron I, Hughes ME, Brooks TL. Marriage protection and marriage selection. Prospective evidence for reciprocal effects of marital status and health. *Soc Sci Med.* 1996; 43:113-23.
- Ware JE. Standards for validating health measures: definition and content. *J Chronic Dis.* 1987; 40(6): 473-80.
- Werneck GL. Considerações metodológicas à luz da Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, 2003. *Rev Bras Epidemiol.* 2008; 11 (Sup 1): 67-71.
- Westman M, Eden D. Job stress, cigarette smoking and cessation: the conditioning effects of peer support. *Soc Sci Med.* 1985; 20: 637-44.
- Williams DR, Gonzalez HM, Williams S, Mohammed SA, Moomal H, Stein DJ. Perceived discrimination, race and health in South Africa. *Soc Sci Med.* 2008; 67(3): 441-52.
- Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med.* 2009; 32(1): 20-47.
- Williams DR, Yu Y, Jackson JS, Anderson NB. Racial differences in physical and mental health: socioeconomic status, stress and discrimination. *J Health Psychol.* 1997; 2: 335-51.
- Wolinsky FD, Stump TE, Clark DO. Antecedents and consequences of physical activity and exercise among older adults. *Gerontologist.* 1995; 35: 451-62.
- Wong R, Peláez M, Palloni A. Autoinforme de salud general em adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. *Rev Panam Salud Publica.* 2005; 17(5): 323-32.

Yip T, Gee GC, Takeuchi DT. Racial discrimination and psychological distress: the impact of ethnic identity and age among immigrants and United States-born Asian adults. *Dev Psychol.* 2008; 44(3): 787-800.

Zhang W, McCubbin H, McCubbin L, Chen Q, Foley S, Strom I, et. al. Education and self-rated health: an individual and neighborhood level analysis of Asian Americans, Hawaiians, and Caucasians in Hawaii. *Soc Sci Med.* 2010; 70(4): 561-9.

**ANEXO A - Questionário aplicado aos chefes de família na Pesquisa Dimensão Social das Desigualdades (PDSD), Brasil, 2008.**

**CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO**

**Seção 01 – Características do Domicílio: Estrutura**

**Identificação**

[ | | | ] [ 0 ][0|1]

**(ATENÇÃO ENTREVISTADOR → ANOTE POR OBSERVAÇÃO PERGUNTAS DE 1 A 7)**

1. Existe calçada em frente ao domicílio? (**ANOTAR**)

1( ) Sim

2( ) Não

2. A rua onde se localiza o domicílio é:

1( ) Asfaltada

2( ) Paralelepípedo

3( ) Terra/Barro

4( ) Cascalho

3. Este domicílio se localiza em: (**ANOTAR**)

1( ) Construção isolada (casa térrea/ sobrado fora de condomínio)

2( ) Condomínio regularizado de casas e/ou apartamentos

3( ) Favelas ou conjuntos não regularizados (invasão)

4( ) Casa de cômodos ou cortiço

4. Este domicílio é do tipo: (**ANOTAR**)

1( ) Casa

2( ) Apartamento

3( ) Quarto/Cômodo

5. Que material **predomina** nas paredes externas? : (**ANOTAR**)

1( ) Alvenaria

4( ) Taipa não revestida

2( ) Madeira aparelhada

5( ) Madeira aproveitada

3( ) Tijolo sem revestimento

7( ) Outro

6. Que material **predomina** no piso? : (**ANOTAR**)







13D. Este primeiro imóvel foi presente, foi herdado, foi comprado ou vocês construíram?

- |                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| 1( ) Foi presente | 3( ) Foi comprado   |
| 2( ) Foi herança  | 4( ) Foi construído |

### PARA TODOS ###

14. Existe água canalizada dentro desse domicílio?

- |          |          |
|----------|----------|
| 1( ) Sim | 2( ) Não |
|----------|----------|

15. Qual a **principal** forma de abastecimento de água no domicílio?

- |                               |                   |
|-------------------------------|-------------------|
| 1( ) Rede geral               | 4( ) Bica pública |
| 2( ) Poço na propriedade      | 5( ) Carro pipa   |
| 3( ) Poço fora da propriedade | 7( ) Outra forma  |

16. Qual o **principal** tipo de escoadouro sanitário existe no domicílio?

- |                              |                       |
|------------------------------|-----------------------|
| 1( ) Rede coletora de esgoto | 5( ) Rio, lago ou mar |
| 2( ) Fossa séptica           | 7( ) Outro            |
| 3( ) Fossa rudimentar        | 9( ) Não tem          |
| 4( ) Vala                    |                       |

17. Qual o **principal** tipo de iluminação do domicílio?

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1( ) Elétrica | 5( ) Solar   |
| 2( ) Gerador  | 7( ) Outro   |
| 3( ) Lampião  | 9( ) Não tem |
| 4( ) Vela     |              |

18. Qual o **principal** destino do lixo do domicílio?

- 1( ) Coletado
- 2( ) Queimado ou enterrado
- 3( ) Jogado em terreno baldio
- 4( ) Jogado em rio, lagoa, etc
- 5( ) Jogado em caçamba
- 7( ) Outro

**(ATENÇÃO ENTREVISTADOR → ANOTE POR OBSERVAÇÃO)**

19. Qual estado de conservação do domicílio? (ANOTAR)

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 1( ) Muito bom | 4( ) Ruim       |
| 2( ) Bom       | 5( ) Muito ruim |
| 3( ) Regular   | 6( ) Péssimo    |

20. Neste domicilio trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a)? Quanto(a)s? (**preencher com zeros se não houver empregado(a)**)

|\_\_||\_\_|| Diaristas

|\_\_||\_\_|| Mensalistas

21. Considerando **todas as pessoas** que moram nesse domicilio (**exceto** empregado(a)s doméstico(a)s), qual o total **mensal** dos rendimentos de todas essas pessoas juntas?

R\$ |\_\_||\_\_||. |\_\_||\_\_||\_\_||, 00

**99.999 – NS/ NOP**

22. Alguém nesse domicílio possui algum destes bens?

**1 – sim**

**2 - não**

|\_\_|| Uma empresa ou negócio (dono ou sócio)  
financeiras

|\_\_|| Ações, aplicações

|\_\_|| Automóvel de trabalho (táxi, van, caminhão)

|\_\_|| Caderneta de Poupança

|\_\_|| Uma segunda casa, casa de campo ou de veraneio

|\_\_|| Conta corrente em Banco

<input type="checkbox"/> Um terreno, sítio ou fazenda	<input type="checkbox"/> Alguma propriedade que aluga
<input type="checkbox"/> Animais de criação (não incluir animais domésticos: cães, gatos, etc.)	

23. Características do Domicílio: Inventário de Bens

**1 – sim → Quantos**

**2 - não**

TEM	QTOS?	TEM	QTOS?
<input type="checkbox"/> Fogão a gás	_ _	<input type="checkbox"/> Microcomputador	_ _
<input type="checkbox"/> <b>Televisão em cores</b>	_ _	<input type="checkbox"/> <b>DVD/ vídeo cassete</b>	_ _
<input type="checkbox"/> <b>Rádios (exceto do automóvel)</b>	_ _	<input type="checkbox"/> <b>Freezer (isolado ou não)</b>	_ _
<input type="checkbox"/> <b>Geladeira</b>	_ _	<input type="checkbox"/> Parabólica ou TV à cabo	_ _
<input type="checkbox"/> Ventilador	_ _	<input type="checkbox"/> Computador ligado à internet	_ _
<input type="checkbox"/> Toca disco/ CD player	_ _	<input type="checkbox"/> Telefone fixo	_ _
<input type="checkbox"/> Microondas	_ _	<input type="checkbox"/> Telefone celular	_ _
<input type="checkbox"/> <b>Maquina de lavar roupa</b>	_ _	<input type="checkbox"/> <b>Banheiros</b>	_ _
<input type="checkbox"/> Ar condicionado/ aquecedor de ar	_ _	<input type="checkbox"/> <b>Empr. Mensalista</b>	_ _
<input type="checkbox"/> <b>Automóvel exclusivamente passeio</b>	_ _		
<input type="checkbox"/> Batedeira e/ou liquidificador	_ _		
<input type="checkbox"/> Moto	_ _		

**Seção 02 – Características dos Moradores (Para todos os Moradores EXCETO CHEFE E CONJUGE)**

**PARA AUXILIAR NA COLUNA 2 → Quem é o chefe do domicílio (ANOTE)**

Nova ordem	NOME	1 SEXO		2 GRAU DE PARENTESCO C/ CHEFE LISTA A	3 DATA DE NASCIMENTO			4 IDADE PRESUMIDA Anos completos	5 SABER E ESCREVER 1-SIM 2-NÃO	6 FREQUENTA ESCOLA/ ESTABELECIMENTO DE ENSINO		7 JÁ FREQUENTOU ESCOLA/ ESTABELECIMENTO DE ENSINO		8 COM QTOS ANOS PAROU DE ESTUDAR	9 PARA QUEM FREQUENTA: que curso e série frequenta? PARA QUEM JÁ FREQUENTOU: curso mais elevado frequentou, c/ pelo menos 1 série concluída?			10 P/ QUEM JÁ FREQUENTOU: concluiu o curso? 1-SIM 2-NÃO	11 ESFERA DA ESCOLA 1 - Par 2 - Fed 3 - Est 4 - Mun 5 - Públ s/ esp. 7 - Outra	12 TURNO DA ESCOLA 1 - Manhã 2 - Tarde 3 - Noite 4 - Manhã e tarde 5 - Tarde e noite 6 - Outro	13 QTAS HORAS TRABALHA POR DIA 00 não trabalha	14 IDADE QUE COMEÇOU A TRABALHAR 00 não trabalha	15 TEMPO QUE DEMOROU P/ CONSEGUIR 1º EMPREGO 1 - (- de 3 meses) 2 - (+ de 3 a 6) 3 - (+ de 6) 4 - nunca procurou
		M	F		Dia	Mês	Ano			sim (vá p/ 9)	não (faça 7)	sim (8 em diante)	nunca (vá p/ 13)		Curso LISTA B	Série/ Ano LISTA B	P/ CURSO NÃO-SERIALADO Anos de estudo						
1		1	2							1	2	1	2										
2		1	2							1	2	1	2										
3		1	2							1	2	1	2										
4		1	2							1	2	1	2										
5		1	2							1	2	1	2										
6		1	2							1	2	1	2										
7		1	2							1	2	1	2										
8		1	2							1	2	1	2										
9		1	2							1	2	1	2										
10		1	2							1	2	1	2										

**PESSOA ENTREVISTADA:**

( ) Chefe ( ) Cônjuge

## CARACTERÍSTICAS E OPINIÕES DO CHEFE

### Seção 01 – Características do CHEFE: Características Gerais

#### Identificação

[ | | | ] [ 1 ][ 0 ][ 1 ]

NOME: \_\_\_\_\_

101. Sexo

1( ) Homem

2( ) Mulher

102. Data de Nascimento

|\_|\_| || |\_|\_| | **Dia**

|\_|\_| || |\_|\_| | **Mês**

|\_|\_| || |\_|\_| | **Ano**

103. Idade (**Anos Completos**)    |\_|\_| || |\_|\_| | **Anos**

104. Qual sua religião ou igreja? (**ESPONTÂNEA**)

01( ) Católica Apostólica Romana

12( ) Adventista

02( ) Batista

13( ) Testemunha de Jeová

03( ) Metodista

14( ) Judaica

04( ) Presbiteriana

15( ) Espírita/ Kardecista

05( ) Universal do Reino de Deus

16( ) Afro-Brasileiras (Umbanda, Candomblé, etc)

06( ) Assembléia de Deus

17( ) Orientais (Budismo, Islamismo, etc)

07( ) Deus é Amor

97( ) Outra (**especifique**)

08( ) Evangelho Quadrangular

|\_|\_| |\_|\_| | \_\_\_\_\_

09( ) Igreja Internacional da Graça

10( ) Renascer em Cristo

98( ) É religioso mas não segue nenhuma/ Agnóstico

11( ) Sara nossa terra

99( ) Ateu, não tem religião

VÁ P/ 108

###PARA QUEM TEM UMA RELIGIÃO (CÓDS. 01 A 97 NA P.104)###

105. Com que frequência você comparece às cerimônias de sua religião? (**ESPONTÂNEA**)

- |                                    |                    |
|------------------------------------|--------------------|
| 1( ) Ao menos 1 vez por semana     | 5( ) Não Frequenta |
| 2( ) Ao menos 1 vez a cada 15 dias | 8( ) Não Sabe      |
| 3( ) 1 vez por mês                 | 9( ) Não opinou    |
| 4( ) Menos de 1 vez por mês        |                    |

106. Além desta religião você frequenta algum outro culto, cerimônia religiosa ou igreja? (**CASO SIM**) Qual?  
(NÃO ACEITE O MESMO DA 104)

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 01( ) Católica Apostólica Romana    | 12( ) Adventista                                 |
| 02( ) Batista                       | 13( ) Testemunha de Jeová                        |
| 03( ) Metodista                     | 14( ) Judaica                                    |
| 04( ) Presbiteriana                 | 15( ) Espírita/ Kardecista                       |
| 05( ) Universal do Reino de Deus    | 16( ) Afro-Brasileiras (Umbanda, Candomblé, etc) |
| 06( ) Assembléia de Deus            | 17( ) Orientais (Budismo, Islamismo, etc)        |
| 07( ) Deus é Amor                   | 96( ) Outra ( <b>especifique</b> )               |
| 08( ) Evangelho Quadrangular        | _____  |
| 09( ) Igreja Internacional da Graça |  |
| 10( ) Renascer em Cristo            | 97( ) Não frequenta outra religião               |
| 11( ) Sara nossa terra              |  |

###PARA QUEM TEM OUTRO CULTO (CÓDS. 01 A 96 NA P.106)###

107. Com que frequência você frequenta esse culto, cerimônia religiosa? (**ESPONTÂNEA**)

- |                                    |                    |
|------------------------------------|--------------------|
| 1( ) Ao menos 1 vez por semana     | 5( ) Não Frequenta |
| 2( ) Ao menos 1 vez a cada 15 dias | 8( ) Não Sabe      |
| 3( ) 1 vez por mês                 | 9( ) Não opinou    |
| 4( ) Menos de 1 vez por mês        |                    |

**### PARA TODOS ###**

108. Qual a cor da sua pele sua? (**ESPONTÂNEA – REGISTRE A MANIFESTAÇÃO DO ENTREVISTADO**)

|\_|\_|\_|\_|

109. Considerando apenas os termos: branca, preta, parda, amarela e indígena, como o(a) sr(a) classificaria a sua cor ou raça ?

1( ) Branca

4( ) Amarela

2( ) Preta

5( ) Indígena

3( ) Parda

110. Há quanto tempo você mora aqui neste município?

|\_|\_|\_|\_| **Anos**      |\_|\_|\_|\_|\_| **Meses**

111. Você nasceu neste município?

1 ( ) Sim → **VÁ P/ P113**

2( ) Não → **PROSSIGA**

**###PARA QUEM NÃO NASCEU NESTE MUNICÍPIO###**

112. E o(a) sr(a) nasceu em outro município deste estado, ou em um município de outro estado?

1( ) Em outro município deste estado

2( ) Em município de outro estado. Qual estado? |\_|\_|\_|\_|\_|

3( ) Em outro país (**ESPONTÂNEO**)

**###PARA TODOS###**

113. E foi em área urbana ou rural?

1 ( ) Urbana

2( ) Rural

114. Até os seus 15 anos de idade morou em área: (**LEIA**)

1( ) Urbana

2( ) Rural



3( ) Urbana e Rural

115. Atualmente você: (LEIA OPÇÕES 1 A 5 – **UMA OPÇÃO**)

1( ) Está solteiro(a), **→ FAÇA 116**

4( ) Está separado(a), ou

2( ) Está casado(a),

5( ) É viúvo(a)?

3( ) Está morando junto com o(a) companheiro(a),

**### PARA QUEM ESTÁ SOLTEIRO (CÓD. 1 NA 115) ###**

116. Você já viveu em união?

1( ) Sim **→ FAÇA 117**

2( ) Não **→ PULE PARA 123**

**### PARA TODOS QUE VIVEM/ VIVERAM EM UNIÃO (2 A 5 NA 115 OU CÓD 1 NA 116) ###**

117. Qual a natureza da união? (**LEIA**)

1( ) Civil e religiosa,

3( ) Só religioso, ou

2( ) Só civil,

4( ) União consensual?

**### PARA QUEM ESTÁ UNIDO (CÓD. 2 OU 3 NA 115) ###**

118. Mês e ano de início dessa união **atual**:

|\_|\_|\_| Mês

|\_|\_|\_| Ano

9999( ) Não lembra

**### PARA QUEM ESTÁ UNIDO (CÓD. 2 OU 3 NA 115) ###**

119. Esta é/ foi a sua primeira união?

**SIM**, É/ foi a primeira união **→ 9999** ( )

**NÃO**, Já teve outra união **→ 9998** ( )

**### PARA QUEM TEVE OUTRA UNIÃO (CÓD. 9998 NA 119) ###**

**### PARA QUEM ESTÁ SEPARADO/ VIÚVO (CÓD. 4 OU 5 NA 115) ###**

120. Em que mês e ano iniciou sua **primeira** união?

Mês e ano de **início** da **primeira** união: |\_|\_|\_| mês |\_|\_|\_| ano

9999( ) Não lembra

121. Em que mês e ano terminou sua primeira união?

Mês e ano de término da primeira união: |\_\_|\_\_| mês |\_\_|\_\_| ano 9999( ) Não lembra  
**###PARA QUEM ESTÁ CASADO (CÓD. 2 NA 115) ###**

122. Vive em companhia do cônjuge?

1( ) Sim

2( ) Não

**### PARA TODOS ###**

123. Você sabe ler e escrever?

1( ) Sim

2( ) Não

124. Você frequenta ou já frequentou estabelecimento de ensino (escola)? **(ESPONTÂNEA)**

1 ( ) Sim, frequenta → **FAÇA 125A**

2 ( ) Sim, frequentou → **FAÇA 125B**

3( ) Não, nunca frequentou escola → **VÁ PARA 135**

**###PARA QUEM FREQUENTA (CÓD. 1 NA 124) ###**

125A. Qual curso e série você frequenta? **MOSTRAR CARTELA INSTRUÇÃO - LISTA B**

**###PARA QUEM FREQUENTOU (CÓD. 2 NA 124) ###**

125B. Qual é o curso **mais elevado** que frequentou no qual concluiu pelo menos uma série? Qual a série concluída? **MOSTRAR CARTELA INSTRUÇÃO - LISTA B** (ASSINALE CURSO E SÉRIE (QUE FREQUENTA OU CONCLUIU COM APROVAÇÃO) NO QUADRO)

LISTA B - CURSO/SÉRIE/ANO (QUE FREQUENTA OU CONCLUIU C/ APROVAÇÃO)	SÉRIE/ ANO
01( ) Classe de alfabetização	01( ) primeira(o)
02( ) Alfabetização de adultos	02( ) segunda(o)
03( ) <b>Fundamental</b> - primário incompleto/ 1º grau (1ª a 4ª série/ ano)	03( ) terceira(o)
04( ) <b>Fundamental</b> - primário completo/ 1º grau (1ª a 4ª série/ ano)	04( ) quarta(o)
05( ) <b>Fundamental</b> - ginásio incompleto/ 1º grau (5ª a 9ª série/ ano)	05( ) quinta(o)
06( ) <b>Fundamental</b> - ginásio completo/ 1º grau (5ª a 9ª série/ ano)	06( ) sexta(o)
07( ) <b>Supletivo</b> - (ensino fundamental ou 1º grau)	07( ) sétima(o)
08( ) <b>Médio</b> - colegial incompleto/ 2º grau incompleto	08( ) oitava(o)
09( ) <b>Médio</b> - colegial completo/ 2º grau completo	09( ) nona(o)
10( ) <b>Médio</b> - técnico incompleto	10( ) * <b>curso não-seriado</b>
11( ) <b>Médio</b> - técnico completo	
12( ) <b>Supletivo</b> - (ensino médio ou 2º grau)	
13( ) Pré-vestibular	
14( ) Superior incompleto	
15( ) Superior completo	
16( ) Tecnólogo incompleto (nível superior incompleto)	
17( ) Tecnólogo completo (nível superior completo)	
18( ) Pós graduação/ mestrado/ doutorado	
	(PARA CURSOS NÃO SERIADOS) * Quantos anos fez desse curso?   _ _ _ _

###PARA QUEM FREQUENTOU (CÓD. 2 NA 124) ###

126. E o curso/ série/ano foi concluído?

1( ) Sim

2( ) Não

Vamos pensar agora nessa série (DO CURSO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU).....

**ATENÇÃO ENTREVISTADOR → APLICAR P.127 ATÉ P.132→ PARA QUEM FREQUENTA OU FREQUENTOU (COD.1 OU 2 NA 124)**

127. Considerando essa série (que está cursando ou já concluída), o estabelecimento de ensino é/ era (**LEIA**):

1( ) Particular

4( ) Público Municipal

2( ) Público Federal

5( ) Público s/ especificar

3( ) Público Estadual

7( ) Outro (**ESPONTÂNEO**)

128. Qual o tempo de permanência diária nesse estabelecimento de ensino onde (está cursando ou cursou)?

|\_|\_|\_| horas    |\_|\_|\_| minutos

129. Qual o turno que frequenta(va) nesse estabelecimento onde (está cursando ou cursou)?

1( ) Manhã

4( ) Manhã e Tarde

2( ) Tarde

5( ) Tarde e Noite

3( ) Noite

7( ) Outro

130. Em comparação com seus colegas de classe, em termos de notas você está(va) nessa série: **(LEIA CÓDIGOS 1 A 5),**

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 1( ) Entre os melhores alunos   | 4( ) Um pouco abaixo da média dos alunos, ou |
| 2( ) Um pouco acima da média    | 5( ) Entre os piores alunos?                 |
| 3( ) Na média dos outros alunos | 9( ) Não sabe/Não se lembra                  |

131. Pense no ambiente da escola nessa série que você frequenta(va). Em que medida você concorda ou discorda com as seguintes afirmativas sobre o ambiente da escola?

→ **CONCORDA/DISCORDA “Totalmente ou em parte?”**

**1 - CONCORDA TOTALMENTE**

**3 – DISCORDA EM PARTE**

**2 – CONCORDA EM PARTE**

**4 - DISCORDA TOTALMENTE**

Os estudantes se relacionam(vam) bem com a maioria dos professores

Durante as aulas há(via muita bagunça/ pouca disciplina

A maioria dos professores está(va) interessada no futuro dos alunos

A escola é (era) suja/ mal conservada

Recebe(ia) ajuda dos professores quando precisa(va)

A maioria dos professores dá(va) boas aulas/ explica(va) bem a matéria

Os professores faltam (vam) muito às aulas

A escola é (era) muito chata/ fica(va) muitas vezes entendiado(a)

132. Você frequentou pré-escola/ jardim de Infância?

1 ( ) Sim

2 ( ) Não

**PARA QUEM CURSOU FUNDAMENTAL OU MÉDIO (CÓD. 01 A 12 NA 125<sup>A</sup>/B)**

133. Aproximadamente, com que frequência executava tarefas escolares em casa? **(exceto para pessoas com nível Superior ou mais) (ESPONTÂNEA)**

1( ) Diariamente

4( ) De vez em quando

2( ) 4 vezes por semana

5( ) Nunca

3( ) 2 a 3 vezes por semana

**###PARA QUEM FREQUENTOU (CÓD. 2 NA 124) ###**

134. Com que idade você parou de estudar, saiu da escola? (FAVOR INFORMAR, MESMO QUE POR ESTIMATIVA)

\_\_\_\_|\_\_\_\_|.Idade - ENTREVISTADOR: Se a idade informada for estimativa, registre 1 aqui, caso contrário registre 0 |\_\_\_\_|

### PARA TODOS ###

135. Você já fez, ou está fazendo algum curso (ou aula particular) fora da escola? (**CASO SIM**) Quais?  
(ESPONTÂNEA – VÁRIAS OPÇÕES)

- 01( ) Língua estrangeira  
 02( ) Computação  
 03( ) Música, teatro, artes plásticas, dança  
 04( ) Aula particular ou explicador (exceto de língua estrangeira) para reforço escolar  
 05( ) Curso técnico/ Profissionalizante  
 06( ) Esporte  
 97( ) \_\_\_\_\_  
 97( ) \_\_\_\_\_  
 99( ) Não fez/ nem está fazendo curso

\*\*\* CARTELA 1 \*\*\*

136. Agora vamos falar um pouco da sua vida hoje. Pensando numa escala de 1 a 10, onde 1 representa “*levo hoje a pior vida possível*” e 10 representa “*levo hoje a melhor vida possível*”, que nota você daria para a sua vida hoje em dia?

“levo hoje a pior vida possível”

“levo hoje a melhor vida possível”

01( )	02( )	03( )	04( )	05( )	06( )	07( )	08( )	09( )	10( )
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

137. Agora, levando em conta os diversos aspectos da sua vida, você diria que está: (**LEIA CÓD. 1 A 7**)

- 1( ) Extremamente feliz      5( ) Um pouco infeliz      8( ) Não sabe  
 2( ) Muito feliz      6( ) Muito infeliz      9( ) Não opinou  
 3( ) Um pouco feliz      7( ) Extremamente infeliz  
 4( ) Nem feliz nem infeliz

## Seção 02 – Características do Chefe: Informações sobre os Pais, Irmãos e Amigos

**Identificação**

[ | | | ] [1][0|2]

201. Até você completar 15 anos com quem viveu a maior parte do tempo? (LEIA DE 01 A 08 – CASO TENHA VIVIDO COM MAIS DE UM, CONSIDERE AQUELE COM QUEM VIVEU MAIS PERTO DOS 15 ANOS)

- |                          |                                       |
|--------------------------|---------------------------------------|
| 01( ) Pai e mãe          | 06( ) Outro homem e outra mulher      |
| 02( ) Pai apenas         | 07( ) Outra mulher apenas             |
| 03( ) Mãe apenas         | 08( ) Outro homem apenas              |
| 04( ) Mãe e outro homem  | 09( ) Pai e outro homem               |
| 05( ) Pai e outra mulher | 10( ) Mãe e outra mulher              |
|                          | 99( ) Criado em abrigo/ orfanato(esp) |

202. Seu pai (biológico) está vivo?

- |                            |                                   |
|----------------------------|-----------------------------------|
| 1( ) Sim                   | 3( ) Não conheceu o pai biológico |
| 2( ) Não → FAÇA 203 E 203A | 8( ) Não sabe se está vivo ou não |
|                            | 9( ) Não opinou                   |

#### PARA QUEM NÃO TEM O PAI VIVO (CÓD.2 NA P.202) ###

203. Com que idade ele faleceu?

|\_|\_|\_|.Idade    998 – NS    999 - NOP

#### PARA QUEM NÃO TEM O PAI VIVO (CÓD.2 NA P.202) ###

203A. Qual a principal causa de sua morte?

- |                            |                    |
|----------------------------|--------------------|
| 1( ) Doença do coração     | 4( ) Outras causas |
| 2( ) Câncer                | 8( ) Não sabe      |
| 3( ) Acidente ou violência | 9( ) Não opinou    |

**ATENÇÃO ENTREVISTADOR:**

**FAÇA 204 A 213 SOMENTE PARA QUEM VIVEU COM PAI OU RESPONSÁVEL DO SEXO MASCULINO (CÓDS. 01, 02, 04, 05, 06, 08 OU 09 NA P201) ###**

**PULE PARA 214 DEMAIS CASOS (VIVEU SÓ COM FIGURA FEMININA OU EM ABRIGO (CÓDS. 03, 07, 10 OU 99 NA P201))**

204. Seu pai, ou outro homem responsável com quem você viveu a maior parte do tempo até completar 15 anos, sabe(ia) ler e escrever?

1( ) Sim

2( ) Não

205. Seu pai, ou outro homem responsável com quem você viveu a maior parte do tempo até completar 15 anos, freqüenta(ou) escola?

1( ) Sim, freqüenta → **FAÇA 206A**2( ) Sim, freqüentou → **FAÇA 206B**

3( ) Nunca freqüentou escola

8( ) Não sabe

<b>VÁ PARA 207</b>
--------------------

###PARA QUEM O PAI FREQUENTA ESCOLA (CÓD. 1 NA 205) ###

206A. Qual curso e série ele freqüenta? **MOSTRAR CARTELA INSTRUÇÃO - LISTA B**

###PARA QUEM O PAI FREQUENTOU ESCOLA (CÓD. 2 NA 205) ###

206B. Qual é o curso **mais elevado** ele freqüentou no qual concluiu pelo menos uma série? Qual a série concluída? **MOSTRAR CARTELA INSTRUÇÃO - LISTA B** (ASSINALE CURSO E SÉRIE (QUE FREQUENTA OU CONCLUIU COM APROVAÇÃO) NO QUADRO) NO QUADRO)

**ENTREVISTADOR:** Se a série informada for estimativa, registre 1 aqui, caso contrário registre 0 |\_\_\_\_|

LISTA B - CURSO/SÉRIE/ANO (QUE FREQUENTA OU CONCLUIU C/ APROVAÇÃO)	SÉRIE/ ANO
01( ) Classe de alfabetização	01( ) primeira(o)
02( ) Alfabetização de adultos	02( ) segunda(o)
03( ) <b>Fundamental</b> - primário incompleto/ 1º grau (1ª a 4ª série/ ano)	03( ) terceira(o)
04( ) <b>Fundamental</b> - primário completo/ 1º grau (1ª a 4ª série/ ano)	04( ) quarta(o)
05( ) <b>Fundamental</b> - ginásio incompleto/ 1º grau (5ª a 9ª série/ ano)	05( ) quinta(o)
06( ) <b>Fundamental</b> - ginásio completo/ 1º grau (5ª a 9ª série/ ano)	06( ) sexta(o)
07( ) <b>Supletivo</b> - (ensino fundamental ou 1º grau)	07( ) sétima(o)
08( ) <b>Médio</b> - colegial incompleto/ 2º grau incompleto	08( ) oitava(o)
09( ) <b>Médio</b> - colegial completo/ 2º grau completo	09( ) nona(o)
10( ) <b>Médio</b> - técnico incompleto	10( )* <b>curso não-seriado</b>
11( ) <b>Médio</b> - técnico completo	
12( ) <b>Supletivo</b> - (ensino médio ou 2º grau)	
13( ) Pré-vestibular	
14( ) Superior incompleto	
15( ) Superior completo	
16( ) Tecnólogo incompleto (nível superior incompleto)	
17( ) Tecnólogo completo (nível superior completo)	
18( ) Pós graduação/ mestrado/ doutorado	
	(PARA CURSOS NÃO SERIADOS) * Quantos anos fez desse curso?   ____

###PARA QUEM O PAI FREQUENTOU ESCOLA (CÓD. 2 NA 205) ###

206C. E o curso/ série/ano foi concluído?

1( ) Sim

2( ) Não

**PARA QUEM VIVEU COM PAI OU RESPONSÁVEL DO SEXO MASCULINO (CÓDS. 01, 02, 04, 05, 06, 08 OU 09 NA P201)**

207. Quando você tinha em torno de 15 anos, ou estava crescendo, seu pai (ou outro homem responsável) trabalhava?

1( ) Sim → **FAÇA 208 EM DIANTE**

2( ) Não

8( ) Não sabe

9( ) Não opinou

} **PULE P/ 214**

**### PARA QUEM O PAI TRABALHAVA (CÓD. 1 NA 207) ###**

**\*\*\* CARTELA 2 \*\*\***

208. Aqui está uma lista de tipos de trabalho. Em qual desses tipos o seu pai (ou responsável) trabalhava quando você tinha em torno de 15 anos, ou estava crescendo?

**1 - Trabalha em situação formal**

1.01( ) Funcionário público – Nível alto/gerencial

1.02( ) Funcionário público – Nível técnico

1.03( ) Funcionário público – Nível produção

1.04( ) Empregado setor privado – Nível alto/gerencial

1.05( ) Empregado setor privado – Nível técnico

1.06( ) Empregado setor privado – Nível operação/ produção

1.07( ) Setor privado - Estagiário/Trainee

1.08( ) Profissional liberal (Advogado, médico, arquiteto, engenheiro, contador, dentista)

1.09( ) Autônomo/ Conta própria (representante comercial – vendedor - contador)

1.10( ) Micro ou Pequeno Empresário / Comerciante/ Empregador

1.11( ) Proprietário/Produtor Rural/ Criador/ Empregador

1.12( ) Grandes Proprietários rurais ou industriais/ Empregador

1.16( ) Serviço doméstico com carteira assinada

2( ) Conta própria em casa sem carteira (confeção, produção de alimentos, manicure, etc.)3( ) Conta própria fora de casa sem carteira (camelô, ambulante, biscate, bico, bóia fria, etc.)

4( ) Serviço doméstico sem carteira assinada

5( ) Trabalhador não remunerado (trabalha(va) c/ família, por casa, por comida)

**Entrevistador:** Se a ocupação informada for estimativa, registre 1 aqui, caso contrário registre 0 |\_\_\_\_\_|

**### PARA QUEM O PAI TRABALHAVA (CÓD. 1 NA 207) ###**





213. Incluindo ele, aproximadamente quantas pessoas trabalhavam na empresa em que trabalhava? (**incluir todas as pessoas trabalhando para essa empresa em todos os lugares do Brasil**)

- |                       |                            |                |
|-----------------------|----------------------------|----------------|
| 01( ) 1 pessoa        | 05( ) 50 a 199 pessoas     | 88( ) Não sabe |
| 02( ) 2 a 4 pessoas   | 06( ) 200 a 999 pessoas    |                |
| 03( ) 5 a 9 pessoas   | 07( ) 1000 ou mais pessoas |                |
| 04( ) 10 a 49 pessoas |                            |                |

**### PARA TODOS ###**

214. Agora vou fazer algumas perguntas sobre sua mãe. Sua mãe (biológica) está viva?

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1( ) Sim                         | 3( ) Não conheceu a mãe biológica |
| 2( ) Não → <b>FAÇA 215 E 216</b> | 8( ) Não sabe se está viva ou não |
|                                  | 9( ) Não opinou                   |

**### PARA QUEM NÃO TEM A MÃE VIVA (CÓD. 2 NA 214) ###**

215. Com que idade ela faleceu?

|\_|\_|\_|\_|.Idade      998 – NS      999 - NOP

**### PARA QUEM NÃO TEM A MÃE VIVA (CÓD. 2 NA 214) ###**

216. Qual a principal causa de sua morte?

- |                            |                    |
|----------------------------|--------------------|
| 1( ) Doença do coração     | 4( ) Outras causas |
| 2( ) Câncer                | 8( ) Não sabe      |
| 3( ) Acidente ou violência | 9( ) Não opinou    |

**ATENÇÃO ENTREVISTADOR:**

**FAÇA 217 A 226 SOMENTE PARA QUEM VIVEU COM MÃE OU RESPONSÁVEL DO SEXO FEMININO (CÓDS. 01, 03, 04, 05, 06, 07 OU 10 NA P201)**

**PULE PARA 227 DEMAIS CASOS (VIVEU SÓ COM FIGURA MASCULINA OU EM ABRIGO (CÓDS. 02, 08, 09 OU 99 NA P201))**

217. Sua mãe, ou outra mulher responsável com quem você viveu a maior parte do tempo até completar 15 anos, sabe(ia) ler e escrever?

- |          |          |
|----------|----------|
| 1( ) Sim | 2( ) Não |
|----------|----------|

218. Sua mãe, ou outra mulher responsável com quem você viveu a maior parte do tempo até completar 15 anos, frequenta(ou) escola?

- 1( ) Sim, frequenta → **FAÇA 219A**  
 2( ) Sim, frequentou → **FAÇA 219B**  
 3( ) Nunca frequentou escola }  
 8( ) Não sabe }

**VÁ PARA 220**

###PARA QUEM A MÃE FREQUENTA ESCOLA (CÓD. 1 NA 218) ###

219A. Qual curso e série ela frequenta? **MOSTRAR CARTELA INSTRUÇÃO - LISTA B**

###PARA QUEM A MÃE FREQUENTOU ESCOLA (CÓD. 2 NA 218) ###

219B. Qual é o curso **mais elevado** ela frequentou no qual concluiu pelo menos uma série? Qual a série concluída? **MOSTRAR CARTELA INSTRUÇÃO - LISTA B** (ASSINALE CURSO E SÉRIE (QUE FREQUENTA OU CONCLUIU COM APROVAÇÃO) NO QUADRO)

**ENTREVISTADOR:** Se a série informada for estimativa, registre 1 aqui, caso contrário registre 0 |\_\_\_\_|

LISTA B - CURSO/SÉRIE/ANO (QUE FREQUENTA OU CONCLUIU C/ APROVAÇÃO)	SÉRIE/ ANO
01( ) Classe de alfabetização	01( ) primeira(o)
02( ) Alfabetização de adultos	02( ) segunda(o)
03( ) <b>Fundamental</b> - primário incompleto/ 1º grau (1ª a 4ª série/ ano)	03( ) terceira(o)
04( ) <b>Fundamental</b> - primário completo/ 1º grau (1ª a 4ª série/ ano)	04( ) quarta(o)
05( ) <b>Fundamental</b> - ginásio incompleto/ 1º grau (5ª a 9ª série/ ano)	05( ) quinta(o)
06( ) <b>Fundamental</b> - ginásio completo/ 1º grau (5ª a 9ª série/ ano)	06( ) sexta(o)
07( ) <b>Supletivo</b> - (ensino fundamental ou 1º grau)	07( ) sétima(o)
08( ) <b>Médio</b> - colegial incompleto/ 2º grau incompleto	08( ) oitava(o)
09( ) <b>Médio</b> - colegial completo/ 2º grau completo	09( ) nona(o)
10( ) <b>Médio</b> - técnico incompleto	10( ) * <b>curso não-seriado</b>
11( ) <b>Médio</b> - técnico completo	
12( ) <b>Supletivo</b> - (ensino médio ou 2º grau)	
13( ) Pré-vestibular	
14( ) Superior incompleto	
15( ) Superior completo	
16( ) Tecnólogo incompleto (nível superior incompleto)	
17( ) Tecnólogo completo (nível superior completo)	
18( ) Pós graduação/ mestrado/ doutorado	
	(PARA CURSOS NÃO SERIADOS) * Quantos anos fez desse curso?   ____

###PARA QUEM A MÃE FREQUENTOU ESCOLA (CÓD. 2 NA 218) ###

219C. E o curso/ ano/série foi concluído?

- 1( ) Sim  
 2( ) Não

**### PARA QUEM VIVEU COM MÃE OU RESPONSÁVEL DO SEXO FEMININO (CÓDS. 1, 3, 4, 5, 6 OU 7 NA P201) ###**

220. Quando você tinha em torno de 15 anos, ou estava crescendo, sua mãe (ou outra mulher responsável) trabalhava?

1( ) Sim → **FAÇA 221 EM DIANTE**

2( ) Não

8( ) Não sabe

9( ) Não opinou

} **PULE P/ 227**

**### PARA QUEM A MÃE TRABALHAVA (CÓD. 1 NA 220) ###**

221. Qual a ocupação de sua mãe (outra mulher) quando você tinha em torno de 15 anos, ou estava crescendo?  
(FAVOR INFORMAR, MESMO QUE POR ESTIMATIVA)

\_\_\_\_\_

**ENTREVISTADOR:** Se o nome informado for estimativa, registre 1 aqui, caso contrário registre 0 \_\_\_\_\_

**### PARA QUEM A MÃE TRABALHAVA (CÓD. 1 NA 220) ###**

222. Nesta ocupação ela era: (FAVOR INFORMAR, MESMO QUE POR ESTIMATIVA)

1( ) Empregada no setor público

3( ) Conta Própria

5( ) Não remunerada

2( ) Empregada no setor privado

4( ) Empregadora

8( ) Não sabe

**### PARA QUEM A MÃE TRABALHAVA (CÓD. 1 NA 220) ###**

223. Sua mãe (ou responsável mulher) supervisionava alguém nesta ocupação?

1( ) Sim → **FAÇA 224 EM DIANTE**

2( ) Não

8( ) Não sabe

9( ) Não opinou

} **PULE P/ 225**

**P/ QUEM A MÃE (OU RESPONSÁVEL FEMININO) SUPERVISIONAVA (CÓD. 1 NA 223)**

224. Aproximadamente quantas pessoas ele supervisionava?

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|pessoas

**998 – NS**

**999 - NOP**

**### PARA QUEM A MÃE TRABALHAVA (CÓD. 1 NA 220) ###**

225. Ela tinha alguém que o(a) supervisionava?

1( ) Sim

8( ) Não sabe

2( ) Não

9( ) Não opinou

**APENAS PARA EMPREGADAS NO SETOR PRIVADO E EMPREGADORAS (222 CÓD. 2, 4 OU 5)**

226. Incluindo ela, aproximadamente quantas pessoas trabalhavam na empresa em que trabalhava? **(incluir todas as pessoas trabalhando para essa empresa em todos os lugares do Brasil)**

01( ) 1 pessoa

05( ) 50 a 199 pessoas

88( ) Não sabe

02( ) 2 a 4 pessoas

06( ) 200 a 999 pessoas

03( ) 5 a 9 pessoas

07( ) 1000 ou mais pessoas

04( ) 10 a 49 pessoas

**ATENÇÃO ENTREVISTADOR:**

**FAÇA 227 EM DIANTE PARA TODOS QUE VIVERAM COM ALGUÉM ATÉ COMPLETAR 15 ANOS (CÓD. 01 A 10 NA 201)  
PULE PARA CHAMADA ANTES DA 231 PARA QUEM FOI CRIADO EM ABRIGO/ORFANATO (CÓD. 99 NA 201)**

227. Quando você tinha em torno de 15 anos, ou estava crescendo, seus pais (ou responsáveis, pessoas com quem vivia) eram donos da casa em que vocês viviam?

1( ) Sim

2( ) Não

8( ) Não sabe

228. Quando você tinha em torno de 15 anos, ou estava crescendo, seus pais (ou responsáveis, pessoas com quem vivia) possuíam algum destes bens? **ENTREVISTADOR:** Caso o entrevistado não saiba, peça uma estimativa: se a resposta for: estimo que sim marque 3 e se for: estimo que não marque 4

**1 – Sim****3 – Estima que sim****2 – Não****4 – Estima que não**

|\_\_\_| Uma empresa ou negócio (dono ou sócio)

|\_\_\_| Ações, aplicações financeiras

|\_\_\_| Alguma propriedade que alugavam

|\_\_\_| Caderneta de Poupança

|\_\_\_| Uma segunda casa, casa de campo ou de veraneio

|\_\_\_| Conta corrente em Banco

|\_\_\_| Um terreno, sítio ou fazenda

|\_\_\_| Automóvel de trabalho (táxi, van, caminhão)

|\_\_\_| Animais de criação

|\_\_\_| Automóvel de passeio

(não incluir animais domésticos: cães, gatos, etc.)

229. Quando você tinha em torno de 15 anos, ou estava crescendo, a casa em que você vivia tinha alguma das características ou bens abaixo? **ENTREVISTADOR:** Caso o entrevistado não saiba, peça uma estimativa: se a resposta for: estimo que sim marque 3 e se for: estimo que não marque 4

**1 – Sim****2 – Não**

- Fogão a gás
- Televisão
- Rádio
- Geladeira
- Ventilador
- Toca disco/ CD player
- Microondas
- Batedeira/ liquidificador
- Moto

**3 – Estima que sim****4 – Estima que não**

- Ar condicionado / aquecedor de ar
- Máquina de lavar roupa
- Microcomputador
- DVD/ vídeo cassete
- Freezer (isolado ou não)
- Parabólica ou TV à cabo
- Computador ligado à internet
- Telefone fixo
- Telefone celular

230. Pelo que você se lembra de quando tinha 15 anos, qual a frase que melhor descreveria as condições de vida de sua família naquela época: (LEIA DE 1 A 4 – UMA OPÇÃO)

- |  |                             |
|--|-----------------------------|
| 1( ) Vivíamos com muita folga,                         | 5( ) Nenhuma das anteriores |
| 2( ) Tínhamos uma situação econômica tranqüila,        | 6( ) Não me lembro          |
| 3( ) Dinheiro era justo, uma fonte de preocupações, ou | 9( ) Não Opinou             |
| 4( ) A situação era muito difícil?                     |                             |

**Agora vou fazer algumas perguntas sobre TODOS OS SEUS IRMÃOS E IRMÃS, por favor, considere todos, inclusive os que nasceram vivos mas já morreram, os meio irmãos e irmãs, assim como os adotados.**

**CASO GÊMEOS(AS):** considerar o mais velho/ nasceu primeiro

231. Quantas irmãs mulheres você tem? (Por favor, considere todas, inclusive as que nasceram vivas mas já morreram, as meio irmã, assim como as adotadas)

|\_\_\_| |\_\_\_|.irmãs mulheres      00 – NENHUMA → VÁ P/ P238 (IRMÃO HOMEM)

232. Quantas destas irmãs mulheres eram (são) mais velhas do que você (nasceram antes de você)?

|\_\_\_| |\_\_\_|.irmãs mais velhas      00 – NENHUMA → FAÇA 233 E VÁ P/ P236 (CAÇULA)

233. Alguma de suas irmãs viveu até completar 25 anos? (**não conte você nem irmãs com menos de 25 anos**)

- |          |  |
|----------|--|
| 1( ) Sim | 7( ) Não se aplica/ com menos de 25 anos |
| 2( ) Não | 8( ) Não sabe                            |
|          | 9( ) Não opinou                          |

234. Sua irmã mulher mais velha (*a mais velha de todas*) sabe(ia) ler e escrever?

- |          |          |               |
|----------|----------|---------------|
| 1( ) Sim | 2( ) Não | 8( ) Não sabe |
|----------|----------|---------------|

235. Sua irmã mulher mais velha (*a mais velha de todas*) frequenta(ou) escola?

1 ( ) Sim, freqüenta → FAÇA 235A

3 ( ) Nunca freqüentou escola

2 ( ) Sim, freqüentou → FAÇA 235B

8 ( ) Não sabe

PULE P/ 236

## ###PARA QUEM A IRMÃ MAIS VELHA FREQUENTA ESCOLA (CÓD. 1 NA 235) ###

235A. Qual curso e série ela freqüenta? **MOSTRAR CARTELA INSTRUÇÃO - LISTA B**

## ###PARA QUEM A IRMÃ MAIS VELHA FREQUENTOU ESCOLA (CÓD. 2 NA 235) ###

235B. Qual é o curso **mais elevado** ela freqüentou no qual concluiu pelo menos uma série? Qual a série concluída? **MOSTRAR CARTELA INSTRUÇÃO - LISTA B (ASSINALE CURSO E SÉRIE (QUE FREQUENTA OU CONCLUIU COM APROVAÇÃO) NO QUADRO)****ENTREVISTADOR:** Se a série informada for estimativa, registre 1 aqui, caso contrário registre 0 | \_\_\_\_\_ |

LISTA B - CURSO/SÉRIE/ANO (QUE FREQUENTA OU CONCLUIU C/ APROVAÇÃO)	SÉRIE/ ANO
01( ) Classe de alfabetização	01( ) primeira(o)
02( ) Alfabetização de adultos	02( ) segunda(o)
03( ) <b>Fundamental</b> - primário incompleto/ 1º grau (1ª a 4ª série/ ano)	03( ) terceira(o)
04( ) <b>Fundamental</b> - primário completo/ 1º grau (1ª a 4ª série/ ano)	04( ) quarta(o)
05( ) <b>Fundamental</b> - ginásio incompleto/ 1º grau (5ª a 9ª série/ ano)	05( ) quinta(o)
06( ) <b>Fundamental</b> - ginásio completo/ 1º grau (5ª a 9ª série/ ano)	06( ) sexta(o)
07( ) <b>Supletivo</b> - (ensino fundamental ou 1º grau)	07( ) sétima(o)
08( ) <b>Médio</b> - colegial incompleto/ 2º grau incompleto	08( ) oitava(o)
09( ) <b>Médio</b> - colegial completo/ 2º grau completo	09( ) nona(o)
10( ) <b>Médio</b> - técnico incompleto	10( ) * curso não-seriado
11( ) <b>Médio</b> - técnico completo	
12( ) <b>Supletivo</b> - (ensino médio ou 2º grau)	
13( ) Pré-vestibular	
14( ) Superior incompleto	
15( ) Superior completo	
16( ) Tecnólogo incompleto (nível superior incompleto)	
17( ) Tecnólogo completo (nível superior completo)	
18( ) Pós graduação/ mestrado/ doutorado	
98( ) Não sabe	

(PARA CURSOS NÃO SERIADOS)  
\* Quantos anos fez desse curso? \_\_\_\_\_

## ###PARA QUEM A IRMÃ MAIS VELHA FREQUENTOU ESCOLA (CÓD. 2 NA 235) ###

235C. E o curso foi concluído?

1( ) Sim

2( ) Não

## ### PARA TODOS ###

236. Sua irmã mulher mais nova (*a caçula*) sabe(ia) ler e escrever?

1( ) Sim

8( ) Não sabe

2( ) Não

9( ) Não tem irmã caçula → PULE P/ 238



### PARA QUEM TEM IRMÃ MAIS NOVA (A CAÇULA) (CÓD. 1,2 OU 8 NA 236) ###

237. Sua irmã mulher mais nova (*a caçula*) freqüenta(ou) escola?

1 ( ) Sim, freqüenta → FAÇA 237A

3 ( ) Nunca freqüentou escola

2 ( ) Sim, freqüentou → FAÇA 237B

8 ( ) Não sabe

PULE P/ 238

###P/ QUEM A IRMÃ MAIS NOVA (A CAÇULA) FREQÜENTA ESCOLA (CÓD. 1 NA 237) ###

237A. Qual curso e série ela freqüenta? **MOSTRAR CARTELA INSTRUÇÃO - LISTA B**

###P/ QUEM A IRMÃ MAIS NOVA (A CAÇULA) FREQÜENTOU ESCOLA (CÓD. 2 NA 237) ###

237B. Qual é o curso **mais elevado** ela freqüentou no qual concluiu pelo menos uma série? Qual a série concluída? **MOSTRAR CARTELA INSTRUÇÃO - LISTA B** (ASSINALE CURSO E SÉRIE (QUE FREQÜENTA OU CONCLUIU COM APROVAÇÃO) NO QUADRO)

**ENTREVISTADOR:** Se a série informada for estimativa, registre 1 aqui, caso contrário registre 0 | \_\_\_\_\_ |

LISTA B - CURSO/SÉRIE/ANO (QUE FREQÜENTA OU CONCLUIU C/ APROVAÇÃO)	SÉRIE/ ANO
01( ) Classe de alfabetização	01( ) primeira(o)
02( ) Alfabetização de adultos	02( ) segunda(o)
03( ) <b>Fundamental</b> - primário incompleto/ 1º grau (1ª a 4ª série/ ano)	03( ) terceira(o)
04( ) <b>Fundamental</b> - primário completo/ 1º grau (1ª a 4ª série/ ano)	04( ) quarta(o)
05( ) <b>Fundamental</b> - ginásio incompleto/ 1º grau (5ª a 9ª série/ ano)	05( ) quinta(o)
06( ) <b>Fundamental</b> - ginásio completo/ 1º grau (5ª a 9ª série/ ano)	06( ) sexta(o)
07( ) <b>Supletivo</b> - (ensino fundamental ou 1º grau)	07( ) sétima(o)
08( ) <b>Médio</b> - colegial incompleto/ 2º grau incompleto	08( ) oitava(o)
09( ) <b>Médio</b> - colegial completo/ 2º grau completo	09( ) nona(o)
10( ) <b>Médio</b> - técnico incompleto	10( ) * curso não-seriado
11( ) <b>Médio</b> - técnico completo	
12( ) <b>Supletivo</b> - (ensino médio ou 2º grau)	
13( ) Pré-vestibular	
14( ) Superior incompleto	
15( ) Superior completo	
16( ) Tecnólogo incompleto (nível superior incompleto)	
17( ) Tecnólogo completo (nível superior completo)	
18( ) Pós graduação/ mestrado/ doutorado	
98( ) Não sabe	

(PARA CURSOS NÃO SERIADOS)  
\* Quantos anos fez desse curso?  
\_\_\_\_\_

###P/ QUEM A IRMÃ MAIS NOVA (A CAÇULA) FREQÜENTOU ESCOLA (CÓD. 2 NA 237) ###

237C. E o curso/ano/série foi concluído?

1 ( ) Sim

2 ( ) Não

8 ( ) Não sabe

### PARA TODOS ###

238. Quantos irmãos homens você tem? (**Por favor, considere todos, inclusive os que nasceram vivos mas já morreram, os meio irmãos e irmãs, assim como os adotados**)

|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|.irmãos homens

00 – NENHUM → VÁ P/ P245 (AMIGO)

239. Quantos destes irmãos homens eram mais velhos do que você (**nasceram antes de você**)?

|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|.irmãos mais velhos

00 – NENHUM → FAÇA 240 E VÁ P/ P243

240. Algum de seus irmãos homens viveu até completar 25 anos? (**não conte você, nem irmãos homens com menos de 25 anos**)

1( ) Sim

7( ) Não sabe

2( ) Não

9( ) Não opinou

241. Seu irmão homem mais velho (**o mais velho de todos**) sabe(ia) ler e escrever?

1( ) Sim

2( ) Não

8( ) Não sabe

242. Seu irmão homem mais velho (**o mais velho de todos**) freqüenta(ou) escola?

1( ) Sim, freqüenta → FAÇA 242A

3( ) Nunca freqüentou escola

2( ) Sim, freqüentou → FAÇA 242B

8( ) Não sabe

} PULE P/ 243

###PARA QUEM O IRMÃO MAIS VELHO FREQUENTA ESCOLA (CÓD. 1 NA 242) ###

242A. Qual curso e série ele freqüenta? **MOSTRAR CARTELA INSTRUÇÃO - LISTA B**

###PARA QUEM O IRMÃO MAIS VELHO FREQUENTOU ESCOLA (CÓD. 2 NA 242) ###

242B. Qual é o curso **mais elevado** ele freqüentou no qual concluiu pelo menos uma série? Qual a série concluída? **MOSTRAR CARTELA INSTRUÇÃO - LISTA B** (ASSINALE CURSO E SÉRIE (QUE FREQUENTA OU CONCLUIU COM APROVAÇÃO) NO QUADRO)

**ENTREVISTADOR:** Se a série informada for estimativa, registre 1 aqui, caso contrário registre 0 |\_\_\_\_|

LISTA B - CURSO/SÉRIE/ANO (QUE FREQUÊNTA OU CONCLUIU C/ APROVAÇÃO)	SÉRIE/ ANO
01( ) Classe de alfabetização	01( ) primeira(o)
02( ) Alfabetização de adultos	02( ) segunda(o)
03( ) <b>Fundamental</b> - primário incompleto/ 1º grau (1ª a 4ª série/ ano)	03( ) terceira(o)
04( ) <b>Fundamental</b> - primário completo/ 1º grau (1ª a 4ª série/ ano)	04( ) quarta(o)
05( ) <b>Fundamental</b> - ginásio incompleto/ 1º grau (5ª a 9ª série/ ano)	05( ) quinta(o)
06( ) <b>Fundamental</b> - ginásio completo/ 1º grau (5ª a 9ª série/ ano)	06( ) sexta(o)
07( ) <b>Supletivo</b> - (ensino fundamental ou 1º grau)	07( ) sétima(o)
08( ) <b>Médio</b> - colegial incompleto/ 2º grau incompleto	08( ) oitava(o)
09( ) <b>Médio</b> - colegial completo/ 2º grau completo	09( ) nona(o)
10( ) <b>Médio</b> - técnico incompleto	10( )* <b>curso não-seriado</b>
11( ) <b>Médio</b> - técnico completo	
12( ) <b>Supletivo</b> - (ensino médio ou 2º grau)	
13( ) Pré-vestibular	
14( ) Superior incompleto	
15( ) Superior completo	
16( ) Tecnólogo incompleto (nível superior incompleto)	
17( ) Tecnólogo completo (nível superior completo)	
18( ) Pós graduação/ mestrado/ doutorado	
98( ) Não sabe	

(PARA CURSOS NÃO SERIADOS)  
\* Quantos anos fez desse curso?

###PARA QUEM O IRMÃO MAIS VELHO FREQUÊNTOU ESCOLA (CÓD. 2 NA 242) ###

242C. E o curso/ ano/série foi concluído?

1( ) Sim

2( ) Não

8( ) Não sabe

### PARA TODOS ###

243. Seu irmão homem mais novo (o caçula) sabe(ia) ler e escrever?

1( ) Sim

8( ) Não sabe

2( ) Não

9( ) Não tem irmão caçula → PULE P/ 245

### PARA QUEM TEM IRMÃO MAIS NOVO (O CAÇULA) (CÓD. 1,2 OU 8 NA 243) ###

244 Seu irmão homem mais novo (o caçula) frequênta(ou) escola?

1( ) Sim, frequênta → FAÇA 244A

3( ) Nunca frequêntou escola

2( ) Sim, frequêntou → FAÇA 244B

8( ) Não sabe

} PULE P/ 245

###P/ QUEM IRMÃO MAIS NOVO (O CAÇULA) FREQUËNTA ESCOLA (CÓD. 1 NA 244) ###

244A. Qual curso e série ele frequênta? **MOSTRAR CARTELA INSTRUÇÃO - LISTA B**

###P/ QUEM IRMÃO MAIS NOVO (O CAÇULA) FREQUËNTOU ESCOLA (CÓD. 2 NA 244) ###

244B. Qual é o curso **mais elevado** ele frequêntou no qual concluiu pelo menos uma série? Qual a série concluída? **MOSTRAR CARTELA INSTRUÇÃO - LISTA B** (ASSINALE CURSO E SÉRIE (QUE FREQUËNTA OU CONCLUIU COM APROVAÇÃO) NO QUADRO)

**ENTREVISTADOR:** Se a série informada for estimativa, registre 1 aqui, caso contrário registre 0 | \_\_\_\_\_|

LISTA B - CURSO/SÉRIE/ANO (QUE FREQUËNTA OU CONCLUIU C/ APROVAÇÃO)	SÉRIE/ ANO
01( ) Classe de alfabetização	01( ) primeira(o)
02( ) Alfabetização de adultos	02( ) segunda(o)
03( ) <b>Fundamental</b> - primário incompleto/ 1º grau (1ª a 4ª série/ ano)	03( ) terceira(o)
04( ) <b>Fundamental</b> - primário completo/ 1º grau (1ª a 4ª série/ ano)	04( ) quarta(o)
05( ) <b>Fundamental</b> - ginásio incompleto/ 1º grau (5ª a 9ª série/ ano)	05( ) quinta(o)
06( ) <b>Fundamental</b> - ginásio completo/ 1º grau (5ª a 9ª série/ ano)	06( ) sexta(o)
07( ) <b>Supletivo</b> - (ensino fundamental ou 1º grau)	07( ) sétima(o)
08( ) <b>Médio</b> - colegial incompleto/ 2º grau incompleto	08( ) oitava(o)
09( ) <b>Médio</b> - colegial completo/ 2º grau completo	09( ) nona(o)
10( ) <b>Médio</b> - técnico incompleto	10( ) * <b>curso não-seriado</b>
11( ) <b>Médio</b> - técnico completo	
12( ) <b>Supletivo</b> - (ensino médio ou 2º grau)	
13( ) Pré-vestibular	
14( ) Superior incompleto	
15( ) Superior completo	
16( ) Tecnólogo incompleto (nível superior incompleto)	
17( ) Tecnólogo completo (nível superior completo)	
18( ) Pós graduação/ mestrado/ doutorado	
98( ) Não sabe	

(PARA CURSOS NÃO SERIADOS)  
\* Quantos anos fez desse curso?  
\_\_\_\_\_

###P/ QUEM IRMÃO MAIS NOVO (O CAÇULA) FREQUËNTOU ESCOLA (CÓD. 2 NA 244) ###

244C. E o curso/ano/série foi concluído?

1( ) Sim

2( ) Não

8( ) Não sabe

### PARA TODOS ###

245. Algumas pessoas têm bons amigos ou melhores amigos. Amigos realmente próximos. Quem é seu melhor amigo(a) (**sem contar sua esposa, marido, irmãos e parentes**)? Por favor, me diga o primeiro nome dele(a)

\_\_\_\_\_

1( ) Tem amigo(a) → **FAÇA 246 EM DIANTE**

2( ) Não tem amigo

9( ) NÃO OPINOU



### Seção 03 – Características do CHEFE: Atividade econômica

#### Identificação

[ | | | ] [1] [0|3]

301. Você já trabalhou alguma vez em alguma atividade regular, por um período mínimo de 6 meses?

1( ) Sim

2( ) Não → VÁ PARA 352

### PARA QUEM JÁ TRABALHOU (CÓD. 1 NA 301) ###

302. Com que idade começou a trabalhar?

\_\_\_\_|\_\_\_\_|.Idade

### PARA QUEM JÁ TRABALHOU (CÓD. 1 NA 301) ###

302<sup>A</sup>. Quanto tempo demorou até você conseguir o seu 1º emprego?

1( ) Menos de 3 meses

2( ) Entre 3 e 6 meses

3( ) Mais de 6 meses

4( ) Não procurou

9( ) Não sabe/ Não opinou

### PARA QUEM JÁ TRABALHOU (CÓD. 1 NA 301) ###

303. Você freqüentava escola quando começou a trabalhar?

1( ) Sim → FAÇA 304

2( ) Não

7( ) Não sabe

9( ) Não opinou

**PULE P/ 305**

### P/ QUEM FREQUENTAVA ESCOLA QUANDO COMEÇOU A TRABALHAR ###

304. Antes de começar nesse seu primeiro trabalho, qual o curso e série havia concluído? **MOSTRAR**

**CARTELA INSTRUÇÃO - LISTA B (ASSINALE CURSO E SÉRIE NO QUADRO)**

**ENTREVISTADOR:** Se a série informada for estimativa, registre 1 aqui, caso contrário registre 0 |\_\_\_\_|

LISTA B - CURSO/SÉRIE/ANO (QUE FREQUENTA OU CONCLUIU C/ APROVAÇÃO)	SÉRIE/ ANO
01( ) Classe de alfabetização	01( ) primeira(o)
02( ) Alfabetização de adultos	02( ) segunda(o)
03( ) <b>Fundamental</b> - primário incompleto/ 1º grau (1ª a 4ª série/ ano)	03( ) terceira(o)
04( ) <b>Fundamental</b> - primário completo/ 1º grau (1ª a 4ª série/ ano)	04( ) quarta(o)
05( ) <b>Fundamental</b> - ginásio incompleto/ 1º grau (5ª a 9ª série/ ano)	05( ) quinta(o)
06( ) <b>Fundamental</b> - ginásio completo/ 1º grau (5ª a 9ª série/ ano)	06( ) sexta(o)
07( ) <b>Supletivo</b> - (ensino fundamental ou 1º grau)	07( ) sétima(o)
08( ) <b>Médio</b> - colegial incompleto/ 2º grau incompleto	08( ) oitava(o)
09( ) <b>Médio</b> - colegial completo/ 2º grau completo	09( ) nona(o)
10( ) <b>Médio</b> - técnico incompleto	10( )* <b>curso não-seriado</b>
11( ) <b>Médio</b> - técnico completo	
12( ) <b>Supletivo</b> - (ensino médio ou 2º grau)	
13( ) Pré-vestibular	
14( ) Superior incompleto	
15( ) Superior completo	
16( ) Tecnólogo incompleto (nível superior incompleto)	
17( ) Tecnólogo completo (nível superior completo)	
18( ) Pós graduação/ mestrado/ doutorado	
98( ) Não sabe	

(PARA CURSOS NÃO SERIADOS)  
\* Quantos anos fez desse curso?

### PARA QUEM JÁ TRABALHOU (CÓD. 1 NA 301) ###

305. Este primeiro trabalho é o seu trabalho atual?

1( ) Sim → VÁ PARA 315

2( ) Não → CONTINUE

### P/ QUEM TRABALHA EM LUGAR DIFERENTE DO PRIMEIRO TRABALHO (CÓD 2 NA 305)

###

\*\*\* CARTELA 2 \*\*\*

306. Aqui está uma lista de tipos de trabalho. Em qual desses tipos foi a sua primeira ocupação?

**1 - Trabalha em situação formal**

1.01( ) Funcionário público – Nível alto/gerencial

1.02( ) Funcionário público – Nível técnico

1.03( ) Funcionário público – Nível produção

1.04( ) Empregado setor privado – Nível alto/gerencial

1.05( ) Empregado setor privado – Nível técnico

1.06( ) Empregado setor privado – Nível operação/ produção

1.07( ) Setor privado - Estagiário/Trainee

1.08( ) Profissional liberal (Advogado, médico, arquiteto, engenheiro, contador, dentista)

1.09( ) Autônomo/ Conta própria (representante comercial – vendedor - contador)

1.10( ) Micro ou Pequeno Empresário / Comerciante/ Empregador

1.11( ) Proprietário/Produtor Rural/ Criador/ Empregador

1.12( ) Grandes Proprietários rurais ou industriais/ Empregador





3( ) Empregado setor privado **sem** carteira assinada      6( ) Empregador

**APENAS PARA QUEM ESTÁ EMPREGADO NO SETOR PRIVADO OU É EMPREGADOR**

**(309 Cód. 2, 3, 4 OU 6)**

310. Incluindo você, aproximadamente quantas pessoas trabalhavam na empresa de sua primeira ocupação?

**(incluir todas as pessoas trabalhando para essa empresa em todos os lugares do Brasil)**

- 01( ) 1 pessoa                      05( ) 50 a 199 pessoas                      88( ) Não sabe  
 02( ) 2 a 4 pessoas                      06( ) 200 a 999 pessoas  
 03( ) 5 a 9 pessoas                      07( ) 1000 ou mais pessoas  
 04( ) 10 a 49 pessoas

**### P/ QUEM TRABALHA EM LUGAR DIFERENTE DO PRIMEIRO TRABALHO (CÓD 2 NA 305) ###**

311. Você supervisionava alguém nesta primeira ocupação?

- 1( ) Sim  
 2( ) Não → **VÁ PARA 313**

**PARA QUEM SUPERVISIONAVA (311 – Cód. 1)**

312. Aproximadamente quantas pessoas você supervisionava?

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_, pessoas      **998 - NS**                      **999 - NOP**

**### P/ QUEM TRABALHA EM LUGAR DIFERENTE DO PRIMEIRO TRABALHO (CÓD 2 NA 305) ###**

313. Você tinha alguém que o(a) supervisionava?

- 1( ) Sim  
 2( ) Não

**### P/ QUEM TRABALHA EM LUGAR DIFERENTE DO PRIMEIRO TRABALHO (CÓD 2 NA 305) ###**

314. Quantas horas você trabalhava num dia de semana normal na sua **primeira ocupação**?

\_\_\_\_|\_\_\_\_| horas

**### PARA QUEM JÁ TRABALHOU (CÓD. 1 NA 301) ###**

315. Quanto tempo dura/ durou esse seu primeiro trabalho?

\_\_\_\_||\_\_\_\_| **Anos**      \_\_\_\_||\_\_\_\_| **Meses**

**### PARA QUEM JÁ TRABALHOU (CÓD. 1 NA 301) ###**316. Você trabalhou **nos últimos 7 dias**?1( ) Sim → **VÁ PARA 321**

2( ) Não

**### PARA QUEM NÃO TRABALHOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS ###**317. Embora não tenha trabalhado **nos últimos 7 dias**, você tem ou tinha algum trabalho?

1( ) Sim

2( ) Não

**PARA QUEM NÃO TRABALHOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS**318. Por que você não trabalhou **nos últimos 7 dias**?

1( ) Doença

3( ) Greve

7( ) Outro

2( ) Férias

4( ) Foi demitido

**PARA QUEM NÃO TRABALHOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS**

319. Você trabalhou durante os últimos 12 meses?

1( ) Sim

2( ) Não → **VÁ PARA P.352****PARA QUEM TRABALHOU NOS ÚLTIMOS DOZE MESES**

320. Em que mês e ano trabalhou pela última vez?

|\_|\_|||\_|\_|| **Mes**|\_|\_|||\_|\_|| **Ano****ATENÇÃO ENTREVISTADOR: → SE NÃO TRABALHOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS NEM NOS ÚLTIMOS 12 MESES → VÁ PARA P.352**

**PARA QUEM TRABALHOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS OU NOS ÚLTIMOS 12 MESES****\*\*\*CARTELA 2**

321. Aqui está uma lista de tipos de trabalho. Em qual desses tipos fica a sua ocupação (**nos últimos 7 dias ou nos últimos 12 meses**)?

**1 - Trabalha em situação formal**

- 1.01( ) Funcionário público – Nível alto/gerencial  
 1.02( ) Funcionário público – Nível técnico  
 1.03( ) Funcionário público – Nível produção
- 1.04( ) Empregado setor privado – Nível alto/gerencial  
 1.05( ) Empregado setor privado – Nível técnico  
 1.06( ) Empregado setor privado – Nível operação/ produção  
 1.07( ) Setor privado - Estagiário/Trainee
- 1.08( ) Profissional liberal (Advogado, médico, arquiteto, engenheiro, contador, dentista)
- 1.09( ) Autônomo/ Conta própria (representante comercial – vendedor - contador)  
 1.10( ) Micro ou Pequeno Empresário / Comerciante/ Empregador  
 1.11( ) Proprietário/Produtor Rural/ Criador/ Empregador  
 1.12( ) Grandes Proprietários rurais ou industriais/ Empregador
- 1.16( ) Serviço doméstico com carteira assinada

2( ) Conta própria em casa sem carteira (confeção, produção de alimentos, manicure, etc.)

3( ) Conta própria fora de casa sem carteira (camelô, ambulante, biscate, bico, bóia fria, etc.)

4( ) Serviço doméstico sem carteira assinada

5( ) Trabalhador não remunerado (trabalha(va) c/ família, por casa, por comida)

**PARA QUEM TRABALHOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS OU NOS ÚLTIMOS 12 MESES**

322. Qual o título (nome) da sua ocupação atual (**nos últimos 7 dias ou nos últimos 12 meses**)?

\_\_\_\_\_

**PARA QUEM TRABALHOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS OU NOS ÚLTIMOS 12 MESES**

323. Qual a **atividade principal** da empresa, instituição, firma ou pessoa para quem trabalhou nesta ocupação?

- 01( ) Agropecuária, Agricultura, Extração Vegetal e Pesca  
 02( ) Indústria de Transformação  
 03( ) Indústria da Construção

- 04( ) Outras indústrias
- 05( ) Comércio
- 06( ) Transporte
- 07( ) Comunicação
- 06( ) Prestação de Serviços
- 07( ) Atividade social
- 08( ) Administração Pública
- 09( ) Outras atividades (Atividades não compreendidas nos demais ramos, mal definidas ou não declaradas)

**PARA QUEM TRABALHOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS OU NOS ÚLTIMOS 12 MESES**

324. Como você conseguiu este trabalho ou ocupação? (ESPONTÂNEA – CASO NÃO CONSIGA INFORMAR, LEIA AS ALTERNATIVAS)

- 01( ) Consultou empregadores
- 02( ) Fez concurso
- 03( ) Consultou agência de empregos
- 04( ) Consultou sindicato
- 05( ) Colocou ou respondeu a anúncio
- 06( ) Consultou/ indicação de parente
- 07( ) Consultou/ indicação de amigo próximo
- 08( ) Consultou/ indicação de conhecido
- 09( ) Tomou medida para iniciar negócio
- 10( ) Fez treinamento ou re-qualificação
- 97( ) Outra Qual: |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

**PARA QUEM TRABALHOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS OU NOS ÚLTIMOS 12 MESES**

325. Você supervisiona(va) alguém nesta ocupação?

- 1( ) Sim  
2( ) Não → **VÁ PARA 327**

**PARA QUEM SUPERVISIONAVA**

326. Aproximadamente quantas pessoas você supervisiona(va)?

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_.pessoas      NS      999 - NOP

**PARA QUEM TRABALHOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS OU NOS ÚLTIMOS 12 MESES**

327. Você tem alguém que o(a) supervisiona(va)?

- 1( ) Sim  
2( ) Não

**PARA QUEM TRABALHOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS OU NOS ÚLTIMOS 12 MESES**

328. Quantas horas você trabalha(va) num dia de semana normal exclusivamente nessa ocupação?

\_\_\_\_|\_\_\_\_| horas

**PARA QUEM TRABALHOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS OU NOS ÚLTIMOS 12 MESES**

329. Nesta ocupação você é/era:

- 1( ) Empregado setor público → **VÁ PARA 333 EM DIANTE**  
 2( ) Empregado setor privado com carteira assinada } **FAÇA P330 E VÁ P/ P335**  
 3( ) Empregado setor privado sem carteira assinada }  
 4( ) Trabalhador não remunerado → **FAÇA 329A E 329B E VÁ PARA 352**  
 5( ) Conta própria → **FAÇA 331 E 332 E VÁ PARA 335**  
 6( ) Empregador → **FAÇA 330 E VÁ PARA 335**

**PARA TRABALHADOR NÃO REMUNERADO (329 CÓD. 4)**

329A. Este trabalho só se realiza em determinada época do ano?

- 1( ) Sim  
2( ) Não

**PARA TRABALHADOR NÃO REMUNERADO (329 CÓD. 4)**

329B. Onde exerce este trabalho?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 1( ) Loja, escritório, galpão, fábrica, estabelecimento, etc | 5( ) Via pública, sem local fixo   |
| 2( ) Local fixo em via pública                               | 6( ) Transporte de pessoa ou carga |
| 3( ) No próprio domicílio                                    | 7( ) Fazenda, sítio, chácara, etc  |
| 4( ) Em outros domicílios                                    | 8( ) Outros                        |

**APENAS PARA EMPREGADOS NO SETOR PRIVADO E EMPREGADOR****(329 - CÓD. 2, 3, OU 6)**330. Incluindo você, aproximadamente quantas pessoas trabalha(va)m na empresa dessa sua ocupação? **(incluir todas as pessoas trabalhando para essa empresa em todos os lugares do Brasil)**

- |                       |                            |                |
|-----------------------|----------------------------|----------------|
| 01( ) 1 pessoa        | 05( ) 50 a 199 pessoas     | 99( ) Não sabe |
| 02( ) 2 a 4 pessoas   | 06( ) 200 a 999 pessoas    |                |
| 03( ) 5 a 9 pessoas   | 07( ) 1000 ou mais pessoas |                |
| 04( ) 10 a 49 pessoas |                            |                |

**APENAS PARA CONTA PRÓPRIA (329 - CÓD. 5)**

331. Você possui licença, registro ou autorização legal para exercer este tipo de trabalho?

- |          |          |
|----------|----------|
| 1( ) Sim | 2( ) Não |
|----------|----------|

**APENAS PARA CONTA PRÓPRIA (329 - CÓD. 5)**

332. Você é (era) contribuinte de instituto de previdência (INPS/INSS) neste trabalho?

- |          |
|----------|
| 1( ) Sim |
| 2( ) Não |

**APENAS PARA EMPREGADO NO SETOR PÚBLICO (329 - CÓD. 1)**

333. Neste trabalho você é :

- |                        |                            |
|------------------------|----------------------------|
| 1( ) Militar           | 3( ) CLT                   |
| 2( ) Estatutário (RJU) | 4( ) Empregado sem Vinculo |

**APENAS PARA EMPREGADO NO SETOR PÚBLICO (329 - CÓD. 1)**

334. Este trabalho é em que esfera:

1( ) Federal

2( ) Estadual

3( ) Municipal

**PARA QUEM TRABALHOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS OU NOS ÚLTIMOS 12 MESES**

335. É (era) contribuinte de algum fundo de pensão?

1( ) Sim

2( ) Não

**PARA QUEM TRABALHOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS OU NOS ÚLTIMOS 12 MESES**336. É associado a algum sindicato ou associação de classe? **(CASO SIM, LEIA DE 1 A 4)**

1( ) Sim, ao sindicato de minha categoria profissional

2( ) Sim, a um sindicato de outra categoria

3( ) Sim, a uma associação de classe de minha categoria profissional

4( ) Sim, a uma associação de classe de outra categoria profissional

5( ) Não sou (era) filiado → **VÁ PARA 339****PARA QUEM É FILIADO (336 CÓD. 1 A 4)**

337. Há quanto tempo você é filiado a esse sindicato ou associação?

|\_|\_|\_|\_| Anos

|\_|\_|\_|\_| Meses

**PARA QUEM É FILIADO (336 CÓD. 1 A 4)**338. Por que se filiou? (LEIA DE 1 A 3) **(escolha apenas a alternativa que considera mais importante)**

1( ) Para ter acesso aos serviços prestados pelo sindicato

2( ) Para participar da vida sindical (como eleições, assembléias, atividades organizativas)

3( ) Porque na época meus companheiros se filiaram

7( ) Outra razão

9( ) Não sabe dizer

**PARA QUEM TRABALHOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS OU NOS ÚLTIMOS 12 MESES**339. Neste trabalho você tem: **(LEIA)**

1( ) Férias remuneradas

3( ) Ambas

2( ) Licença Médica

4( ) Nenhuma

**PARA QUEM TRABALHOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS OU NOS ÚLTIMOS 12 MESES**

340. Em que mês recebeu o último rendimento oriundo deste trabalho?

|\_|\_| || |\_|\_| | Mês

**PARA QUEM TRABALHOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS OU NOS ÚLTIMOS 12 MESES**

341. Qual a forma de recebimento? (LEIA DE 1 A 4)

1( ) Diário

4( ) Mensal

2( ) Semanal

5( ) Outra

3( ) Quinzenal

**PARA QUEM TRABALHOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS OU NOS ÚLTIMOS 12 MESES**342. Quanto recebeu de **rendimento bruto** neste recebimento?

R\$ |\_|\_|\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_|, 00

99999( ) Recusa/NR

**PARA QUEM TRABALHOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS OU NOS ÚLTIMOS 12 MESES**343. Quanto recebeu de **rendimento líquido** neste recebimento?

R\$ |\_|\_|\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_|, 00

99999( ) Recusa/NR

**ATENÇÃO ENTREVISTADOR: → APLICAR AS PERGUNTAS 344 A 348 → PARA QUEM É ASSALARIADO → 329 CÓD. 1, 2 OU 3**

344. (se assalariado) Neste último pagamento recebeu junto com ele algum rendimento extra como 13º salário, gratificação de férias, etc?

1( ) Sim

2( ) Não → VÁ PARA P346

**PARA QUEM RECEBEU BENEFÍCIOS**

345. Qual o valor desse benefício?

R\$ |\_|\_|\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_|, 00



346.(se assalariado) Quantos salários recebe por ano?

|\_|\_|||\_|\_|| n° de salários

347. (se assalariado) Recebe férias?

1( ) Sim

2( ) Não

348.(se assalariado) Recebeu no mês referente a esse último pagamento algum benefício como vale transporte, transporte grátis, vale alimentação, refeição, cesta básica, moradia, auxílio moradia, roupa, uniforme, ou qualquer tipo de benefício ou bens subvencionados?

1( ) Sim → Qual valor?	R\$  _ _ _ _ _ .  _ _ _ _ _ , 00
2( ) Não	

**PARA QUEM TRABALHOU NOS ÚLTIMOS 7 DIAS OU NOS ÚLTIMOS 12 MESES**

349. Além desse trabalho você tem algum outro?

1( ) Sim

2( ) Não → VÁ PARA 352

**### PARA QUEM TEM OUTRO TRABALHO (CÓD. 1 NA 349) ###**

350. Quanto recebeu em todos esses outros trabalhos secundários de *rendimentos brutos*, nos últimos 30 dias?

R\$ |\_|\_|\_|\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_|, 00      99999( ) Recusa/NR

**### PARA QUEM TEM OUTRO TRABALHO (CÓD. 1 NA 349) ###**

351 Quanto recebeu em todos esses outros trabalhos secundários de *rendimentos líquidos*, nos últimos 30 dias?

R\$ |\_|\_|\_|\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|\_|, 00      99999( ) Recusa/NR

**### PARA TODOS ###**

352. Nos últimos 30 dias você recebeu rendimentos provenientes de aposentadoria ou pensão de instituto de previdência pública e/ou de previdência privada?

1( ) Sim → Qual valor?	R\$  __ _ _ .  __ _ _ _ _ , 00
2( ) Não	

353. E nos últimos 30 dias você recebeu rendimentos provenientes de pensão alimentícia?

1( ) Sim → Qual valor?	R\$  __ _ _ .  __ _ _ _ _ , 00
2( ) Não	

354. Nos últimos 30 dias você recebeu rendimentos provenientes de dividendos ou venda de ações, rendimentos de poupança, prazo fixo, commodities, etc?

1( ) Sim → Qual valor?	R\$  __ _ _ .  __ _ _ _ _ , 00
2( ) Não	

355. Nos últimos 30 dias recebeu rendimentos provenientes de aluguel, ou venda de imóveis, maquinaria e veículos?

1( ) Sim → Qual valor?	R\$  __ _ _ .  __ _ _ _ _ , 00
2( ) Não	

356. Nos últimos 30 dias recebeu rendimentos provenientes de doação, mesada, bens ou presentes enviados por pessoas que não moram nesse domicílio?

1( ) Sim → Qual valor?	R\$  __ _ _ .  __ _ _ _ _ , 00
2( ) Não	

357. Além dessas, teve rendimentos de alguma outra fonte tais como: abono de permanência, seguro de vida, indenizações, dívidas trabalhistas, jogos e loterias, bolsa família, etc?

1( ) Sim → Qual valor?	R\$  __ _ _ .  __ _ _ _ _ , 00
2( ) Não	

## Seção 04 – Atividade econômica: Procura de Trabalho – Para o chefe

### Identificação

[ | | | ] [1] [0|4]

401. Procurou trabalho nos últimos 30 dias? (ESPONTÂNEA)

1( ) Sim → PULE P/P404

2( ) Não → FAÇA P/P402

### PARA QUEM NÃO PROCUROU (401 – Cód. 2) ###

402. E nos últimos 12 meses? (ESPONTÂNEA)

1( ) Sim → VÁ P/ P404

2( ) Não → FAÇA P403

### PARA QUEM NÃO PROCUROU (402 – Cód. 2) ###

403. Por que não procurou trabalho? (ESPONTÂNEA)

01( ) Já está empregado

06( ) Inválido

02( ) Estudante

07( ) Está doente

03( ) Afazeres domésticos

08( ) Espera resposta do empregador

04( ) Pensionista/ aposentado

09( ) Não encontra trabalho

05( ) Vive de renda

97( ) Outro

VÁ P/ A SEÇÃO 05

**ATENÇÃO ENTREVISTADOR: → APLICAR AS PERGUNTAS 404 A 411 → PARA QUEM PROCUROU EMPREGO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS OU NOS ÚLTIMOS 12 MESES → 401 Cód. 1 OU 402 Cód. 1**

404. Por que motivo? (LEIA)

1( ) Para substituir o atual

3( ) Por não estar trabalhando no momento

2( ) Para ter um trabalho complementar ao atual

7( ) Outra forma

405. Durante quantas semanas procurou trabalho nos últimos 12 meses?

|\_\_\_\_||\_\_\_\_| **semanas**

406. Qual a principal providência que tomou para conseguir trabalho? (ESPONTÂNEA – CASO NÃO  
CONSIGA INFORMAR, LEIA AS ALTERNATIVAS)

- 01( ) Consultou empregadores
- 02( ) Fez concurso
- 03( ) Consultou agência de empregos
- 04( ) Consultou sindicato
- 05( ) Colocou ou respondeu a Anúncio
- 06( ) Consultou/ indicação de parente
- 07( ) Consultou/ indicação de amigo próximo
- 08( ) Consultou/ indicação de conhecido
- 09( ) Tomou medida para iniciar negócio
- 10( ) Fez treinamento ou requalificação
- 97( ) Outra

407. Procurou trabalho como: (LEIA)

- 1( ) Empregado
- 2( ) Conta própria
- 3( ) Ambos

408. Procurou trabalho no setor: (LEIA)

- 1( ) Privado
- 2( ) Público
- 3( ) Ambos
- 4( ) Autônomo/ bico

409. Procurou trabalho em atividade: (LEIA)

- 1( ) Agrícola
- 2( ) Não agrícola
- 3( ) Ambas

410. Conseguiu o trabalho procurado? (ESPONTÂNEA)

- 1( ) Sim
- 2( ) Não

411. Qual o menor valor mensal que aceitaria para trabalhar?

R\$ \_\_\_\_\_, 00

## Seção 05 – Saúde do Chefe

### Identificação

[ | | | ] [1][0|5]

501. Em geral, você diria que sua saúde é: **(LEIA)**

- |                |               |
|----------------|---------------|
| 1( ) Excelente | 4( ) Razoável |
| 2( ) Muito Boa | 5( ) Ruim     |
| 3( ) Boa       |               |

502. Comparada a 1 ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora? **(LEIA)**

- |  |  |
|--|--|
| 1( ) Muito melhor agora do que há 1 ano    | 4( ) Um pouco pior agora do que há 1 ano |
| 2( ) Um pouco melhor agora do que há 1 ano | 5( ) Muito pior agora do que há 1 ano    |
| 3( ) Quase a mesma de 1 ano                |  |

503 Vou ler atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. A sua saúde limita você nestas atividades? Caso sim, quanto? **(LEIA E MARQUE O CÓDIGO CORRESPONDENTE )**

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>1 – SIM, LIMITA MUITO</b>    | <b>3 – NÃO, NÃO LIMITA NEM UM POUCO</b> |
| <b>2 – SIM, LIMITA UM POUCO</b> |   |

*a sua saúde limita essa atividade....*

- a  Atividades vigorosas, tais como: correr, levantar objetos pesados, participar em esportes
- b  Atividades moderadas, tais como: mover uma mesa, passar aspirador de pó, dançar ou nadar
- c  Levantar ou carregar compras de supermercado
- d  Subir vários lances de escada
- e  Subir um lance de escada
- f  Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se
- g  Andar mais de 1 quilômetro
- h  Andar várias centenas de metros
- i  Andar cem metros
- j  Tomar banho ou vestir-se

## \*\*\* CARTELA 3 \*\*\*

504. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você teve algum dos problemas abaixo com o seu trabalho ou com alguma outra atividade diária, por causa de sua saúde física? (LEIA E MARQUE O CÓDIGO CORRESPONDENTE )

- |                                   |                                       |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <b>1 - SEMPRE</b>                 | <b>4 - UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO</b> |
| <b>2 - A MAIOR PARTE DO TEMPO</b> | <b>5 - NUNCA</b>                      |
| <b>3 - ALGUMA PARTE DO TEMPO</b>  |                                       |

- a  Diminuiu o tempo em que você trabalhava ou fazia outras atividades?
- b  Realizou menos do que gostaria?
- c  Esteve limitado no tipo de trabalho ou em outras atividades?
- d  Teve dificuldade em fazer seu trabalho ou outras atividades? (p.ex: necessitou de um esforço extra?)

## \*\*\* CARTELA 3 \*\*\*

505. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você teve algum dos problemas abaixo com o seu trabalho ou com alguma outra atividade diária, por causa de qualquer problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)? (LEIA E MARQUE O CÓDIGO CORRESPONDENTE )

- |                                   |                                       |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <b>1 - SEMPRE</b>                 | <b>4 - UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO</b> |
| <b>2 - A MAIOR PARTE DO TEMPO</b> | <b>5 - NUNCA</b>                      |
| <b>3 - ALGUMA PARTE DO TEMPO</b>  |                                       |

- a  Diminuiu o tempo em que você trabalhava ou fazia outras atividades?
- b  Realizou menos do que gostaria?
- c  Trabalhou ou fez qualquer outra atividade sem o cuidado habitual?

506. Nas últimas 4 semanas, quanto sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos, vizinhos ou em grupo? (LEIA)

- |                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| 1( ) De forma nenhuma | 4( ) Bastante     |
| 2( ) Ligeiramente     | 5( ) Extremamente |
| 3( ) Moderadamente    |                   |

507. Quanta dor no corpo você teve nas últimas 4 semanas? (LEIA)

- |                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| 1( ) Nenhuma    | 4( ) Moderada     |
| 2( ) Muito leve | 5( ) Severa       |
| 3( ) Leve       | 6( ) Muito severa |

508. Nas últimas 4 semanas, o quanto a dor interferiu em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa quanto dentro de casa)? **(LEIA)**

- |                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| 1( ) De forma nenhuma | 4( ) Bastante     |
| 2( ) Um pouco         | 5( ) Extremamente |
| 3( ) Moderadamente    |                   |

**\*\*\* CARTELA 3 \*\*\***

509. Estas questões são sobre como você se sente e como as coisas aconteceram com você *nas últimas 4 semanas*. Para cada pergunta, por favor, dê a resposta que mais se aproxime da maneira como você tem se sentido. (LEIA E MARQUE O CÓDIGO CORRESPONDENTE )

- |                                   |                                       |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <b>1 - SEMPRE</b>                 | <b>4 - UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO</b> |
| <b>2 - A MAIOR PARTE DO TEMPO</b> | <b>5 - NUNCA</b>                      |
| <b>3 - ALGUMA PARTE DO TEMPO</b>  |                                       |

*Nas 4 últimas semanas, durante quanto tempo você se sentiu:*

- a  Cheio de vida?
- b  Muito nervoso(a)?
- c  Tão deprimido(a) que nada podia animá-lo(a)?
- d  Calmo e tranqüilo(a)?
- e  Com muita energia?
- f  Desanimado(a) e deprimido(a)?
- g  Esgotado(a)?
- h  Feliz?
- i  Cansado(a)?

510. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo a sua saúde física ou seus problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? (LEITURA)

- |                             |                                 |
|-----------------------------|---------------------------------|
| 1( ) Sempre                 | 4( ) Uma pequena parte do tempo |
| 2( ) A maior parte do tempo | 5( ) Nunca                      |
| 3( ) Alguma parte do tempo  |                                 |

511. O quão verdadeira ou falsa é cada uma das seguintes informações para você? (LEIA E MARQUE O CÓDIGO CORRESPONDENTE )

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <b>1 - DEFINITIVAMENTE VERDADEIRA</b>     | <b>4 - A MAIORIA DAS VEZES FALSA</b> |
| <b>2 - A MAIORIA DAS VEZES VERDADEIRA</b> | <b>5 - DEFINITIVAMENTE FALSA</b>     |

## 8 - NÃO SEI

- a  Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas
- b  Eu sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa que eu conheço
- c  Eu acho que minha saúde vai piorar
- d  Minha saúde é excelente

512. Para cada doença que vou ler, gostaria que você me dissesse se algum médico ou profissional de saúde já lhe disse que você tem cada uma delas. Se a resposta for Sim, me diga com que idade a teve pela primeira vez e se você é acompanhado(a) regularmente para essa doença com algum médico ou profissional de saúde? (**LEIA CADA DOENÇA**)

<i>Algum médico já lhe disse que você tem....</i>	<b>TEM A DOENÇA?</b>	<b>IDADE?</b>	<b>ACOMPANHAMENTO?</b>
Doença de coluna ou das costas	1( ) Sim 2( ) Não	<input type="text"/>    <input type="text"/>	1( ) Sim 2( ) Não
Artrite/Reumatismo (não infeccioso)/gota	1( ) Sim 2( ) Não	<input type="text"/>    <input type="text"/>	1( ) Sim 2( ) Não
Tendinite/LER (Lesão de Esforço Repetitivo)	1( ) Sim 2( ) Não	<input type="text"/>    <input type="text"/>	1( ) Sim 2( ) Não
Doença do coração	1( ) Sim 2( ) Não	<input type="text"/>    <input type="text"/>	1( ) Sim 2( ) Não
Depressão	1( ) Sim 2( ) Não	<input type="text"/>    <input type="text"/>	1( ) Sim 2( ) Não
Bronquite crônica	1( ) Sim 2( ) Não	<input type="text"/>    <input type="text"/>	1( ) Sim 2( ) Não
Asma	1( ) Sim 2( ) Não	<input type="text"/>    <input type="text"/>	1( ) Sim 2( ) Não
Doença renal crônica	1( ) Sim 2( ) Não	<input type="text"/>    <input type="text"/>	1( ) Sim 2( ) Não
Cirrose do fígado	1( ) Sim 2( ) Não	<input type="text"/>    <input type="text"/>	1( ) Sim 2( ) Não
Tuberculose	1( ) Sim 2( ) Não	<input type="text"/>    <input type="text"/>	1( ) Sim 2( ) Não
Câncer	1( ) Sim 2( ) Não	<input type="text"/>    <input type="text"/>	1( ) Sim 2( ) Não
Diabetes	1( ) Sim 2( ) Não	<input type="text"/>    <input type="text"/>	1( ) Sim 2( ) Não
Hipertensão (pressão alta)	1( ) Sim	<input type="text"/>    <input type="text"/>	1( ) Sim



	2( ) Não		2( ) Não
Colesterol alto (gordura no sangue)	1( ) Sim	_ _ _	1( ) Sim
	2( ) Não		2( ) Não

513. Em relação ao hábito de fumar cigarros, você: **(LEIA)**

- 1( ) Nunca fumou → **PULE P/P517**  
 2( ) Já fumou, mas não fuma mais → **FAÇA P514 EM DIANTE**  
 3( ) Fuma atualmente → **PULE P/P515 EM DIANTE**

**### PARA QUEM JÁ FUMOU E NÃO FUMA MAIS (P513 CÓD.2) ###**

514. Quanto tempo somam todos os períodos que você fumou (ou foi fumante)?

|\_|\_|\_| Anos                      |\_|\_|\_|\_| Meses

**### P/ QUEM JÁ FUMOU, MAS NÃO FUMA MAIS OU FUMA ATUALMENTE (513 CÓDS. 2 OU 3) ###**

515. Quantos cigarros você fuma/ fumava em média por dia?

|\_|\_|\_| cigarros

**### P/ QUEM JÁ FUMOU, MAS NÃO FUMA MAIS OU FUMA ATUALMENTE (513 CÓDS. 2 OU 3) ###**

516. Com que idade você começou a fumar cigarros?

|\_|\_|\_| Idade                      **98 – NÃO LEMBRA**

**### PARA TODOS ###**

517. Em relação ao consumo de bebida alcoólica, qual foi o seu consumo no último ano? **(LEIA)**

- 1( ) Não consumiu bebida alcoólica no último ano  
 2( ) Consumiu, no máximo, uma vez por mês  
 3( ) Entre uma e quatro vezes por mês  
 4( ) Mais de uma vez até 3 vezes por semana  
 5( ) De 4 vezes por semana a diariamente

**\*\*\* CARTELA 4 \*\*\***

518. Qual das seguintes frases MELHOR descreve suas atividades físicas diárias habituais? **(EXPLIQUE:**

Atividades diárias incluem as ocupacionais, as domésticas, de lazer ou deslocamento para o trabalho ou escola) ?



## \*\*\* CARTELA PERFIL \*\*\*

523. *Olhando a figura*: Qual o número que melhor descreve o seu corpo hoje? (ENTREVISTADOR → MOSTRE A FIGURA COM OS PERFIS FÍSICOS E ANOTE O CÓDIGO CORRESPONDENTE)

|\_|\_|\_|

98 – Não sabe

99- Não Opinou

**Medições Antropométricas:**

524. Altura:

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|cm

525. Peso:

|\_|\_|\_|\_|\_|\_| kg |\_|\_|\_|g

526. Nos *últimos 12 meses* você consultou um médico? (ESPONTÂNEA)

1( ) Sim → FAÇA P527 EM DIANTE    2( ) Não → PULE P/P528 EM DIANTE

## ### PARA QUEM RESPONDEU QUE CONSULTOU (526 CÓD.1) ###

527. Quantas consultas médicas você fez nos últimos 12 meses?

|\_|\_|\_| n° de consultas

## ### PARA TODOS ###

528. Nos últimos 12 meses, alguma vez você achou que precisava de uma consulta médica (atendimento médico) e **não procurou** um médico? (ESPONTÂNEA)

1( ) Sim → FAÇA P529

2( ) Não → PULE P/ P530

## PARA QUEM RESPONDEU QUE PRECISAVA E NÃO PROCUROU (528 CÓD.1)

529. Por que você **não procurou** o médico? (LEIA)

1( ) Não tinha dinheiro

3( ) Incompatibilidade de horário

2( ) Local de difícil acesso ou distante

7( ) Outro

## ### PARA TODOS ###

530. Em resumo, você diria que sua saúde é: (LEIA)

1( ) Muito boa

4( ) Ruim

2( ) Boa

5( ) Muito ruim

3( ) Razoável

**Seção 06 - Fecundidade Chefe – Apenas para as mulheres de 15 ou mais****Identificação**

[ | | | ] [1][0|6]

601. Esteve grávida alguma vez? (ESPONTÂNEA)

1( ) Sim → FAÇA P602 EM DIANTE    2( ) Não → VÁ PARA 611

## ### PARA QUEM RESPONDEU SIM (601 CÓD.1) ###

602. Quantas vezes?

|\_|\_|\_|

603. Teve filho nascido vivo?

1( ) Sim → FAÇA P604 A P608 E VÁ P/ A 611

2( ) Não → PULE P/P609

**ATENÇÃO ENTREVISTADOR: → APLICAR AS PERGUNTAS 604 A 608 E DEPOIS 611 → PARA QUEM TEVE FILHO NASCIDO VIVO → 603 CÓD. 1**

604. Quantos filhos nascidos vivos teve? Destes filhos nascidos vivos, quantos são homens e quantos são mulheres?

|\_|\_|\_| **Total**

|\_|\_|\_| Homens

|\_|\_|\_| Mulheres

605. Dos filhos que teve quantos estão vivos? Quantos são homens e quantos são mulheres?

|\_|\_|\_| **Total**

|\_|\_|\_| Homens

|\_|\_|\_| Mulheres

606. Qual a data de nascimento do **último filho** nascido vivo?

|\_|\_|\_|\_| Dia |\_|\_|\_|\_| Mês |\_|\_|\_|\_| Ano

607. Quantos filhos nascidos vivos teve de (LEIA MÊS DA ENTREVISTA) de 2003 até hoje?

|\_|\_|\_|\_|

608. Qual sua idade quando teve seu primeiro filho nascido vivo?

|\_|\_|\_|\_| **Idade**

**### PARA QUEM NÃO TEVE FILHO NASCIDO VIVO (CÓD.2) NA P603 ###**

609. Teve filho nascido morto?

1( ) Sim → **FAÇA P610**      2( ) Não → **PULE P/P611**

**### PARA QUEM NÃO TEVE FILHO NASCIDO VIVO (CÓD.2) NA P603 ###**

610. Quantos filhos nascidos mortos teve?

|\_|\_|\_|\_|

**### PARA TODAS ###**

611. Com que idade aproximadamente teve a primeira menstruação?

|\_|\_|\_|\_| **Idade**

## **Seção 07 Avaliação das condições de vida (a ser respondida pelo chefe do domicílio)**

### **Identificação**

[ | | | ] [1][0/7]

701. Considerando a sua renda pessoal (quanto você ganha de fato por mês), você acha que **mereceria ganhar** (LEIA DE 1 A 5) do que está ganhando?

1( ) Muito mais      4( ) Menos



**1 - CONCORDA TOTALMENTE****3 – DISCORDA EM PARTE****2 – CONCORDA EM PARTE****4 - DISCORDA TOTALMENTE**

- Tenho sorte de ter essa renda
- Eu me sinto seguro com essa renda
- É um absurdo eu ter uma renda dessas
- Eu mereço o que ganho
- É uma renda justa
- Tenho vergonha de minha renda
- É uma renda insuficiente
- Tenho orgulho de minha renda
- Minha renda é fonte de preocupações

706. Quando você precisa de alguém: (LEIA CADA FRASE DE 1 ATÉ 3) você pode contar com: (LEIA CADA ITEM DE “A” ATÉ “C”)

**1 - SIM****2 – NÃO****8 – NS****9 – NOP**

1) Para ajudar em pequenos consertos na casa, carregar coisas, tomar conta das crianças ou levá-las para a escola

- A-** Um parente ou membro da família
- B-** Um amigo ou colega de trabalho
- C-** Um conhecido ou vizinho

2) Para lhe emprestar dinheiro

- A-** Um parente ou membro da família
- B-** Um amigo ou colega de trabalho
- C-** Um conhecido ou vizinho

3) Para lhe fazer companhia ou dar um conselho num momento difícil

- A-** Um parente ou membro da família
- B-** Um amigo ou colega de trabalho
- C-** Um conhecido ou vizinho

## Seção 08- Percepções de Justiça (respondido pelo chefe do domicílio)

### Identificação

[ | | | ] [1] [0]9

801. Vamos falar agora sobre possíveis razões que podem estar relacionadas à existência de pessoas pobres no Brasil. Para cada uma que eu citar, gostaria que você me dissesse se ela tem influência ou não tem influência na existência de pobres no Brasil: (LEIA E MARQUE O CÓDIGO CORRESPONDENTE – FAÇA RODÍZIO)

→ TEM INFLUÊNCIA: “E você diria que essa influência é grande, média ou pequena?”

1 – GRANDE INFLUÊNCIA

4 – NÃO TEM INFLUÊNCIA

2 – MÉDIA INFLUÊNCIA

9 – NÃO SABE/ NÃO OPINOU

3 – PEQUENA INFLUÊNCIA

Falta de inteligência ou de talento

Má sorte/azar

Falta de moral das famílias/ maus costumes familiares

Abuso de bebidas ou de drogas

Não se esforçam para ganhar dinheiro

Existe preconceito e discriminação contra alguns grupos de pessoas

Falta de igualdade de oportunidades para todos

Não quiseram estudar

As pessoas são desonestas

Não conhecerem as pessoas certas ou pessoas poderosas

Têm muitos filhos

Os patrões pagam menos do que deveriam

802. Agora vamos falar de alguns fatores que podem influenciar o salário de uma pessoa no Brasil hoje. Para cada fator que eu citar, me diga se ele tem ou não influência: (LEIA E MARQUE O CÓDIGO CORRESPONDENTE – FAÇA RODÍZIO)

→ TEM INFLUÊNCIA: “E você diria que essa influência é grande, média ou pequena?”

1 – GRANDE INFLUÊNCIA

4 – NÃO TEM INFLUÊNCIA

2 – MÉDIA INFLUÊNCIA

9 – NÃO SABE/ NÃO OPINOU

3 – PEQUENA INFLUÊNCIA

O nível de educação dela

O quanto forem ruins as condições de trabalho dela (como sujo, barulhento, pesado ou cansativo)



- Se a pessoa é esforçada e dedicada ao trabalho
- O tamanho da família que a pessoa sustenta
- O grau de responsabilidade que ela tiver sobre o resultado do trabalho
- O tempo que a pessoa estiver trabalhando naquele emprego
- O sexo, se é homem ou mulher

803. Vou ler agora algumas frases sobre o papel que o Governo deveria ter no Brasil. Para cada frase em relação ao papel do Governo que eu citar, gostaria de saber se você concorda ou discorda: (LEIA E MARQUE O CÓDIGO CORRESPONDENTE– FAÇA RODÍZIO)

→ **CONCORDA/DISCORDA “Totalmente ou em parte?”**

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>1 – CONCORDA TOTALMENTE</b> | <b>3 – DISCORDA EM PARTE</b>   |
| <b>2 – CONCORDA EM PARTE</b>   | <b>4 – DISCORDA TOTALMENTE</b> |

- O governo deveria garantir a todo mundo um nível de vida mínimo
- O governo deveria limitar a quantidade de dinheiro que uma pessoa pode ganhar
- O governo deveria garantir emprego a todo mundo que quiser trabalhar
- O governo deveria aumentar os impostos e com isso garantir melhor educação, mais saúde e mais moradia para os que precisam

804. Agora eu vou ler algumas frases sobre renda e riqueza. Para cada frase em relação à renda e riqueza que eu citar, gostaria de saber se você concorda ou discorda: (LEIA E MARQUE O CÓDIGO CORRESPONDENTE – FAÇA RODÍZIO)

→ **CONCORDA/DISCORDA “Totalmente ou em parte?”**

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>1 – CONCORDA TOTALMENTE</b> | <b>3 – DISCORDA EM PARTE</b>   |
| <b>2 – CONCORDA EM PARTE</b>   | <b>4 – DISCORDA TOTALMENTE</b> |

- A maneira mais justa de distribuir renda e riqueza é dando a cada um uma fatia igual
- É justo que algumas pessoas tenham mais dinheiro e riqueza, mas só se existir igualdade de oportunidades para todos
- As pessoas têm o direito de ficar com o que ganharam, mesmo que isso implique que algumas pessoas serão mais ricas que outras
- Pessoas que trabalham muito merecem receber mais do que as que trabalham menos
- As pessoas têm o direito de passar a sua riqueza para seus filhos
- A coisa mais importante é que as pessoas tenham o que elas precisam, mesmo que isso signifique tirar dinheiro daqueles que ganharam mais do que precisam
- É apenas uma questão de sorte que algumas pessoas são mais inteligentes ou habilidosas que outras, portanto essas pessoas não merecem ganhar mais que as outras

## \*\*\* CARTELA 5 \*\*\*

805. No Brasil hoje, algumas pessoas são consideradas como tendo uma “posição alta” e outras são consideradas como tendo uma “posição baixa” na sociedade. Pensando em você mesmo, como você se colocaria numa escala de notas, em que 1 significa a nota para “posição mais baixa” e 10 a nota para “posição mais alta”? (MARQUE O NÚMERO CITADO)

“posição mais baixa”					“posição mais alta”				
01( )	02( )	03( )	04( )	05( )	06( )	07( )	08( )	09( )	10( )

98( ) Não Sabe

99( ) Não Opinou

806. Aqui estão alguns fatores que às vezes são considerados importantes para se conseguir uma posição social alta. Na sua opinião, para se ter sucesso no Brasil hoje em dia: (LEIA CADA FRASE) é: (LEIA DE 1 A 4 - MARQUE O CÓDIGO CORRESPONDENTE – FAÇA RODÍZIO)

**1 – MUITO IMPORTANTE****4 – NADA IMPORTANTE?****2 – IMPORTANTE****9 – NÃO SABE/ NÃO OPINOU****3 – UM POUCO IMPORTANTE** Ser filho de família rica Ser homem Ter inteligência ou talento Ser branco Trabalhar muito Ter sorte Conhecer as pessoas certas

807. Vamos falar agora um pouco sobre Política. Na eleição presidencial de 2006, no primeiro turno, em quem você votou para presidente? (LEIA DE 1 A 4 - FAÇA RODÍZIO ENTRE OS CANDIDATOS)

1( ) Lula

5( ) Não votou/ Justificou o voto

2( ) Geraldo Alckmin

6( ) Branco/nulo

3( ) Heloísa Helena

7( ) Não lembra/ Não resposta

4( ) Cristóvão Buarque

8( ) Outro

808. E no segundo turno? Você votou no Geraldo Alckmin ou no Lula? (FAÇA RODÍZIO ENTRE OS CANDIDATOS )

1( ) Lula

3( ) Não votou/ Justificou o voto

2( ) Geraldo Alckmin

4( ) Branco/nulo

9( ) Não lembra/ Não resposta

## Seção 09- Experiência de Discriminação (respondido pelo chefe do domicílio)

### Identificação

[ | | | ] [1|0] [1]

901. Pode acontecer de algumas pessoas com certa frequência sentirem que não estão sendo bem tratadas por outras pessoas. Na sua vida diária, das seguintes coisas que irei listar com que frequência você avalia que isso ocorre ou ocorreu:

**1 – SEMPRE**

**4 – QUASE NUNCA**

**2 – QUASE SEMPRE**

**5 – NUNCA**

**3 – AS VEZES**

**9 – NÃO SABE/NÃO OPINOU**

Você sente que é tratado(a) com menos gentileza do que outras pessoas

Você sente que é tratado(a) com menos respeito do que outras pessoas

Você sente que não é tão bem atendido(a) em lojas e restaurantes como outras pessoas

Você sente que as pessoas agem como se tivessem medo de você

Você sente que as pessoas agem como se você fosse desonesto

Você sente que as pessoas agem como se elas fossem melhores que você

Você sente que os porteiros de edifícios o(a) tratam de maneira suspeita

Você sente que é vigiado(a) ou seguido(a) em lojas

Você sente que é tratado (a) com menos respeito pela polícia

### ## PARA O RESPONDENTE QUE TRABALHA FORA DE CASA ##

902. Agora vamos fazer algumas perguntas relativas ao seu ambiente de trabalho: (LEIA E MARQUE O CÓDIGO CORRESPONDENTE – FAÇA RODÍZIO)

**1 – SIM**

**8 – NÃO SE APLICA**

**2 – NÃO**

**9 – NÃO OPINOU**

Você tem amigos no seu ambiente de trabalho?

Você sai com seus colegas de trabalho em momentos de lazer?

Você é convidado para participar de festas, aniversários e outros eventos na casa de seus colegas de trabalho?

Você sente que no seu trabalho alguém já foi promovido no seu lugar?

Você acha que uma pessoa menos qualificada do que você ocupa uma posição mais elevada no seu ambiente trabalho?

Você acha que é tratado de maneira pior pelo seu chefe, do que outros colegas seus de trabalho?

## PARA TODOS ##

903. Você alguma vez se sentiu discriminado, impedido de fazer algo, lhe incomodaram ou fizeram você se sentir inferior por causa de sua cor? Vou ler uma lista de possibilidades, de locais e, por favor me diga se, em algum deles, você se sentiu discriminado. (Para cada situação que o respondente disser “sim”, pergunte “quantas vezes isso ocorreu?”) (LEIA E MARQUE O CÓDIGO CORRESPONDENTE).

**1 – UMA VEZ**

**7 – NUNCA OCORREU**

**2 – DUAS OU TRÊS VEZES**

**8 – NÃO SE APLICA**

**3 – QUATRO VEZES OU MAIS**

**9 – NÃO OPINOU**

*Você alguma vez se sentiu discriminado, impedido de fazer algo, lhe incomodaram ou fizeram você se sentir inferior por causa de sua cor (LEIA ABAIXO)*

Na escola

Ao ser contratado ou ao tentar obter um emprego

No trabalho

Ao procurar uma casa

Ao procurar assistência médica

Ao ser servido num restaurante

Ao ir no banco abrir uma conta, uma poupança ou obter crédito

Na rua, num lugar público

Pela polícia ou pela Justiça