

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM PROMOÇÃO
DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA

Luciana Joaquina de Vasconcellos

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS E IDOSOS:
ASSOCIAÇÃO COM OS DETERMINANTES SOCIAIS.

Belo Horizonte

2017

Luciana Joaquina de Vasconcellos

**AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS E IDOSOS:
ASSOCIAÇÃO COM OS DETERMINANTES SOCIAIS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Dr^a. Stela Maris Aguiar Lemos, professora do programa.

Belo Horizonte

2017

Vasconcellos, Luciana Joaquina de.
V331a Autopercepção de saúde e qualidade de vida em adultos e idosos
[manuscrito]: associação com os determinantes sociais. / Luciana Joaquina de
Vasconcellos. -- Belo Horizonte: 2017.
151f.: il.
Orientador: Stela Maris Aguiar Lemos.
Coorientador: Ricardo Tavares.
Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção de Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Avaliação em Saúde. 2. Qualidade de Vida. 3. Autoimagem.. 4. Saúde
do Idoso. 5. Saúde do Adulto. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Lemos, Stela
Maris Aguiar. II. Tavares, Ricardo. III. Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 300



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

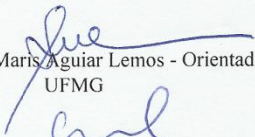
FOLHA DE APROVAÇÃO

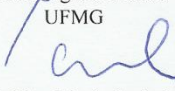
AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS E
IDOSOS: ASSOCIAÇÃO COM OS DETERMINANTES SOCIAIS

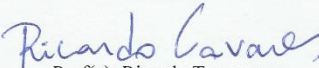
LUCIANA JOAQUINA DE VASCONCELLOS

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 11 de julho de 2017, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Stela Maris Aguiar Lemos - Orientador
UFMG


Prof(a). Elza Machado de Melo
UFMG


Prof(a). Ricardo Tavares
UFOP

Belo Horizonte, 11 de julho de 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor:

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora:

Prof.^a. Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação:

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa:

Prof.^a. Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor da Faculdade de Medicina:

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina:

Prof. Humberto José Alves

Coordenador do Centro de Pós-Graduação:

Prof.^a. Luiz Armando Cunha de Marco

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:

Prof. Antônio Tomaz Gonzaga da Matta Machado

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Coordenadora:

Prof.^a. Elza Machado de Melo

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Prof.^a. Andréa Maria Silveira

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

Prof.^a. Cristiane de Freitas Cunha

Prof.^a. Eliane Dias Gontijo

Prof.^a. Elza Machado de Melo

Prof.^a. Efigênia Ferreira e Ferreira

Prof.^a. Soraya Almeida Belisário

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Representante Discente: Maria Beatriz de Oliveira

Suplente: Marcos Vinícius da Silva

BELO HORIZONTE

Julho /2017

À Deus pelo amparo e luz para meus pés.

À mãe Ariniza pelo amor incondicional.

Ao meu filho Saulo Augusto e Anna Luiza, minha inspiração para viver.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter-me dado a vida e com abundância,

A minha orientadora Stela Maris, pela acolhida nesta caminhada, trazendo ao meu horizonte as estrelas do céu,

A Doutora Elza Machado de Melo, pela oportunidade ímpar de caminhar mesmo que por um pequeno instante ao seu lado.

Ao Doutor Ricardo Tavares pela compreensão e mão amiga nas horas mais difíceis deste trilhar.

A minha família, mamãe Ariniza, irmão Alexandre, irmã Edna e meu filho Saulo e Anna Luiza pelo incentivo e amor incondicional.

Ao meu pai Edgar Vasconcellos (*in memoriam*), pela saudade e conhecimentos transmitidos.

Aos meus amigos Professor Paulo Maia, Professora Joyce Pedrosa, Enfermeira Lânia Maria, Renato Romano, Rodrigo, Tadeu, Alyn, Vânia, Cleuza Mello e Hérica Patrícia; que me apoiaram e me sustentaram nos momentos difíceis; peço-lhes perdão pelos momentos de ausência na vida de vocês.

Aos mestres do Programa do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção de Violência, pelos conhecimentos compartilhados e construídos, pelo incentivo e amor demonstrado em cada aula ministrada.

Aos meus queridos alunos, que vibraram com meus passos nesta jornada.

“Uma menina jamais será uma bailarina
se não tiver uma sapatilha para calçar, um
professor para ensinar...” (anônimo)

RESUMO

Autopercepção em saúde, qualidade de vida associação com os determinantes sociais é um importante tema a ser tomado nos discursos biomédicos e dos cientistas sociais, por valorizar a subjetividade do sujeito; é indicada pela Organização Mundial de Saúde como método de avaliação da saúde global em grandes inquéritos; inclui as dimensões biológicas, psicológicas e sociais da pessoa. Estudos abordam o tema em similitudes quanto a pergunta norteadora e possibilidades de respostas; esta pesquisa foi conduzida pela seguinte questão “Como o Sr (o) (a) avalia a sua saúde nos últimos 2 meses” e “Como o (a) Sr(a) avalia sua qualidade de vida nos últimos dois meses? a autopercepção pode ser inferida como positiva ou negativa e a qualidade de vida como boa, regular ou ruim.

Entretanto, percebe-se que as oportunidades e desigualdades sociais influenciam a vida das pessoas e a capacidade autoavaliarem a saúde e a qualidade de vida. Estas são denominadas, nos discursos em ciências da saúde, como determinantes sociais em saúde (DSS), estes ampliam o conceito de saúde biologicista, incorporando aspectos da vida cotidiana, cultura e trabalho; que incidem diretamente na manutenção do estado de saúde, nas vulnerabilidades e ou adoecimento. Para os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população; assim compreendemos, que as desigualdades sociais podem determinar estilos de vida e comportamentos desiguais nas sociedades, o que também culmina em padrões diferentes de saúde. **OBJETIVO GERAL**

Investigar a associação entre a autopercepção de saúde e a qualidade de vida com os determinantes sociais em adultos e idosos. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo observacional, analítico transversal, com amostra probabilística estratificada por conglomerados, composta por 1129 participantes, adultos e idosos residentes de Betim. A presente pesquisa é um recorte do estudo SAUVI (Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) desenvolvido pela UFMG; aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CAAE número 02235212.20000.5149. Todos os participantes assinaram o termo de

consentimento e livre esclarecido, sendo informados do direito do sigilo e desistência da participação em qualquer momento da pesquisa. A margem de erro foi de 1,9% para mais ou para menos, e grau de confiança 95%, demais dados foram considerados excludentes.

A coleta de dados ocorreu sob a forma de entrevista no domicílio dos participantes e foram selecionadas as seguintes perguntas como norteadoras do estudo: Como o (a) Sr(a) avalia sua saúde, nos últimos dois meses ? Como o (a) Sr(a) avalia sua qualidade de vida nos últimos dois meses? Ambas as questões tiveram respostas em formato de escala Likert com cinco pontos referenciados como (1) Muito ruim, (2) Ruim, (3) Regular, (4) Boa, (5) Muito boa. Além disso, os participantes responderam questões referentes aos determinantes sociais referentes aos seguintes itens: sexo, idade, escolaridade, religião, ocupação/atividade, estado civil, cor/raça, renda familiar, número de moradores no domicílio, plano de saúde, consultas médicas nos últimos 12 meses, unidade básica de saúde/Posto de Saúde.

Os dados foram previamente digitados em um banco de dados e conferidos. A análise estatística foi baseada na distribuição bivariada de frequências; para verificar a associação entre autopercepção de saúde e qualidade de vida, foi realizada análise univariada, das variáveis repostas, tendo como variáveis explicativas as questões relativas aos determinantes sociais em saúde. No estudo final foram considerados os dados estatisticamente significantes as variáveis com (valor-p) $\leq 0,05$. Realizado ainda associação entre as variáveis de exposição em estudos e eventos, utilizando o teste de Qui-quadrado de Pearson para homogeneidade, além deste foi realizado análise de correspondência (AC) como técnica multivariada de análise exploratória de dados. Para a análise final dos dados foram utilizados os programas de software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 21 e o R (Development Core Team) versão 3.30. **RESULTADOS:** Análise da univariada deste estudo evidenciou **autopercepção de saúde positiva** e associação com os determinantes sociais por (n-811) participantes; em relação às variáveis sociodemográficas, os dados estatisticamente significantes $p \leq 0,05$; houve predominância autopercepção positiva de saúde 66,6%, sexo feminino 58,4%; faixa etária 30 à 39 anos 26%; ensino médio 37,8%; ocupação /trabalho formal e informal 47,1% e 19,2% respectivamente; renda familiar entre 2 e 5 salários

mínimos 37,7%. Quanto as variáveis socioassistenciais evidenciou-se a presença de plano de saúde 52% e número de consultas médicas entre 1 e 2 ao ano 47,1%; destaca-se que não encontramos resultados estatisticamente significantes associados às variáveis socioeconômicas: religião, estado civil, cor/raça, quantidade de pessoas que moram na mesma casa, cobertura do número de pessoas por plano de saúde privado e presença de unidade básica de saúde (UBS) perto de casa. Em relação à **autopercepção da qualidade de vida** foi abordada como boa em relação às variáveis sociodemográficas, por (n=864) participantes, equivalentes a 76,5%, com predominância em mulheres 58,6%; na faixa etária 30 à 39 anos 25,7%, escolaridade com predominância do ensino médio 36,8%; presença de um companheiro na condição de casados e ou união estável 47% e 13,2% respectivamente; trabalho formal 45,5%; renda em salários de 1 e 2 salários mínimos, 37,7%; presença de plano de saúde privado, 45,6%; a cobertura do número de pessoas pelo plano de saúde privado 2 à 3 pessoas 22%; e número de consultas médicas nos últimos 12 meses entre 1 e 2 ao ano tiveram autopercepção boa da qualidade de vida em 44%. No estudo, as variáveis explicativas; religião; cor e raça; quantidade de pessoas que moram na mesma casa; a cobertura do número de pessoas por plano de saúde privado e a presença de UBS/ posto de saúde perto de casa não tiveram dados estatisticamente significantes. **CONCLUSÃO:** A Investigação da associação entre a autopercepção de saúde e a qualidade de vida com os determinantes sociais em adultos e idosos revelou importantes resultados dentre os participantes, destaca-se que a autopercepção positiva de saúde resultou em boa qualidade de vida, autopercepção regular de saúde com qualidade de vida regular e de forma similar autopercepção negativa de saúde com qualidade de vida negativa/ruim, a influencia dos determinantes sociais evidenciou condições do cotidiano que se inter-relacionam de maneira significativa com a autopercepção e determinação social da saúde e qualidade de vida.

ABSTRACT

Self-perception in health, quality of life association with social determinants is an important topic to be taken in biomedical discourses and social scientists, for valuing the subjectivity of the subject; Is indicated by the World Health Organization as a method of assessing overall health in large surveys; Includes the biological, psychological and social dimensions of the person. Studies approach the theme in similarities as the guiding question and possibilities of answers; This research was driven by the following question: "How did you evaluate your health in the last 2 months?" And "How did you evaluate your quality of life in the last two months? Self-perception can be inferred as positive or negative and quality of life as good, fair, or poor.

However, it is perceived that social opportunities and inequalities influence the lives of people and the ability to self-evaluate health and quality of life. These are called, in the discourses in health sciences, as social determinants of health (DSS), which broaden the concept of biological health, incorporating aspects of everyday life, culture and work; Which directly affect the maintenance of health status, vulnerability and / or illness. For SDH are the social, economic, cultural, ethnic / racial, psychological and behavioral factors that influence the occurrence of health problems and risk factors in the population; So we understand, that social inequalities can determine unequal lifestyles and behaviors in societies, which also culminates in different health patterns.

GENERAL OBJECTIVE: To investigate the association between health self-perception and quality of life with social determinants in adults and the elderly.

METHODOLOGY: This is a cross-sectional observational study with a probabilistic sample stratified by clusters, composed of 1129 participants, adults and elderly residents of Betim. The present research is a cut from the study SAUVI (Health and Violence: Grants for Formulation of Public Policies for Health Promotion and Prevention of Violence) developed by UFMG; Approved by the Ethics and Research Committee - CAAE number 02235212.20000.5149. All participants signed the informed consent form, being informed of the right of confidentiality and withdrawal of participation at any time in the research. The margin of error was of 1.9% for more or less, and degree of confidence 95%, other data were considered excluding.

Data collection took the form of an interview at the participants' home and the following questions were selected as the guiding principles of the study: How did you evaluate your health in the last two months? How did you evaluate your quality of life in the last two months? Both questions had answers in Likert scale format with five points referenced as (1) Very bad, (2) Bad, (3) Fair, (4) Good, (5) Very good. In addition, participants answered questions regarding social determinants related to the following items: sex, age, schooling, religion, occupation / activity, marital status, color / race, family income, number of residents at home, health plan, medical consultations In the last 12 months, basic health unit / Health Post.

The data were previously typed into a database and checked. The statistical analysis was based on the bivariate distribution of frequencies; To verify the association between self-perception of health and quality of life, a univariate analysis of the variables was performed, having as explanatory variables the questions related to the social determinants of health. In the final study, the variables with (p-value) ≤ 0.05 were considered statistically significant. We also performed an association between the exposure variables in studies and events, using the Pearson Chi-square test for homogeneity, besides this correspondence analysis (CA) was performed as a multivariate exploratory data analysis technique. Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software version 21 and R (Development Core Team) version 3.30 were used for the final analysis of the data. **RESULTS:** Univariate analysis of this study evidenced positive self-perception of health and association with social determinants by (n-811) participants; In relation to sociodemographic variables, the statistically significant data were $p < 0.05$; There was a predominance of positive self-perception of health 66.6%, female 58.4%; Age range 30 to 39 years 26%; High school 37.8%; Occupation / formal and informal work 47.1% and 19.2% respectively; Family income between 2 and 5 minimum wages 37.7%. Regarding the socioassistential variables, the presence of health plan 52% and number of medical consultations between 1 and 2 a year 47.1% were evidenced; We can not find statistically significant results associated with socioeconomic variables: religion, marital status, color / race, number of people living in the same household, coverage of the number of people per private health plan and presence of a basic health unit (UBS) close to home.

Regarding the self-perception of the quality of life was approached as good in relation to sociodemographic variables, by (n-864) participants, equivalent to 76.5%, predominantly in women 58.6%; In the age group 30 to 39 years 25.7%, education with predominance of high school 36.8%; Presence of a partner in the condition of married and or stable union 47% and 13.2% respectively; Formal work 45.5%; Income in wages of 1 and 2 minimum wages, 37.7%; Presence of private health insurance, 45.6%; Coverage of the number of people by the private health plan 2 to 3 people 22%; And number of medical consultations in the last 12 months between 1 and 2 years had a good self-perception of the quality of life in 44%. In the study, the explanatory variables; religion; Color and race; Number of people living in the same household; The coverage of the number of people per private health plan and the presence of UBS / health center close to home did not have statistically significant data.

CONCLUSION: The investigation of the association between self-perception of health and quality of life with social determinants in adults and the elderly revealed important results among the participants, it is emphasized that positive self-perception of health resulted in good quality of life, regular self-perception of health with Quality of life and similar negative self-perception of health with negative / poor quality of life, the influence of social determinants evidenced everyday conditions that are interrelated in a significant way with the self-perception and social determination of health and quality of life.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Análise de correspondência
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde.
CDSS	Comissão sobre Determinantes Sociais em Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde.
ESF	Estratégia de Saúde da Família.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano.
OMS	Organização Mundial de Saúde.
PMB	Prefeitura Municipal de Betim
Q/V	Qualidade de Vida.
R	<i>Development Core Team.</i>
SAUVI	Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
SM	Salários mínimos.
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences.</i>
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Modelo de determinação social de saúde proposto por Dahlgren e Whitehead – (1991)	37
Figura 2. Modelo de determinação social de saúde por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001), adaptado de Diderichsen e Hallqvist, (1998)	38
Figura 3. Modelo de determinação social de saúde por Mackenbach et al: Seleção e causa (1994)	39
Figura 4. Modelo de determinação social de saúde por Brunner, Marmot e Wilkinson: múltiplas influências no decorrer da vida (1999).	40
Figura 5. Modelo proposto Comissão sobre Determinantes Sociais em Saúde/ OMS Solar e Irwin, 2008	48
Figura 6. Pirâmide da Hierarquia das necessidades humanas básicas de Maslow.	58
Figura 7. Pilares de intervenções sobre determinantes sociais proposto por Dahlgren e Whitehead – (1991) adaptado por CARVALHO e BUSS, 2009.	61
Figura 8. Mapa cidade de Betim.	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Autopercepção da saúde	25
Quadro 2: Descrição dos domínios e facetas do instrumento para Avaliação de Qualidade de Vida - WHOQOL-100	30
Quadro 3: Autopercepção da Qualidade de vida.	31
Quadro 4: síntese de estudos sobre qualidade de vida e autopercepção de saúde.	34
Quadro 5: Síntese dos Estudos sobre Determinantes Sociais em Saúde nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde.	51

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Autopercepção da Saúde, Qualidade de Vida, em Adultos e Idosos: Associação Com Determinantes Sociais.	88
TABELA 2. Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Avaliação da saúde)	90
TABELA 3. Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Avaliação da qualidade de vida)	90

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	19
2	CAPÍTULO I	21
2.2	Introdução	21
2.3	Autopercepção de saúde	23
2.4	Quadro 1: Autopercepção de Saúde	25
2.5	Qualidade de vida	27
2.6	Quadro2: Descrição dos domínios e facetas do instrumento para Avaliação de Qualidade de Vida - WHOQOL-100	30
2.7	Quadro3: Autopercepção da Qualidade de vida	31
2.8	Quadro 4: Síntese de estudos sobre qualidade de vida e autopercepção de saúde	34
2.9	Determinantes sociais de saúde	35
2.10	Quadro 5: Síntese de estudos sobre Determinantes Sociais em Saúde nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde	51
3.	CAPÍTULO II	53
3.1	Autopercepção de saúde: Terminologia e Classificação	53
3.2	3.2. Determinantes sociais em saúde ou necessidades em Saúde: Um diálogo para a equidade social	56
4	CAPÍTULO III	64
4.1	Hipótese	64
4.2	Objetivo Geral	64
4.3	Objetivo Específico	64
5.0	CAPÍTULO IV	65
5.1	MÉTODOS	65
5.1	Delineamento do estudo	65
5.2	Instrumentos de coleta de dados	65
5.3	Cenário de estudo	66
5.4	Participantes da Pesquisa	68
5.5	Aspectos Éticos	68
5.6	Procedimentos	68
5.7	Análise de dados	69
	REFERÊNCIAS	71
6.0	Artigo de Resultados	82

ANEXO – A

111

ANEXO - B

112

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo é parte integrante da trajetória profissional da aluna Luciana Joaquina de Vasconcellos; junto a atividades acadêmicas desenvolvidas no Mestrado Profissional de Promoção da Saúde e Prevenção de Violência – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

A escolha do tema deveu-se a inquietações vivenciadas no cotidiano de Enfermeira e professora, e, a partir delas indaga-se: “Como as pessoas percebem sua saúde?”; “O que é ter qualidade de vida?”, “Que condições permeiam o cotidiano das pessoas e condicionam seu o estado de saúde e o desenvolvimento de doenças. Tais questionamentos vieram re-significar meu modo de conduzir o ensino, nas disciplinas ministradas até então, no ciclo de formação específica do enfermeiro. A partir do contato com o termo **autoconceito**, advindo da psicologia e ainda pouco trabalhado na graduação, senti-me motivada e tomei como desafio sua compreensão teórica e a aplicação prática no cuidado enfermeiro-paciente.

No decorrer de minha experiência, percebi que o insucesso das práticas em saúde sugere uma reflexão mais sistemática do cuidado humano, o que requer uma visão mais ampla do conceito de saúde, ambiente e trabalho, assim como a subjetividade do sujeito, experiência de adoecer e perceber a doença.

O termo autopercepção constitui-se como uma das muitas categorias de autoconceito, o que lhe é atribuído um carácter valorativo, a partir da ótica do sujeito, o que resgata toda sua subjetividade, ao revelar facetas complexas, relativas a cognição, comportamentos e emoções.

Trilhando caminhos como enfermeira e no momento professora há nove anos, no Sistema *Kroton* de ensino superior, percebo que poucos profissionais de saúde adotam estratégias de ensinagem, que envolvam a percepção do paciente sobre seu estado de saúde, de forma subjetiva ou real; o que conseqüentemente traz um distanciamento de práticas em saúde que requerem um posicionamento de pró-atividade do paciente.

Dessa forma, compreender a importância do conceito da autopercepção em saúde e suas infinitas possibilidades na avaliação da condição de saúde proporcionou-me ampliar conhecimentos e adotar práticas que melhor sustentam o autocuidado apoiado.

Retomando ao tema autopercepção de saúde, esse é considerado um método simples, de baixo custo, indicado pela *Organização mundial de saúde* (OMS) para mensurar as condições de saúde em grandes inquéritos populacionais; (PAGOTTO, BACHION, SILVEIRA, 2013), mensura aspectos subjetivos e reais da saúde global, além de outros aspectos relativos ao bem-estar e satisfação pessoal, o que pode ser correlacionado a qualidade de vida.

Entretanto, a transição epidemiológica, o acelerado envelhecimento populacional, aliado às desigualdades de oportunidades no Brasil; demonstra que persistem quadros que aumentam a vulnerabilidade de grupos sociais a condições mórbidas de saúde, ou seja, de fundo social. Assim, os determinantes sociais em saúde podem indicar áreas de fragilidades nas sociedades, o que requer maior reflexão, análise e interpretação, destas condições a fim de otimizar recursos, proporcionando mais equidade social.

Logo, nesse cenário; entendo que investigar autopercepção de saúde, qualidade de vida associação com os determinantes sociais torna-se relevante, pois reafirma um novo caminho na práxis profissional e contribui para fortalecimento de políticas públicas de promoção da saúde e qualidade de vida.

Buscando responder aos questionamentos iniciais, esta pesquisa foi organizada em capítulos, o primeiro é destinado à introdução e referencial teórico, trazendo, assim, o arcabouço teórico à pesquisa; o segundo capítulo diz respeito à reflexões sobre o tema, o terceiro à hipótese e objetivos, por último o quarto capítulo, refere-se ao percurso metodológico da pesquisa, os resultados, discussões e considerações finais, cabendo ressaltar que estes foram apresentados sob forma de artigo original; intitulado ***“Autopercepção em saúde e qualidade de vida em adultos e idosos: associação com determinantes sociais”***

2. CAPÍTULO I

2.2. Introdução

O conceito de saúde, hoje considerado complexo e de abrangência variável ao longo do ciclo de vida do indivíduo, toma uma dimensão infindável se abordado pela concepção do sujeito. A literatura desde a década 1990 questionam as múltiplas faces do conceito de saúde postulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a consideram como irreal, ultrapassada e unilateral (SEGRE e CARVALHO, 1997).

Posto; como uma utopia, o conceito de saúde defendido pela OMS, como não apenas a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, não denota as influências do meio ambiente, os determinantes sociais de saúde, assim como a participação do sujeito e sua pró-atividade (LUNARDI, 1999).

Em sentido mais abrangente, encontramos a discussão feita na VIII Conferência Nacional de Saúde 1986; onde se definiu o estado de saúde, como o resultado dentre outras; das condições de alimentação, moradia, educação, lazer, transporte e emprego, e das formas de organização social e de produção, reconhecendo assim a interligação de aspectos subjetivos e também sociais, que são determinantes para o estado de saúde; o que supera a tradição higienista, curativista e medicalizada da medicina tradicional.

Na busca pela melhoria das condições de vida e de saúde da população, pesquisadores brasileiros debatem intensamente a necessidade de implementar políticas sociais e de saúde, que venham dar uma resposta resolutiva as necessidades emergentes no setor. Temas como Saúde e ambiente; Segurança alimentar; Nutrição, Desenvolvimento sustentável, Saúde da mulher e da criança, Saúde reprodutiva, Vigilância, Prevenção e erradicação de doenças transmissíveis, Organização de serviços de saúde; Acesso e qualidade, Uso racional de medicamentos essenciais, Desenvolvimento de vacinas e imunização, Segurança transfusional, Qualidade e uso racional de Medicamentos essenciais; Desenvolvimento de vacinas e imunização, Prevenção e manejo de doenças não transmissíveis, Saúde mental e Promoção da saúde, foram considerados desafios prioritários em saúde para o novo milênio, a fim de consolidar a saúde como bem de todos e como direito coletivo, devendo ser defendido pelo Estado e sociedade civil (BERMUDEZ, 2001).

Contudo, compreender e avançar no significado do conceito de saúde, seus desafios e necessidades para o novo milênio nos remete a questionamentos que ainda carecem de respostas complementares “Como as pessoas percebem sua saúde?”, “O que é ter qualidade de vida?”, “Que condições permeiam no cotidiano que condicionam o estado de saúde e o desenvolvimento de doenças nas pessoas?

Indagamentos como estes e outros, suscitam a participação de outros estudiosos de áreas complementares (Jurídica, Antropologia médica, Administração em Saúde, Educação etc) ao cotidiano dos profissionais de saúde; pois se percebe que no processo saúde-doença, existem condições produtoras de saúde (educação, renda, lazer, trabalho), que se interagem no ambiente e modo de vida das pessoas a outras necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, na dimensão e percepção de saúde dos indivíduos (AGOSTINHO et.al.2010).

Autopercepção de saúde (Self-Rated Health – SRH) é uma variável pouco utilizada na clínica, mas muito confiável e frequentemente abordada em trabalhos científicos devido à sua forte associação com mortalidade, morbidade e uso de serviços médicos, tem se mostrado um método fidedigno e com validade equivalente a outras medidas mais complexas para a mensuração do estado de saúde, contempla diversos aspectos da saúde física, cognitiva e da capacidade funcional de uma pessoa. (SILVA TR, MENEZES PR, 2007, FREITAS; D H M et al, 2010)

A percepção de saúde envolve o autoconceito, sobre o estado real ou objetivo e individual de saúde das pessoas, baseado em preditores negativos e positivos, pode representar o risco de morbimortalidade e também sinalizar como a vida é influenciada pelo problema vivenciado, ou ainda expressar suas concepções de vida saudável. Ao analisar e conhecer a autopercepção de saúde de um sujeito e ou de uma coletividade, os resultados tornam-se muito importantes, pois sua interpretação e modulação pode tendenciar o fortalecimento da autopercepção em saúde e conseqüentemente modificar o padrão de comportamento, de busca pela saúde, além de alterar a morbimortalidade. (BEZERRA, 2011, FREITAS, et AL. 2010)

Há poucos estudos sobre autopercepção da saúde na população brasileira (Dachs J, Norberto W, 2002). O termo autopercepção de saúde vem sendo investigado em estudos variados a partir da década de 1980, concentram-se sua maior parte na área de saúde bucal, saúde do idoso e doenças crônicas (Diabetes Mellitus, Hipertensão arterial e Cânceres), sendo também pouco abordado em estudos que envolvem a associação com qualidade de vida (AGOSTINHO,2010).

Qualidade de vida é um tema complexo, abordado em diversos estudos e áreas de interesses afins, seu conceito enfatiza a satisfação da pessoa com aspectos da vida, saúde, bem estar e felicidade; através da percepção da pessoa, sendo ou não comparada a grupos ou outros padrões conhecidos (PEREIRA, 2012). Devido sua heterogeneidade conceitual, muitas metodologias têm sido adotadas, buscando classificar qualidade de vida nos estudos, sendo geralmente abordadas em quatro categorias: econômica, psicológica, biomédica e geral ou holística (DAY e JANKEY,1996).

Considerando qualidade de vida como um resultado das oportunidades sociais e engajamento a aspirações pessoais, percebe-se estreita influência dos determinantes sociais em saúde (DSS) na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, tomando a dimensão econômica como parâmetro de avaliação social, temos o índice de desenvolvimento humano (IDH) como indicador da qualidade de vida em grandes populações (MYNAIO,2000).

Retomando ao tema autopercepção, qualidade de vida; seu estudo torna-se relevante, por valorizar a subjetividade do sujeito na sua avaliação de saúde e qualidade de vida, resgatando sob a ótica do sujeito, sua própria construção e representação, daquilo que lhe é importante no seu cotidiano; a associação com os determinantes sociais; faz-se necessária pela sua influência direta (distribuição de recursos e oportunidades) e indireta no modo de produção ou de vulnerabilidades em saúde em suas manifestações individuais e coletivas.

2.3. Autopercepção de saúde

A autopercepção em saúde é um tema relevante, atual e seu uso aplica-se em diversos contextos, não somente aos aspectos relativos à saúde e suas necessidades, mas também à gestão e educação. Em estudos futuros, deverá ser bastante empregada, por ser altamente sensível no que tange aos fatores sociais e orgânicos que determinam problemas e desigualdades em saúde, além de sinalizar a maneira como a vida da pessoa é influenciada pelo problema experimentado e, ainda, suas concepções de vida saudável. (ARRUDA *et al*, 2015)

Embora, outras medidas podem ser empregadas na avaliação da saúde dos indivíduos, a autopercepção de saúde mostra-se mesmo que de maneira subjetiva, resultados semelhantes aos de avaliações objetivas de condições de saúde e o auto-relato tem-se tornado um método prático de reunir informações da condição de saúde dos sujeitos de forma prática. (HARTMANN, 2008).

A autopercepção em saúde pode ser conceituada como o reflexo da percepção integrada do indivíduo, inclui as dimensões biológica, psicossocial e social, além de ser um preditor da mortalidade, melhor do que medidas objetivas da condição de saúde. (FOLSTEIN ; 1975; JYLHA,1998). Trata-se de uma importante ferramenta na compreensão do estado e da manutenção da saúde de adultos e idosos, pois essa se mantém constante durante a vida adulta até os 50 anos, quando entra em acelerada queda. (SILVA, 2007).

O termo *autopercepção*, faz parte de um *constructo* pessoal e social maior, advindo da expressão *autoconceito*, muito utilizado em pesquisas na psicologia e saúde mental, assim também como outros subtermos (autoestima, autodesenvolvimento, autorrepresentação, autorregulação, etc.) que refletem o julgamento sobre si mesmo a respeito de “algo” o que contribui para busca e manutenção da saúde, assim como mudança de estilos de vida (FREITAS, *et al.*2016).

O uso do termo autopercepção de saúde foi usado inicialmente por Mossey e Shapiro (1982) em uma pesquisa na qual realizaram um estudo epidemiológico transversal com duração de sete anos, em uma população de 3128 idosos com idade 65 anos e mais. Ao final, evidenciaram o risco aumentado de morte três vezes maior entre os participantes que autoavaliaram sua saúde como ruim, comparado àqueles que referiram ter uma saúde excelente (BURSTROM; FREDLUND, 2001).

Auto-avaliação do estado de saúde é uma variável importante e de alta credibilidade em pesquisas epidemiológicas. Mensura e indica como o indivíduo percebe e interpreta sua condição de saúde de forma real e ou subjetiva, além de predizer riscos de mortalidade e limitações funcionais. (Souza, 2012). Nos estudos, geralmente a pergunta realizada é a seguinte: **“Como o Sr(o)/(a) avalia a sua saúde nos últimos 30 dias”**. (SILVA, 2007). Evidenciando assim condições de saúde sob a ótica do sujeito, associando também dados importantes sobre gestão assistencial. (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

Estudos sobre autopercepção de saúde têm revelado importantes condicionantes, que ampliam o conceito do estado de bom, regular ou ruim. Vêm, ainda, demonstrando

associação com gênero, escolaridade, preservação da capacidade funcional, senso de felicidade e oportunidades nas avaliações positivas. Do do mesmo modo, evidencia-se que a presença de estados mentais alterados, dependência a terceiros e presença de doenças crônicas são referenciadas de forma negativa. (LEBRÃO;LAURENTI, 2005, LOUVISON, *et.al*,2008; BORIM,2014)

Estudos sobre a autopercepção em saúde têm despertando o interesse de estudiosos de diversas áreas; a fim de monitorar indicadores clínicos, comportamento de risco e de mortalidade, como também resultados clínicos e programas de saúde pública.

2.4. Quadro 1: Autopercepção de Saúde.

Autores	Título	Resultados
LEBRÃO Maria Lúcia, LAURENTI, RUI. 2005	Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo.	A pesquisa SABE (Saúde, bem-estar e envelhecimento) foi desenvolvido pela Organização Pan-Americana de Saúde com o objetivo de coletar informações sobre as condições de vida dos idosos (60 anos e mais) residentes em áreas urbanas de metrópoles de sete países da América Latina e Caribe, entre elas, o Município de São Paulo, foram entrevistadas 2.143 pessoas, dentre as variáveis respostas. A auto-avaliação de saúde mostram que 53,8% dos entrevistados consideraram a sua saúde regular ou ruim. Foram também apontados aspectos relevantes como baixa qualidade de vida, influenciada pelo gênero, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidades.
RODRIGUES, M et al. 2008	Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil	O envelhecimento retrata um fenômeno mundial. A atenção básica à saúde é o primeiro nível de serviços de um sistema de saúde. Objetivo do estudo: Avaliar o uso de serviços ambulatoriais, unidades básicas de saúde e outros locais de atendimento, por idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde em municípios com mais de 100 mil habitantes nas regiões Sul, norte e Nordeste do Brasil. Foram entrevistados 4.003 indivíduos, sendo 1.891 na Região Sul e 2.112 na Região Nordeste. Em ambas as regiões o percentual de indivíduos com autopercepção de saúde como regular/ruim foi acima de 60%, os resultados indicam que é preciso aumentar a oferta de serviços ambulatoriais de saúde e garantir o acesso aos idosos, especialmente os portadores de limitações funcionais, na Região Nordeste.

LOUVISON, Marília Cristina Prado et al. 2008	Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo.	A transição demográfica e o envelhecimento populacional introduzem grandes desafios às políticas públicas, em particular nos grandes centros urbanos. OPAS, coordenou a pesquisa SABE (Saúde, bem-estar e envelhecimento) na América Latina e Caribe, no Brasil a cidade participante foi São Paulo, a amostra neste estudo foi de 2.143 idosos, Verificou-se que 46,0% das pessoas idosas auto-avaliaram sua saúde como excelente/muito boa/ boa e 54,0% regular/má. A auto-percepção positiva de saúde diminui à medida que aumenta o número de doenças referidas. Observou-se que 18,6% dos entrevistados referiram apresentar três ou mais doenças crônicas concomitantes, sendo hipertensão a mais prevalente (53,3%). As comorbidades foram mais predominantes (21,9%) entre as mulheres longevas (75 anos e mais). Verificou-se a necessidade de reduzir as desigualdades assistenciais e melhoria de acesso à rede ambulatorial e domiciliar, ajustados às necessidades dos idosos.
AGOSTINHO, Milena Rodrigues et.al.2010	Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS.	A autopercepção da saúde baseia-se em critérios subjetivos e objetivos, sendo influenciada por fatores como sexo, idade, classe social e presença de doenças crônicas. Este trabalho descreve a autopercepção da saúde de usuários adultos adscritos a rede de Atenção Primária a Saúde (APS) de Porto Alegre (RS). A autopercepção foi autopercepção da saúde por meio da pergunta “Comparado com alguém de sua idade e sexo, como você considera sua saúde?”. As respostas foram agrupadas em “boa” ou “ruim”. Foram entrevistados 3.009 usuários, de a faixa etária de 30 a 45 anos 2.355 (78,3%) referiram ter boa autopercepção de saúde, indivíduos em faixas etárias mais elevadas referiram pior autopercepção de saúde do que os mais novos.
SOUZA, Moema S. 2012	Estudo populacional sobre os determinantes da autopercepção de saúde em idosos e residentes em comunidades.	A autopercepção de saúde é um dos indicadores mais empregados em estudos com a população idosa, representa uma visão multidimensional e subjetiva do indivíduo. A população foi constituída de 316 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, não institucionalizados e residentes na zona urbana do município de Lafaiete Coutinho-BA. A prevalência da autopercepção negativa de saúde foi de 58,1% e a ocorrência deste evento associou-se aos extabagistas ($p=0,038$), doenças autorreferidas, tais como: diabetes ($p < 0,001$), artrite ($p=0,007$), doença do pulmão ($p < 0,001$), e uso de dois ou mais medicamentos ($p=0,033$). Os resultados apontaram elevada

		prevalência de autopercepção negativa de saúde entre os idosos e a identificação dos fatores associados a essa percepção.
BORIM, Flávia Silva Arbex et al. 2014	Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos.	O aumento da longevidade no Brasil e no mundo trouxeram mudanças significativas no conceito de saúde e seus indicadores. A correlação entre o estado de saúde medido com indicadores objetivos e subjetivos tende a enfraquecer com o avançar da idade. Participaram da pesquisa 1.432 idosos com idade média de 69,5 anos. Foi utilizado como indicador subjetivo global de saúde. A pergunta “Em geral, você diria que sua saúde é: excelente, muito boa, boa, ruim ou muito ruim?”. Foi observada prevalência de autoavaliação negativa da saúde de 10,9% (IC95% 8,9;13,2) entre os idosos, assim como associação dessa condição subjetiva com indicadores de saúde física e mental, com senso de felicidade e com variáveis socioeconômicas. Tais dados sugerem que a percepção da saúde caracteriza-se não apenas por condições socioeconômicas favoráveis e saúde física e mental preservadas, mas também por bem-estar subjetivo positivo, indicado por sentimento de felicidade.

2.5. Qualidade de vida

O termo qualidade de vida (Q/V) teve sua gênese nos discursos das ciências humanas e biológicas. Apesar de grande relevância social, possui relativa imprecisão teórico-metodológica no que tange à sua conceituação e compreensão, necessitando de certas delimitações que possibilitem sua operacionalização em análises científicas. (SEILD; ZANNON, 2004).

A expressão qualidade de vida foi empregada, com repercussão, pela primeira vez em 1964, pelo presidente dos Estados Unidos à época, Lyndon Johnson, ao declarar que "os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos por meio da qualidade de vida que proporcionam às pessoas." (OMS, 1998, p. 3), (MONTEIRO, Rosangela *et al.* 2010).

A gênese da palavra qualidade vem do latim, derivada do radical “*qualis*”, que significa o modo, ou característica própria de alguma “coisa”, em si mesma, ou relativa a outro

grupo ou “coisa”, podendo adquirir características tanto positivas como negativas. (PEREIRA; SANTOS. 2012).

Na abordagem de Santim (2002), o termo qualidade de vida, refere-se a algo bom, digno e positivo, objetiva a preservação da vida a partir do reconhecimento que o homem é corpo, e sendo assim, exige condições mínimas para viver, sendo também denotado como sinônimo de saúde, felicidade, condições e estilo de vida.

Nos discursos biomédicos, qualidade de vida associa-se à saúde, a condições de saúde, a melhorias de saúde e até mesmo à reflexão de condutas e prognósticos; uma vez que intervenções podem ou não ser realizadas visando a sobrevida e benefício para o paciente, tomando como base aspectos multidimensionais da vida como autonomia, felicidade, independência, espiritualidade, auto-estima dentre outros.

Minayo, (2000) aborda o termo qualidade de vida a partir de parâmetros objetivos (presença ou ausência de oportunidade de satisfação pessoal de necessidades básicas) subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer e outros), criados pelo grau desenvolvimento econômico e social em uma sociedade.

A Aplicabilidade do termo qualidade de vida é vista em pelo menos seis maneiras diferentes. (LOURES, 2009, p. 45)

a) Qualidade de vida como oposto de quantidade de vida, ou seja, duração de vida ou longevidade. Nesse caso, o nível de saúde experimentado durante a vida de um indivíduo ou de uma população deve ser mensurado, pois a longevidade envolve tantos aspectos positivos quanto negativos de saúde.

b) Qualidade de vida como sinônimo de experiência global vivida por um indivíduo, medida como a combinação das condições de vida reais, ou indicadores objetivos (pobreza, segurança, acesso a oportunidade etc.) com participação da vida efetiva, execução de tarefas, ações e comportamentos. Nesse sentido, o termo amplia muito o domínio de saúde e associa oportunidade real e participação real do indivíduo.

c) Qualidade de vida como a satisfação de um indivíduo com todos os aspectos e vida, incluído a saúde. Aqui, o termo se aproxima intimamente do conceito de bem-estar.

d) Qualidade de vida como a importância que o indivíduo atribui a diferentes domínios de vida, incluindo a saúde (seu próprio estado de saúde).

e) Qualidade de vida como felicidade ou bem-estar, medida considerada domínios objetivos (saúde, renda, segurança, oportunidades etc..) ou como uma noção subjetiva,

tanto por meio de perguntas diretas, tal como, “Você (geralmente, regularmente, frequentemente, nunca) está feliz?”; quanto por meio de perguntas sobre os chamados estados de saúde mental positivos “Você se sente cheio de energia?, Você é animado?”

f) Qualidade de vida como uma combinação do que foi descrito, anteriormente.

Percebe-se também que o termo qualidade de vida, vem sendo aplicado nos estudos, como sinônimos de “condições de saúde” e “funcionamento social” “Qualidade de vida relacionada com a saúde” (*Health-related quality of life*) “estado subjetivo de saúde”(“*Subjective health status*”) são conceitos afins, centrados na avaliação subjetiva do paciente, mas que afetam sua percepção, seus sentimentos e comportamentos relativos ao engajamento ou não pela busca, manutenção da saúde e capacidade de viver satisfatoriamente. (FLECK, 2016).

O reconhecimento da multidimensionalidade e transculturalidade que o termo qualidade de vida apregoa, alterou a percepção de políticos, sociólogos, filósofos sobre os aspectos mais amplos das condições de saúde que até então eram veladas (frequência, severidade das doenças, impacto da doença e comprometimento das atividades diárias, medidas de percepção da saúde, medida de disfunção e status funcional), o que reforça a compreensão de não apenas controlar sintomas ou diminuir a morbimortalidade, mas sim acrescentar vida aos anos que se vive. (FLECK, 2000).

Mas como avaliar tanto aspectos biológicos, psicossociais, subjetivos e de autopercepção de forma qualitativamente e quantitativamente? A inexistência de um instrumento que avaliasse qualidade de vida, em suas múltiplas dimensões conduziu a OMS a constituir um grupo de estudo (Grupo WHOQOL), com o objetivo de desenvolver instrumentos capazes de fazê-lo dentro de uma perspectiva internacional.

O grupo de pesquisadores da OMS desenvolveu o instrumento *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) em 1995, de modo a estabelecer parâmetros de avaliação da qualidade de vida de forma contínua entre o meio ambiente e demais aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais. (FLECK,2000), definiu também o atual conceito de Q/V apregoadado

Como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. (The WHOQOL Group, 1995)

O primeiro instrumento de avaliação da qualidade de vida desenvolvido pelo WHOQOL Group, foi o WHOQOL-100, composto de 100 questões sobre seis domínios

estruturados: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente, e espiritualidade. (CANAVARRO, 2010)

Vários países e culturas diferentes participaram e contribuíram para sua construção, também sendo desenvolvida uma versão brasileira. (FLECK, 2000).

2.6. Quadro 2: Descrição dos domínios e facetas do instrumento para Avaliação de Qualidade de Vida - WHOQOL-100.

Domínios	Facetas
I - Físico	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso
II – Psicológico	4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Auto-estima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos
II – Nível de independência	9. Mobilidade 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
IV- Relações sociais	13. Relações pessoais 14. Suporte (Apoio) social 15. Atividade sexual
V- Ambiente	16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 23. Transporte
VI – Aspectos espirituais/ Religião/ Crenças pessoais	24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Fonte: adaptado de FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al . 1999

Entretanto a aplicação do WHOQOL-100 a grandes inquéritos epidemiológicos torna seu uso restrito, assim o grupo de Qualidade de Vida da OMS, criou WHOQOL-bref, um instrumento mais curto, mas que preserva a intencionalidade e características psicométricas de avaliação da qualidade de vida. Atualmente uma versão do WHOQOL-

bref, em português foi desenvolvida pelo GRUPO WHOQOL do Brasil, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul em Porto Alegre.

A mensuração da qualidade de vida, pode ser realizada sob vários aspectos, variando de acordo com a abordagem e objetivos do estudo, sendo destaque a avaliação de suporte social e qualidade de vida pelo índice de desenvolvimento humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, O IDH, vem sendo bastante aplicado no mundo pela facilidade de aplicação na avaliação de realidades relativas qualidade de vida trata-se de um indicador sintético de capacidades que mensura níveis de renda (produto interno bruto, per capita), saúde (esperança de vida ao nascer) e educação (taxa de alfabetização de adultos e taxas de matrículas nos níveis primário, secundário e terciário combinados) de determinada população. Medidas relacionadas à saúde seguem padrões direcionados pela classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde, modo a expressar as condições de qualidade de vida e sua relação com a saúde. (MINAYO, 2000), (LAURENTI, R,2003)

A mensuração da qualidade de vida torna-se importante para fundamentar não somente os aspectos bio-psicobiológicos do sujeito, mas também subsidiar conhecimentos para a implementação de políticas públicas de saúde, assistência e seguridade social.

2.7. Quadro 3: Autopercepção da Qualidade de vida.

Autores	Titulo	Resultados
KUSUMOTO, Luciana <i>et al.</i> 2008	Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde.	A insuficiência renal crônica terminal (IRCT) é uma doença crônica, progressiva, debilitante, que causa incapacidades e que apresenta alta mortalidade, A IRCT é o resultado final do comprometimento da função renal. Para manter a homeostasia interna do organismo, modalidades de tratamento da IRCT, para substituição parcial das funções renais, são: diálise, que subdivide-se em hemodiálise e diálise peritoneal e transplante renal. Os aspectos da vida dos pacientes que podem estar afetados têm sido investigados por meio da avaliação da qualidade de vida (QV). Já, os aspectos relacionados às doenças e/ou tratamentos, têm sido abordados pela mensuração da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). Objetivo caracterizar a população de pacientes adultos e idosos em hemodiálise residentes em Ribeirão Preto-SP; avaliar e descrever as diferenças da QVRS destes pacientes. Amostra foi de 194 pacientes em hemodiálise em quatro serviços de diálise do município. Os instrumentos utilizados foram: para caracterização da população, Mini Exame do Estado Mental e Doença renal e Qualidade de Vida(Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SF). O estudo demonstrou

		que a IRCT e seu tratamento, na maioria das vezes, causam incapacidades físicas e emocionais, ambas interferem na vida dos adultos e idosos.
CHAVES, Érika de Cássia Lopes <i>et al.</i> 2011	Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: Um estudo Transversal.	A mudança do perfil demográfico no Brasil direciona o país em 2025 para o sexto lugar no mundo com pessoas com mais de 60 anos. A depressão no idoso tem sido apontada como causa de piora da qualidade de vida, enquanto a religiosidade torna-se um recurso na busca do equilíbrio pessoal. Objetivo investigar a qualidade de vida e a presença de sintomas depressivos em idosos e identificar a sua relação com a religiosidade. Participaram da pesquisa 497 idosos de uma ESF cidade de Alfenas, Minas Gerais/ 2011, para a coleta de dados foram utilizados os instrumentos: Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF); Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (EDG-15); Escala de Religiosidade de Duke (DUREL); e um formulário contendo informações sociodemográficas. Os idosos apresentaram elevado índice de religiosidade, o que se associou de forma positiva à qualidade de vida, mas sem relação com os sintomas depressivos. Os resultados indicaram alto grau de satisfação em relação à qualidade de vida, embora 83% dos idosos tenham apresentado depressão leve.
ZAVARIZE, Sergio Fernando; WECHSLER, Solange Muglia. 2012.	Perfil criativo e qualidade de vida: implicações em adultos e idosos com dor lombar crônica.	A lombalgia é considerada uma das alterações musculoesqueléticas mais comuns nas sociedades industrializadas, afetando 70% a 80% da população adulta em algum momento da vida, no Brasil, aproximadamente 10 milhões de brasileiros ficam incapacitados em razão da dor lombar e pelo menos 70% da população sofrerão uma ocorrência de dor durante a vida. A dor pode ser influenciada por fatores constitucionais, individuais, posturais e ocupacionais. A criatividade pode ser compreendida como um processo no qual existem interações das habilidades cognitivas, características de personalidade e elementos ambientais que facilitam o sujeito a alcançar as descobertas criativas, supondo-se que as pessoas criativas podem ter maiores possibilidades de adaptação e reorganização de suas vidas por meio do processo criativo, esperam-se melhores índices de qualidade de vida para esses indivíduos, quando portadores de dor lombar crônica. O objetivo deste estudo foi realizar a investigação das relações entre a criatividade (perfil criativo), qualidade de vida e a dor lombar crônica em indivíduos adultos e idosos. Amostra foi composta por 158 participantes, 105 mulheres e 53 homens, de 30 a 88 anos, portadores de dor lombar crônica e diagnóstico de osteoartrose lombar, inscritos em cinco clínicas especializadas. Instrumentos utilizados: Escala do Perfil Criativo; Whoqol-bref; Escala Visual Analógica; Questionário Complementar. A Escala do Perfil Criativo apresenta cinco fatores que foram investigados nesta pesquisa. Destes cinco, três se relacionaram significativamente com a qualidade de vida: Ousadia, Individualismo e Intuição, embora os fatores Tradicionalismo e Prudência não tenham apresentado resultados significativos, indicaram tendências com a qualidade de vida, e futuros estudos.

RUSA,Suzana Gabriela <i>et al.</i> 2013	Qualidade de vida/ espiritualidade, religião e crenças pessoais de adultos e idosos renais crônicos em hemodiálise.	A doença renal crônica(DRC) consiste na perda progressiva e irreversível da função renal (glomerular, tubular e endócrina) tem relevância no cenário das doenças crônicas não transmissíveis devido ao aumento gradual, alta morbimortalidade e custo elevado de tratamento não curativo, o estágio terminal influencia nas dimensões biológica, psicológica, econômica e social do paciente, podendo interferir na Qualidade de Vida (QV). A religião e a espiritualidade são importantes para o paciente dialítico, uma vez que essas se mostram influentes em aspectos importantes da QV e enfrentamento da doença. Objetivo foi avaliar a QV/espiritualidade, religião e crenças pessoais de pacientes renais crônicos em hemodiálise (HD), por meio do WHOQOL-bref e WHOQOL-SRPB. Participaram da pesquisa 110 pacientes com diagnóstico de DRC, maiores de 18anos, em tratamento dialítico ambulatorial, em uma clínica de nefrologia da cidade de São Paulo de janeiro a abril, em 2013. Resultados a maioria dos respondentes era do sexo masculino (67,27%), com idade média de 55,65 anos, católica (55,45%), com ensino fundamental incompleto (33,64%) e sem ocupação formal (79,08%). Os domínios do WHOQOL bref com maior e menor pontuação média foram, respectivamente, psicológico e físico. Os domínios do WHOQOL-Spirituality, Religion and Personal Beliefs, de menor e maior pontuação média foram, respectivamente, totalidade e integração. Assim os respondentes apresentaram elevados escores de qualidade de vida, especificamente nas dimensões referentes à espiritualidade, religião e crenças pessoais. Evidenciaram-se prejuízos no domínio físico da qualidade de vida, possivelmente em decorrência do tratamento hemodialítico.
VILLA NOVA, Fabio Antonio <i>et al.</i> 2015	Associação do risco familiar com saúde bucal, qualidade de vida e variáveis socioeconômicas..	A forma de ver a doença e o paciente vem mudando substancialmente nos últimos 30 anos, os conceito de qualidade de vida, estilo de vida, fatores de risco, promoção da saúde, determinantes de saúde, são termos que estão em evidência na literatura em busca de melhor direcionar o planejamento em saúde pública. As desigualdades sociais podem levar a fatores de risco comuns a diversas doenças, incluindo as orais. Objetivo do estudo avaliar a relação do risco familiar com saúde bucal, qualidade de vida e variáveis socioeconômicas. Amostra foi composta de 311 indivíduos com idade entre 18 e 71 anos, de ambos os sexos, residentes na área de abrangência de quatro unidades de saúde da família (USF), localizadas em dois municípios do estado de São Paulo, instrumentos utilizados (1) situação clínica (CPO-D e necessidade de tratamento), (2) autopercepção de saúde bucal (OHIP-14), (3) qualidade de vida (WHOQOL-BREF), e (4) condição socioeconômica, para avaliar o risco familiar. Os resultados destacam que os indivíduos que pertenciam às famílias classificadas de maior risco, tinham uma pior autopercepção de saúde bucal do que a qualidade de vida geral, visto que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal avaliada por meio do indicador OHIP-14 associou-se positivamente à escala de risco utilizada para a análise dos dados. Entretanto, o instrumento que avalia a qualidade de vida geral, o

		WHOQOL-BREF- não foi associado a esta variável. Em relação ao risco, no modelo multinível, observou-se que apresentaram maior risco total os indivíduos de maior idade, que moravam em casas com mais residentes e com menos anos de escolaridade. Na escala de sentinela de risco “aglomeração familiar” tem grande peso no escore final, pois nesta situação os indivíduos estão mais propensos às doenças infectocontagiosas, bem como a baixas condições de higiene, também apresentaram uma pior autopercepção da saúde bucal, embora não percebessem uma pior qualidade de vida em geral.
--	--	---

A busca de referencial teórico associando os temas Qualidade de Vida e Autopercepção em Saúde, no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) resultou em uma (1) tese de doutorado e dois (2) artigos científicos.

2.8. Quadro 4: Síntese de estudos sobre qualidade de vida e autopercepção de saúde

Autores	Titulo	Resultados
RABELO, Dóris Firmino <i>et.al.</i> 2008	Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos.	O envelhecimento traz muitas questões a serem respondidas, as condições crônicas tornam-se um dos grandes enfrentamentos, a hipertensão arterial é a condição que mais afeta os idosos, causando incapacidades e aumento da dependência a terceiros. O objetivo foi investigar o estilo de vida, as condições de saúde e a auto-percepção da saúde e da qualidade de vida entre idosos hipertensos e não hipertensos do município de Patos de Minas (MG). Participaram da pesquisa 384 idosos, foram utilizados instrumentos de Anamnese, Escala de Lawton; Mini-Exame do Estado Mental; Escala de Qualidade de Vida de Flanagan. Resultados: Estilo de vida, tanto os idosos hipertensos quanto aqueles sem esta condição participam mais de atividades religiosas, a prática tabagista eram duas vezes mais em fumantes hipertensos, do que em não hipertensos, ambos compareciam em consultas médicas regularmente, Condições de saúde, uma quantidade maior de idosos hipertensos (63,3%) está em tratamento de saúde atualmente do que os não hipertensos (38,8%), verificou-se a associações de outras comorbidades entre os hipertensos (problemas cardíacos, diabetes, dislipidemias, e dificuldade visual, Saúde percebida e Qualidade de vida apontou que dentre os hipertensos a autopercepção negativa 8,5% foi expressiva, tendendo a sofrer maiores impactos, a Percepção da saúde comparada a de outras pessoas, comparadas a 5 anos anteriores e 5 anos posteriores também sofreram avaliação negativa pela presença da hipertensão.

SANTOS, Camila Mello. 2009	Avaliação Longitudinal da mudança na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos.	O aumento da expectativa de vida da população demanda ações que visem a avaliar e a melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos. Objetivo do estudo foi descrever as mudanças de qualidade de vida relacionada à saúde bucal e avaliar os fatores determinantes destas mudanças em idosos do sul do Brasil. Amostra 872 pessoas, idosas, residentes em no município de Carlos Barbosa – RS, para o estudo um questionário com informações sócio-demográficas e condição de saúde, qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHIP-14), nos anos de 2004-2008. A autopercepção em saúde foi descrita de forma “decréscimo e acréscimo”. Resultados: Os indivíduos apresentaram 34,7% decréscimo e 31,7% dos indivíduos apresentaram acréscimo na mudança da qualidade de vida relacionada à saúde bucal.
FRÉO, Bianca.2014	Manifestações bucais em pacientes portadores de insuficiência renal crônica: Correlações com níveis de ansiedade e depressão, percepção de saúde oral e qualidade de vida.	A Insuficiência Renal Crônica (IRC) tem como doenças de base a hipertensão arterial e o Diabetes Mellitus, tal afecção tem caráter crônico e acarreta redução ou limitação da capacidade de filtração glomerular dos rins, causando uremia, e alterações graves em diversos sistemas orgânicos (cardiovascular, hematológico, dermatológico, neurológico etc..) Objetivo caracterizar as manifestações orais de pacientes com IRC, buscando estabelecer correlações entre o estado de ansiedade e depressão, qualidade de vida, valorização da saúde oral; características biodemográficas e status da insuficiência renal. Amostra foi composta de 98 pacientes maiores de 18 anos, de duas instituições especializadas em hemodiálise, e um grupo controle não portador de IRC, na investigação foram aplicados questionários referentes à qualidade de vida (Sf36), indicativo de depressão (Inventário de Beck) e percepção de saúde bucal (OHIP-14). Os resultados indicaram níveis maiores de ansiedade e depressão, declínio na qualidade de vida e percepção de saúde bucal em mulheres. A qualidade de vida relatada como ruim influencia negativamente o sintoma de depressão que, por sua vez, reduz a percepção de saúde oral.

2.9. Determinantes sociais de saúde

Nos discursos atuais entre saúde pública e medicina, compreende-se que seus enfoques biológicos e sociais têm se aproximado e revelado outras faces objetivas e subjetivas do processo saúde–doença. Estudos realizados sobre equidade, desigualdade, vulnerabilidade social têm demonstrado estreitas relações com renda per capita e adoecimento. (ZIOE, WESTPHAL,2007).

O conceito de determinantes sociais em saúde surgiu em meados da década 70, focou os riscos e limitações das intervenções sobre a saúde dos indivíduos e populações. Assim, considera-se que DSS são todas as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, ou seja, o cotidiano, dentro das quais a vida transcorre.

Os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde, juntamente com seus fatores de risco (BUSS e FILHO, 2007), compreende-se também as características pessoais dos indivíduos e rede de apoio social (salário, função).

Com o objetivo de reduzir as desigualdades em saúde, a OMS em 2005, estabeleceu a Comissão Determinante Sociais em Saúde. Sua criação no Brasil representa um avanço e uma tentativa de fomentar mudanças nas políticas públicas de saúde. (SOBRAL e FREITAS, 2010)

A busca pela equidade nas políticas públicas tem sido uma condição *sine qua non* para a redução das desigualdades sociais e disparidades nos sistemas de saúde, onde propostas prioritárias são: (1) melhoria da saúde das populações em desvantagem, através de programas-alvo; (2) diminuição das disparidades de saúde entre aqueles expostos a circunstâncias sociais mais pobres e os grupos em melhor situação; (3) tratar de maneira completa, a associação entre a posição sócio-econômica e a de saúde em toda uma população. (Comissão Determinantes Sociais, 2005, p. 23)

Muitos pesquisadores nos últimos 15 anos, desenvolveram modelos explicativos sobre os determinantes sociais em saúde, e vem correlacionando-os às condições que influenciam no processo saúde doença, em vários grupos sociais.

Dentre os principais modelos, há aqueles propostos por Dahlgren e Whitehead (1991); Diderichsen e Hallqvist (1998); adaptado subsequentemente por Diderichsen e Whitehead (2001); Mackenbach (1994); e o de Marmot e Wilkinson (1999). Esses modelos são importantes para demonstrar as formas de contribuição dos determinantes sociais de saúde sobre o condicionamento e manutenção de doenças em grupos sociais diversos. (COMISSÃO DETERMINANTES SOCIAIS, 2005).

O modelo de Dahlgren e Whitehead: *Influência em camadas* (1991), inclui os DSS dispostos em diferentes camadas. No núcleo central, encontra-se o indivíduo com suas características pessoais e hereditárias que se articulam com os demais níveis de estilo de vida, rede social e condições econômicas, culturais e ambientais. (BUSS e FILHO, 2007). Conforme demonstrado na figura 1

Figura 1 - Modelo de determinação social de saúde proposto por Dahlgren e Whitehead – 1991

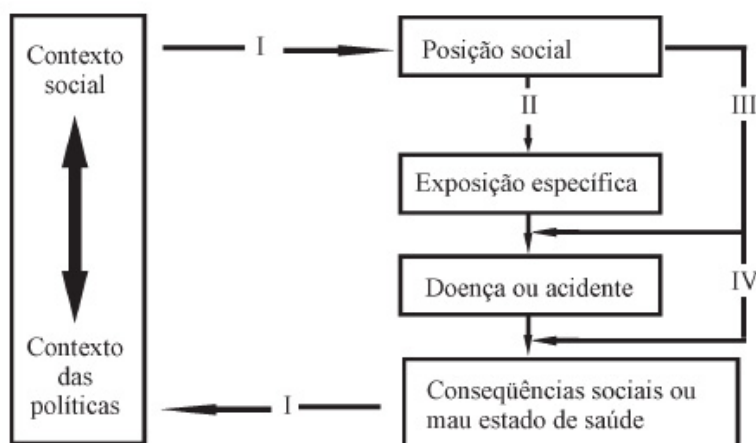


Fonte: Comissão Determinantes Sociais, 2008.

Sobral e Freitas (2010), interpretaram o modelo de saúde proposto por Dahlgren e Whitehead, nomeando-o de determinantes proximais ou individuais (sujeitos dispostos na base com suas características individuais), que participam ativamente da camada seguinte denominada estilo de vida; determinantes intermediários (acesso alimentos, ambientes saudáveis e serviços assistenciais e educacionais), o que forma a rede de oportunidades sociais e consequentemente as desigualdades e iniquidades sociais e em saúde; e, por último, os macrodeterminantes (condições culturais, socioeconômicas e ambientais), que influenciam as camadas subjacentes, determinando ou não vulnerabilidades nas pessoas e grupos sociais.

O modelo de Diderichsen e Hallqvist: *Estratificação social e produção de doenças* (1998) foi adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001). Para esses estudiosos, o modo de vida em sociedade é dado pela estratificação social e os mecanismos sociais de distribuição de poder e riqueza, ou seja, dependendo da posição do indivíduo na sociedade, esse possui oportunidades ou vulnerabilidades sociais, que podem diminuir ou elevar os fatores e condições que podem ser prejudiciais à saúde.

Figura 2 - Modelo de determinação social de saúde por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001), adaptado de Diderichsen e Hallqvist, (1998)

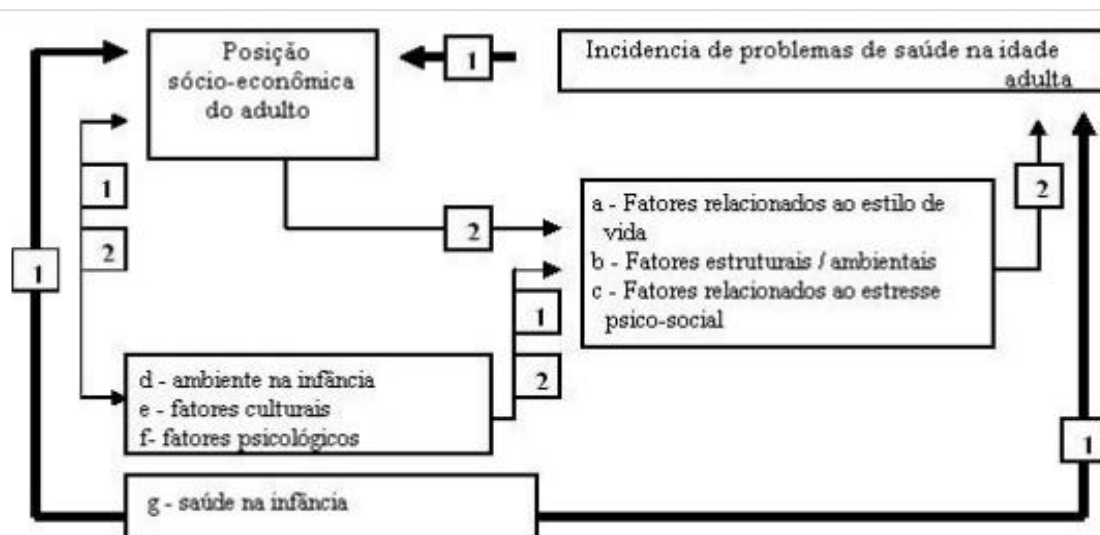


Fonte: Comissão Determinantes Sociais, 2008.

Neste modelo, o contexto social aparece interligado ao contexto das políticas no mesmo nível, os indivíduos transitam em quatro categorias (posição social, exposição específica, doença ou acidente, consequências sociais ou mau estado de saúde), que retornam novamente ao contexto das políticas. Para Buss e filho (Ver a questão do filho que falei anteriormente.) (2007), através da identificação da posição social e dos riscos é possível identificar pontos para intervenções de políticas, visando minimizar os diferenciais de DSS originados pela posição social dos indivíduos e grupos.

Modelo Mackenbach *et.al* : Seleção e causa (1994): aborda as desigualdades em saúde; discute os mecanismos de causa e efeito da distribuição desigual de bens e serviços entre grupos sociais; aborda as consequências/efeitos na vida adulta das disparidades de oportunidades sociais e ambientais (Comissão Determinantes Sociais, 2005)

Figura 3 - Modelo de determinação social de saúde por Mackenbach et al: Seleção e causa(1994)



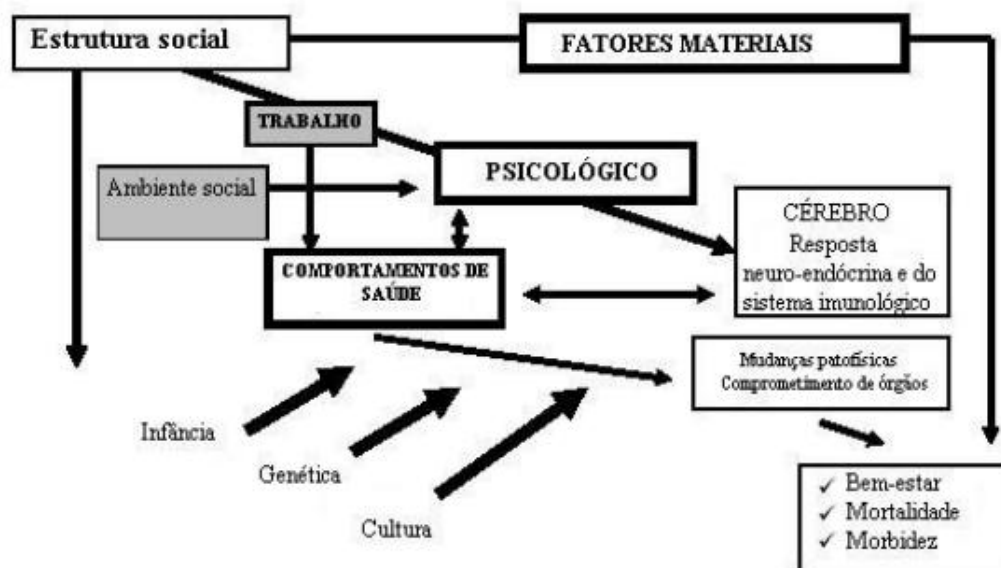
Fonte: Comissão Determinantes Sociais, 2005.

Os autores enfatizam que as condições de distribuição, organização e utilização dos recursos em saúde, são interligadas desde a infância do indivíduo, percorrendo todo o ciclo de vida, o que define o padrão morbimortalidade em diferentes grupos sociais. (Comissão Determinantes Sociais, 2005).

Modelo Brunner, Marmot e Wilkinson: múltiplas influências no decorrer da vida (1999), demonstram como as desigualdades socioeconômicas de saúde, são resultantes da exposição aos riscos ambiental, psicológico e comportamental no decorrer da vida, sendo influenciadas por circunstâncias materiais, não materiais, genéticas e culturais. (Comissão Determinantes Sociais, 2005).

Consideram de forma interligada as práticas curativas e preventivas, tendo na infância um papel importante de associação de comportamentos em saúde, sendo influenciado pelo social e ambiente.

Figura 4. Modelo de determinação social de saúde por Brunner, Marmot e Wilkinson: múltiplas influências no decorrer da vida (1999).



Fonte: Comissão Determinantes Sociais, 2005.

Os diversos modelos buscam explicar como os determinantes sociais em saúde influenciam (direta e indiretamente) no processo saúde-doença nos indivíduos e populações. Focando os mecanismos que geram as desigualdades em saúde, compreendemos que a saúde depende das condições socioeconômicas (ambiente, trabalho, renda, lazer, alimentação, transporte), mas não somente delas; reconhecendo assim o papel biológico (sexo, raça, idade, genética), tornando assim uma dimensão social e biológica, da mesma forma individual e coletiva.

A OMS reconhece que nem todos os determinantes sociais influenciam no processo saúde-doença. Da mesma forma, os mais importantes são aqueles que geram estratificação social (distribuição de renda; o preconceito com base nas diferenças de gênero, a etnia ou deficiências) e estruturas políticas e de governança que mantêm, ao invés de reduzir as iniquidades relativas ao contexto social. (OMS, 2011).

As desigualdades sociais em saúde podem ser entendidas como a distribuição desigual de bens e serviços entre grupos sociais, essas podem ser agravadas por fatores demográficos, ambientais, acesso aos bens e serviços de saúde e de políticas sociais. Dessa forma, podem-se encontrar padrões de saúde, doença e seus determinantes desigualmente distribuídos nas populações. (DUARTE, *et.al* 2002).

Zione e Westphal (2007), discutem os DSS sob o foco preocupante de justiça social e ética. Para as autoras, o Brasil se destaca na América Latina por ter um núcleo oficial para estudos de determinantes sociais da saúde (DSS). Comentam, ainda, que os DSS reaparecem no cenário de discussões da sustentabilidade, da estratificação social e dos objetivos para a saúde no novo milênio, devendo produzir condições sociais de vida, espaços de cidadania e promoção da saúde.

A saúde como direito, é um estado almejado por todos na sociedade. Contudo, a presença da relação dual saúde-doença esta presente; variando no espaço e tempo. Ainda que não totalmente compreendida, saúde, doença e normalidade não são conceitos estáticos, são fenômenos interligados ao biopsíquico, ambiente e o social, o que preconizam estratégias para a redução das iniquidades em saúde. (CONTRANDRIOPOULOS, 1998). As condições de saúde das pessoas e populações são dependentes da economia e estratificação social, que determinam distribuição de poder, riqueza e oportunidades nas classes sociais. (CARVALHO, 2013).

No Brasil, país em desenvolvimento com intensas modificações sociais, ambientais e econômicas, os determinantes sociais em saúde originam desigualdades que levam a um cenário de doenças carências, crônicas, agravos transmissíveis e não transmissíveis, típicos de países já desenvolvidos, configurando a condição de carga dupla de doenças. (DUARTE *et.al* 2002).

Compreender a importância dos determinantes sociais na produção de saúde é também valorizar e entender o que a própria saúde representa para a sociedade, assim a saúde e o bem-estar contribuem para outras prioridades sociais como a educação, a coesão social, a preservação do meio-ambiente, o aumento da produtividade e o desenvolvimento econômico. Assim, reduzir as iniquidades decorrentes das desigualdades sociais em saúde requerem ações/intervenções coordenadas e de cunho social. (CARVALHO, 2013).

O modelo de DSS de Dahlgren e Whitehead (1991) - (Influência em camadas) - oferece arcabouço teórico para muitos estudos (BUSS e FILHO, 2007; COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS, 2008; CARVALHO e BUSS, 2009; BADZIAK e MOURA, 2010, SOUZA, SILVA e SILVA, 2013; GARBOIS, SODRÉ e ARAÚJO, 2014; BORDE, HERNANDEZ-ALVAREZ e PORTO, 2015, ROCHA e DAVID, 2015; FIORATI, ARCÊNCIO e SOUZA, 2016), envolvendo o processo saúde-doença. Evidenciou-se o consenso de que os determinantes sociais (condições de vida, trabalho e suporte social) de indivíduos e grupos estão relacionadas com o modo de produção em saúde.

A presença das iniquidades em saúde, advindas dos DSS, resultam de uma interação de fatores Históricos, sociais e biológicos; que desafiam organizações internacionais e nacionais a fomentar medidas para o seu enfrentamentos.

Estudos que abordam os DSS intensificaram-se no século XX, quando as ciências em saúde angariou o termo social. (SOUZA, SILVA e SILVA, 2013) Os problemas de saúde de origem social vêm sendo discutidos na literatura sob a forma de iniquidades em saúde, em três gerações distintas de análises. (BUSS e FILHO, 2007; SOUZA, SILVA e SILVA, 2013 e FIORATI, ARCÊNCIO e SOUZA, 2016). A primeira final década de 1970 buscou analisar e descrever as relações existentes entre pobreza e saúde; a segunda, entre 1980 e 1990, descreveu os gradientes de saúde com vários critérios de estratificação socioeconômica; a terceira e atual reporta aos estudos de Adler, (2006), e seu questionamento, como a estratificação social, “entra” no corpo humano, ou seja, investigar os mecanismos de produção das iniquidades em saúde.

As iniquidades em saúde tomadas como desigualdades sistemáticas, evitáveis, injustas e desnecessárias (CNDSS, 2008; FIORATI, ARCÊNCIO e SOUZA, 2016) manifestam-se pela exclusão de pessoas e grupos a serviços públicos, bens materiais imateriais e demais oportunidades. Buss e Filho(2007); comentam que existem vários mecanismos de produção das iniquidades de saúde, tendo destaque àqueles relacionados aos aspectos *físicos materiais* (diferença de renda, escassez de recursos individuais e comunitários); *condições psicossociais* (aborda a interação da percepção das desigualdades sociais, os mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, compreendendo que os indivíduos percebem tais condições por mecanismos psicobiológicos e vivências diferentes); *enfoques ecossociais ou multiníveis* (integram abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica) e, por último, os *aspectos de coesão social e solidariedade* (analisa as relações entre a saúde das populações e as desigualdades entre indivíduos, grupos e ações de solidariedade existentes), que na perspectiva da CNDSS, (2008), representam o mais importante mecanismo pelo qual as iniquidades socioeconômicas impactam negativamente a situação de saúde, com reflexos multidimensionais como baixos investimentos no capital humano, indicadores de saúde diminutos(não alcançados), participação política irrelevante, exclusão de pessoas e grupos nos espaços de decisões comunitárias; incidência maior de violência e autoavaliação de saúde negativa.

O conceito de saúde concebido pela OMS é discutido no relatório final da CNDSS, (2008); Rocha e David, (2014); Garbos, Sodré, Arbois, Sodré e Araújo, (2014); sob o prisma biológico. Contudo, destaca-se a correlação entre saúde e direito. A saúde e suas condições são tomadas como direito social e dever do estado, sua garantia. (CNDSS, 2008, BADZIAK e MOURA, 2010) A temática introduzida por Rocha e David (2014), determinação social da saúde, contribuiu na formação da epidemiologia social e história do movimento sanitário brasileiro. O caráter histórico e social da produção saúde - doença é um tema de reflexão humana muito antiga; muitas teorias buscavam explicar os fenômenos das doenças (teorias mágico, sacerdotais, teoria dos humores de Hipócrates, teoria dos miasmas e outras), perdurando por longos anos. Com o advento do hospital como clínica, rompe o pensamento cristão que interligava doenças-pecado, hospital- abrigo/conforto e banimento de doenças (SCLIAR,2007).No século XIX, os estudos de Pasteur e Kock sobre microbiologia, a fundação da primeira escola de saúde pública nos Estados Unidos, na Universidade Johns Hopkins, representaram avanços importantes para a saúde pública como campo científico e social. (BUSS e FILHO, 2007).

Durante o século XX, o enfoque biológico das doenças centrava-se na cura e prevenção de doenças epidêmicas, mas a expansão da medicina social, originada na Alemanha, século XVIII, sustentada por arcabouços teóricos e caracteres de cunho político, higienista e de assistência social inclusivista de trabalhadores, colocou em discussão a produção social da saúde. No Brasil, a medicina social teve início na década de 1970, contudo consolida-se como política pública efetiva em 1986, por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde (SOUZA, SIVA e SILVA, 2013 ; ROCHA e DAVID, 2015). A contribuição da medicina social para a compreensão do processo saúde-doença centra-se sob dois pilares, o primeiro, a causalidade, que reforça o caráter simultâneo biológico e social, individual e coletivo das condições de saúde e produção das doenças e agravos; o segundo baseia-se na teoria da produção social da saúde, reconhecendo os aspectos históricos e organizacionais da sociedade de forma indissociáveis na construção do padrão de saúde da coletividade.

Considerando os estudos de Souza, Silva e Silva (2013); Rocha e David (2015), sobre saúde e os DSS, percebemos algumas similitudes.Os autores buscaram nos estudos de Marx; 1996, a fundamentação para analisar as desigualdades sociais e seus impactos para Souza, Silva e Silva (2013),o modo de produção capitalista determina a organização de uma sociedade com desigualdades sociais e classes antagônicas

(burguesia e proletariado), em que o trabalho é realizado com base na exploração de classes, gerando riqueza para uns e pobreza para outros. Rocha e David (2015); comentam que o capitalismo socializou o corpo, enquanto força de produção e trabalho para a expansão e acúmulo do capital, trazendo alguns desdobramentos ao modelo de saúde sanitaria, ate então pouco discutidos, ou seja, o social, neste momento, a sociedade passa a ter interesse pela saúde das pessoas, a proteção da saúde deve ser assegurada pela sociedade, as condições sociais e econômicas influenciam a saúde e doença e essas precisam ser estudadas cientificamente. A proteção da saúde envolve medidas tanto sociais quanto médicas.

Os autores admitem o caráter mútuo das condições de saúde (biológico e social), discutem o nível de saúde decorrente da estratificação social e distribuição desigual dos fatores produtores de saúde. Concebem a saúde interligada às formas de organização social, o que vem a reforçar a causalidade social das doenças fundamentada na determinação social das doenças. Os DSS explicam as diferenças de saúde entre os grupos sociais, podendo assumir um caráter reducionista ao discutirem dados epidemiológicos de forma individualizada, sem considerar todos os fatores sociais que podem estar ou não envolvidos no processo de adoecimento do indivíduo e da população (ROCHA e DAVID, 2015), perpetuando os interesses de campos de conhecimento hegemônicos, como também a visão da epidemiologia tradicional, as desigualdades sociais e a pauperização de massas.

Corroboram que as desigualdades sociais originam as iniquidades em saúde, com impactos negativos, visando a justiça social. A redução das desigualdades sociais torna-se imperativa para a transformação da sociedade o que implica no reconhecimento histórico, social e material na determinação social da saúde.

Por fim, Souza, Silva e Silva (2013), afirmam que o entendimento da lógica capitalista e seus efeitos deletérios sobre a saúde é a base para o reconhecimento da importância dos DSS na produção de saúde dos indivíduos e coletividades, as iniquidades em saúde somente serão superadas pela sociabilidade. Rocha e David (2015) ainda recomendam medidas para o enfrentamento das iniquidades em saúde através do desenvolvimento de políticas intersetoriais e econômicas, garantia da participação popular nos espaços de decisões coletivas e valorização dos indivíduos; vindo assim contribuir na transformação da sociedade.

Revisitando o cenário de produções científicas acerca dos DSS, iniquidades em saúde e estratégias de enfrentamentos, percebemos que algumas críticas vêm sendo tecidas

sobre as temáticas. Os apontamentos centram-se na questão social como determinantes das condições de saúde, na terminologia “determinantes sociais” ou “determinação social” e no modelo adotado pela comissão dos determinantes sociais da saúde (CDSS) da Organização Mundial da Saúde (OMS, p.).

Apesar dos enfoques críticos-reflexivos, as discussões de Borde,, Hernandez-Alvarez, porto(2015); apontam que o enfoque dos DSS têm sido amplamente difundidos, sendo consenso abordar a dimensão do social na saúde, assim como reconhecer as iniquidades como desigualdades sistemáticas, evitável, injusta e desnecessária. Destacam, ainda, o papel da comissão determinantes sociais em saúde (CDSS)/OMS, na discussão e denúncias das iniquidades em saúde em todo o mundo, na ampliação da consciência da sociedade sobre a influência dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais na saúde, d na orientação do papel dos sistemas de serviços de saúde como determinantes da saúde.

A expansão do capitalismo possibilitou a globalização da economia, avanços tecnológicos, mas teve como consequência principal o aprofundamento das desigualdades e injustiças sociais; nos estudos de Garbois, Sodré e albello-Araújo (2014), a temática reacende em particular no campo da saúde a “questão social”, cujo; debate está em ascensão sob a denomina o de determinantes sociais em saúde.

Com a cria o da CDSS pela OMS (2005), discussões sobre o social são retomadas nas agendas políticas do setor saúde, contextualizando um cenário de desgaste político gerado pelo neoliberalismo e a confluência de interesses no plano internacional configurado pela tendência mundial de forma o de países com mercados integrados,o que necessariamente implica na prote o social, redu o das desigualdades sociais e enfrentamento da pobreza extrema. (GARBOIS, SODRÉ e DALBELLO-ARAUJO, 2014). O paradigma dominante concebe a saúde como instrumento e impulsor do crescimento econ mico, negando a dimensão social das desigualdades em saúde, privilegiando abordagens epidemiológicas, biologicistas, culturalistas e de causalidade nas discussões científicas sobre DSS e iniquidades geradas. Borde, Hernandez-Alvarez , Porto (2015)afirmam que diante da dificuldade de abordar “o social” têm-se optado por uma nega o “do social”.

O Brasil criou, em 2006, a comissão nacional determinante social (CNDSS) vindo a adotar o conceito de saúde definido pela OMS (data), e o modelo conceitual de Dahlgren e Whitehead (1991) como referência para abordagem DSS,o que na discussão de Garbois, Sodré e Dalbello-Araújo(2014), é visto como uma “importa o”

de saberes, tendo como consequências interpretações reducionistas e fragmentadas das questões sociais; atualmente vistas nos estudos epidemiológicos.

Estudos envolvendo os DSS e as iniquidades em saúde destacam-se no campo da Saúde Pública/Saúde Coletiva. Entretanto, seus resultados ainda não atingiram um significado mais ativo nos espaços de deliberação e decisão públicas, pois apresentam-se como recortes de fenômenos sociais, ao serem delimitados, isolados e quantificados. Dessa forma, o “social” é compreendido como algo estático, uma dicotomia entre o que pertence a esfera social e individual (GARBOIS, SODRÉ e DALBELLO-ARAUJO, 2014), interpretando estudos narrativos biologicistas, culturalistas e intervenções ineficazes. Nesse mesmo sentido Borde, Hernandez-Alvarez, Porto, (2015); complementam:

É crescente referência à importância da dimensão social na compreensão e atuação sobre as iniquidades sociais em saúde, no entanto, não implicou em uma superação dos problemas relacionados às falácias da indefinição da natureza dos processos sociais envolvidos na determinação social dos processos saúde-doença. (BORDE, HERNANDEZ-ALVAREZ, PORTO, 2015, p. 5).

Os mesmos autores valendo-se de outros estudiosos (SANTOS, 1988; VILLAR, 2007; ARELLANO *et.al* 2008; LATOUR 2012), discorrem sobre o relatório da primeira Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2011). pontuam que a abordagem dos DSS foi tomada de forma limitada, fragmentada. Considerando a mesma premissa, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, avançou na reflexão do documento, revelando três desdobramentos: as desigualdades sociais mostram-se reduzidas a um problema distributivo, com intervenções direcionadas a planos de “melhoria das condições de vida” e do “repartir recursos”; a fragmentação da realidade social pela visão reducionista da saúde mediada pelo social, desconsidera as dimensões histórica, cultural, social e econômica do contexto analisado; e a crescente desvalorização da vida e da saúde de populações, impostas pelo desenvolvimento do capitalismo, mantém velados outros problemas de iguais proporções (desemprego, imigrações, guerras e genocídio) da consciência da sociedade. (GARBOIS, SODRÉ e DALBELLO-ARAUJO, 2014, p.)

De acordo com os estudos de Carvalho e Buss (2009), intervir sobre os DSS seria o equivalente de enfrentar as “causas das causas” sendo entendidas com vistas à equidade social, mudanças socioeconômicas, ambientais e culturais; mudança nos modelos de assistência a saúde (combater DSS e iniquidades) e ampliação da autonomia dos sujeitos.

Determinação social de saúde ou determinantes sociais em saúde? Diferentes abordagens são sustentadas nos estudos das ciências da saúde após a criação da CDSS pela OMS, 2005. Garbois, Sodré e Dalbello-Araujo (2014) analisam a terminologia a partir dos preceitos da racionalidade que direcionam o discurso científico das ciências modernas, preconizando que os fenômenos sociais devem ser estudados da mesma maneira que os naturais, fazendo com que eles sejam concebidos como “coisas”. Nesta perspectiva, os estudos envolvidos na temática incorrem no risco de reduzir e fragmentar o fenômeno social a “fatores sociais”, consequentemente, reproduzir a noção de saúde como um objeto externo ao sujeito, de modo que os aspectos sociais condicionam os aspectos individuais. Os autores ainda admitem que a dicotomia social x individual, tornou os “determinantes sociais da saúde” equivalentes ao processo da “determinação social da saúde”.

Os estudos que norteiam o discurso para saúde coletiva ou medicina social sustentam sua análise sobre a “determinação social da saúde” à luz dos teóricos marxistas; Borge, Hernandez-Alvarez, Porto(2015) complementam que abordagens sobre “determinação social da saúde” implicam necessariamente reconhecer as dinâmicas sociais (produção e reprodução) de dominação, exploração e marginalização nas sociedades, que moldam os modos de vida e se expressam nos processos saúde-doença.

Entretanto CNDSS, em seu relatório final 2008 – “As Causas Sociais das Iniquidades Sociais no Brasil” - constituiu seu arcabouço adotando o termo “determinantes sociais de saúde”, assinalados como as condições de vida e trabalho dos indivíduos e sua relação com a sua situação de saúde. Rocha e David (2015),; buscando uma perspectiva mais ampla dos DSS, comentam que os estudos atuais sobre DSS reafirmam a causalidade, limitam-se a identificar, quantificar e correlacionar variáveis sociais a eventos de morbimortalidade na população. De igual maneira, outros estudos admitem equívocos de abordagem terminológica:

A prolífica literatura sobre determinantes sociais da saúde, padece de pobreza teórica, na medida em que raramente as teorias sociais e políticas cruciais são explicitadas para a compreensão do significado dos conceitos relacionados com diferenças na saúde-doença-cuidado em populações. (FILHO, 2010)

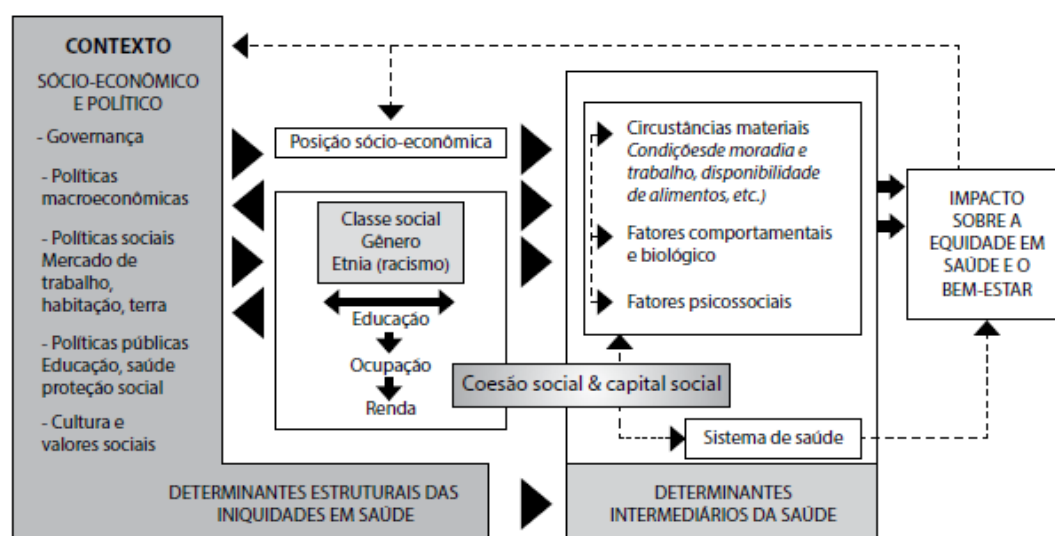
Frente a esta constatação, entendemos que a situação de saúde supera os fatores de ordem biológica e epidemiológica, o homem como ser histórico-social; interage de diversas formas com a sociedade, destacando-se o trabalho, meio ambiente, as redes

sociais e de apoio, de forma que a vida em coletividade pode influenciar positiva ou negativamente a saúde. (ROCHA e DAVID, 2015).

Estudos que adotam a terminologia “determinação social da saúde” envolvem os aspectos históricos, sociais, econômicos e políticos de indivíduos e populações, são validados à medida que fornecem suporte teórico e analítico para políticas públicas. O emprego “determinantes sociais em saúde” caracteriza estudos de causalidade, entretanto são indispensáveis na análise de níveis de saúde comparativa entre populações e interpretação de riscos a saúde, representando também arcabouço teórico sobre os determinantes intermediários da saúde passíveis de intervenções.

O modelo de Solar e Irwin (2010), adotado pela Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) da Organização Mundial da Saúde (OMS), tornou-se referência para o mundo todo sobre desigualdades e iniquidades sociais em saúde. Em termos gerais, o modelo divide os determinantes sociais em duas categorias: *determinantes estruturais* (compreendem os determinantes distais, ou macrodeterminantes econômicos e sociais) e *determinantes intermediários* (mecanismos que produzem e reforçam a hierarquia social, políticas de educação, políticas públicas, renda, acesso a assistência médica, estilo de vida, componentes estressores dentre outros), que em conjunto representam os determinantes sociais em saúde. (BORDE, HERNANDEZ-ALVAREZ, PORTO, 2015, p.)

Figura 5 - Modelo proposto Comissão sobre Determinantes Sociais em Saúde, OMS, 2008.



Fonte: Comissão Determinantes Sociais, 2008.

As críticas ao modelo CDSS/OMS, 2008; sobre os DSS, centram-se na adoção do modelo biologicista da medicina ocidental, a persistência do conceito de saúde, tradicional pautado na ausência de morbimortalidade e a sobrevivência física no longo prazo (longevidade); a organização social é externa aos indivíduos, desconsiderando a interação construção histórica/social/econômica do processo saúde-doença.

Temas como classe social, etnia, gênero imigração, racismo, não aparecem como categorias de dominação e exploração no sistema capitalista; os DSS são vistos como causa – efeito; de maneira que a compreensão do social (algo externo populações) influencia a natureza biológica do homem, reconhecem estruturas sociais que perpetuam desigualdades, as iniquidades sociais são entendidas como injustas. Contudo, o reconhecimento dos fatores causais das DSS e iniquidades não foram suficientes para apontar intervenções eficazes. (BORDE, HERNANDEZ-ALVAREZ, PORTO, 2015). As causas das iniquidades sociais em saúde são aquelas que perpetuam a estratificação social e a posição de indivíduos em situação de desvantagem de bens materiais e serviços essenciais se comparado a outros. Os autores ainda ressaltam CDSS orientam intervenções visando reduzir as desigualdades no período de uma geração, em dois níveis, nos condutores/determinantes estruturais e nas mudanças das condições de vida. (BORDE, HERNANDEZ-ALVAREZ, PORTO, 2015).

Complementando, os estudos de Fiorat, Arcêncio e Souza (2016), sobre os DSS e iniquidades sociais, abordados pela CDSS e CNDSS, os autores tecem reflexões críticas, voltadas para a terceira geração de estudos sobre DSS e as causas das iniquidades sociais. Os resultados assemelham-se aos da CNDSS, 2008, os DSS são vistos como desigualdades injustas, desnecessárias e por vezes evitáveis; considera que os modelos teóricos dos DSS Margareth Whitehead (1991), Solar (data) e Irwin (2010), adotados pela CDSS e CNDSS, contribuíram para a concepção ampliada de saúde, pensada no contexto político e ambiental para além dos limites biológicos. Apontam como causas das iniquidades sociais as interações da organização societária (desigualdade de classes, redução de recursos para saúde, relações de trabalho); relações de rede e capital social(condicionantes do desenvolvimento pessoal e coletivo de setores econômico, cultural, político, social e em saúde confluentes) e cultural-comportamentais (interface da cultura, ambiente e estilo de vida),de modo a restringir determinadas pessoas e grupos a bens materiais e acesso a serviços, considerados imprescindíveis á vida digna, e sua violação enquanto direitos social, determinam riscos

e vulnerabilidades que afetam a saúde. BORDE, HERNANDEZ-ALVAREZ, PORTO(2015) definem os mecanismos das causas das iniquidades sociais como o resultado das categorias: 1) cultura e valores sociais, 2) políticas públicas (educação, de saúde, água e saneamento, 3) políticas sociais (emprego, bem-estar social, posse de terra e moradia); 4) políticas macroeconômicas(políticas fiscais, monetárias, comércio); 5) governança (mecanismos de participação social da sociedade civil, transparência na administração pública e padrões de discriminação e 6) condições epidemiológicas (alteram a estrutura social HIV/SÍFILIS/ malária etc).

O modo de intervenções sobre os DSS e as causas das iniquidades sociais, incidem sobre os determinantes estruturais, que terão impactos diretos nos determinantes intermediários por meio da equidade e bem-estar.(BORDE, HERNANDEZ-ALVAREZ, PORTO, 2015; FIORATI, ARCÊNCIO e SOUZA, 2016).

Entendemos que mesmo diante de críticas e reflexões que apontam para abordagens históricas das sociedades, descontextualizando a ordem econômica e social, vindo a separar a vida social da esfera individual, validando os DSS de forma fragmentada, reduzida reforçando a causalidade das desigualdades e iniquidades sociais. Consideramos que a CNDSS vem realizando discussões que idealizam a construção de uma sociedade mais igualitária, entretanto somente apontar onde e como os DSS causam desigualdades e a perpetuação de indivíduos e grupos excluídos de serviços assistenciais essenciais, bens materiais e imateriais, além de oportunidades de crescimento pessoal e coletivo, não tem sido suficientes para reduzir as desigualdades no prazo de uma geração. (CDSS,2010; BUSS, Paulo MARCHIORI *et al*, 2014; BORDE, HERNANDEZ-ALVAREZ, PORTO, 2015).

Afirmamos que o setor da saúde, vem desempenhando um papel importante para garantir o acesso universal, igualitário e resolutivo da população, além de identificar demandas/necessidades de outros setores complementares(educação, assistência social e jurídica); as intervenções orientadas pela CDSS, 2010 concentradas em 1) Melhorar as condições de vida cotidiana; 2) Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; 3) Quantificar e compreender o problema e avaliar o impacto da ação; representam avanços e direcionamento de ações muito significativos; entretanto sua implementação envolve o debate dos DSS e suas iniquidades, com todos os seguimentos da sociedade, organizações governamentais e não governamentais; mecanismos nacionais e internacionais; além de uma nova abordagem na formação dos profissionais nas áreas de ciências em saúde, humanas e outras, de forma a ampliar o

conceito de saúde para além dos aspectos biológicos (psicossociais, económico, cultural, social); visando garantir para as novas gerações uma sociedade mais saudável, humana, sustentável e igualitária.

2.10. Quadro 5: Síntese de estudos sobre Determinantes Sociais em Saúde nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde.

Autores	Título	Resultados
CARVALHO, Antônio Ivo. 2013	Determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde.	As condições de saúde – doença é o resultado da interação determinação social, económica, cultural. As disparidades dos DSS emergem as iniquidades em saúde, de todos os DSS os mais importantes são aqueles que geram estratificação social, ou determinantes estruturais. A OMS em 2011 preconizou durante Conferência Mundial sobre Determinantes da Saúde, o relatório - Diminuindo Diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde, seriam ações direcionadas a sociedade e seu modo de construção dos determinantes estruturais. Sintetiza os compromissos sociais: Reafirmaram que a equidade em saúde é uma responsabilidade compartilhada e demanda o engajamento de todos os setores governamentais, Relembra os princípios de equidade contidos na Constituição da OMS de 1946 e na Declaração de Alma Ata de 1978, reconheceram que “o gozo” do mais alto nível de saúde que se possa atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político e condição económica ou social, declararam que os governos têm uma responsabilidade pela saúde de seus povos, reiteraram que as desigualdades em cada país e entre os países são política, económica e socialmente inaceitáveis em grande parte, evitáveis. Definiram como princípios de ação: Melhorar as condições de vida cotidianas, abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos nos níveis global, nacionais e locais, desenvolver um corpo de recursos humanos formado sobre os DSS.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRE, Francis; DALBELLO-Araújo Maristela. 2014	Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão.	Contextualiza o reaparecimento dos DSS com foco social diante de um cenário mundial no pós-neoliberalismo, o campo dos DSS ganha o contexto de particular na produção de saúde de indivíduos, populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas, criticam como reducionista e fragmentada a visão da OMS sobre os DSS e suas formas produtoras e determinantes de saúde-doença. Apontam como limitações: 1. A redução do problema das desigualdades sociais a um problema distributivo, 2. Fragmentação da realidade social na análise da situação de saúde a fatores sociais, 3. Ausência de uma reflexão e análise crítica sobre a desvalorização da vida e da saúde de populações, O campo de inserção dos DSS é complexo, por ser social e econômico, fornecem ferramentas para a análise de políticas sociais.
SOUZA,Diego de Oliveira, SILVA, Sóstenes Ericson Vicente, SILVA, Neuzianne de Oliveira. 2013	Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”.	Buscam compreender a abordagem dos últimos 20 anos dos determinantes sociais em saúde (DSS), utilizam para a discussão os achados dos autores: Alberto Pellegrini Filho, Paulo Marchiori Buss, Antonio Ivo de Carvalho, Anamaria Testa Tambellini e Margaret Whitehead, OMS e Comissão Nacional de Determinantes sociais (CNDSS). Discutem o conceito de doença sob o foco da teoria miasmática e biossocial. Consideram como DSS como as condições de vida e trabalho das pessoas, sendo as iniquidades em sociais um produto de desvio DSS, a saúde vista como uma expressão das questões sociais; como somatória do sistema capitalista, materialista e políticas públicas ineficazes. Destacam mecanismos de desenvolvimento e manutenção das iniquidades sociais: 1. Aspectos físicos e materiais, diferenças de renda influenciam a saúde devido à escassez de recursos dos indivíduos e à falta de infraestrutura comunitária; 2. Aspectos psicossociais, 3. Integração dos aspectos pessoais e grupais, sociais e biológicos em uma interação dinâmica, histórica e ecológica; 4. Analisa as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o processo de associação entre indivíduos e grupos, trabalhando em torno da coesão social. Enfatizam avanços pela criação da CNDSS, e que as necessidades em saúde de ordem social, somente será superadas pela sociabilidade.

3. CAPÍTULO II

3.1. Autopercepção de saúde: Terminologia e Classificação

Partindo da premissa de que a expressão “autopercepção” possui um importante cunho investigativo em saúde, buscamos verificar seu emprego em alguns discursos em saúde, averiguou-se que o termo se deriva da palavra autoconceito; vem sendo empregada como método orientado pela OMS para avaliar a saúde, em grandes inquéritos populacionais em todo o mundo. (PAGOTTO, BACHION, SILVEIRA, 2013).

O conceito positivo de saúde também foi abordado durante a primeira conferência Internacional sobre Promoção da Saúde 1986, realizada em Ottawa, reconhecendo-o nas dimensões de paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade; os recursos fundamentais para a busca da saúde. (OMS,1986).

Dada à diversidade de conceitos, consideramos autopercepção, o autorrelato das condições reais e subjetivas de saúde envolvendo aspectos cognitivos, físicos e emocionais, expressando as condições globais e ou funcionais da pessoa, construídas ao longo da vida de forma individual e social.

Estudos sobre autopercepção revelam associações entre saúde, determinantes demográficos, socioeconômicos, doenças crônicas, capacidade funcional ou global em idosos, saúde bucal e estilos de vida. (ALVES e RODRIGUES, 2005).

A introdução dos termos autopercepção de saúde positiva e autopercepção negativa em saúde, possibilita ampliar o modo de avaliação em saúde, trazendo para o modo investigativo e de tomada de decisões clínicas, a subjetividade do sujeito.

Autopercepção de saúde positiva difere de forma considerável entre os estudos. Embora as perguntas sobre autopercepção de saúde, e suas opções de respostas, sejam semelhantes entre as investigações, os achados não são unânimes. (CONFORTIN *et.al*, 2015).

Geralmente autopercepção de saúde positiva refere-se ao estado ou às condições de saúde ótima ou boa, excelente; independência, interação social e qualidade de vida (SILVA *et.al*.2012). Contudo, estudos que evidenciam autopercepção de saúde negativa ainda são prevalentes em âmbito nacional. (PAGOTTO, BACHION, SILVEIRA,2012; CONFORTIN *et.al*, 2015).

Borges *et al.* (2014) realizaram um estudo em Passo Fundo/RS, com 274 idosos. Nesse evidenciaram-se predomínio sexo feminino, baixa renda, pouca escolaridade, presença de doença crônica (hipertensão 56,2% e osteoartrite 28,1%), hábitos de vida (tabagismo 6,5%, etilista 13,1% e prática de atividade física regular 67,5%); Dentre os participantes, a autopercepção boa da saúde foi de 48,81%. Apesar da presença das doenças referidas, correlacionam-se a dependência e incapacidades à percepção da doença e condições de saúde ruim.

Em outro estudo, realizado com 1.432 idosos em Campinas, 2009, autoavaliação da saúde associada a variáveis demográficas, socioeconômicas e de comportamentos relacionados à saúde (tabagismo, etilismo, prática de exercícios físicos, lazer e consumo de frutas), 2012) revelou autopercepção de saúde excelente/muito boa. Entre os participantes, 24,6% eram de idosos com maior escolaridade, maior renda, sem religião, que moravam sozinhos e tinham computador em casa. (BORIM, BARROS e NERI).

Nota-se que a autopercepção positiva de saúde reforça os aspectos de promoção da saúde, envelhecimento ativo e qualidade de vida, requerendo outros estudos a fim de evidenciar melhor a temática e fomentar políticas públicas de saúde.

Entretanto, o termo autopercepção de saúde negativa demonstra poder preditivo de morbimortalidade. Pessoas com pior percepção do estado de saúde têm maior risco de morte (por todas as causas) em comparação com as que relatam saúde excelente; relacionam-se também com o declínio funcional, doenças crônicas, longevidade, incapacidades, dependência a terceiros e uso de medicamentos. (PAGOTTO, BACHION, SILVEIRA, 2012; BORGES *et al.*, 2014)

Estudos evidenciam autopercepção de saúde negativa (muito ruim e ruim), na avaliação de idosos que vivem em comunidades e institucionalizados, em consequência do aumento dos anos vividos, demandas no setor saúde e doenças crônicas que exigem acompanhamento e medicamentos de uso contínuo. (VERAS, 2007).

O estudo de Jerez-Roig, *et al.* (2016), em Natal, com 144 idosos de 60 a 80 anos ou mais, institucionalizados, demonstrou prevalência da percepção negativa da saúde (ruim) em 63,5%, associada a fatores de depressão, dor, imobilidade, declínio cognitivo e perda de peso involuntária. Semelhantemente, outros autores, Duca, Giovâni *et al.*, (2010), realizaram uma pesquisa com 466 idosos institucionalizados em Pelotas/RS associando autopercepção de saúde e hospitalizações no último ano. Os dados

revelaram autopercepção de saúde negativa (pior), 23, 5%, associadas ao sexo masculino, incapacidade para atividades básicas da vida diária, ex-fumante e queda de 33,9% no último ano.

Correspondente aos achados, importante estudo de inquérito populacional foi realizado em três cidades do interior do Brasil, nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul (Distrito de Olivença em Ilhéus/BA, Caratinga/MG e Nova Santa Rosa/PR), em 2009, com 909 idosos, com idades entre 60 a 91 anos, vivendo em domicílios. Os estudos evidenciaram autopercepção de saúde negativa (49,6%), sendo maior no sexo feminino (56,7%), do que no masculino (43,3%). Nas mulheres, os fatores associados encontrados foram baixa renda familiar, a inatividade física, desnutrição, uso de medicamentos, doenças crônicas (problemas cardíacos, hipertensão arterial, diabetes mellitus), sintomatologia depressiva e incapacidade funcional; e nos homens o aumento da idade, a desnutrição e a incapacidade funcional, foram causas justificadas de autoavaliação negativa em saúde (SILVA, ROBERTO *et al*, 2012).

Entretanto, nota-se que a autopercepção do estado de saúde pode variar de acordo com as experiências individuais, mediada pelas relações sociais e suporte assistencial, e difere-se também em relação aos ciclos de vida.

Uma pesquisa realizada em Pelotas/RS (2003), com adolescentes, adultos e idosos da área urbana, com uma amostra de adolescentes (820), adultos (2.715) e idosos (385), evidenciou que nos adolescentes, pertencentes ao nível socioeconômico baixo, pouca escolaridade, peso (obesidade) e hábito tabagístico, associou-se a autopercepção de negativa de saúde, 12,9%. Nos adultos, destacaram as mulheres (22,3%), a idade em progressão > 40 – 64 anos, baixa escolaridade (0-4 anos), baixa renda (categorias D e E), ex. tabagista, sedentária e presença de condições crônicas (obesidade, hipertensão, doença cardíaca, doença crônica do pulmão e cânceres). Correlacionou-se a autoavaliação de saúde negativa. Quanto aos idosos, a percepção do estado de saúde é o resultado de um amplo espectro de fatores determinantes, (idade, sexo, suporte familiar, estado conjugal, oportunidades de educação e emprego, renda, capacidade funcional, condições crônicas de saúde, estilo de vida). No estudo em menção, a primazia foi o sexo feminino (55,2%), idade > 65anos, baixa escolaridade (0-4 anos), baixa renda (categorias D e E) e o correlato de maior número de morbidades, manteve maior a prevalência de percepção de saúde regular/ruim. (REICHERT, LOCH e CAPILHEIRA, 2012).

Compreendemos, assim, que avaliação em saúde com percepção negativa demonstra aspectos subjetivos e reais das condições globais de saúde, identifica grupos sociais vulneráveis, o que reforça a necessidade de intervenções sociais e assistenciais em saúde, de modo a otimizar oportunidades e modificar padrões de risco ou estilos de vida não saudáveis, além de promover ações de promoção da saúde e equidade social.

3.2. Determinantes sociais em saúde ou necessidades em Saúde: Um diálogo para a equidade social.

Entendendo que os DSS são condições que elevam a saúde ou mantêm as pessoas em níveis de vulnerabilidade a doenças, torna-se relevante discutir os apontamentos que denotam a saúde como direito social.

A constituição da OMS em 1946, definiu o conceito de saúde como “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, complementando tal afirmação a Constituição Brasileira em 1998, artigo 196 diz:

A saúde é um direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL,2004)

Entendemos assim, que a saúde torna-se um direito fundamental do ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político, condição econômica ou social; o que vem a ser reafirmado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19/09/90), que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), consolidando a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990).

Entretanto as condições de saúde, doença não são fenômenos estáticos, são conceitos compreendidos ou enfrentados de acordo com as diversas formas de existir nas sociedades, expressas em diferentes culturas e formas de organização; para isso as pessoas interpretam a saúde e a doença apoiadas em conceitos e símbolos conforme os grupos sociais a que pertencem (CÂMARA et al.2012). Reconhecendo o papel decisivo da cultura e da sociedade no processo saúde – doença, retomamos a OMS (1946) ao afirmar “A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos *indivíduos e dos Estados*”; o que

estabelece uma linha tênue entre direito a saúde, necessidades em saúde e modos de organização da saúde.

A saúde como direito social, angaria o compromisso de atender/satisfazer as necessidades em saúde e de produzir modos de organização em saúde de modo resolutivo, com vistas aos pilares do SUS universalidade, integralidade e equidade. Mas o que são necessidades em saúde? O termo necessidade possui vários significados, derivado do latim, *necessitas* (do prefixo, *ne*, não, e do sufixo *cedere*, parar), traduz a não apenas a idéia de falta ou carência, mas também aquilo que é indispensável ou inelutável, como também um impulso inevitável em direção a algo. (RABENHORST,2007).

Necessidades em saúde podem ser tomadas como necessidades humanas; a fim de clarificar o termo, recorreremos aos estudos do psicólogo americano Abraham Maslow 1940; e sua teoria da hierarquia das necessidades humanas básicas; fundamentada no comportamento humano, suas necessidades e capacidade motivacional; Maslow reconhece o ser humano um todo integrado, de forma holística; de forma que é impulsionado a satisfazer suas necessidades, de forma gradual; sua teoria é organizada de modo hierarquizado a partir de:

- Necessidades fisiológicas: São necessidades primárias, consideradas universais de forma a garantir a sobrevivência. Ex: ar, alimento, água, vestuário, sexo, saneamento básico etc.; engloba a expressão homeostase quando designa a normalidade corporal e suas funções de alimentação, absorção, eliminação, respiração dentre outras(REGIS e PORTO, 2011; SAMPAIO, JR,2005).
- Necessidades de segurança: à proteção individual contra perigos e ameaças tais como: saúde, trabalho, seguro, previdência social e ordem social; depreende-se a inexistência de ameaças percebidas no ambiente (ausência de medo, ansiedade ou caos), (REGIS e PORTO, 2011; SAMPAIO, JR,2005).
- Necessidades de pertencimento e amor (sociais): estão relacionadas a afetividade e a vida em sociedade, englobando as necessidades de convívio, amizade, respeito, amor, lazer e participação(REGIS e PORTO, 2011).
- Necessidades de autoestima: relacionam-se a auto-satisfação, tais como: independência, apreciação, dignidade, reconhecimento, igualdade subjetiva, respeito e oportunidades; quando igualmente satisfeitas produzem resultados de pertencimento, valorização e autoconfiança; ao passo que diante da insatisfação podem surgir sentimentos de desesperança e frustração, como também aumentar o desejo de realização (REGIS e PORTO, 2011).
- Necessidades de autorrealização ou autoatualização: expressam o mais alto nível das necessidades estando diretamente relacionadas à realização integral do indivíduo. Neste grupo destacam- se a utilização plena de suas potencialidades, sua capacidade e existência de ideologias. (REGIS e PORTO, 2011).

As necessidades humanas básicas, não são meras escolhas, aquelas que possuem caracteres ou determinam a interação social, saúde e autonomia; são consideradas imbuídas de finalidade e, portanto universais, comuns a todas as culturas. (RABENHORST,2007). Considerada a saúde a mais importante das condições humanas, dada seu significado de dignidade e sobrevivência a sua não satisfação/ou a presença de estados mórbidos, podem representar comprometimentos em várias áreas do desenvolvimento humano, alcance de metas e até mesmo a sobrevivência.

Maslow, ao estudar e interpretar o comportamento humano, suas necessidades e força motivadora; impulsiona muitos estudiosos a se debruçarem sobre a teoria da hierarquia das necessidades humanas básicas; sendo possível encontrar trabalhos nas diversas áreas do conhecimento, psicologia, direito, administração, educação, gestão dentre outros.

Para o autor, a premissa da “auto-realização” por meio do desenvolvimento do potencial máximo das pessoas, deve de ser almejada; pois na medida em que as primeiras, ou necessidades mais básicas, fossem satisfeitas, surgem necessidades mais complexas e integradas, até se chegar a outros níveis, mais elevados. (MASLOW,1987).

SAMPAIO, 2005 reconhece na Teoria de Maslow uma forma dinâmica de satisfação das necessidades, com possibilidade de justaposição, satisfação parcial ou insatisfação referente a “algo”, nos mesmos níveis ou em níveis diferentes; sendo as últimas auto-realização, as mais difíceis de serem alcançadas, pois são interdependentes das oportunidades sociais, engajamento e crescimento pessoal.

Figura 6. Pirâmide da Hierarquia das necessidades humanas básicas



A teoria da hierarquia das necessidades humanas básicas vem sendo aplicada para explicar o fenômeno da pobreza e formas de erradicação, contudo a satisfação das necessidades humanas, não deve ser reduzida a noção de mínimos sociais ou de sobrevivência; pois considerando a saúde como direito a vida, o atendimento às suas necessidades se faz pela igualdade de oportunidades, existência de serviços em saúde pautados na resolutividade, integridade de ações (promoção da saúde, a prevenção de doenças, tratamento de doenças e reabilitação), e políticas públicas voltadas para a equidade social (RABENHORST, 2007). O conceito de mínimos sociais se difere das necessidades humanas básicas; o mínimo se refere ao “menor” de “menos”; designam desproteção social; ao passo que aceitação de básico configura o que é fundamental, primordial, essencial a vida (PEREIRA,2011).

Analizando o papel dos determinantes sociais em saúde (fatores de ordem sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais) que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e de risco na população; entendemos que uma parcela importante dos níveis de satisfação, encontradas na teoria da hierarquia das necessidades humanas básicas; são atendidas parcialmente; trazendo assim um novo contexto a discussão; as iniquidades sociais em saúde (BUSS e PELEGRINI, 2006). Iniquidades sociais em saúde são as desigualdades de origem social; que mantém pessoas, grupos e populações em situações de risco, ou em desvantagem ou excluídas de aparatos sociais, educacionais e assistenciais em saúde; são resultantes da violação de direitos humanos, omissão da sociedade e políticas públicas ineficazes (FIORATI, ARCÊNIO e SOUZA, 2016). Causam impactos negativos na saúde e enfraquecimento das relações sociais de solidariedade (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008)

As iniquidades em saúde entre pessoas e ou grupos, denotadas pela situação de dificuldade de acesso ou de exclusão dos bens sociais; (universais e necessários à vida) advém dos determinantes sociais em saúde; mantém correlação com a crescente urbanização, organização social, desigualdade na distribuição de renda, transição demográfica, deterioração das condições de trabalho, transição nutricional e outras. Trazem como consequências, estados de saúde mórbidos, agravos sociais (violências), estilos de vida não saudáveis (tabagismo, uso de drogas e etilismo) e mortes prematuras; afirmando um cenário de injustiça social, evitável e desnecessária;

carecendo intervenções emergenciais (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE, 2008; ESCODA,2012).

Atualmente existem duas iniciativas de abordagem (compreensão e redução) dos DSS e suas iniquidades, a nível internacional desde 2005 foi criada a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) direcionada pela OMS e a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS) a nível nacional; ambas buscam difundir a importância dos determinantes sociais na saúde de forma coletiva e global, consideram que as iniquidades em saúde afetam todos os países e um modo de enfrentamento resolutivo deve ser instituído por meios de ações integradas e coordenadas por todos os envolvidos na sociedade, com vistas e equidade social (OMS, 2011).

A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) – OMS, 2005; adotou a proposta de Solar e Irwin, 2007; (derivado do marco teórico de Diderichsen, Evans e Whitehead), como modelo conceitual de DSS e iniquidades; tomam como premissa que o contexto político, social econômico compreendem um conjunto amplo de aspectos estruturais, culturais e funcionais de um sistema social que influenciam os padrões de estratificação social e as oportunidades em saúde (VIACAVA, LAGUARDIA, UGÁ e MOREIRA,2011); tal referência permitiu CDSS ampliar o conhecimento sobre DSS para abordar as “causas das causas”, ou seja, os elementos estruturantes do contexto socioeconômico, político e de estratificação social que influenciam os diferenciais de exposição e vulnerabilidade aos riscos de danos à saúde(ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE,2012).

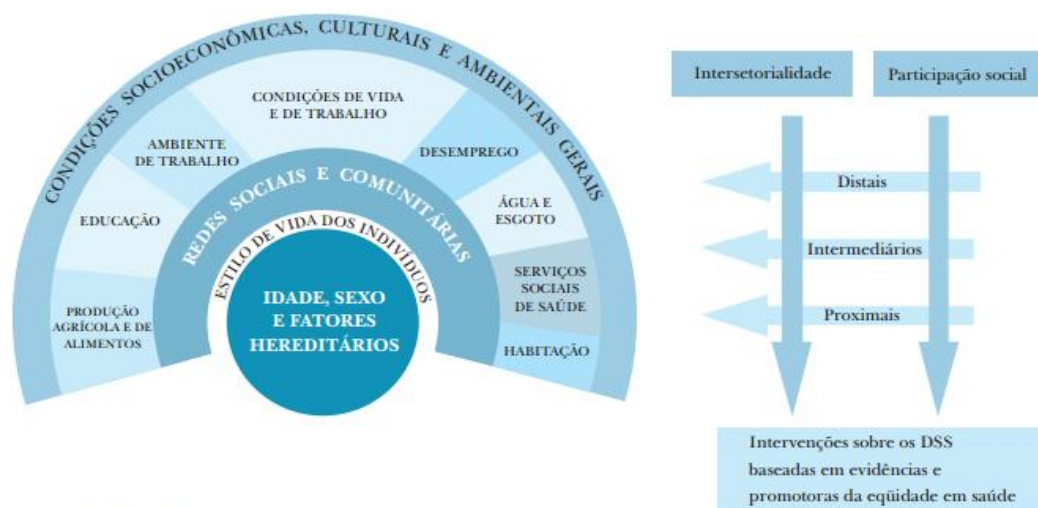
Entretanto, intervir sobre os determinantes sociais não é algo meramente fácil de ser alcançado, recorrendo mais uma vez a OMS afirma:

A boa saúde exige a existência de um sistema de saúde universal, abrangente, equitativo, efetivo, ágil, acessível e de boa qualidade, o que depende do envolvimento e do diálogo com outros setores e atores. (OMS, 2011)

O que expressa a necessidade de profundas mudanças sociais e políticas. O modo de organização e desenvolvimento das sociedades vem sendo estudado nos últimos anos, bem como a situação de saúde das populações; o que contribui para a compreensão dos determinantes sociais e formas de intervenções sobre as iniquidades em saúde, entre pessoas e grupos (BUSS e FILHO, 2007). No Brasil a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em 2006, representou a busca pela equidade em saúde; em seu último relatório firmou os seguintes objetivos:

Produzir informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil; Contribuir para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde e Mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre tema (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE, 2008).

Figura 7. Pilares de intervenções sobre determinantes sociais.



Fonte: Dahlgren & Whitehead, 1991.

CARVALHO e BUSS, 2008

A proposta de intervenções baseadas no modelo acima; inicia-se no limiar entre os fatores individuais e os DSS, denominados determinantes “proxiais”, estes são relativos aos fatores comportamentais e de estilo de vida, se articulam diretamente com DSS e ambiente; atuar neste nível requer mudança de normas culturais e políticas públicas voltadas a promoção e educação em saúde (espaços públicos de lazer, práticas de esportes, programas anti-álcool e anti-tabaco), ROCHA e DAVID, 2015; ainda elucidam que ações de fortalecimento das capacidade das pessoas, em lidar melhor com as influências negativas, advindas de suas condições de vida e trabalho devem ser estimuladas.

A seguir agrupam-se os determinantes “intermediários”, (presentes no segundo e terceiro nível), concentram-se as relações sociais e comunitárias; condições materiais(casa, educação, qualidade do bairro, meios para adquirir alimentos saudáveis, roupas, trabalho etc.); circunstâncias psicossociais (estress, relacionamentos, apoio social e redes sociais); coesão social (relações de solidariedade e confiança entre pessoas e

grupos) e o sistema de saúde(o acesso aos serviços e programas de saúde). Ações destinadas as redução de iniquidades; oriundas destes dois níveis; devem estabelecer redes de apoio integradas, participação das pessoas e da comunidade; além do fortalecimento de ações coletivas e responsabilização daqueles envolvidos nos espaços de decisões da vida social. (BUSS e FILHO, 2007; CARVALHO e BUSS 2008, COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE, 2008)

No último nível considerado “distal”, encontram-se as condições econômicas, culturais e ambientais prevalentes na sociedade, também chamados de determinantes estruturais ou macrodeterminantes econômicos e sociais; interagem com os níveis/camadas internas; destacam-se por gerar mecanismos que reforçam hierarquias sociais e poder; intervenções devem ser formuladas buscando implementar políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental, promoção de uma cultura de paz e solidariedade reduzindo as desigualdades sociais e econômicas, as violências, a degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade(CARVALHO e BUSS 2008, COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE, 2008)

Reforçando as orientações da CNDSS para reduzir as iniquidades em saúde, a OMS realizou no Rio de Janeiro, a Conferência mundial sobre determinantes sociais/2011, a partir de evidências dos países que conseguiram implementar ações sobre os determinantes sociais, salientam as seguintes intervenções ou estratégias:

1. Governança para enfrentamento das causas mais profundas das iniquidades em saúde: implementando ações sobre os determinantes sociais da saúde; ações intersectoriais, definição de papéis (ex. o papel a ser desempenhado por indivíduos, por partes diferentes do estado, pela sociedade civil, por agências multilaterais e pelo setor privado) e respostas políticas integradas, deve ser uma estratégia política a ser adotadas, pois compreende a saúde como uma meta compartilhada de governo e um indicador comum de desenvolvimento.

2. Promoção da participação: lideranças comunitárias para a ação sobre os determinantes sociais; a participação de indivíduos e das comunidades na realização de serviços; aparece como uma intervenção-chave, para fortalecer a sustentabilidade política, e assegurar que políticas e intervenções sejam baseadas nas necessidades das pessoas e grupos (excluídos ou marginalizados). Entretanto tal participação envolve a real compreensão da atuação seja individual ou coletiva na formulação de políticas

públicas, implementação e monitoramento; disponibilidade de recursos e meios de capacitação de pessoal.

3. O papel do setor saúde, incluindo os programas de saúde pública, na redução das iniquidades em saúde; os trabalhadores da saúde devem reorientar os serviços de saúde e programas de saúde pública no sentido de reduzir diferenças nos níveis de exposição e a vulnerabilidade a riscos, buscar a equidade e a universalidade de ações através da atenção primária a saúde, defender e enfatizar a necessidade de reduzir as iniquidades sociais em saúde, evidenciando como elas interagem de forma negativa na sociedade; além de identificar e buscar respostas integradas a outros setores sobre demandas que extrapolem o papel setorial.

4. Ações globais sobre os determinantes sociais: alinhando prioridades e grupos de interesse; a equidade em saúde deve ser uma meta entre todos os setores e governos envolvidos, ações apenas nacionais sobre os determinantes sociais; não são consideradas suficientes (organizações nacionais e internacionais, agências não governamentais e parceiros afins) a saúde deve ser objeto central das políticas de desenvolvimento na formulação de estratégias para a redução das iniquidades. Entretanto é preciso um sistema de cooperação técnica entre as partes, transferência de tecnologias entre países de baixa ou média renda; acesso e uso de tecnologias da informação; além de inovações sobre os principais determinantes sociais.

5. Monitoramento do progresso: medir e analisar para informar as políticas sobre determinantes sociais; ações efetivas sobre os determinantes sociais com devem ser implementadas com base na coleta e mensuração de indicadores (acesso aos serviços de saúde, iniquidades e determinantes sociais) de diferentes setores interligados aos determinantes sociais e a população. Os sistemas de monitoramento dos indicadores em saúde terão seus resultados direcionados a formulação de políticas públicas destinadas a redução das iniquidades sociais em saúde.

Entendemos que os estudos atuais que abordam DSS e formas de intervenção sobre as iniquidades em saúde, buscam responder o questionamento de ADLER, 2006; como a estratificação econômico-social consegue “entrar” no corpo humano?

sem pretensão de formular respostas, consideramos que a condição de saúde nas pessoas e populações é um bem almejado por todos, em toda sociedade desde tempos imemoriais, configura-se como o resultado de interações individuais (sexo, idade, genética, estilos de vida/comportamentos adotados), ambientais(condições de moradia,

condições de trabalho); sociais (renda, alimentação, educação, transporte, saneamento básico, água, redes sociais e apoio etc.) e de autopercepção(ADLER,2006; CARVALHO e BUSS, 2008).

Percebe-se a estratificação social e diferenças de oportunidades, advindas do modo de organização capitalista, associadas a políticas sociais pouco eficazes, mantém em exclusão grupos e pessoas em determinados territórios, eleva os índices de vulnerabilidade social pela dificuldade de acesso a serviços e bens materiais e imateriais; o que proporcionam condições favoráveis ao desenvolvimento de doenças transmissíveis e não transmissíveis, estilos de vida de risco e violências; esforços vem sendo direcionados a incluir nas sociedades e discursos políticos a necessidade de conhecer os DSS e formas de intervenções eficazes; de modo a elevar o nível de saúde das populações pela equidade social.

4. CAPÍTULO III

4.1. Hipótese

A autopercepção de saúde e a qualidade de vida em adultos e idosos se associam aos determinantes sociais de saúde tendo como referência as variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, religião, estado civil, cor, ocupação, renda familiar, quantidade de pessoas em casa, presença de plano de saúde, cobertura do plano assistencial em saúde, presença de unidade básica de saúde perto de casa, número de consultas médicas realizadas nos últimos 12 meses)

4.2. Objetivo geral

Investigar a associação entre a autopercepção de saúde e a qualidade de vida com os determinantes sociais em adultos e idosos.

4.3. Objetivos Específicos

Descrever o perfil da autopercepção de saúde e qualidade de vida em adultos e idosos residentes em Betim.

Identificar as variáveis que estão relacionadas à autopercepção de saúde positiva na amostra estudada.

Analisar associação entre autopercepção de saúde, qualidade de vida e os determinantes sociais em saúde.

5. CAPÍTULO IV

MÉTODOS

Este capítulo destina-se a descrever o percurso metodológico desta pesquisa. Nesta utilizou-se o banco de dados do projeto Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, (SAUVI); do Programa de Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção de Violência/ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

5.1. Delineamento do estudo

Este estudo aborda um recorte temático de um projeto de pesquisa maior, intitulado SAUVI (Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina / UFMG, sob forma de inquérito domiciliar realizado na cidade de Betim.

Estudo de natureza quantitativa com delineamento observacional, analítico, descritivo, transversal; com amostragem estratificada por conglomerados em três estágios, sendo o primeiro para selecionar os setores censitários por meio de amostragem com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT); o segundo para selecionar os domicílios por meio da amostragem sistemática e o terceiro e último para selecionar a pessoa participante da pesquisa.

5.2. Instrumentos de coleta de dados

Para o desenvolvimento do projeto SAUVI, um questionário geral do tipo estruturado com 563 perguntas, foi elaborado por professores e mestrandos do Programa de Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/UFMG, a partir de blocos temáticos: Condições Sócio-Demográficas, Saúde, Trabalho, Violência Doméstica, Violência no Trânsito, Violência Institucional, Violência Comunitária e Violência Auto-infligida; baseados na literatura disponível e instrumentos de inquéritos já validados e indicados utilizados pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde; as entrevistas foram realizadas no decorrer dos anos de 2014 e 2015.

5.3. Cenário de estudo

Betim, cidade da região metropolitana de Belo Horizonte, recebeu este nome em homenagem ao bandeirante Joseph Rodrigues Betim, sua fundação foi em 1711. No passado fora rota importante dos Bandeirantes que vinham de São Paulo a Pitangui, devido descobertas de minerais. Teve grande crescimento econômico a partir da década de 1940 com a instalação pólo industrial, automotivo e petroquímico na região.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o município possui área de 343,736 km², setenta e três (73) estabelecimentos de saúde conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), população estimada em 2016 de 422.354 pessoas, população residente de homens 186,352 e mulheres 191,737 pessoas, índice de desenvolvimento humano municipal – 0,749; valor de rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares- permanentes rural e urbano R\$ 400,00 reais e R\$ 510,00 reais respectivamente (IBGE,2016).

Figura 8. Mapa cidade de Betim



Fonte: <https://www.google.com.br/maps>

São municípios limítrofes da cidade de Betim Esmeraldas, Contagem, Juatuba, Igarapé, Ibirité, São Joaquim de Bicas, Mário Campos e Sarzedo. (PMB,2017)

A cobertura da população por equipes de atenção básica a saúde no ano de 2015 foi de 85,49% e Belo Horizonte capital foi 92,52%(DATASUS,2017), considerando assim uma boa cobertura assistencial.

5.4. Participantes da Pesquisa

Participaram da pesquisa homens e mulheres, adultos e idosos, maiores de 20 anos residentes nos setores censitários urbanos, no município Betim, baseados no censo do IBGE 2010, a amostra foi estratificada por conglomerados em vários estágios, (setores censitários, domicílios, respondente). A amostra final constou de 1129 participantes, a seleção dos participantes dentro dos domicílios levou em conta a homogeneidade entre sexo e idade dentro da amostra, e se baseou nas tabelas de Kish(1965), disponibilizadas pelo Professor Emilio Suyama do Departamento de Estatística da UFMG; dos entrevistados obtivemos 730 adultos e 399 idosos; totalizando 1129 participantes, com uma margem de erro de 1,9% para mais ou para menos, e grau de confiança 95%, demais dados foram considerados excludentes.

As entrevistas ocorreram predominantemente durante os dias da semana, nos anos 2014 e 2015. Foi utilizado como instrumento para coleta de dados o questionário do inquérito SAUVI. O trabalho de campo foi precedido de ampla divulgação na mídia escrita, falada e televisiva, nas redes sociais e em site próprio, na página da Faculdade de Medicina. Foi feito trabalho intensivo de treinamento das equipes e também elaborado manual de campo. O projeto contou com o apoio dos municípios de Betim e de Belo Horizonte.

5.5. Aspectos Éticos

A pesquisa do projeto SAUVI, desenvolvido pelo Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/UFMG, teve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CAAE número 02235212.20000.5149 em 2012. (ANEXO A)

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento e livre esclarecido, conforme Resolução Conselho Nacional de Ética em Pesquisa 466/2012, sendo informados do direito do sigilo e desistência da participação em qualquer momento da pesquisa.

5.6. Procedimentos

Para o alcance dos objetivos do presente estudo, foram utilizadas duas questões do questionário do projeto SAUVI, (Anexo B) as questões selecionadas, denominadas variáveis respostas foram:

- Como o (a) Sr(a) avalia sua saúde, nos últimos dois meses ? Autopercepção do estado de saúde abrange aspectos subjetivos e objetivos da saúde física e emocional da pessoa, é um indicador importante para a predição de morbimortalidade e subsídios para melhorias e políticas públicas em saúde.
- Como o (a) Sr(a) avalia sua qualidade de vida nos últimos dois meses?: Reflete a percepção dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (OMS, 1998)

Ambas as questões tiveram respostas em formato de escala Likert com cinco pontos referenciados como (1) Muito ruim, (2) Ruim, (3) Regular, (4) Boa, (5) Muito boa. Também foram elencadas variáveis explicativas relativas a dados sociodemográficos e socioassistenciais:

- Sexo: caracteres individuais, não mutáveis.
- Idade: Variável não mutável, mas importante para o padrão de reconhecimento, compreensão e aprendizado em saúde.
- Escolaridade: o número de anos de estudos tem associação forte a condições de busca e manutenção da saúde, assim como correlatos negativos de padrão de saúde ineficazes e morbimortalidade infantil.
- O Srº(a) tem uma religião que pratica regularmente? Existem apontamentos entre religiosidade e condição de saúde, pela integração social e psicológica, acrescentando assim fatores agregantes para a qualidade de vida.
- Ocupação/atividade: condição de proteção ou de vulnerabilidade social, dependente do modo e ambiente de trabalho, horas trabalhadas dentre outras, pode assegurar estabilidade financeira, desenvolvimento pessoal e social, contribui para a erradicação da pobreza e redução de riscos físicos e sociais, além de melhorar as oportunidades para a saúde e de bem-estar.
- Estado civil: posição individual, que inserida no contexto cultural, juntamente com seus valores sociais, podem em associação a idade, estilo de vida, escolaridade, cor/raça e renda; influenciar padrões de maior ou menor vulnerabilidade a doenças.

- Cor/raça: as desigualdades étnico-raciais determinam diferentes tipos de doenças em brancos e negros, assim como maior número de mortes, por causas evitáveis.
- Renda familiar em salários mínimos: a renda individual e familiar trata-se de um suporte importante para o acesso às condições de saúde e sanitárias (casa, água, esgoto etc), assim como a desigualdade de renda nas populações influencia a saúde, pela escassez e a falta de oportunidade de recursos individuais e comunitários (educação, lazer, transporte, acesso aos serviços de saúde etc..)
- Quantidade de pessoas que moram em casa? São condições de vida que se alteram em função do número de pessoas que coabitam no mesmo domicílio, necessitando compartilhar os mesmos recursos de forma individual e coletiva.
- O (a) Sr(a) ou alguém na sua casa possui plano de saúde ? Oportunidade de ampliação ao acesso a serviços médicos e de saúde, em indivíduos mais comumente portadores de doenças crônicas degenerativas, o que também não exige a participação do SUS no cuidado compartilhado e transversal.
- Quantas pessoas de sua casa são cobertas pelo plano de saúde?
- Quantas consultas médicas o (a) Srº(a) teve nos últimos 12 meses? Representa a busca e ações de manutenção da saúde em nível individual, podem ou não traduzir demandas por saúde, seu consumo e resolutividade das necessidades em saúde.
- Existe unidade básica de saúde/Posto de Saúde perto da sua casa? Reflete uma dimensão importante para a busca e manutenção da saúde.

5.7. Análise dos dados

Para análise dos dados foram selecionadas como variáveis perguntas, as questões sobre autopercepção da saúde e qualidade de vida:

- Como o(a) Sr(o/a) avalia sua saúde, nos últimos 2 meses ?
- Como o(a) Sr(o/a) avalia sua qualidade de vida nos últimos 2 meses?

E como variáveis explicativas foram selecionadas os seguintes determinantes sociais em saúde, as perguntas relativas a sexo, idade, escolaridade, religiosidade, ocupação/atividade, estado civil, cor/raça, renda familiar, quantidade de pessoas que moram em casa? Também foram selecionadas questões pertinentes às condições assistenciais, pela importância da dimensão técnico assistencial e sua contribuição para a saúde dos participantes; O (a) Sr(a) ou alguém na sua casa possui plano de saúde ? Quantas pessoas de sua casa são cobertas pelo plano de saúde? Quantas consultas médicas o (a) Srº(a) teve nos últimos 12 meses ? Existe unidade básica de saúde/Posto de Saúde perto da sua casa?

Os dados foram previamente digitados em um banco de dados e conferidos. A análise estatística foi baseada na distribuição bivariada de frequências; se absolutas e percentuais. Para verificar a associação entre autopercepção de saúde e qualidade de vida, foi realizada análise univariada, das variáveis perguntas, tendo como variável explicativa as questões relativas aos determinantes sociais em saúde. No estudo final foram considerados os dados estatisticamente significantes as variáveis com (valor-p) $\leq 0,05$; realizado ainda associação entre as variáveis de exposição em estudos e eventos, utilizando o teste de Qui-quadrado de Pearson para homogeneidade, além deste foi realizado análise de correspondência (AC) onde AC é uma técnica multivariada de análise exploratória de dados.

Esta técnica é adequada para analisar tabelas de contingência com duas ou mais entradas, levando em conta algumas medidas de correspondência entre linhas e colunas. Basicamente, a AC converte uma matriz de dados não negativos em um tipo particular de representação gráfica em que as linhas e colunas da matriz são simultaneamente representadas em dimensão reduzida através de um gráfico de pontos. Essa análise baseia-se em uma média ponderada entre as distâncias dos pontos até os perfis médios de linhas e de colunas, representada pela inércia. A inércia será alta quando os perfis linha tiverem grandes desvios de sua média e será baixa quando tiverem pequenos desvios. Quando a inércia é baixa o perfil linha está mais próximo do perfil médio o que mostra que há baixa associação entre linha e coluna, quando a inércia é alta o perfil linha fica mais afastado do perfil médio e assim há maior correlação entre linha e coluna (NENADIC e GREENACRE, 2007).

Para a análise dos dados foram utilizados os programas de software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 21 e o R (Development Core Team) versão 3.30

RERERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ADLER, N. Behavioral and social sciences research contributions in NIH Conference on Understanding and Reducing Disparities in Health, October 23–24, 2006 NIH Campus, Bethesda, Maryland.

Tradução< <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Conference.pdf>

AGOSTINHO, Milena Rodrigues et al. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 5, n. 17, p. 9-15, mar. 2010. ISSN 2179-7994. Disponível em: <https://www.rbmfec.org.br/rbmfc/article/view/175> Acesso em: 03 maio 2017. doi:[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc5\(17\)175](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc5(17)175).

ALVES, Luciana Correia; RODRIGUES, Roberto Nascimento. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 17, n. 5-6, p. 333-341, June 2005 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892005000500005&lng=en&nrm=iso>. access on 03 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892005000500005>

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva et al. Democracia é saúde. In: **Conferência Nacional de Saúde, 8**. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Documentação, 1987. p. 35-42.< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0104-1290201400030088400002&lng=en

ARRUDA, Guilherme Oliveira de et al . Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 49, n. 1, p. 61-68, Feb. 2015 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100061&lng=en&nrm=iso access on 03 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000100008>

BERMUDEZ, JORGE.A.Z. Novo milênio, novo século, novos e maiores desafios **REV. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(4):750-751, jul-ago, 2001. <http://www.scielo.org/pdf/csp/v17n4/5273.pdf>>

Bezerra PCL, Opitz SP, Kaifman RJ, Muniz PT. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. **Cad. Saúde Pública**. 2011;27(12): 2441-51.< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S00806234201500010006100011&lng=en

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.< http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf

_____. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). 22ªed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2004.<
https://www.senado.gov.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_5_.asp>
 _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>

BORIM, Flávia Silva Arbex; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; NERI, Anita Liberalesso. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 769-780, Apr. 2012. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000400016&lng=en&nrm=iso access on 08 Apr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400016>

BORGES et al. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2014; 17(1):79-86

BORDE, Elis; HERNANDEZ-ALVAREZ, Mario e PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde debate** [online]. 2015, vol.39, n.106 [cited 2016-05-03], pp.841-854. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300841&lng=en&nrm=iso ISSN 0103-1104. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>.

BURSTROM, B.; FREDLUND, P. Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *JEpidemiol Community Health*, v.55, p. 836-840, 2001. Tradução disponível < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1763304/>>

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso

BUSS, Paulo Marchiori et al. Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2555-2570, Dec. 2014. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001202555&lng=en&nrm=iso access on 03 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XAT011214>

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, Sept. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900033>>

CHAVES, Érika de Cássia Lopes et al . Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 23, n. 3, p. 648-655, Sept. 2014 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072014000300648&lng=en&nrm=iso>. access on 03 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001000013>

CANAVARRO, Maria Cristina et al. Qualidade de vida e saúde: Aplicações do WHOQOL. **Alicerces**, p. 243-268, 2010. <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/770/1/Qualidade%20de%20via%20e%20sa%C3%BAdade.pdf>>

CAMARA, Ana Maria Chagas Sette et al . Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, supl. 1, p. 40-50, Mar. 2012 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022012000200006&lng=en&nrm=iso access on 03 May 2017 <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200006>>

CARVALHO, Antonio Ivo de et al. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Editora Fiocruz, 2014. p. 121-142.< http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/eve/evento_maestria/Carvalho%20I%20Buss%20PDeterminantes%20Sociais.pdf>

CERQUEIRA, M T. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial. Ginebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico, 1997.

CONFORTIN, Susana Cararo et al . Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 5, p. 1049-1060, May 2015 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2015000500016&lng=en&nrm=iso access on 03 May 2016. < <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00132014>>

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 199-204, Jan. 1998 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1998000100029&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000100029>>

Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde: ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: CSDH; 2005 [citado 2016 out 20]. Disponível em: http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T42_CSDH_Conceptua%20Framework%20-%20tradu%E7%E3o%20APF>

As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. / Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.< http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/relatorio_cndss.pdf>

Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde. acesso 01/05/17. disponível http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/8/9789248563706_por_contents.f>

DACHS J, NORBERTO W. Determinantes das desigualdades na auto avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados PNAD/1998. Revista Ciências da saúde, 2002.

DUCA, Giovâni Firpo Del et al . Hospitalização e fatores associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 7, p. 1403-1410, July 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000700019&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000700019>>

ESCODA, Maria do Socorro Quirino. Iniquidades em saúde no Brasil sob as lentes da sociedade civil. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 1595-1602, 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400020&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400020>

Fiorati RC, Arcêncio RA, Souza LB. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e 2683 acesso 19/04/2017 < <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0945.2687>>

FILHO-ALMEIDA, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. IN: NOGUEIRA RP. A problemática teórica da determinação social da saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Cap1, pág.13-37. < <http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>>

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000 . < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400005>>

FLECK, Marcelo PA et al . Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 34, n. 2, p. 178-183, Apr. 2000 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102000000200012&lng=en&nrm=iso access on 03 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>>

FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al . Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 21, n. 1, p. 19-28, Mar. 1999 . Available from

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644461999000100006&lng=en&nrm=iso

FRÉO Bianca. Manifestações bucais em pacientes portadores de insuficiência renal crônica – correlações com níveis de ansiedade e depressão, percepção de saúde oral e qualidade de vida [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2014<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23139/tde-18032015152020/pt-br.php>

FREITAS, Daniela Helena Machado de et al . Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 37, n. 1, p. 32-35, Jan. 2010 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832010000100007&lng=en&nrm=iso access on 20 June 2016. < <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000100007>>

FOLSTEIN, Marshal F.; FOLSTEIN, Susan E.; MCHUGH, Paul R. “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of psychiatric research**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRE, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. **Saude soc.**, São Paulo , v. 23, n. 4, p. 1173-1182, Dec. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902014000401173&lng=en&nrm=iso>. access on 03 May 2017. < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400005>

GRUPO WHOQOL BRASIL. Coordenação Marcelo Pio de Almeida Fleck. Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre.< <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/breve.PDF>>

HARTMANN, Ana Cristina Vaz Costa. Fatores Associados a Autopercepção de Saúde em Idosos de Porto Alegre. 2008. 73p. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. <http://hdl.handle.net/10923/3578> http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000156&pid=S14133555200900050000300025&lng=pt>

JEREZ-ROIG, Javier et al . Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 11, p. 3367-3375, Nov. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016001103367&lng=en&nrm=iso> access on 09 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.15562015>>

Jylhä M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1998; 53:S144-52. < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000156&pid=S1413-3555200900050000300025&lng=pt>

KUSUMOTO, Luciana et al . Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 21, n. spe, p. 152-159, 2008 . Available from

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002008000500003&lng=en&nrm=iso

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000500003>

LAURENTI, Ruy. A mensuração da qualidade de vida. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 49, n. 4, p. 361-362, 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000400021&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000400021>>

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; FIRMO, Josélia O A; UCHOA, Elizabeth. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 38, n. 6, p. 827-834, Dec. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102004000600011&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000600011>>

LEBRAO, Maria Lúcia and LAURENTI, Rui. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2005, vol.8, n.2 [cited 2016-05-01], pp.127-141. Available from:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2005000200005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1980-5497. < <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200005>>

LOURES, Marta Carvalho; PORTO, Celmo Celeno. A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2317-2318, 2009.

LUNARDI VL. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v.20, n.1, p.26-40, jan. 1999 < <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4219>>

LOUVISON, Marília Cristina Prado et al . Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, n. 4, p. 733-740, Aug. 2008 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000400021&lng=en&nrm=iso

<http://dx.doi.org/10.1590/S003489102008000400021>.

MARX, K. O Capital. crítica da economia política. Livro Primeiro. Tomo 2. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996.

MARQUES da Silva VL. Os determinantes Sociais da Saúde e o Projeto Família Saudável: possibilidades e limite. *Revista Vértices*. IFF.2011.acesso 20/04/2017 <http://www.essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/1809-2667.20110014/702>>

MASLOW, A. H. *A theory of human motivation*. York University, Toronto, 1943. Tradução disponível em <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm> acesso 5/04/2017>

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000 . <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232000000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 06 feb 2017.

< <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>>

MONTEIRO, Rosangela et al . Qualidade de vida em foco. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto , v. 25, n. 4, p. 568-574, Dec. 2010 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382010000400022&lng=en&nrm=iso access on 02 July 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-76382010000400022>.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 18, supl. p. S77-S87, 2002 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X200200070000&lng=en&nrm=iso access on 12 May 2016. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700009>>

Nenadic, Oleg; Greenacre, Michael : Análise de Correspondência em R, com dois e gráficos tridimensionais: Journal of Statistical Software; Vol. 20, N ° 3, 2007 tradução disponível< <https://www.jstatsoft.org/article/view/v020i03/v20i03.pdf>>

NOGUEIRA, Eduardo Lopes et al . Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 3, p. 368-377, June 2014 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000300368&lng=en&nrm=iso>. access on 14 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004660>>

Organização Mundial de Saúde. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). Geneva: WHO;1998. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000040&pid=S0102

_____.Determinantes e desigualdades em saúde. 2012, acesso 21/04/2017. http://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=165&lang=pt

_____.Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde. Rio de Janeiro, Brasil - 21 de outubro de 2011.< http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf>

Organização Pan-Americana da Saúde: Elisabeth Carmen Duarte et.al. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório/ **Capítulo 4. Resultados.** 2002. 123 p. disponível http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12955/1/LIVRO_EpidemiologiaDesigualdades.pdf>

PAGOTTO, Valéria; BACHION, Maria Márcia; SILVEIRA, Erika Aparecida da. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 33, n. 4, p. 302-310, Apr. 2013 . Available

from http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892013000400010&lng=en&nrm=iso

access on 08 ago 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892013000400010>

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

https://books.google.com.br/books/about/Necessidades_humanas.html?hl=pt-BR&id=lbaRPgAACAAJ

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo , v. 26, n. 2, p. 241-250, June 2012 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180755092012000200007&lng=en&nrm=iso>

Rabenhorst, Eduardo R. Necessidades básicas, direitos humanos e pobreza. *Revista Verba Juris* ano 6, n. 6, jan./dez. 2007. <http://periodicos.ufpb.br/index.php/vj/article/viewFile/14861/8416>>

RABELO D.F, LIMA C. F. M, FREITAS P. M, SANTOS J.C. Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, 2010.

<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5370/3850>>

REICHERT, Felipe Fossati; LOCH, Mathias Roberto; CAPILHEIRA, Marcelo Fernandes. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 12, p. 3353-3362, Dec. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200020&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200020>>

REGIS, Lorena Fagundes Ladeia Vitoria; PORTO, Isaura Setenta. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 2, p. 334-341, Apr. 2011 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200005&lng=en&nrm=iso

access on 10 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200005>.

RODRIGUES, Maria Aparecida Pinheiro et al . Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 10, p. 2267-2278, Oct. 2008 .Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001000008&lng=en&nrm=iso>

ROCHA, Patrícia Rodrigues da ; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal . Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde . **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 129-135, feb. 2015. ISSN 1980-220X. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103172>

acesso em: 25 apr. 2017. doi: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100017>>

RUSA, Suzana Gabriela et al . Calidad de vida/espiritualidad, religión y creencias personales de adultos y ancianos renales crónicos en hemodiálisis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 22, n. 6, p. 911-917, Dec. 2014 Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692014000600911&lng=en&nrm=iso access on 15 May 2016. Epub Jan 09, 2015>
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3595.2495>

SANTOS Camila Mello. Avaliação Longitudinal da mudança na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.
<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000725273&loc=2009&l=8c051a8ab726e887> acesso 14 de maio de 2016

SANTOS SOUZA, Moema; DA SILVA COQUEIRO, Raildo y HENRIQUE FERNANDES, Marcos. ESTUDO POPULACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DE IDOSOS RESIDENTES EM COMUNIDADE. *Cienc. enferm.* [online]. 2016, vol.22, n.2 [citado 2017-05-06], pp.13-26. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000200002&lng=es&nrm=iso
ISSN 0717-9553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000200002>.

SAMPAIO, J. R. A gestão das pessoas e a motivação: O Maslow desconhecido. *HSM Management*, São Paulo, n. 25. out. 2005.
http://sistema.semead.com.br/13semead/resultado/trabalhosPDF/703.pdf_93

SANTIN, S. Cultura corporal e qualidade de vida. *Kinesis*, Santa Maria, v.27,p.116, 2002<http://periodicos.ufsm.br/kinesis/article/view/7008/4228>.
SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 29-41, Apr. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Apr. 2017. <
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>>

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101997000600016&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Mar. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S003489101997000600016>>

SEILD, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.580-8, 2004.

SILVA, Thiago Rodrigo da; MENEZES, Paulo Rossi. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 86, n. 1, p. 28-38, mar. 2007. ISSN 1679-9836. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/59170>>. Acesso em: 06 may 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v86i1p28-38>

SILVA, Roberto Jerônimo dos Santos et al . Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São

Paulo , v. 15, n. 1, p. 49-62, Mar. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000100005&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100005>>

SOBRAL, André; FREITAS, Carlos Machado de. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 1, p. 35-47, Mar. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902010000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000100004>>

SOUZA, Diego de Oliveira; SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Neuzianne de Oliveira. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da "questão social". **Saude soc.**, São Paulo , v. 22, n. 1, p. 44-56, Mar. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902013000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000100006>>

VERAS, Renato; PARAHYBA, Maria Isabel. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 10, p. 2479-2489, Oct. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007001000022&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000022>

Viacava F, Porto SM, Laguardia J, Ugá AD, Moreira RS. Proadess: Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento. Relatório final. FIOCRUZ. Rio de Janeiro 2011. acesso 23/04/17 http://www.proadess.icict.fiocruz.br/SGDPRELATORIO_FINAL%20_com_sumario_atualizadorev%202014.pdf

VILLA NOVA, Fabio Antonio et al. Associação do risco familiar com saúde bucal, qualidade de vida e variáveis socioeconômicas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 10, n. 34, p. 1-9, mar. 2015. ISSN 2179-7994. <http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/970/675>

ZAVARIZE, Sergio Fernando; WECHSLER, Solange Muglia. Perfil criativo e qualidade de vida: implicações em adultos e idosos com dor lombar crônica. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 403-414, Sept. 2012 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232012000300002&lng=en&nrm=iso access on 15 May 2016. < <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000300002>>

ZIONI, Fabiola; WESTPHAL, Márcia Faria. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Saude soc.**, São Paulo , v. 16, n. 3, p. 26-34, Dec. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902007000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 12 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000300004>>

<https://www.google.com.br/maps/place/Betim,+MG/@-19.9914242,-44.3976208,10z/data=!4m5!3m4!1s0xa6c24a5fb01f9b:0xdae51d9facff118f!8m2!3d-19.9673078!4d-44.2011904>, acesso em 07/04/17>

http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura_de_betim/falando_de_betim/o_municipio/39037%3B36637%3B070912%3B0%3B0.asp> acesso em 07/04/17

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapmunmg.def> acesso em 07/04/2017>

RESULTADOS – ARTIGO

AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS E IDOSOS: ASSOCIAÇÃO COM OS DETERMINANTES SOCIAIS

AUTOPERCEPTION IN HEALTH AND QUALITY OF LIFE IN ADULTS AND ELDERLY: ASSOCIATION WITH SOCIAL DETERMINANTS

Luciana Joaquina de Vasconcellos¹, Elza Machado de Melo², Ricardo Tavares³, Stela Maris Aguiar Lemos⁴

RESUMO: Autopercepção em saúde, qualidade de vida associação com os determinantes sociais é um importante tema a ser tomado nos discursos biomédicos e cientistas sociais, por valorizar a subjetividade do sujeito; é indicada pela Organização Mundial de Saúde como método de avaliação da saúde global em grandes inquéritos.

OBJETIVO: Investigar a autopercepção de saúde, qualidade de vida e sua associação com os determinantes sociais em adultos e idosos. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo observacional, analítico transversal, com amostra probabilística estratificada por conglomerados, composta por 1129 participantes, adultos e idosos residentes de Betim. Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CAAE número 02235212.20000.5149/UFMG; a margem de erro foi de 1,9% e grau de confiança 95%, demais dados foram considerados excludentes.

No estudo final foram considerados os dados estatisticamente significantes as variáveis com (valor-p) $\leq 0,05$; sendo realizado ainda o teste de Qui-quadrado de Pearson para homogeneidade; e utilizado os programas de software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 21 e o R (Development Core Team) versão 3.30.

RESULTADOS: Autopercepção de Saúde, Qualidade de vida associação com determinantes sociais; tiveram variáveis comuns como: sexo feminino, faixa etária, ensino médio, ocupação/trabalho, renda familiar em salários mínimo, presença de plano de saúde privado e número de consultas médicas nos últimos 12 meses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Autopercepção de saúde e a qualidade de vida mostrou associação com os determinantes sociais.

ABSTRACT: Self-perception in health, quality of life association with social determinants is an important topic to be taken in biomedical discourses and social scientists, for valuing the subjectivity of the subject; Is indicated by the World Health Organization as a method of assessing global health in large surveys. **GENERAL OBJECTIVE:** To investigate self-perception of health, quality of life and its association with social determinants in adults and the elderly. **METHODOLOGY:** This is an observational, cross-sectional analytical study with a probabilistic sample stratified by clusters, composed of 1129 participants, adults and elderly residents of Betim. Approved by the Ethics and Research Committee - CAAE number 02235212.20000.5149 / UFMG; The

margin of error was 1.9% and the confidence level 95%, other data were considered as excluding.

In the final study, the variables with (p-value) ≤ 0.05 were considered statistically significant; And the Pearson chi-square test for homogeneity; And used the software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 21 and the R (Development Core Team) version 3.30. **RESULTS and DISCUSSION:** Self-perception of Health, Quality of life association with social determinants; Had common variables such as: female gender, age range, high school, occupation / work, family income in minimum salaries, presence of private health insurance and number of medical visits in the last 12 months. **FINAL CONSIDERATIONS:** Self-perception of health and quality of life showed association with social determinants.

¹Enfermeira, Professora do Sistema KROTON S/A, Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência/ UFMG; E.mail: lucianag@Kroton.com.br; ²Coordenadora do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência/UFMG, Doutora em Saúde da Comunidade USP;³Estatístico Professor do departamento de Matemática UFOP, Doutor em Estatística UFMG, ⁴Fonoaudióloga, Professora do departamento de fonoaudiologia UFMG/Pós-doutorado Universitat Rovira i Virgili, URV, Espanha.

INTRODUÇÃO

A Saúde, como o resultado da interação dos fatores biológicos, psicossociais, (interações sociais), comportamentais (estilo de vida) e ambientais; vem sendo estudada por cientistas sociais e políticos, a fim de intervir nos problemas considerados emergentes desde o início do novo milênio (redução da mortalidade infantil e materna; controle de doenças e agravos prioritários; reorientação do modelo assistencial e outros); como também otimizar a qualidade de vida. (BERMUDEZ, 2001; BEZERRA 2011 e BUSS, PM, 2014); mas a crescente discussão em torno da questão social da saúde, vem tecendo considerações complementares ao tema; (BORDE; HERNANDEZ-ALVAREZ e PORTO, 2015) como dignidade, desigualdades, iniquidades e busca pela equidade; desdobramentos estes que mostram-se interligados e influenciam decisivamente na produção e autopercepção de saúde e qualidade de vida.

Diversos métodos podem ser empregados para avaliar o estado de saúde das pessoas; tendo destaque avaliação clínica, laboratorial e o autoconceito em saúde. (PAGOTTO, BACHION, SILVEIRA, 2013). Inicialmente o termo foi abordado por Mossey e Shapiro no Canadá em 1982, revelando mortalidade aumentada em idosos com autopercepção de saúde negativa. Atualmente seu uso amplia o conceito de saúde biológico, por englobar aspectos psicossociais e ambientais, (BURSTROM, FREDLUND, 2001; FREITAS et al.2010), além da possibilidade de revelar a subjetividade do indivíduo,

quanto a comportamentos, condições crônicas, morbimortalidade e uso de serviços médicos. (FREITAS et al, 2010).

A avaliação do estado de saúde, por meio da autopercepção, vem sendo abordada nos estudos sob prismas diferentes; como **método** para mensurar as condições de saúde das pessoas por ser de fácil aplicação; alta confiabilidade e validade. (LIMA, FIRMO e UCHOA, 2004), e também como **indicador** recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) empregado em grandes inquéritos a fim de verificar a saúde das populações. (PAGOTTO, BACHION, SILVEIRA, 2013). Seus resultados são semelhantes à métodos mais complexos de avaliação; contempla aspectos da saúde real/ objetiva (física, cognitiva e capacidade funcional) e subjetiva (aspectos de bem estar e satisfação; ou impactos negativos das doenças sobre o organismo, concepções de vida saudável e ainda outras necessidades) da saúde. (FREITAS, et al.2010, ARRUDA et.al, 2015)

O termo qualidade de vida evidencia um campo de conhecimento ainda a ser construído, (ALMEIDA, 2012); para a Organização Mundial de Saúde (1995) é a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores, nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A gênese da palavra **qualidade** vem do latim, derivada do radical “qualis”, que significa o modo, ou característica própria de alguma “coisa”; em si mesma, ou relativa a outro grupo ou “coisa”, podendo adquirir características tanto positivas como negativas. (PEREIRA, TEIXEIRA, SANTOS, 2012). Contudo a imprecisão conceitual não limita seu uso; dada a sua complexidade e interesse de áreas diversas, pode ser abordada como sinônimo de saúde, felicidade, experiência de vida e satisfação. (FLECK, 2000, MINAYO 2000, LOURES, 2009)

Inexiste em consenso um conceito teórico sobre “Qualidade de Vida” que abrange todas suas dimensões (física, biológica, funcional, social e psicológica); admite-se que o termo angaria características de singularidade, subjetividade e multidimensionalidade; o que vem permitindo seu emprego gradativo nos discursos das ciências sociais e da saúde, cujos desfechos são importantes ao reafirmar o homem como um ser interligado aos aspectos de vida cotidiana e seus anseios (sente e percebe), ao ambiente e sociedade na qual pertence. (FLECK, Marcelo Pio de Almeida,2000; PEREIRA, TEIXEIRA; SANTOS, 2012

Quanto presença dos Determinantes sociais em saúde (DSS) sua tomada na discussão, amplia o conceito de saúde fragmentado, biologicista, incorporando aspectos da vida

cotidiana, cultura e trabalho; que incidem diretamente na manutenção do estado de saúde, nas vulnerabilidades e ou adoecimento. Para BUSS e PELLEGRINI 2007, os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população; assim compreendemos, que as desigualdades sociais podem determinar estilos de vida e comportamentos desiguais nas sociedades, o que também culmina em padrões diferentes de saúde.

Estudos sobre autopercepção de saúde ainda são poucos no Brasil (DACHS, 2002; FREITAS et.al 2010), também não encontramos em nosso meio, estudos que analisaram diretamente a autopercepção da saúde e qualidade de vida, associação com os determinantes sociais; o que reinteramos como relevante a pesquisa, cujos resultados poderão identificar fatores que interferem na autopercepção de saúde e qualidade de vida; identificar determinantes sociais de saúde estruturantes; assim como subsidiar políticas de enfrentamento às iniquidades sociais.

Neste contexto o presente estudo tem como objetivo investigar a autopercepção de saúde, qualidade de vida e sua associação com os determinantes sociais em adultos e idosos.

MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, analítico, transversal; parte de uma pesquisa maior intitulada SAUVI (Saúde e Violência: Subsídios para a Formulação de Políticas Públicas de Promoção da Saúde e Prevenção de Violência/ UFMG) com amostragem probabilística estratificada por conglomerados composta por 1.129 participantes, adultos e idosos residentes na cidade de Betim/ Minas Gerais.

Participaram do estudo 730 adultos e 399 idosos que responderam aos seguintes os critérios de inclusão: ter vinte (20) anos ou mais, ser residentes na cidade de Betim, nos setores censitários selecionados para a pesquisa, a seleção das pessoas dentro dos domicílios levou em conta a homogeneidade entre sexo e idade dentro da amostra, e se baseou nas tabelas de Kish.(1965).

A coleta de dados foi realizada sob a forma de entrevistas com roteiro estruturado que ocorreram nos anos 2014 e 2015. Para o alcance dos objetivos foram selecionadas perguntas que configuraram as variáveis respostas do estudo “Como o (a) Sr(a) avalia sua saúde, nos últimos dois meses ?” e “ Como o (a) Sr(a) avalia sua qualidade de vida

nos últimos dois meses?” Ambas questões tiveram respostas em formato na escala Likert com cinco pontos referenciados como (1) Muito ruim, (2) Ruim, (3) Regular, (4) Boa, (5) Muito boa. Foram também elencadas variáveis explicativas sociodemográficas e técnico assistenciais: idade, sexo, escolaridade, religião, ocupação/ atividade, estado civil, cor/raça, renda familiar em salários mínimos, quantidade de pessoas que moram na mesma casa, presença de plano de saúde, número de pessoas com cobertura pelo plano de saúde em casa, número de consultas médicas nos últimos 12 meses.

Os dados foram digitados num banco de dados e conferidos; em seguida, verificou-se associação das variáveis respostas “Como o (a) Sr(a) avalia sua saúde, nos últimos dois meses ?” e “ Como o (a) Sr(a) avalia sua qualidade de vida nos últimos dois meses?” com as variáveis explicativas de interesse (DSS) por meio de análise univariada. Para cada variável explicativa foi realizado o teste Qui-quadrado de Pearson para homogeneidade, que avalia se a proporção de autopercepção de saúde positiva é a mesma em cada variável explicativa. Analogamente também foi aplicado para a variável autopercepção da qualidade de vida.

No estudo final foram utilizados os softwares Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 21 e o R (Development Core Team) versão 3,3; sendo ponderada margem de erro máxima de 1,9%; e dados estatisticamente significantes as variáveis com (valor-p) $\leq 0,05$.

O Presente estudo teve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CAAE número 02235212.20000.5149 e todos os participantes assinaram o termo de consentimento e livre esclarecido.

RESULTADOS

A investigação da Autopercepção, Qualidade de Vida em Adultos e Idosos; associação com determinantes sociais evidenciaram resultados que foram organizados em três tabelas e um mapa de correspondência.

TABELA 1. Autopercepção da Saúde, Qualidade de Vida, em Adultos e Idosos: Associação Com Determinantes Sociais.

Determinantes Sociais	Autopercepção de Saúde							Total		Qualidade de Vida								Total	
	Negativa		Positiva		Não informada		Valor p			Ruim		Boa		Não informada		Valor p			
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	
Sexo																			
Homem	101	31,9	337	41,6	1	100,0	0,0041	439	38,9	80	30,3	358	41,4	1	100,0	0,0019	439	38,9	
Mulher	216	68,1	474	58,4	0	0,0		690	61,1	184	69,7	506	58,6	0	0,0		690	61,1	
Faixa etária																			
20 a 29	38	12,0	202	24,9	1	100,0	< 0,0001	241	21,3	38	14,4	202	23,4	1	100,0	< 0,0001	241	21,3	
30 a 39	57	18,0	211	26,0	0	0,0		268	23,7	46	17,4	222	25,7	0	0,0		268	23,7	
40 a 49	69	21,8	152	18,7	0	0,0		221	19,6	56	21,2	165	19,1	0	0,0		221	19,6	
50 a 59	65	20,5	134	16,5	0	0,0		199	17,6	64	24,2	135	15,6	0	0,0		199	17,6	
60 ou +	88	27,8	112	13,8	0	0,0		200	17,7	57	21,6	132	15,3	0	0,0		189	16,7	
Não Informado	0	00	0	0	0	0		0	0	3	1,1	8	0,9	0	0,0		11	1,0	
Escolaridade																			
Sem Ensino Fundamental	153	48,3	196	24,2	0	0,0	< 0,0001	349	30,9	125	47,3	224	25,9	0	0,0	< 0,0001	349	30,9	
Ensino Fundamental	78	24,6	224	27,7	0	0,0		302	26,8	67	25,4	235	27,2	0	0,0		302	26,7	
Ensino Médio	72	22,7	306	37,8	1	100,0		379	33,6	60	22,7	318	36,8	1	100,0		379	33,6	
Ensino Superior ou Pós-Graduado	14	4,4	76	9,4	0	0,0		90	8,0	12	4,5	78	9,0	0	0,0		90	5,8	
Não informado	0	0,0	8	1,0	0	0,0		8	0,7	0	0,0	9	1,0	0	0,0		9	0,8	
Religião																			
Sim	255	80,4	653	80,5	0	0,0	1,0000	908	80,4	216	81,8	692	80,1	0	0,0	0,5329	908	80,4	
Não	60	19,0	155	19,0	0	0,0		215	19,0	46	17,4	168	19,4	0	0,0		214	19,0	
Não informado	2	0,6	3	0,5	1	100,0		6	0,5	2	0,8	4	0,5	1	100,0		7	0,6	
Estado civil																			
Casado	136	42,9	384	47,3	0	0,0	0,0086	520	46,1	105	39,8	415	48,0	0	0,0	0,0012	520	46,1	
Solteiro	64	20,2	202	24,9	1	100,0		267	23,6	69	26,1	197	22,8	1	100,0		267	23,6	
Viúvo	37	11,7	67	8,3	0	0,0		104	9,2	25	9,5	79	9,1	0	0,0		104	9,2	
União estável (amasiado, amigado)	41	12,9	101	12,5	0	0,0		142	12,6	28	10,6	114	13,2	0	0,0		142	12,6	
Separado / divorciado	39	12,3	56	6,9	0	0,0		95	8,4	37	14,0	58	6,7	0	0,0		95	8,4	
Não informado	0	0,0	1	0,1	0	0,0		1	0,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0		1	0,1	
Cor /Raça																			
Branca	80	25,2	223	27,5	0	0,0	0,0352	303	26,8	62	23,5	241	27,9	0	0,0	0,2798	303	26,8	
Negra	40	12,6	100	12,3	0	0,0		140	12,4	37	14,0	103	11,9	0	0,0		140	12,4	
Amarela	8	2,5	47	5,8	0	0,0		55	4,9	13	4,9	42	4,9	0	0,0		55	4,9	
Parda	189	59,6	433	53,4	1	100,0		623	55,2	152	57,6	470	54,4	1	100,0		623	55,2	
Indígena	0	0,0	8	1,0	0	0,0		8	0,7	0	0,0	8	0,9	0	0,0		8	0,7	
Ocupação																			
Trabalho formal	95	30,1	381	47,1	1	100,0	< 0,0001	477	42,4	84	31,8	392	45,5	1	100,0	0,0013	477	42,4	
Trabalho informal	55	17,4	155	19,2	0	0,0		210	18,7	49	18,6	161	18,7	0	0,0		210	18,7	
Aposentado por invalidez	26	8,2	18	2,2	0	0,0		44	3,9	12	4,5	32	3,7	0	0,0		44	3,9	
Aposentado por tempo de serviço	38	12,0	54	6,7	0	0,0		92	8,2	32	12,1	60	7,0	0	0,0		92	8,2	
Aposentado mas	5	1,6	10	1,2	0	0,0		15	1,3	2	0,8	13	1,5	0	0,0		15	1,3	

trabalhando																		
Desempregado	33	10,4	81	10,0	0	0,0		114	10,1	36	13,6	78	9,1	0	0,0		114	10,1
Trabalho familiar	50	15,8	76	9,4	0	0,0		126	11,2	37	14,0	89	10,3	0	0,0		126	11,2
Benefício social	12	3,8	16	2,0	0	0,0		28	2,5	10	3,8	18	2,1	0	0,0		28	2,5
Procurou emprego nos últimos 30 dias?	0	0,0	1	0,1	0	0,0		1	0,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0		1	0,1
Estudante	0	0,0	6	0,7	0	0,0		6	0,5	0	0,0	6	0,7	0	0,0		6	0,5
Não informado	2	0,6	11	1,3	0	0,0		13	1,2	2	0,8	11	1,3	0	0,0		13	1,2
Renda familiar em salários mínimos																		
Sem renda	9	2,8	11	1,4	0	0,0		20	1,8	70	26,5	116	13,4	1	100,0		187	16,6
Até 1	66	20,8	120	14,8	1	100,0		187	16,6	101	38,3	321	37,2	0	0,0		422	37,4
Entre 1 e 2	131	41,3	291	35,9	0	0,0		422	37,4	67	25,4	326	37,7	0	0,0		393	34,8
Entre 2 e 5	87	27,4	306	37,7	0	0,0	0,0004	393	34,8	9	3,4	73	8,4	0	0,0	0,0001	82	7,3
Entre 5 e 10	17	5,4	65	8,0	0	0,0		82	7,3	3	1,1	16	1,9	0	0,0		19	1,7
Entre 10 e 20	2	0,6	17	2,1	0	0,0		19	1,7	1	0,4	2	0,2	0	0,0		3	0,3
Mais de 20	2	0,6	1	0,1	0	0,0		3	0,3	10	3,8	10	1,2	0	0,0		20	1,8
Não informado	3	0,9	0	0,0	0	0,0		3	0,3	3	1,1	0	0,0	0	0,0		3	0,3
Quantidade de pessoas em casa																		
1 a 3	205	64,7	490	60,4	0	0,0		695	61,6	175	66,3	520	60,2	0	0,0		695	61,6
4 a 7	110	34,7	314	38,7	1	100,0		425	37,6	86	32,6	338	39,1	1	100,0		425	37,6
7 ou +	2	0,6	7	0,9	0	0,0	0,4390	9	0,8	3	1,1	5	0,6	0	0,0	0,1266	8	0,7
Não informado	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0,0	1	0,1	0	0,0		1	0,1
Tem plano de saúde:?																		
Sim	112	35,3	380	46,9	0	0,0		492	43,6	97	36,7	394	45,6	0	0,0		491	43,5
Não	202	63,7	422	52,0	1	100,0	0,0014	625	55,4	164	62,1	459	53,1	1	100,0	0,0316	624	55,3
Não Sei	2	0,6	8	1,0	0	0,0		10	0,9	2	0,8	8	0,9	0	0,0		10	0,9
Não informado	1	0,3	1	0,1	0	0,0		2	0,2	1	0,4	3	0,3	0	0,0		4	0,4
Quantas pessoas de sua casa são cobertas pelo plano de saúde ?																		
0 ou 1	38	12,0	121	14,9	0	0,0		159	14,1	41	15,5	118	13,7	0	0,0		159	14,1
2 ou 3	53	16,7	180	22,2	0	0,0	0,7412	233	20,6	43	16,3	190	22,0	0	0,0	0,0171	233	20,6
4 ou +	23	7,3	92	11,3	0	0,0		115	10,2	14	5,3	101	11,7	0	0,0		115	10,2
Não informado	203	64,0	418	51,5	1	100,0		622	55,1	166	62,9	455	52,7	1	100,0		622	55,1
Existe Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde perto da sua casa?																		
Sim	274	86,4	690	85,1	1	100,0		965	85,5	225	85,2	739	85,5	1	100,0		965	85,5
Não	35	11,0	108	13,3	0	0,0	0,5354	143	12,7	34	12,9	109	12,6	0	0,0	0,9880	143	12,7
Não Sei	6	1,9	12	1,5	0	0,0		18	1,6	4	1,5	14	1,6	0	0,0		18	1,6
Não informado	2	60,0	1	0,1	0	0,0		3	0,3	1	0,4	2	0,2	0	0,0		3	0,3
Quantas consultas médicas o (a) Sr.(a) teve nos últimos 12 meses?																		
Nenhuma	35	11,0	174	21,5	0	0,0		209	18,5	36	13,6	174	20,1	0	0,0		210	18,6
Entre 1 e 2 consultas	101	31,9	382	47,1	0	0,0		483	42,8	103	39,0	380	44,0	0	0,0		483	42,8
Entre 3 e 5 consultas	103	32,5	173	21,3	0	0,0	0,0001	276	24,4	78	29,5	198	22,9	0	0,0	0,0038	276	24,4
Acima de 5 consultas	78	24,6	80	9,9	1	100,0		159	14,1	47	17,8	111	12,8	1	100,0		159	14,1
Não informado	0	0,0	2	0,2	0	0,0		2	0,2	0	0,0	1	0,1	0	0,0		1	0,1
Total	317	28,1	811	71,8	1	0,1		1129	100,0	264	100	864	100	1	100		1129	100

Fonte: Pesquisa Sauvi - Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

*Teste Qui-quadrado de Pearson para homogeneidade.

TABELA 2. Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Avaliação da saúde)

Avaliação da saúde	Dim 1	Dim 2
Negativa	0,6076	0,3924
Regular	0,6178	0,3822
Positiva	0,9293	0,0707

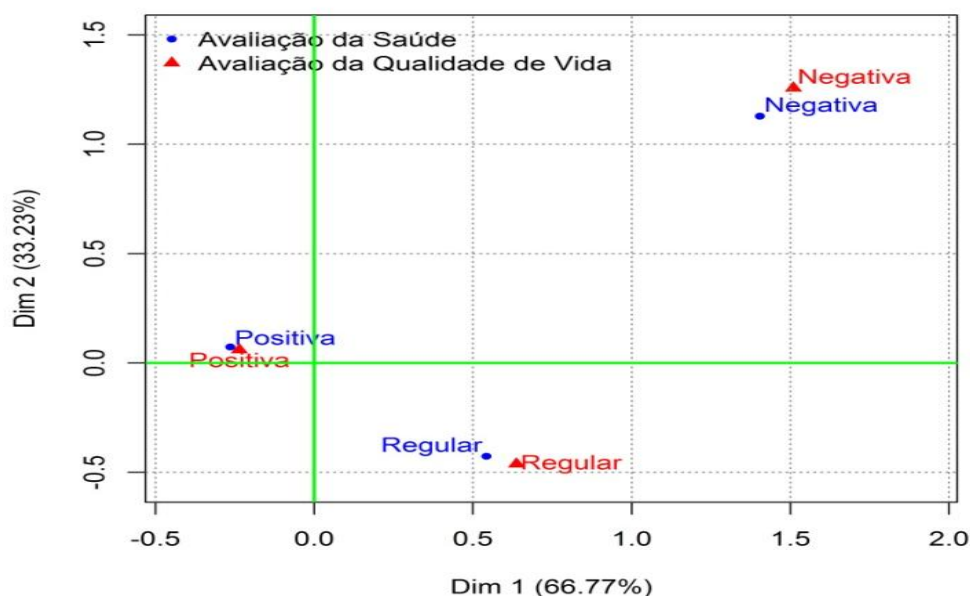
Fonte: Pesquisa Sauvi - Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

TABELAS 3. Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Avaliação da qualidade de vida).

Avaliação da qualidade de vida	Dim 1	Dim 2
Negativa	0,5905	0,4095
Regular	0,6551	0,3449
Positiva	0,9400	0,0600

Fonte: Pesquisa Sauvi - Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

FIGURA 1- Mapa de Correspondência: Associação de entre a avaliação da saúde e da qualidade de vida.



Fonte: Pesquisa Sauvi

- Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

DISCUSSÃO

A análise da univariada deste estudo evidenciou autopercepção de saúde positiva e associação com os determinantes sociais; em relação às variáveis sociodemográficas, os dados estatisticamente significantes $p \leq 0,05$. A autopercepção de saúde foi abordada como positiva ou negativa; sendo relatada por (n- 811) participantes 71,8% como positiva e (n-317) e 28,1% como negativa. Considerando a autopercepção de saúde positiva; o estudo LIMA-COSTA, FIRMO, UCHOA, 2004; realizado em Bambuí/ MG com 1.516 participantes mostrou (n-375) pessoas, com auto-avaliação da saúde como boa/ muito boa de 24,7%; semelhantemente BORIN, BARROS e NERI, 2012 com base nos dados de inquérito realizado em Campinas/ São Paulo, (ISA-Camp 2008/2009), com 1.432 idosos, a prevalência de saúde excelente/muito boa foi 24,6%; BORGES, Aline Morás et al 2014, em seu estudo na cidade de Passo Fundo/RS com 274 idosos, revelou (N-131) pessoas com autoavaliação de saúde boa em 47,8%; e (n-37) como ótima 13,5%; e ARRUDA et.al, 2015, em sua pesquisa realizada em três municípios da região metropolitana de Maringá/ PR, nas cidades de Sarandi e Paiçandu; incluindo 1.232 indivíduos adultos, evidenciou autopercepção de saúde boa,

em 42,9%, muito boa 11,2% e excelente 10,3% dos participantes. Complementando CONFORTIN, Susana Cararo et al 2015, em pesquisa realizada em Florianópolis/RS com 1.656 idosos, evidenciou autopercepção positiva de saúde de 51,2%.

Percebe-se que os estudos envolvendo a autopercepção de saúde na população idosa, evidencia o envelhecimento populacional como um fenômeno também presente na população Brasileira, o que de igual maneira representa um desafio para a sociedade a estruturação de serviços voltadas as demandas do grupo etário de forma a minimizar os impactos da senescência e senilidade sobre a funcionalidade global.

A autopercepção positiva foi associada ao sexo feminino 58,4%, nos estudos de BORGES, Aline Morás et al 2014 e ARRUDA et.al, 2015, também evidenciaram a prevalência do sexo feminino em seus resultados, 63,3% e 72,2% respectivamente; evidenciando um comportamento de envelhecimento distinto entre homens e mulheres; a denominada “feminização da velhice” que verifica-se pela maior expectativa de vida ao nascer 88,1 anos para mulheres e 79,1 anos para homens se residente em áreas urbanas. (Camarano AA, Kanso S, 2009). Mulheres tendem a procurar mais por serviços de saúde, devido a gestações, número de morbidades e declínio do estado funcional, demonstrando terem mais cuidados com a saúde serem mais pacientes, beneficiando-se melhor dos serviços. (ALVES, Railda Fernandes et al, 2011)

Quanto a faixa etária, os indivíduos mais jovens (n- 211) até 39 anos relataram autopercepção positiva de saúde em 26%; percebe-se que na amostra estudada à medida que a idade avança, a autoavaliação de saúde se torna negativa, o que também foi identificado nos estudos de BORIM; BARROS; NERI; 2012; com 1.432 idosos de 60 anos e mais; evidenciou-se que os idosos até 69 anos (n-800) tiveram autopercepção positiva de saúde (excelente ou muito boa) em 56%; aqueles com idade de 70 a 79 anos (n-470), referiram autopercepção positiva de saúde em 32%; mas o declínio funcional, torna-se marcante dentre aqueles octogenários ou mais, também chamados de idosos mais velhos, estes (n-162) autoavaliaram a saúde positiva em 11,3%; ainda em relação aos longevos, o estudo de SILVA et. al 2012 nas cidades de Olivença em Ilhéus/BA, Caratinga/ MG e Nova Santa Rosa/PR, com amostra de 909 idosos; identificou vários fatores associados a autopercepção de saúde negativa de saúde, sendo relevante as condições que atenuam a dependência (aumento da idade e incapacidade funcional), presença de doenças(desnutrição, hipertensão e uso de medicamentos) e, insuficiência financeira.

A presença de morbidades e incapacitações funcionais intensifica com o avançar da idade e contribuem para autoavaliação negativa de saúde. (BORIM; BARROS; NERI; 2012); neste sentido, PAVAO; WERNECK; CAMPOS; 2013; evidenciou em sua pesquisa que os idosos com 65 anos ou mais, tiveram chance cerca de 100% maior de ter autoavaliação de saúde ruim, quando comparados aos indivíduos pertencentes à menor faixa etária.

Na presente pesquisa, a autopercepção positiva de saúde foi associada com a escolaridade, (n-306) e presença de ensino médio 37,8%, ou seja; mais de 10 anos de estudos; semelhantemente, PERES, Marco Aurélio et al, 2010; realizou um estudo com 2.051 adultos de 20 a 59 anos de Lages/SC, encontrando similitude entre escolaridade igual ou superior a 12 anos e auto-avaliação de saúde positiva, observou em homens (n-164) autopercepção de saúde positiva em 91,1% e ; dentre as mulheres (n- 242) autorrelato de saúde positiva de 87,7%. Para PAVAO; WERNECK; CAMPOS; 2013; o nível de instrução é a principal causa das desigualdades sociais em saúde; em sua pesquisa indivíduos com menor nível de escolaridade apresentaram 300% mais chance de ter autoavaliação de saúde ruim, em relação aos de escolaridade mais alta. Considera-se que nível de instrução reflete o capital humano; entendido como a capacidade do indivíduo direcionar a vida provendo recursos necessários, para além dos financeiros; ao longo de toda a vida; tais como acesso a oportunidades sociais materiais e imateriais, o que pode ser traduzido como melhoria das condições de vida. (BORIM; BARROS; NERI; 2012)

Contudo é notável a associação da autopercepção de saúde ruim ou negativa com baixa escolaridade tanto neste estudo, como em outros também; neste os participantes que relataram não terem ensino fundamental (n-153) tiveram autopercepção de saúde negativa em 48,5%; semelhantemente a avaliação de saúde ruim ou negativa mostrou associação com baixa escolaridade nas pesquisas de NUNES; BARRETO; GONÇALVES; 2012; e de BORIM; BARROS; NERI; 2012; com idosos maiores de 60 anos; os autores afirmam que o baixo grau de instrução podem trazer dificuldades no autocuidado, de interação social e bem estar; refletindo as desigualdades sociais e de políticas de educação excludentes das décadas de 1930 e 1940, (BORGES, Aline Morás et al 2014) quando o ensino era de difícil acesso; o que representa atualmente importante causa de declínio funcional em idosos. (JUNIOR e GUERRA, 2008)

A ocupação enquanto trabalho remunerado (formal e informal) na amostra estudada (n-536) participantes, relataram autopercepção de saúde positiva em 47,1% e 19,2% respectivamente; nos estudos de FERNANDES, BERTOLDI e BARROS, 2009; em Porto Alegre/RS; com 2.988 indivíduos, de todas as idades; os autores encontraram resultados semelhantes; dentre os entrevistados com 20 anos ou mais (n-1.517 que trabalharam nos últimos 30 dias), autoavaliaram sua saúde como muito boa ou boa em 71,5%; considerando os idosos que ainda mantêm-se no trabalho, NUNES, BARRETO e GONÇALVES, 2012; realizaram uma pesquisa em Belo Horizonte com 363 longevos com 60 à 80 anos e mais, aqueles que relataram ter trabalhado na semana anterior da pesquisa (n-113), tiveram autopercepção de saúde boa em 34,5%. Entendemos que as condições de vida, estilo de vida e formação de redes sociais se inter-relacionam; de forma que a ocupação/trabalho oportuniza as pessoas o sentido de pertencimento, mobilidade e renda.

Neste estudo a renda familiar entre dois e cinco salários mínimos (n-306) evidenciou associação com autopercepção de saúde positiva, em 37,7%; achados que corrobora com estudos prévios; Peres MA et al.2010; BORIM; BARROS; NERI; 2012 e BORGES, Aline Morás et al, 2014; abordando adultos e idosos; entretanto; destaca-se a pesquisa de CONFORTIN, Susana Cararo et al 2015, para os autores; pessoas com níveis maiores de escolaridade e renda, têm mais acesso à informação e adoção de hábitos saudáveis de vida; obtendo consequentemente melhor qualidade de vida e autopercepção de saúde positiva; seus achados demonstraram (n-410) pessoas, com renda superiores a dois salários mínimos e autopercepção positiva de saúde de 68,2%. Complementando, a renda está associada a aspectos associados à saúde (alimentação, acesso serviços médicos e aquisição de medicamentos), maior autonomia no trabalho e acesso a atividades de lazer. (Peres MA et al.2010)

Inversamente, neste estudo; é notória a condição baixa renda (n-206) envolvendo as categorias sem renda ou com renda até dois salários mínimos; condizente com autopercepção negativa de saúde 64,9%; no estudo de PAVAO; WERNECK; CAMPOS, 2013; a renda familiar menor que meio salário mínimo (n- 4.453) foi associado autoavaliação negativa de saúde em 46,5%; resultado semelhante LOCH, Mathias Roberto et al,2015, evidenciaram em sua pesquisa na cidade de Cambé/RS, envolvendo adultos maiores de 40 anos e idosos com 60 anos ou mais, pertencentes a classes C/D/E, consideradas de baixa renda (n-311) tiveram autopercepção negativa de saúde 42,2%, além de baixo capital social. Considerando ainda os longevos de baixa

renda, idosos mais pobres procuram menos os serviços de saúde, possuem baixa adesão aos tratamentos e medicamentos, impactando negativamente na saúde, no comportamento e autoavaliação. (PAGOTTO, Valéria; BACHION, Maria Márcia; SILVEIRA; 2013)

A cobertura de plano de saúde privado neste estudo revelou associação com autopercepção de saúde positiva; entretanto houve heterogeneidade de respostas, dentre os participantes aqueles que relatam ter plano de saúde privado (n-380) tiveram autopercepção de saúde positiva em 46,9%; entretanto na mesma amostra estudada os indivíduos que não tem plano de saúde privado (n-422) também relataram autopercepção de saúde positiva; resultados semelhante foram encontrados nos estudos de CONFORTIN, Susana Cararo et al, 2015 e MEDEIROS, Sarah Magalhães et al 2016; envolvendo idosos; longevos de 60 à 80 anos e mais relataram não ter plano de saúde, mas autoavaliaram a saúde como positiva em 57,6% e; 62,9% respectivamente.

Considerando autopercepção de saúde positiva ou negativa, estudos apontam estreita ligação das condições de saúde dos idosos aos fatores socioeconômicos, a educação e presença de doenças crônicas (depressão, problemas cardíacos, hipertensão e diabetes dentre outras), inatividade física e alterações cognitivas (depressão, demência); que aumentam a incapacidade funcional e dependência a terceiros. (SILVA, Roberto Jerônimo dos Santos et al, 2012); sendo de igual relevância a possibilidade de enfrentar o problema em saúde; pois se associa ao apoio familiar e suficiência financeira

O número de consultas médicas nos últimos 12 meses, mostrou associação com autopercepção de saúde positiva; aqueles de tiveram entre 1 a 2 consultas médicas nos últimos 12 meses (n-382) tiveram autopercepção de saúde positiva 47,1%; contudo a medida que o número de consultas médicas ao ano aumentam, evidencia-se que a autopercepção de saúde positiva diminui; neste estudo o número de 5 ou mais consultas médicas ao ano (n-80) a autopercepção de saúde positiva foi de 9,9%; enquanto que autopercepção de saúde negativa (n-78) indivíduos tiveram autoavaliação de 24,6% negativa; tal achado também se fez presente no estudo de AGOSTINHO, Milena Rodrigues et al. 2010; também citado por ARRUDA, Guilherme Oliveira de et al, 2015; onde o número de consultas médicas superior a quatro por ano relaciona-se com autopercepção de saúde ruim.

Entretanto neste estudo; não foram evidenciados resultados estatisticamente significantes associados às variáveis socioeconômicas: *religião, estado civil, cor/raça, quantidade de pessoas que moram na mesma casa, cobertura do número de pessoas por plano de saúde privado e presença de unidade básica de saúde (UBS) perto de casa.*

Considerando as mesmas variáveis em outras pesquisas os achados são divergentes; revelam que **religião** desempenha um papel importante tanto na vida de adultos (valoração de bens materiais e imateriais) quanto dos idosos; sendo relevante a interação social e engajamento; diante da longevidade acrescentam autoconhecimento, autoaceitação e intimidade emocional afirmando novos papéis como motivação e sentido para vida, o que pode contribuir para a abordagem de problemas relacionados à saúde, melhorando qualidade de vida. Dada sua importância, os aspectos ligados à religião não devem ser negligenciados pelos profissionais de saúde. (CHAVES, Érika de Cássia Lopes et al,2014); quanto ao **estado civil**, a pesquisa de LIMA-COSTA, FIRMO, UCHOA, 2004; mostrou autopercepção de saúde boa/ muito boa em 24,7% em associação a pessoas casadas/ ou com companheiro em 50, 8%; diferentemente dos resultados de PERES, Marco Aurélio et al, 2010, que revelou autopercepção positiva de saúde em homens 82,3%, e sem companheira 77%; Ainda neste sentido BORIM; BARROS; NERI; 2012, abordando autopercepção de saúde em idosos quanto a presença ou não de companheiro ou demais pessoas, comentam que idosos que vivem sozinhos estão em condições físicas melhores, não necessitam de apoio familiar ou matricial, evidenciando-se assim melhores condições de saúde; em relação a **cor autodeclarada**, nos estudos de PAGOTTO;NAKATANI; SILVEIRA; 2011; com 403 idosos da cidade de Goiania/GO; autopercepção de saúde ruim 27,5%, esteve associada com cor autodeclarada preta 32,6%, BORIM; BARROS; NERI; 2012; afirma que no Brasil, os baixos níveis de renda e de escolaridade são determinantes mais fortes do estado de saúde e das concepções sobre bem-estar do que valores culturais associados à raça; no quesito **quantidade de pessoas que moram na mesma casa**, o estudo de PAGOTTO;NAKATANI; SILVEIRA; 2011, revelou autopercepção de saúde ruim 27,5%, associada ao maior número de pessoas que residem na mesma casa; 3 à 4 pessoas, 5 ou mais 28,4%; contudo nos estudos de BORIM;BARROS; NERI; 2012, mostrou autopercepção positiva 24,6% correlacionada ao número de 3 ou mais pessoas morando na mesma casa, 20,3%; desta forma entendemos que o arranjo familiar podem

favorecer autopercepção de saúde e melhoria da vida familiar, dependente no entanto das relações construídas e fortalecidas ao longo da vida.

Complementando as variáveis *socioassistenciais* ***cobertura do número de pessoas que moram na mesma casa por plano de saúde privado***, encontramos nos estudos FERNANDES; BERTOLDIL; BARROS 2009 com 1746 participantes adultos e idosos; relataram autopercepção de saúde muito boa ou boa em 71,5%; cerca de 80% não possuíam plano de saúde privado; o número de pessoas com cobertura por plano de saúde que moram na mesma casa não mostrou significância estatística. Dentre todas as variáveis estudadas sem associação com autopercepção de saúde, ***destaca-se a presença de unidade básica de saúde (UBS) perto de casa***, foi evidenciada também em estudos prévios; sem associação com autopercepção e ou com autopercepção negativa de saúde; AGOSTINHO, Milena Rodrigues et al.2010; verificou a predominância do uso de serviços de saúde UBS em associação com autopercepção de saúde ruim, 22,5%, em estudos similar MEDEIROS, Sarah Magalhães et al.2016, com 686 idosos, evidenciou que 234 idosos 34,1% relataram ter plano de saúde, mas o tipo de serviço de saúde mais utilizado foi o público 68,8%, mostraram neste estudo autopercepção negativa de saúde 13,5% , relacionada a dificuldade de uso e acesso ao serviço 39,2%. Complementando o perfil de pessoas que tendem a buscar os serviços públicos de saúde geralmente são mulheres, idosos, desempregados, portadores de doenças crônicas, polifarmácia e sobretudo pessoas com autopercepção de saúde ruim. (FERNANDES; BERTOLDIL; BARROS 2009)

Autopercepção da qualidade de vida foi abordada como boa ou ruim; os resultados revelaram autopercepção da qualidade de vida considerada como boa, por (n- 864) participantes, equivalentes a 76,5% da amostra; também foi relatado qualidade de vida ruim também por (n-264) participantes, proporcional a 23,4% da amostra. Os dados mostram-se correlatos com estudos prévios, RABELO, Dóris Firmino et al. 2011, realizou um estudo com 364 idosos, na cidade Patos de Minas, identificando boa qualidade de vida 71,5% nos autorrelatos.

A autopercepção boa da qualidade de vida teve predominância nas mulheres 58,6%; em similitude ROCHA, Rebeca Silveira et al, 2016; em seu estudo na cidade de

Fortaleza/BA com 176 participantes também evidenciou boa qualidade de vida em mulheres (n- 161) equivalente 91,48% da amostra.

Quanto a faixa etária, o estudo revelou qualidade de vida boa (n-222) nos participantes com idade entre 30 à 39 anos 25,7%, percebe-se que o envelhecimento reduz percepção da qualidade de vida como boa; na amostra analisada os participantes com 60 anos ou mais (n-132) tiveram o autopercepção da qualidade de vida boa em 15,3%; o que condiz com os estudos de RABELO, Dóris Firmino et al. 2011 e ROCHA, Rebeca Silveira et al 2016, demonstrando autopercepção da qualidade ruim a medida que a idade avança.

Entendemos que o envelhecimento no Brasil é o resultado da transição demográfica iniciada nos anos 1970, associado ao crescimento urbano, queda da fecundidade, desenvolvimento de medicamentos, imunizações e sobretudo melhoria dos serviços de saúde pública.(MIRANDA, MENDES, SILVA; 2016) Contudo a perfil de adoecimento do idoso é condizente com fragilidade, dupla carga de doenças e presença dos gigantes da geriatria(imobilidade, incontinência urinária, insuficiência cerebral, iatrogenia, instabilidade postural dentre outras) que muito compromete a vida ativa e a qualidade de vida do idosos. (CHAIMOWICZ, BARCELOS, MADUREIRA; RIBEIRO. Saúde do Idoso. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2013)

Quanto à escolaridade, (n-318) dos participantes, relataram ter ensino médio e autopercepção da qualidade de vida como boa, equivalendo 36,8% da amostra; entretanto percebe-se que diante do autorrelato de níveis baixos de escolaridade (sem ensino fundamental e ensino fundamental), a avaliação da qualidade de vida foi ruim, demonstrando números bastante expressivos (N-459) proporcional a 47,3% e 25,4% respectivamente. No estudo o número de participantes com nível superior ou pós-graduação não teve representação significativa (n-25); diferentemente de outros estudos; que evidenciaram a qualidade de vida como boa associada a níveis de escolaridades mais elevadas. No estudo de Modeneze Denis Marcelo et al.2013, com 82 idosos considerados ativos e idade média de 68 anos, na cidade de Piracicaba/SP; mostrou achados semelhantes, mesmo diante da presença de pelo menos uma doença crônica; a melhor percepção da qualidade de vida 16%, foi identificada dentre os idosos com 8 anos ou mais de estudo 58.6% da amostra.

A escolaridade constitui-se um fator importante à qualidade de vida em diferentes grupos populacionais; a baixa escolaridade vista em diferentes regiões do país compromete o acesso à educação em saúde, estratégia que possibilita a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida. (GEIB, Lorena T C; 2012; ANDRADE, João Marcus Oliveira et al. 2014)

Níveis escolares elevados permitem as pessoas melhores condições de saúde física e emocional, assim como emprego, sustentabilidade, condições de lazer, convivência social; além de menores preocupações advindas de problemas financeiros; comuns a classes economicamente mais desfavoráveis e baixos níveis de escolaridade. (KARINI,G,O; 2009)

Em relação ao estado civil, os participantes que relataram a presença de um companheiro na condição de casados (n-415) mostrou associação com boa qualidade de vida 47%; no estudo de RABELO, Dóris Firmino et al. 2011, a presença de companheiro (n-18,7) foi relatada em (51,5%) dos participantes; sendo identificado autopercepção da qualidade de vida como boa em 71,5%; mesmo diante de doença arterial hipertensiva; complementando o estudo de ANDRADE, João Marcus Oliveira et al.2014, com 294 idosos maiores de 60 anos apresentaram melhores níveis de qualidade de vida e estado de saúde do que aqueles sem companheiro, na condição de separados ou viúvos.

Considerando os estudos relacionados ao envelhecimento e seus impactos negativos sobre a vida do idoso, que culminam na perda da autonomia, aumento da dependência a terceiros, fragilidade e inúmeros casos a institucionalização, entendemos que a presença de um companheiro possa aliviar os sintomas de isolamento, depressão e desesperança; além de oferecer apoio mútuo.

Ainda neste sentido idosos que vivem sozinhos têm mais problemas de solidão, pouca participação social e dificuldades de adesão a tratamentos de saúde, devido à falta de apoio emocional na família e sociedade; o que tende a diminuir os níveis de qualidade de vida. (ANDRADE, João Marcus Oliveira et al.2014)

Quanto à ocupação e qualidade de vida, os participantes que relataram ter trabalho formal (n-392), tiveram autopercepção da qualidade de vida como boa em 45,5%, contudo; percebe-se autopercepção da qualidade de vida como ruim, dentre os participantes das demais categorias (trabalho informal, aposentado por invalidez ou tempo de serviço; aposentado, mas trabalhando, desempregado, trabalho familiar dentre outros); o que também corrobora com estudos prévios; SONATI Jaqueline Girnos et.al, 2014; abordando adultos e idosos encontraram autopercepção da qualidade de vida como boa 82,14% nos adultos e 9,83% nos idosos, que mantinham-se ativos no mercado de trabalho.

Qualidade de vida, mantém íntima relação com os aspectos econômicos e do cotidiano das pessoas, ou seja; como vivem e trabalham; o trabalho possui significados distintos entre os indivíduos; para adulto, representa um meio para obter o que se almeja para a vida; enquanto para o idoso uma oportunidade de manter-se ativo, participando de vida em comunidade. Idosos ativos, que ainda trabalham e mantém vínculos sociais cultivadas nas reuniões com amigos ou família; relatam bem-estar e aumenta de seus sentimentos de pertencimento e valorização pessoal, por se sentirem necessários na comunidade. (SONATI Jaqueline Girnos et.al, 2014)

Quanto à renda em salários mínimos o estudo mostrou associação entre autopercepção boa da qualidade de vida; os participantes que disseram ter renda até 1 salário mínimo (n-321) e entre 1 e 2 salários (n-326) avaliaram a qualidade de vida como boa em 37,2% e 37,7%; na amostra rendas familiares mais elevadas acima de 3 ou mais salários mínimos, foram pouco expressivos. Em similitude o estudo de NUNES, Daniella Pires et al.2010 com 388 idosos de 60 à 80 anos ou mais, em Goiania/GO em 2010 evidenciou também baixa renda < 2 salários mínimos (n-300) o equivalente a 77,3%, da amostra; associada a morbidades(osteoporose, depressão, hipertensão dentre outras) e limitações para atividades básicas e instrumentais de vida diárias; correspondendo a autopercepção da qualidade de ruim.

A presença de plano de saúde privado na amostra (n-394) revelou resultados divergentes, a autopercepção boa da qualidade de vida foi de 45,6% %; contudo dentre os participantes que não possuíam plano privado de saúde, os achados foram maiores. No estudo de SERPA, Miguel Arcanjo et.al. 2016, verificou em seu estudo com 6.315 mulheres na faixa de 45 a 59 anos, verificou autopercepção da qualidade de vida como

melhor/ boa; em mulheres com idade mais jovens < 50 anos (n-35) equivalente a 31%; autopercepção da qualidade de vida como boa 72%; casadas (n-56%) correspondendo a 49,6% e autorrelato de boa qualidade de vida em 72%; e sem relato de presença de doença crônica (n-51) e 45,1% e melhor qualidade de vida 73%; destacam-se na pesquisa os achados de baixos níveis de renda e escolaridade, renda até 1 salário (n-36) proporcional a 31,9% e menos de 8 anos de estudos/ fundamental incompleto (n-59) totalizando 52,9% da amostra; e autopercepção da qualidade de vida como boa em 62% e 67% respectivamente. Destaca-se neste estudo os resultados referentes ao uso de serviços de saúde em geral (público ou privado), os autores encontraram o autorrelato de uso dos serviços de saúde ligado ao SUS (n-72) equivalente a 63,7% e pior autopercepção de qualidade de vida 65%; se comparado às mulheres que relataram ter plano de saúde privado (n-21) aproximadamente 18,6% da amostra e melhor qualidade de vida 77%.

O número de pessoas que possuem cobertura de plano de saúde privado 2 à 3 pessoas por domicílio, (n-190); revelou autopercepção da qualidade de vida como boa em 22%.

O número de consultas médicas nos últimos 12 meses mostrou associação com qualidade de vida, nos participantes que relataram entre 1 e 2 ao ano (n-380) tiveram autopercepção boa da qualidade de vida em 44%; na amostra a medida que o número de consultas médicas ao ano diminui evidencia-se que a autopercepção da qualidade de vida como boa também é reduzida.

No estudo, as variáveis explicativas; *religião; cor e raça; quantidade de pessoas que moram na mesma casa; a cobertura do número de pessoas por plano de saúde privado e a presença de UBS/ posto de saúde perto de casa* não tiveram dados estatisticamente significantes.

Contudo encontramos alguns desfechos; que diferem um pouco deste estudo; No estudo de ROCHA, Rebeca Silveira et al ; 2016 com 176 adultos cuidadores, identificou a autopercepção boa da qualidade de vida em associação com os determinantes sociais relativos ao **sexo masculino** 59%; **casados ou tinham companheira**; 70%; neste a variável cor e raça, não foi pesquisada. Em similitude ANDRADE, João Marcus Oliveira et al.2014, realizado com 294 idosos; a auto percepção boa da qualidade de vida mostrou associação com a presença de **casados/amasiados** (n = 174), correspondiam 59,2%; autorrelataram autopercepção de saúde como boa em 79,1%; a

religião predominante católicos (n = 201) equivalente a 68,4% e autopercepção boa da qualidade de vida em 78,4%; os participantes autodeclarados como evangélicos, espíritas e pertencentes a outras entidades religiosas apresentam médias de qualidade de vida inferiores aos idosos definidos como católicos 77,%; neste mesmo estudo, a análise da associação entre fatores socioeconômicos e qualidade de vida sexo, idade, trabalho e **renda**, não tiveram dados estatisticamente relevantes.

A autopercepção permite ao indivíduo avaliar várias dimensões da própria vida, do bem estar e da qualidade de vida; tanto em adultos quanto em idosos; medidas sobre qualidade de vida são empregadas para melhorar o bem-estar, elevar os níveis de qualidade de vida como também aumentar a participação dos indivíduos nas propostas de intervenções de saúde. Em adultos a qualidade de vida associa-se a saúde, segurança ambiental, trabalho, escolaridade, renda, lazer e transporte; já nos idosos a qualidade de vida vem correlacionada a capacidade da preservação dos relacionamentos interpessoais e familiares, manutenção de uma boa saúde e equilíbrio emocional, lazer, condições econômicas; trabalho com prazer, vivência da espiritualidade, prática da retidão e da caridade, acesso ao conhecimento e moradia em locais favoráveis. (GOLDANI, Ana Maria, 2004; BORGES, Lilian Maria; SEIDL, Eliane Maria Fleury; 2014)

Entretanto, percebe-se que as oportunidades e desigualdades sociais influenciam a capacidade dos indivíduos autoavaliarem a saúde e a qualidade de vida. Estas são denominadas, nos discursos em ciências da saúde, como determinantes sociais em saúde.(GEIB,2012)

O estudo ainda revelou associação entre autopercepção de saúde e qualidade vida, a contribuição dos determinantes sociais em saúde (DSS) evidencia que oportunidades e iniquidades sociais, podem influenciar decisivamente como os sujeitos se comportam e avaliam sua saúde e qualidade de vida em seu cotidiano.

O mapa de correspondência entre a avaliação da saúde e a avaliação da qualidade de vida. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (avaliação da saúde: negativa, regular e positiva) e dos perfis coluna (avaliação da qualidade de vida: negativa, regular e positiva) devem ser analisadas as Tabelas 2 e 3. **A Tabela 2**, referente a avaliação da saúde, revela uma melhor representação de todos os seus

níveis na dimensão 1 (em negrito). **A Tabela 3**, referente a avaliação da qualidade de vida, revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito).

Quanto a análise de associação verifica-se que maior entre os entrevistados que afirmaram que sua saúde estava positiva e aqueles que afirmaram que sua qualidade de vida também estava positiva. Os entrevistados que afirmaram que sua saúde estava regular estão mais associados com aqueles que afirmaram que a qualidade de vida também estava regular. De forma análoga, também houve associação entre avaliação negativa da saúde e avaliação negativa de qualidade de vida.

Entendemos que dentre os adultos e idosos, na amostra estudada; a autopercepção da saúde positiva está associada a boa qualidade de vida. Buscando valorizar a subjetividade de dos participantes de forma integrada; reconhecemos que tal entendimento por parte dos indivíduos se constroem ao longo da vida, interligando engajamento pessoal, oportunidades sociais e assistenciais; o que pode significar desfechos diferentes; como mudança de estilos de vida, manutenção de saúde, além da elevação da qualidade dos anos vividos, podendo até mesmo contribuir para o aumento da expectativa de vida.

Neste sentido as condições de saúde, autopercepção e qualidade de vida reafirmam o papel dual dos DSS; evidência que a saúde angaria o sentido de “direito”, direito a vida e com oportunidades e bem estar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando os questionamentos iniciais; advindos da vivência profissional; o estudo corrobora com outras pesquisas no sentido de explicar as múltiplas faces, que condicionam a saúde, pela ótica do indivíduo e subjetividade que permeia e amplia o conceito de saúde, devendo ser valorizada pelos profissionais diante da clínica.

O estudo permitiu evidenciar a autopercepção de saúde e qualidade de vida como positiva associada aos determinantes sociais; condições que mediante autopercepção regular ou ruim da saúde, a qualidade de vida também foi revelada como regular ou ruim. Assim qualidade de vida esteve interligada a saúde ou qualidade de vida

relacionada à saúde, mostrando consistência com estudos prévios. (RABELO, Dóris Firmino et al., 2011; SONATI, Jaqueline Girnos et al.2014)

Os determinantes sociais em saúde, entendidos como as condições materiais, imateriais e tecnoassistenciais dirigidos aos ciclos de vida (condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem e trabalham) são importantes dispositivos organizacionais que influenciam diretamente nas possibilidades de satisfação/realização das necessidades das pessoas; aspirações e da própria saúde das pessoas. Neste instante a saúde torna-se um elo para a saúde, bem-estar e qualidade de vida, angariando o caráter de direito, fundamentado por organizações nacionais, internacionais e governos.

No Brasil, o modelo adotado pela comissão nacional de determinantes sociais em saúde em 2006, Dahlgreen e Whitehead; 1991; busca clarificar o tema; neste estudo identificamos outros modelos DSS complementares; como o de SOLAR e IRWIN, 2010; que amplia a discussão em torno dos DSS; por trazer a visibilidade da influencias dos determinantes intermediários e estruturais de saúde, como fatores contribuintes para a manutenção das iniquidades em saúde.

Neste estudo, percebemos que os DSS abordados nos modelos explicativos de Whitehead e Dahlgren, 1991 e Solar e Irwin 2010, são mais expressivos aqueles que se aproximam dos determinantes distais ou macrodeterminantes econômicos e sociais, ou seja; renda, escolaridade e trabalho; pois determinam a lógica social de oportunidades; de igual maneira, a constatação do papel da atenção primária como dispositivo neutro na produção de saúde chama-nos a atenção.

Os estudos atuais que abordam DSS e formas de intervenção sobre as iniquidades em saúde, concentram-se nos denominados estudos de terceira geração; e reportam-se aos estudos ADLER, 2006; visando a responder o seguinte questionamento: Como a estratificação econômico-social consegue “entrar” no corpo humano?; Neste, cenário consideramos como possíveis hipóteses explicativas, as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde; por serem universais; contudo ponderamos e concordamos com outros autores; são injustas; desnecessárias e preveníveis. (COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2010; BORDE; HERNANDEZ-ALVAREZ; PORTO; 2015)

Neste sentido a Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde, considera as iniquidades sociais como a “nossa” mais grave doença; dadas as suas consequências carga dupla de doença, baixos níveis de escolaridade e renda, além da mortalidade precoce (CNDSS, 2008). A Organização Mundial de Saúde, por ocasião da I Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2011 apontam estratégias globais para a redução das iniquidades sociais; indicando **Governança** para enfrentamento das causas mais profundas das iniquidades em saúde; **Promoção da participação** e lideranças comunitárias; **Reforçar o papel do setor saúde**; Buscar **ações globais** sobre os determinantes sociais(alinhando prioridades e grupos de interesse) e **Monitorar** o processo (medir e analisar para informar as políticas sobre determinantes sociais).

Contudo intervir sobre os DSS, requerem medidas articuladas, governamentais de forma sistematizada com profissionais, gestores e comunidade; de forma que este estudo contribui reforçando o papel subjetivo mas, decisivo dos DSS na produção de saúde; assim como autopercepção e qualidade de vida de forma positiva para evidenciar o bem estar.

Indicamos; que outros estudos venham ser desenvolvidos; a fim de demonstrar autopercepção da saúde e da qualidade de vida como métodos de avaliação da saúde; assim como evidenciar a necessidade de políticas públicas voltadas para a redução das iniquidades sociais nos grupos vulneráveis.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AGOSTINHO, Milena Rodrigues et al. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 5, n. 17, p. 9-15, mar. 2010. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://www.rbmfcc.org.br/rbmfc/article/view/175>>. Acesso em: 03 maio 2017. doi:[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc5\(17\)175](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc5(17)175).

ANDRADE, João Marcus Oliveira et al . Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 8, p. 3497-3504, Aug. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803497&lng=en&nrm=iso>. access on 21 May 2017. <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.19952013>>.

ALVES, Railda Fernandes et al . Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 13, n. 3, p. 152-166, dez. 2011 . http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872011000300012&lng=pt&nrm=iso. acessos em 11 maio 2017

ARAÚJO, Maria Fátima Maciel. Et. al. O Papel da Religiosidade na Promoção da Saúde do Idoso. **REV. Psicologia da saúde**. 2008. <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/download/584/2226>.

ARRUDA, Guilherme Oliveira de et al . Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 49, n. 1, p. 61-68, Feb. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100061&lng=en&nrm=iso>. access on 07 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100008>.

BELEM, Patrícia Leite de Oliveira et al . Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 265-276, abr. 2016 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232016000200265&lng=pt&nrm=iso acessos em 14 maio 2017. <<http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.140206>>

BERMUDEZ, JORGE.A.Z. Novo milênio, novo século, novos e maiores desafios **REV. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(4):750-751, jul-ago, 2001. <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v17n4/5273.pdf>>

Bezerra PCL, Opitz SP, Kaifman RJ, Muniz PT. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. **Cad. Saúde Pública**. 2011;27(12): 2441-51.<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0080-6234201500010006100011&lng=en>

BORGES, Lilian Maria; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Saúde autopercebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos. **Psico-USF**, Itatiba , v. 19, n. 3, p. 421-431, Dec. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712014000300006&lng=en&nrm=iso>. access on 21 May 2017. <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-827120140190030005>>

BURSTROM, B.; FREDLUND, P. Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *JEpidemiol Community Health*, v.55, p. 836-840, 2001. Tradução disponível <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1763304/>>

BUSS, Paulo Marchiori et al . Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 12, p. 2555-2570, Dec. 2014 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001202555&lng=en&nrm=iso access on 03 May 2017. <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XAT011214>>

BORDE, Elis; HERNANDEZ-ALVAREZ, Mario e PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde debate** [online]. 2015, vol.39, n.106 [cited 2016-05-03], pp.841-854. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300841&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-1104. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>.

BORGES, Aline Morás et al . Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 79-86, Mar. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100079&lng=en&nrm=iso>. access on 11 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000100009>

BORIM, Flávia Silva Arbex; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; NERI, Anita Liberalesso. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 4, p. 769-780, Apr. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400016&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Apr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400016>

Camarano AA, Kanso S. Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2009. <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1426.pdf>

CHAVES, Érika de Cássia Lopes et al . Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 23, n. 3, p. 648-655, Sept. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072014000300648&lng=en&nrm=iso>. access on 15 May 2017. <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001000013>>

COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde. acesso 01/05/17. disponível http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/8/9789248563706_por_contents.f

Índice de Gini. Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/ginibr.def>

FERNANDES, Léia Cristiane L; BERTOLDI, Andréa D; BARROS, Aluísio J D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 595-603, ago. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 maio 2017. Epub 19-Jun-2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000040>.

FREITAS, Daniela Helena Machado de et al . Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 37, n. 1, p. 32-35, Jan. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832010000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 20 June 2016. < <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000100007>> .

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 123-133, Jan. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100015&lng=en&nrm=iso>. access on 21 May 2017. < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100015>> .

GOLDANI, Ana Maria. Mulheres e envelhecimento: desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In: Ana Amélia Camarano (Org). *Muito além dos sessenta: Os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA – Instituto de Pesquisa Aplicada, 2004, p. 75-114.

JÚNIOR, JS Virtuoso; GUERRA, Ricardo Oliveira. Fatores associados às limitações funcionais em idosas de baixa renda. **Rev Assoc Med Bras**, v. 54, n. 5, p. 430-35, 2008.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; FIRMO, Josélia O A; UCHOA, Elizabeth. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 38, n. 6, p. 827-834, Dec. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102004000600011&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000600011>.

LOCH, Mathias Roberto et al . Associação entre capital social e autopercepção de saúde em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 49, 53, 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100230&lng=en&nrm=iso>. access on 14 May 2017. Epub Aug 07, 2015. < <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005116>> .

MEDEIROS, Sarah Magalhães et al . Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 11, p. 3377-3386, Nov. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103377&lng=en&nrm=iso>. access on 14 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.18752015>.

MIRANDA, Gabriella Moraes Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 507-519, June 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232016000300507&lng=en&nrm=iso>. access on 18 May 2017. ~ <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

SONATI, Jaqueline Girnos et al . Análise comparativa da qualidade de vida de adultos e idosos envolvidos com a prática regular de atividade física. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 731-739, Dec. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000400731&lng=en&nrm=iso>. access on 21 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13122>.

NOGUEIRA, Eduardo Lopes et al . Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 3, p. 368-377, June 2014 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000300368&lng=en&nrm=iso>. access on 14 May 2017. < <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004660>> .

NUNES, Ana Paula Nogueira; BARRETO, Sandhi Maria and GONCALVES, Luana Giatti. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2012, vol.15, n.2, pp.415-428. ISSN 1415-790X. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200019>.

NUNES, Daniella Pires et al . Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 6, p. 2887-2898, Sept. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000600026&lng=en&nrm=iso>. access on 21 May 2017. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600026>>.

PAGOTTO, Valéria; BACHION, Maria Márcia; SILVEIRA, Erika Aparecida da. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 33, n. 4, p. 302-310, Apr. 2013 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892013000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 08 ago 2016. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892013000400010>>.

PAGOTTO, Valeria; NAKATANI, Adelia Yaeko Kyosen; SILVEIRA, Érika Aparecida. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 8, p. 1593-1602, Aug. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011000800014&nrm=iso>. access on 15 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000800014>.

PAVAO, Ana Luiza Braz; WERNECK, Guilherme Loureiro; CAMPOS, Mônica Rodrigues. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 4, p. 723-734, Apr. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 13 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400010>.

PERES, Marco Aurélio et al . Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 44, n. 5, p. 901-911, Oct. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000500016&lng=en&nrm=iso>. access on 13 May 2017. < <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000500016>>.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo , v. 26, n. 2, p. 241-250, June 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 17 May 2017. < <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>>

SILVA, Roberto Jerônimo dos Santos et al . Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 15, n. 1, p. 49-62, Mar. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000100005&lng=en&nrm=iso>. access on 13 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100005>.

SERPA, Miguel Arcanjo et.al. Fatores associados à qualidade de vida em mulheres no climatério. Revista. Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. 2016< http://ac.els-cdn.com/S1413208716300152/1-s2.0-S1413208716300152_main.pdf?_tid=25ef98a4-3f0d-11e7bdf000000aabb0f01&acdnat=1495471316_ec1fea8ed25a6527649a53d849cec5c5>

SONATI, Jaqueline Girnos et al . Análise comparativa da qualidade de vida de adultos e idosos envolvidos com a prática regular de atividade física. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 731-739, Dec. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000400731&lng=en&nrm=iso>. access on 21 May 2017. <<http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13122>>.

RABELO, Dóris Firmino et al. Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. **Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X**, [S.l.], v. 13, n. 2, mar. 2011. ISSN 2176-901X. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5370>>.

ROCHA, Rebeca Silveira et al . Determinantes sociais da saúde e qualidade de vida de cuidadores de crianças com câncer. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. 3, e57954, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300411&lng=en&nrm=iso>. access on 17 May 2017. Epub Sep 29, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.57954>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. Núcleo de Promoção de Saúde e Paz. **Saúde e Violência**: Subsídios para Formulação de Políticas Municipais de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, 2014.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA UFMG

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Projeto: CAAE – 02235212.2.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Elza Machado de Melo
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 23 de novembro de 2012, o projeto de pesquisa intitulado **"Saúde e violência: subsídios para formulação de políticas de promoção de saúde e prevenção da violência"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO B – QUESTIONÁRIO SAUVI**Manual sobre as Questões
do Questionário Geral****Realização:****UF *m* G****Belo Horizonte, abril de 2014****Entrevistador:****Área:**

Saúde e Violência: Subsídios para a formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência	Questionário nº:
	Tabela de Kish:
	Nº moradores: (com 20 anos ou+)
	Nº de mulheres: (com 20 anos ou+)
Nome do entrevistador:	Resultado da Tabela de Kish:
	Data:

INFORMAÇÕES GERAIS	
1. Nome:	
Registrar o nome completo do entrevistado	
2. Município:	
Anotar o nome do município onde está sendo feita a pesquisa	
3. Estado:	
Anotar a sigla do Estado (a Unidade Federativa) onde está sendo feita a pesquisa	
4. Setor censitário:	
Copiar o número da lista de endereços	
5. Endereço completo (Rua, Avenida, Alameda, Estrada, Rodovia, Número e complemento)	
Anotar o endereço completo do domicílio entrevistado Se Zona de Residência Rural, anotar se é fazenda, roça, sítio, chácara, assentamento do INCRA, etc. Nesta pesquisa não serão considerados os domicílios particulares improvisados, tais como estabelecimentos comerciais, prédios em construção ou abandonados.	
6. Telefone de contato:	
Anotar o número do telefone fixo e celular, com o prefixo, da pessoa entrevistada.	
7. Número de contatos feito com o morador, para marcar a entrevista:	
Registrar o número de tentativas ou visitas feitas ao morador do domicílio a ser entrevistado, para agendar/marcar a entrevista com a pessoa entrevistada. Se o questionário for aplicado na primeira ida, é 1 contato. Se forem feitas 3 tentativas sem sucesso, podemos considerar que “perdemos” o domicílio.	
Tipo de contatos feitos com o responsável pelo domicílio:	
8. Telefone ()1. Sim ()2 Não	
9. Por intermédio da Saúde da Família ()1. Sim ()2 Não	
10. Por intermédio de lideranças comunitárias ()1. Sim ()2 Não	
11. Ida ao domicílio com retorno para entrevista ()1. Sim ()2 Não	
12. Outro ()1. Sim ()2 Não	
Especificar os meios utilizados para marcar a entrevista com o responsável pelo domicílio.	
13. Adolescentes moram na casa? ()1. Sim ()2. Não	
Informar se adolescentes residem ou não no domicílio informado. Considera-se adolescente o indivíduo com idade entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias.	
14. Se sim, quantos? _____ ()888.NSA	
Informar o número de adolescentes que residem no domicílio.	

15. Adolescentes responderam ao questionário? () 1. Sim () 2. Não () .888 NSA	
Informar se algum adolescente do domicílio respondeu à pesquisa. Caso houver mais de um, sortear quem irá responder ao questionário.	
16. Motivo de não participação do adolescente () 1. Responsável não permitiu () 2. Estava ausente () 3. Recusou-se a participar () 888.NSA	
Informar o motivo pelo qual o adolescente não participou da pesquisa O <i>Não se aplica</i> (NSA) será utilizado quando na residência não residir nenhum adolescente.	
17. Estado Civil () 1. Casado () 2. Solteiro () 3. Viúvo () 4. União estável (amasiado, amigado) () 5. Separado/divorciado	
Marcar a opção relacionada ao estado civil do entrevistado. Considerar como separado ou divorciado o entrevistado que teve separação judicial ou divórcio homologados por decisão judicial.	
18. Cor ou raça: () 1. Branca () 2. Preta () 3. Amarela () 4. Parda () 5. Indígena	
Ler todas as opções de cor ou raça para o entrevistado e considere aquela que for declarada pelo entrevistado.	

Contatos

Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Medicina

Núcleo de Promoção de Saúde e Paz

Coordenadora: Profa. Dra. Elza Machado de Melo

Av. Prof. Alfredo Balena, 190 Belo Horizonte - MG – Cep 30130-100

www.medicina.ufmg.br

telefones: 31 3409-9945 e 9702-2078

Facebook: www.facebook.com/sauvi.salve

Coordenadores do trabalho de campo na sua regional:

Questionário Domiciliar

19. Ocupação/atividade:	
Informar a ocupação ou atividade exercida pelo entrevistado e não a sua formação profissional. Considerar indivíduo ocupado aquele que é economicamente ativo, exercendo atividade remunerada em dinheiro ou não. Este item diz respeito à profissão, função ou ofício que o indivíduo exerce e, desta forma, inclui estudantes, aposentados, donas de casa, desempregado, etc .	
20. Qual é a renda do (a) Sr.(a)? (Salário mínimo = R\$724,00) () 1. Até um salário mínimo (até R\$724,00) () 2. Mais de 1 até 3 salários mínimos (Mais de R\$724,00 até R\$2172,00). () 3. Mais de 3 até 5 salários mínimos (Mais de R\$ 2172 até R\$3620,00) () 4. Mais de 5 salários mínimos. (Mais de R\$ 3620,00) () 5. Não possui renda	
Marcar a opção que informa a renda do entrevistado, tendo como referência o salário mínimo vigente, que é de R\$724,00. Considerar como renda os valores auferidos com mesada e bolsa.	
21. Qual é a renda familiar? (Salário mínimo = R\$ 724,00) () 1. Até um salário mínimo (Até R\$ 724,00) () 2. Mais de 1 até 2 salários mínimos (mais de R\$ 724,00 até R\$ 1448,00) () 3. Mais de 2 até 5 salários mínimos. (mais de R\$ 1448,00 até R\$ 3620,00) () 4. Mais de 5 até 10 salários mínimos (mais de R\$ 3620,00 até R\$ 7240,00) () 5. Mais de 10 até 20 salários (mais de R\$ 7240,00 até R\$ 14480,00) () 6. Mais de 20 salários (mais de R\$ 14480,00) () 7. Ninguém possui renda na minha família	
Marcar a opção que informa a soma de todos os moradores do domicílio, tendo como referência o salário mínimo vigente, que é de R\$724,00. Considerar os valores encaminhados por terceiros para as pessoas que residem na casa, pensão alimentícia (espontânea ou via ação judicial), recebimento de aluguel e sublocação ou arrendamento de móveis, imóveis, máquinas, equipamentos, animais, seguro-desemprego, benefício do Programa Bolsa-Família, etc	
22. A casa onde o (a) Sr.(a) mora é: () 1. Própria e quitada () 2. Cedida () 3. Alugada () 4. Ocupada por invasão () 5. Financiada () 6. Outro	
“Própria” equivale a “casa própria quitada” e “Financiada” equivale à “casa não quitada” Entende-se por cedida a casa que foi emprestada ou doada”.	
23. Quantos banheiros existem na sua casa?	
Registrar tanto o número de banheiros, como o de sanitários de uso exclusivo dos moradores que residem no domicílio selecionado. Considerar como banheiro local destinado a banho, que também dispõe de vaso sanitário ou buraco para dejeções. Considerar como sanitário o local limitado por paredes, que tenha vaso sanitário ou buraco para dejeções.	
24. Quantos cômodos a sua casa tem?	
Considerar como cômodo aqueles espaços que fazem parte do domicílio e que se encontram cobertos por um teto e limitados por paredes. Não são considerados cômodo: alpendre e varanda coberta; corredores de ligação entre cômodos, garagem, depósitos e outros locais utilizados para fins não residenciais.	

25. O (a) Sr.(a) ou alguém na sua casa possui plano de saúde? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
Considerar apenas as pessoas que moram na casa. Considerar como Plano de Saúde o atendimento de saúde contratado e pago mensalmente pelo indivíduo ou seu empregador, que é prestado por profissionais e/ou empresas de saúde (Hospitais, clínicas, Cooperativas, Laboratórios, etc). Este item inclui o servidor público (civil ou militar) que paga mensalidade todo mês, por meio de desconto em folha, ao seu instituto de assistência médica.	
26. Quantas pessoas de sua casa são cobertas pelo plano de saúde? _____pessoas	
Marcar a opção que informa se o número de pessoas do domicílio que são cobertas pelo plano de saúde.	
27. Existe Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde perto da sua casa? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
Informar se existe ou não perto de casa: Unidade Básica de Saúde ou Posto de Saúde. Esta informação é autorreferida, ou seja, o entrevistado irá definir se é perto para ele, segundo o seu ponto de vista.	
Quais os tipos de veículos que os moradores da sua casa possuem? 28. Bicicleta () 1. Sim () 2. Não 29. Automóvel ou caminhonete () 1. Sim () 2. Não 30. Motocicleta () 1. Sim () 2. Não 31. Van ou Ônibus () 1. Sim () 2. Não 32. Caminhão () 1. Sim () 2. Não 33. Outro. () 1. Sim () 2. Não 34. Qual? _____	
Considerar bicicleta enquanto veículo usado para o deslocamento. Não considerar a bicicleta infantil. Considerar caminhonete o veículo destinado ao transporte de carga com peso bruto total de até três mil e quinhentos quilogramas.	
35. Na sua casa, existem pessoas que necessitam ser cuidadas por outra pessoa? (Idoso, pessoa com deficiência, doenças crônicas, doença mental, etc.) () 1. Sim () 2. Não	
Bebês e crianças só devem ser considerados se tiverem uma deficiência ou doença que demande "ser cuidado" de forma especial e diariamente.	
36. Quantas pessoas se encontram nessa condição de precisar de cuidados de outros? _____ () 888.NSA	
Informar o número de pessoas. O "Não se aplica" - NSA significa que não existem na casa pessoas que necessitam ser cuidadas por outra pessoa.	
37. Quantas pessoas moram na sua casa? _____	
Considerar moradores do domicílio todos que moram na mesma casa, aqueles que acessam a casa através da mesma entrada, não tendo necessidade de passar pela moradia de outras pessoas para entrar ou sair. Também serão considerados moradores aqueles que se encontrarem na casa e que não tenha outro local de residência habitual, bem como aqueles que estiverem ausentes no dia da entrevista, por um período inferior a 12 meses, tendo a casa como residência habitual. Eles poderão estar ausentes pelos seguintes motivos: viagem(turismo, negócio, consulta, etc); permanência no local de trabalho; internação em colégio, pensionato ou em casa de parentes por motivo apenas de estudos, internação em hospital e estabelecimento similar ou detenção sem sentença definitiva, etc.(PNS) Na existência de mais de uma moradia em um mesmo lote, cujo número de endereço seja o mesmo, realizar um sorteio para a escolha do domicílio a ser entrevistado.	

Folha para informações sobre os moradores (o entrevistado entra neste quadro e é a referência para os demais – pessoa 1)

RELAÇÃO E SITUAÇÃO DOS MORADORES:					
Moradores	Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação
Pessoa 1 (o entrevistado)	_____ (pode ser só o primeiro nome)	xxxxxxxxxx	_____	☐ 1. Nunca estudou ☐ 2. Nunca estudou mas sabe ler e escrever ☐ 3. Alfabetização de jovens e adultos ☐ 4. Até a 4ª série do ensino fundamental ☐ 5. Até a 8ª série do ensino fundamental ☐ 6. Ensino médio completo ☐ 7. Ensino médio incompleto ☐ 8. Nível superior completo ☐ 9. Nível superior incompleto ☐ 10. Pós-graduação	☐ 1. Trabalho formal ☐ 2. Trabalho informal ☐ 3. Aposentado por invalidez ☐ 4. Aposentado por tempo de serviço ☐ 5. Aposentado mas trabalhando ☐ 6. Desempregado ☐ 7. Trabalho familiar ☐ 8. Benefício Social. Qual? _____ ☐ 9. Procurou emprego nos últimos 30 dias? ☐ 10. Estudante ☐ 888. NSA (criança)
Pessoa 2					
Pessoa 3					
Pessoa 4					
Pessoa 5					
Pessoa 6					
Pessoa 7					
Pessoa 8					
Pessoa 9					
Pessoa 10					

Considera-se a ocupação “Do Lar”, como trabalho familiar. Desta forma pode ser marcada mais de uma resposta

A opção *Nunca estudou* também refere-se a indivíduos que possuem idade inferior a seis anos de idade, bem como aqueles que são portadores de doença mental grave, como por exemplo, paralisia cerebral grave.

Em relação à escolaridade, considerar:

NOMENCLATURAS ANTERIORES				NOMENCLATURA ATUAL
Primário incompleto	→	1ª a 4ª série incompleta do 1º grau	→	1ª a 9ª série incompleta do Ensino Fundamental I e II
Primário completo	→	4ª série completa do 1º grau	→	
Ginásio incompleto	→	5ª a 8ª série incompleta do 1º grau	→	
Ginásio completo	→	1º grau completo	→	1ª a 9ª série completa do Ensino Fundamental I e II
Científico, normal ou curso profissionalizante incompleto	→	2º grau incompleto	→	
Científico, normal ou curso profissionalizante completo	→	2º grau completo	→	

Curso universitário

Curso do 3º grau
incompleto

→ Ensino Superior incompleto

Curso universitário

Curso do 3º grau
completo

→ Ensino Superior completo

CRIANÇA	
38. Aqui, na sua casa, tem crianças? (Idade: até 9 anos, 11 meses e 29 dias) () 1. Sim () 2. Não ATENÇÃO: Se a resposta for não, pule para a questão 108. Considere apenas criança viva	
Considerar todas as crianças que residem na casa, exceto aquelas que estão de passagem por período inferior a 30 dias, como férias ou vieram do interior para consultar, etc.	
39. Quantas crianças? _____ () 888. NSA	
Informar número de crianças vivas.	
40. Alguma criança desta família mora em outra casa? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
Considerar todas as crianças que são da mesma família, mas que por algum motivo moram fora. Exemplo: estudam fora, moram com um dos pais separados, com os avós, etc.	
ATENÇÃO: para as perguntas 41, 42, 43 e 44, considere crianças que tenham até 2 anos de idade. Se houver mais de uma, escolha a mais velha entre as que têm até dois anos.	
41. Quanto tempo após o nascimento ela consultou com profissional de saúde? (desconsiderar maternidade) _____ dias _____ meses _____ anos () 1. Não sei () 888. NSA Se não houver crianças até dois anos, pule para a questão 45	
Número de dias. Considerar qualquer consulta realizada com profissional da saúde em casa ou em consultório/Centro de Saúde/UPA, etc depois de sair da maternidade.	
42. O (a) Sr.(a) recebeu a caderneta de acompanhamento da criança? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
Trata-se da caderneta da criança, que inclui vacinação, consultas e peso ao nascer.	
43. Esta criança é levada para as consultas de acompanhamento conforme estabelecido pela caderneta da criança? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
Pretende-se verificar se a criança está sendo acompanhada em sua saúde e desenvolvimento por um serviço de saúde e se a família segue as orientações contidas na caderneta da criança.	
44. A vacinação desta criança está em dia, conforme o calendário vacinal para a idade? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
Trata-se do calendário do Ministério da Saúde, caso a criança tenha sido vacinada com base no calendário da Sociedade Brasileira de Pediatria a resposta deve ser considerada como sim pois já inclui as do Ministério da Saúde.	
45. Considerando a criança mais nova em idade escolar (4 a 10 anos), que idade ela tinha quando foi matriculada pela primeira vez em uma instituição de ensino? _____ anos ATENÇÃO: Para esta questão (questão 45), se houver mais de uma criança, considere a mais nova, em idade escolar.	
Considerar a primeira matrícula efetuada.	
ATENÇÃO: para todas as demais perguntas, considere todas as crianças da casa.	
46. Considerando todas as crianças da casa: nos últimos 12 meses, alguma delas já precisou ser internada? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
Considerar todas as crianças que residem na casa, exceto aquelas que estão de passagem por período inferior a 30 dias, como férias ou vieram do interior para consultar, etc. Considera-se qualquer tempo de internação superior a 24 horas, em serviço de saúde público ou privado. Menos que este tempo, não considerar como internação.	

47. Por qual motivo esta internação ocorreu? (Se houver mais de uma, considerar a última) () 1. Acidente ou lesão () 2. Tratamento clínico () 3. Tratamento cirúrgico () 4. Exame médico () 5. Problema de saúde mental () 6. Outro problema () 7. Não sei () 888. NSA	
A opção <i>Não se Aplica</i> significa que não ocorreu internação nos últimos 12 meses.	

48.Nos últimos 12 meses, alguma criança da sua casa foi ao dentista? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA	
Não se aplica significa que na casa não existem crianças.	
49.Por qual motivo? (Considere a última vez que uma criança foi ao dentista) ()1. Prevenção/control ()2. Tratamento dentário ()3. Dor ()4. Acidente ()5. Não foi ao dentista ()6. Não sei ()888. NSA	
Acidente refere-se à qualquer evento ocorrido que cause alguma lesão ou traumatismo (fraturas, luxações, etc) aos dentes, como por exemplo, quedas, espancamentos, acidentes de transporte, mordidas em qualquer alimento muito sólido ou em objetos, etc.	
50.Nos últimos 12 meses, alguma criança da sua casa parou de estudar? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA	
Não se aplica (NSA) significa que não existe criança com 6 anos ou mais no domicílio visitado.	
51.Por qual motivo ela deixou de ir à escola? (Se houver mais de uma criança, considere a que deixou a escola por último) ()1. Violência em casa ()9. Pais não levaram ()2. Violência no bairro ()10. Para ajudar em casa ()3. Violência na escola ()11. Não gosta da escola ()4. Acidente ()12. Outros ()5. Mudança de endereço ()13. Não deixou de ir à escola ()6. Preciso trabalhar ()14. Não sei ()7. Distância ()888.NSA ()8. Doença	
Não se aplica (NSA) significa que não existe criança no domicílio visitado. Havendo mais de uma criança, considerar a última.	
Como os membros da família, que residem na casa, corrigem as crianças? 52.Com conversa, orientação, negociação ()1.sim ()2.Não ()888NSA 53.Param de conversar ()1.sim ()2.Não ()888NSA 54. Gritam ()1.sim ()2.Não ()888NSA 55. Tomam objetos pessoais ou cortam a mesada ()1.sim ()2.Não ()888NSA 56.Trancam no quarto, colocam em um canto ()1.sim ()2.Não ()888NSA 57.Usam medidas humilhantes/constrangedoras ()1.sim ()2.Não ()888NSA 58.Batem com a mão, beliscam, puxam a orelha ()1.sim ()2.Não ()888NSA 59.Batem com objeto (vara, chinelo, chicote, etc) ()1.sim ()2.Não ()888NSA 60.Ferem com objeto (cigarro, estilete, faca, fogo, etc) ()1.sim ()2.Não ()888NSA 61.Amarram ()1.sim ()2.Não ()888NSA 62.Outra coisa ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
Correção entendida como qualquer ação que vise modificar algum comportamento da criança considerado inadequado.	
Nos últimos 12 meses, alguma criança dessa casa presenciou cenas violentas, como: 63.Agressão física, por força corporal/espancamento ()1.sim ()2.Não 64.Agressão com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola) ()1.sim ()2.Não 65.Agressão com objeto cortante (faca, navalha, punhal, tesoura) ()1.sim ()2.Não 66.Agressão com objeto contundente (pau, cassete, ferro, pedra) ()1.sim ()2.Não 67.Agressão com arremesso de substância/objeto ()1.sim ()2.Não 68.Envenenamento ()1.sim ()2.Não 69. Agressão Sexual ()1.sim ()2.Não 70. Agressão Psicológica (humilhar, xingar, gritar, ameaçar bater, ameaçar expulsar de casa) ()1.sim ()2.Não 71. Outras ()1.sim ()2.Não	
"presenciar" equivale a "ver", "testemunhar", "observar"	

Na sua casa, alguma criança já passou por alguma das situações descritas abaixo?:					Quem foi o agressor?		
72. Sofreu xingos, ameaças	()1sim Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não	73. _____() 888. NSA		
74. Sofreu abuso sexual (ato em si, “bolinação”)	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não	75. _____() 888. NSA		
76. 85. Foi machucada por correção	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não	77. _____() 888. NSA		
78. Foi ameaçada/ferida por arma de fogo	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não	79. _____() 888. NSA		
80. Foi ameaçada/ferida por arma branca	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não	81. _____() 888.NSA		
82. Perdeu à força objetos pessoais	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não	83. _____() 888.NSA		
84. Teve a mesada cortada	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não	85. _____() 888.NSA		
86. Ficou trancada no quarto/canto (mais de 1/2h)	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não	87. _____() 888.NSA		
88. Sofreu humilhação ou constrangimento	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não	89. _____() 888.NSA		
90. Apanhou com a mão (palmada)	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não	91. _____()888.NSA		
92. Apanhou/foi ferida com objeto	()1sim. Menino	()2sim Menina	()3.ambos	()4.Não	93. _____()888.NSA		
94. Foi amarrada	()1sim. Menino	()2sim Menina	()3.ambos	()4.Não	95. _____()888.NSA		
96. Foi cuidada por pessoas menores de 15 anos	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não			
97. Ficou só em casa sem a presença de adulto	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não			
98. Teve livre acesso a lugares altos ou à rua	()1sim. Menino	()2sim.Menina	()3.ambos	()4.Não			
Considerar apenas as crianças que residem na casa. Se não houver crianças na casa, marcar NÃO para as perguntas pares e NSA para as perguntas ímpares. Em relação ao agressor, informar quem foi. Havendo mais de um, registrar todos. Abuso sexual na infância ou na adolescência: define-se como a participação de uma criança ou de um adolescente em atividades sexuais que são inapropriadas à sua idade e seu desenvolvimento psicossocial. A vítima é forçada fisicamente, coagida ou seduzida a participar da relação sem ter necessariamente a capacidade emocional ou cognitiva para consentir ou julgar o que está acontecendo (GAUDERER, EC., MORGADO, K. Abuso sexual na criança e no adolescente. Jornal de Pediatria, vol. 68 (7,8), 1992) A bolinação, assédio ou passar a mão dizem respeito ao ato de apalpar, esfregar-se, roçar ou tocar maliciosamente. Podem ser exemplos de agressores: Pai/Mãe, Padrasto/Madrasta, Irmão(ã), Outro parente (informar qual grau de parentesco)/ Amigos(as)/conhecido(as), Policial/agente da lei, Profissional de saúde, Profissional da escola, Vizinho, etc. Ignore o “85” que está escrito no início da pergunta 76, foi erro de digitação. As perguntas 96 a 98 não indicam violência, portanto, não possuem “agressor”, eles indicam uma maior vulnerabilidade da família.							
ATENÇÃO: Se a resposta for não para todas as questões de 72 a 98, pule para a questão 108							
99. Por causa dessa(s) agressão (s), a criança foi levada a algum serviço de saúde? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA							
Considerar qualquer serviço de saúde, público ou privado.							
100. Por causa dessa(s) agressão (s), a criança precisou ficar internada por 24 horas ou mais? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA							
Considerar todas as agressões.							
Esta criança teve ou ficou com alguma sequela e/ou incapacidade (problemas de saúde) decorrentes da agressão?							
101. Emocionais/Psicológicos (timidez, agressividade, depressão, ansiedade, pânico ou medo)	()1.sim	()2.Não	()888.NSA				
102. Física (lesão, deformidade, cicatrizes)	()1.sim	()2.Não	()888.NSA				
103. Cognitiva (baixo rendimento na escola, perda de memória)	()1.sim	()2.Não	()888.NSA				
104. Outros	()1.sim	()2.Não	()888.NSA				
Esta pergunta aceita mais de uma resposta							

105. Foi feita denúncia da agressão? ()1. Sim ()2.Não ()3.Não sei ()888.NSA			
“Denúncia” equivale a “declaração ou comunicação formal”.			
106. Alguma criança desta casa foi encaminhada para serviço de proteção à criança? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA			
O Serviço de Proteção à Criança visa a garantir os direitos de crianças e adolescentes, em cumprimento ao estabelecido por lei.			
107. Se sim, para qual serviço a criança foi encaminhada? ()1. Delegacia de Polícia ()2. Conselho Tutelar da criança ()3. Promotoria da Criança ()4. Outros ()5. Não foi encaminhada ()6. Não sei ()888. NSA			
A opção “outros” refere-se a outros serviços não incluídos nas opções acima. Em alguns Estados, diversas instituições se unem para criar uma rede de apoio, em que participam órgãos da Prefeitura, Secretarias Estaduais de Educação, hospitais, universidades, Juizado da Infância e Juventude, Sociedade de Pediatria, Fundações, Institutos e ONGS.			
108. Na sua casa, alguma criança morreu? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA Atenção: Se a resposta for não, pule para a questão 111			
Verificar se alguma criança daquele domicílio morreu. Havendo mais de uma criança, considerar a última.			
109. Se alguma criança morreu, qual foi a causa? _____ _____ _____ ()888.NSA			
Identificar o(s) possível(is) agente(s) causador(es) da morte da criança. Considerar a criança mencionada na questão 108.			
110. Se sim, qual idade a criança tinha? _____ ()888.NSA (Se mais de uma criança morreu, considere a que morreu por último)			
Identificar a idade que a criança tinha quando morreu. _____			
VIOLÊNCIA			
O Sr.(a) ou alguém que reside ou residia na sua casa já foi ameaçado ou sofreu alguma das violências abaixo, nos últimos 12 meses?		Quem foi o agressor?	
111. Física	()1.sim ()2.Não	112. _____	()888NSA
113. Verbal	()1.sim ()2.Não	114. _____	()888NSA
115. Moral ou Psicológica	()1.sim ()2.Não	116. _____	()888NSA
117. Sexual	()1.sim ()2.Não	118. _____	()888NSA
119. Discriminação por racismo	()1.sim ()2.Não	120. _____	()888NSA
121 Falta de acesso a direitos sociais	()1.sim ()2.Não	122. _____	()888NSA
123. Falta dos cuidados necessários	()1.sim ()2.Não	124. _____	()888NSA
ATENÇÃO: se as respostas das questões de 111 a 123 forem NÃO, pule para a questão 140			

Violência Física (também denominada *maus-tratos físicos ou abuso físico*): são atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008)

Violência Psicológica(ou moral): é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008).

Violência Sexual: é qualquer conduta que constranja, a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça coação ou uso da força; comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que force um matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Tal pratica é considerada crime mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrastra, companheiro (a), esposo (a), ou seja, é toda ação na qual uma pessoa, podendo envolver situação de poder, obriga uma outra à realização de práticas sexuais, contra a vontade, por meio de força física, influência psicológica, uso de armas ou drogas. Ex.: jogos sexuais, práticas eróticas impostas a outros/as: estupro, atentado violento ao pudor, sexo forçado no casamento, assédio sexual, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, dentre outros. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008).

Violência Verbal: violência em que uma pessoa ataca outra violentamente com palavras de baixo calão ou palavras injuriosas. O silêncio, enquanto recusa em se comunicar com o outro, também poderá ser considerado uma forma de violência verbal.

Falta de cuidados necessários refere-se à **Negligência/abandono**: é a omissão; deixar de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu art. 6º, cita como **direitos sociais**: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados.

A opção Não se Aplica- **NSA**, significa que o entrevistado desconhece que algum de seus familiares tenha sofrido algum tipo de violência (nos últimos 12 meses) ou acredita que ela não tenha ocorrido entre eles (nos últimos 12 meses).

Para o item ‘agressor’, usar a lista da pergunta 425 e seguintes: Pai, Mãe, Tio(a), Irmão(a), Filho(a), Padrasto, Madrastra, Parceiro(a); esposo(a), Chefe ou colega de trabalho, Bandido, ladrão, assaltante, Policial ou guarda municipal, Segurança ou porteiro, Profissional da saúde, Profissional da escola, Vizinho ou conhecido

Em que local essa(s) violência (s) ocorreu (ocorreram?)			
125. No domicílio	()1.sim	()2.Não	()888.NSA
126. No trabalho	()1.sim	()2.Não	()888.NSA
127. Em estabelecimento público (saúde, educação, delegacia)	()1.sim	()2.Não	()888.NSA
128. Na rua	()1.sim	()2.Não	()888.NSA
129. No clube, em praça de esporte, academia	()1.sim	()2.Não	()888.NSA
130. No bar ou similar	()1.sim	()2.Não	()888.NSA
131. Outros	()1.sim	()2.Não	()888.NSA
Esta pergunta pretende identificar o local onde a violência ocorreu. “Praça de esporte” refere-se a locais de práticas esportivas, tais como quadras (futebol, voleibol, basquetebol, etc), pista de atletismo, patinação, ginásio... “Bar ou similar”, refere-se a restaurante, botequim, lanchonete, casa de shows, discoteca ou danceterias. A opção Não se Aplica- NSA, significa que o entrevistado desconhece que algum de seus familiares tenha sofrido algum tipo de violência (nos últimos 12 meses) ou acredita que ela não tenha ocorrido entre eles (nos últimos 12 meses). A opção “outros” refere-se a qualquer outro local não descrito acima, tais como: agências bancárias, caixas eletrônicos, lotéricas etc.			
Se o Sr(a) ou alguém de sua casa sofreu violência física, ela foi cometida com:			
132. Força corporal/espancamento (tapa, murro, beliscão, empurrão)	()1.sim	()2.Não	()888. NSA
133. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)	()1.sim	()2.Não	()888. NSA
134. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado)	()1.sim	()2.Não	()888. NSA
135. Objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra, outros)	()1.sim	()2.Não	()888. NSA
136. Arremesso de substância/objeto quente	()1.sim	()2.Não	()888. NSA
137. Lançamento de objetos	()1.sim	()2.Não	()888. NSA
138. Envenenamento	()1.sim	()2.Não	()888. NSA
139. Outra coisa	()1.sim	()2.Não	()888. NSA
Informar qual foi o meio utilizado para agredir fisicamente. Pode-se marcar mais de uma alternativa.			
140. Alguém da sua casa/família já tentou suicídio? Quantas vezes?			
()1. Nenhuma vez ()2. Uma vez ()3. Duas ou três vezes/pessoas ()4. Mais de três vezes ()5. Não sei			
Considerar pessoas da casa (que residem na mesma casa) e da família (que residem em outra casa). Considerar tentativa de suicídio a ação pela qual o indivíduo se esforçou para obter o resultado morte, mas não obteve êxito.			
141. Alguém da sua casa já se suicidou?			
()1. Sim ()2. Não			
Considerar suicídio a ação pela qual o indivíduo consegue matar a si mesmo.			
Se a resposta for não pule para a questão 143			
142. Se alguém da sua casa ou família já se suicidou,, qual foi o meio utilizado?			
()1. Envenenamento/intoxicação	()5. Pulou de lugar elevado		
()2. Enforcamento	()6. Outro		
()3. Arma de fogo	()7. Prefiro não responder		
()4. Objeto perfuro cortante	()888. NSA		
Considerar pessoas da casa (que residem na mesma casa) e da família (que residem em outra casa). Identificar o meio utilizado para alcançar a morte.			

Questionário Individual

SAÚDE		
143. O Sr(a) tem uma religião que pratica regularmente? () 1.Sim () 2. Não		
Religião entendida enquanto fé e devoção expressadas por meio de um conjunto de princípios, crenças e práticas de doutrinas religiosas. "prática" refere-se a fazer o que a religião solicita, como por exemplo, ir aos cultos/sermões, sacrifícios, meditações, etc.		
Alguna vez o médico disse que o (a) Sr. (a) tem:		
144. Diabetes	() 1.sim	() 2.não
145. Hipertensão Arterial (Pressão Alta)	() 1.sim	() 2.não
146. Doença do Coração	() 1.sim	() 2.não
147. Doenças respiratórias (Asma/enfizema pulmonar)	() 1.sim	() 2.não
148. Câncer	() 1.sim	() 2.não
149. Depressão	() 1.sim	() 2.não
150. Ansiedade/outro problema psiquiátrico	() 1.sim	() 2.não
151. Alzheimer/Demência	() 1.sim	() 2.não
152. Parkinson	() 1.sim	() 2.não
153. Acidente Vascular Cerebral – AVC (Derrame)	() 1.sim	() 2.não
154. Colesterol alto	() 1.sim	() 2.não
155. Reumatismo ou Artrite/Artrose	() 1.sim	() 2.não
156. Doença Renal	() 1.sim	() 2.não
157. Dor crônica no corpo (mais de 03 meses de duração)	() 1.sim	() 2.não
158. Outro (s): _____	() 1.sim	() 2.não
Esta pergunta pretende saber se alguma vez na vida o indivíduo recebeu algum diagnóstico médico das doenças acima descritas e/ou outras não relacionadas. Como o questionário é autorreferido, quem irá identificar se possui ou não as doenças supracitadas e/ou outras será o entrevistado, baseado em diagnóstico mencionado pelo(a) médico(a).		
159. O Sr(a) ou alguém da sua família é portador de alguma deficiência? () 1. Sim () 2. Não		
Considerar o entrevistado ou alguém de sua família(não apenas do domicílio)		
«Uma deficiência é um problema numa função ou estrutura do corpo; uma limitação de atividade é uma dificuldade que um indivíduo encontra na execução de uma tarefa ou ação; enquanto que a restrição na participação é um problema com que um indivíduo se depara nas situações da vida. Assim, a deficiência é um fenômeno complexo, que reflete a interação entre as características do corpo de uma pessoa e as características da sociedade na qual ela vive" (Organização Mundial de Saúde).		
Considerar todo e qualquer tipo de deficiência. Deficiência física, em que existe uma total ou parcial alteração de uma ou mais partes do corpo, levando ao comprometimento da função física (paraplegia, tetraplegia, amputação, paralisia cerebral, lesão de uma ou mais partes do sistema nervoso central, etc); Deficiência Auditiva, em que há a perda total ou diminuição na capacidade do indivíduo escutar os sons (o indivíduo não reage a sons, necessitando do contato visual para responder a alguém, pois ele acaba fazendo é a leitura labial), Deficiência Visual, caracterizada pela perda de visão ou pela incapacidade de correção da visão por meio do uso de óculos ou lentes de contato (incapacidade para leitura e de reconhecimento de pessoas), a Deficiência Mental, que se manifesta na infância ou adolescência, sendo caracterizada pelo funcionamento intelectual inferior à média e limitações importantes em duas ou mais áreas de habilidades adaptativas (dificuldade total ou parcial de comunicação, de se relacionar socialmente, do autocuidado, de trabalhar, etc) e a Deficiência Múltipla (duas ou mais deficiências presentes).		

179. Esta dificuldade para dormir ocorre quantos dias por semana? ()1. 1 dia/semana ()2. De 2 a 3 dias/semana ()3. Mais de 4 dias/semana () 888. NSA	
Identificar a frequência com que o entrevistado apresenta as dificuldades descritas acima	
180. Atualmente o (a) Sr.(a) toma algum remédio para dormir? ()1. Sim ()2. Não ()888. NSA	
Considerar medicamentos.	
181. O (a) Sr.(a) ingere bebida alcoólica? ()1. Sim ()2. Não ()3. Já bebi e não bebo mais ATENÇÃO: caso a resposta seja Não ou Não bebo mais, pule para a questão 192	
Pretende-se identificar a prevalência do uso da bebida alcoólica, que constitui fator de risco para a ocorrência de acidentes e violências.	
Que tipo de bebida o (a) Sr.(a) bebe? 182. Fermentada (cerveja, vinho) ()1. Sim ()2. Não ()888 NSA 183. Destilada (whisky, cachaça, etc.) ()1. sim ()2. Não ()888NSA 184. Composta (licor) ()1. sim ()2. Não ()888NSA 185. Outra (s) ()1. sim ()2. Não ()888 NSA	
Esta pergunta permite mais de uma alternativa.	
186. Quantos dias por semana o sr(a) costuma tomar bebida alcoólica? _____ () 888. NSA	
Pretende-se identificar o consumo de bebidas alcoólicas no período de uma semana e verificar se o consumo é ocasional ou habitual. Se a pessoa bebe menos de 1 vez/semana, marcar NSA.	
187. Em geral, no dia em que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) sr(a) consome? (Considere: 1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja (350 ml), 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) _____ ()888.NSA	
Pretende-se identificar se o consumo de bebida alcoólica é ocasional ou habitual	
188. O (a) Sr.(a) já pensou em largar a bebida? ()1. Sim ()2. Não ()888. NSA	
Busca-se identificar se o entrevistado alguma vez na vida teve o desejo ou a vontade de parar de beber.	
189. O (a) Sr.(a) ficou aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber? ()1. Sim ()2. Não ()888. NSA	
Esta pergunta pretende identificar o sentimento do(a) entrevistado(a) em relação à situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.	
190. O (a) Sr.(a) sentiu-se mal ou culpado pelo fato de beber? ()1. Sim ()2. Não ()888. NSA	
Esta pergunta pretende identificar o sentimento do(a) entrevistado(a) em relação à situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.	
191. O (a) Sr.(a) bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca? ()1. Sim ()2. Não ()888. NSA	
Esta pergunta pretende identificar a frequência do consumo de bebida alcoólica e fatores associados.	

192. Quando o (a) Sr.(a) está doente ou precisando de atendimento de saúde, onde costuma ir primeiro? () 1. Farmácia () 2. Unidade básica de saúde do SUS (posto, centro de saúde ou PSF) () 3. Unidade de Pronto Atendimento Pública (UPA) () 4. Pronto-socorro ou emergência de hospital Público () 5. Consultório ou clínica () 6. Ambulatório ou consultório de empresa, sindicato ou cooperativa () 7. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado/convênio ou plano de saúde () 8. Outro serviço () 9. Não vai a lugar nenhum	
As UPA, PA e UAI são unidades de pronto atendimento. Exemplo: UPA: Unidade de Pronto Atendimento (BH) PA: Pronto Atendimento (Ribeirão das Neves) UAI: Unidade de Atendimento Imediato (Betim)	
193. Quando foi a última vez que o (a) Sr.(a) procurou atendimento de algum médico ou profissional da saúde? () 1. Menos de 6 meses () 2. Entre 6 meses e 1 ano () 3. Entre 1 e 2 anos () 4. A mais de 2 anos	
Pretende-se verificar a demanda do serviço de saúde pelo entrevistado. Erro de ortografia – a resposta 4 é “Há mais de 2 anos”.	
194. Quantas consultas médicas o (a) Sr.(a) teve nos últimos 12 meses? () 1. Nenhuma () 2. Entre 1 e 2 () 3. Entre 3 e 5 () 4. Acima de 5	
Identificar o número de vezes que o entrevistado consultou o médico nos últimos 12 meses.	
195. O (a) Sr.(a) necessitou de Internação Hospitalar nos últimos 12 meses? () 1. Sim () 2. Não	
Se a resposta for não, pule para a pergunta 197	
Identificar a demanda para a internação.	
196. Após a internação o (a) Sr.(a) apresentou algum tipo de incapacidade/sequela? () 1. Não () 2. Física ou neurológica () 3. Psicológica/emocional () 888. NSA	
Internação hospitalar refere-se ao período, superior a 24 horas, em que o indivíduo permaneceu em um leito hospitalar para a realização de algum tratamento ou procedimento clínico ou cirúrgico.	
197. Como o(a) Sr.(a) avalia sua saúde, nos últimos 02 meses? () 1. Muito ruim () 2. Ruim () 3. Regular () 4. Boa () 5. Muito boa	
O entrevistado irá avaliar o seu estado de saúde segundo o seu próprio ponto de vista.	
198. Como o(a) Sr.(a) avalia sua qualidade de vida nos últimos 02 meses? () 1. Muito ruim () 2. Ruim () 3. Regular () 4. Boa () 5. Muito boa	
O entrevistado irá avaliar a sua qualidade de vida nos últimos 02 meses, segundo o seu próprio ponto de vista. A qualidade de vida diz respeito às suas condições de vida, em todos os seus aspectos(físico, psíquico, mental, espiritual, social). Portanto não deve ser confundida com padrão de vida.	

199. Quando o Sr. (a) apresenta algum problema de saúde, o Sr. (a): ☐ 1. Procura imediatamente a unidade de saúde ☐ 2. Espera para saber se vai melhorar ☐ 3. Deixa a situação ficar mais grave para tomar alguma atitude ☐ 4. Não toma atitude alguma ☐ 5. Usa remédio por conta própria ☐ 6. Outra ação. Qual? _____	
Pretende verificar o autocuidado do entrevistado, identificando o seu comportamento diante de algum problema de saúde.	
Em sua opinião, o que pode dificultar sua procura pelo serviço de saúde, em caso de algum problema? 200. Horário de funcionamento dos serviços de saúde ☐ 1. Sim ☐ 2. Não 201. Demora e/ou dificuldade de conseguir atendimento ☐ 1. sim ☐ 2. Não 202. Falta de tempo devido ao trabalho ☐ 1. sim ☐ 2. Não 203. Não gostar de falar de seus problemas ☐ 1. sim ☐ 2. Não 204. Achar que não é importante ou que vai sarar sozinho ☐ 1. sim ☐ 2. Não 205. A falta de qualidade do serviço ☐ 1. sim ☐ 2. Não 206. Não gostar de médico ☐ 1. Sim ☐ 2. Não 207. Ter medo ou vergonha ☐ 1. sim ☐ 2. Não	
Pretende identificar os principais motivos considerados entraves, que levam ou podem levar o indivíduo a desistir de buscar atendimento médico em qualquer serviço de saúde.	
O Sr (a): 208. Faz avaliação de saúde sem estar doente ☐ 1.Sim ☐ 2.Não 209. Faz exames indicados pelo médico ☐ 1.sim ☐ 2.Não 210. Usa corretamente medicamentos prescritos ☐ 1.sim ☐ 2.Não 211. Faz exame do intestino rotineiro (quando indicado) ☐ 1.sim ☐ 2.Não 212. Realiza tarefas domésticas ☐ 1.sim ☐ 2.Não 213. Conversa sobre seus problemas ☐ 1.sim ☐ 2.Não 214. Acompanha algum familiar ao médico ☐ 1.Sim ☐ 2 Não ()888 NSA 215. Acompanha a vida escolar dos filhos ☐ 1.sim ☐ 2.Não ()888 NSA	
As questões acima podem ser respondidas tanto pelo homem, quanto pela mulher. Não se aplica(NSA) significa que o entrevistado não possui familiares e/ou não possui filhos.	
Atenção: As perguntas de 216 e 217 devem ser feitas caso o entrevistado seja homem. Se for mulher pule para a pergunta 218	
216. Faz exame preventivo de câncer de próstata ☐ 1. Sim ☐ 2.Não ☐ 888 NSA 217. Acompanha o pré-natal/parto da sua esposa ☐ 1.sim ☐ 2.Não ☐ 888.NSA 218. Fica incomodado(a) pela parceira (o) ganhar mais ☐ 1.Sim ☐ 2.Não ☐ 888.NSA 219. Fica incomodado(a) pela parceira (o) ter sucesso ☐ 1.Sim ☐ 2.Não ☐ 888.NSA 220. Fica incomodado(a) pela parceira (o) sair com amigos ☐ 1.Sim ☐ 2.Não ☐ 888.NSA 221. Fica incomodado(a) com homossexualismo ☐ 1. Sim ☐ 2.Não ☐ 888.NSA	
Identificar comportamentos descritos realizados pelos homens.	

AMBIENCIA					
ATENÇÃO: As perguntas a seguir deverão ser efetuadas considerando TODOS os serviços de saúde utilizados pelo usuário. Considerar serviços de saúde públicos ou privados utilizados nos últimos 12 meses.					
Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) ou alguém da sua casa utilizou os seguintes serviços de saúde?					
222. Hospital	()1.sim. Público	()2.Sim. Privado	()3.Sim. Ambos	()4.Não	()5. Não sei
223. UPA (Pronto Atendimento):	()1.sim. Público	()2.Sim. Privado	()3.Sim. Ambos	()4. Não	()5. Não sei
224. Maternidade	()1.sim. Público	()2.Sim. Privado	()3.Sim. Ambos	()4. Não	()5. Não sei
225. Unidade de Saúde/Posto de Saúde	()1.sim. Público	()2.Sim. Privado	()3.Sim. Ambos	()4. Não	()5. Não sei
226. Consultório	()1.sim. Público	()2.Sim. Privado	()3.Sim. Ambos	()4. Não	()5. Não sei
227. Clínica	()1.sim. Público	()2.Sim. Privado	()3.Sim. Ambos	()4. Não	()5. Não sei
228. Clínica de hemodiálise	()1.sim. Público	()2.Sim. Privado	()3.Sim. Ambos	()4. Não	()5. Não sei
229. Outro	()1.sim. Público	()2.Sim. Privado	()3.Sim. Ambos	()4. Não	()5. Não sei
ATENÇÃO: Se você marcou não para todos os itens, pule para a questão 244					
Pronto atendimento refere-se à: UPA, UAI, PA Público é o serviço fornecido pelo SUS					
226 – se a pessoa tiver ido a consultório de CS, UPA ou Hospital, marcar nos dois itens.					
Vamos falar do último serviço que o(a) Sr(a) procurou, nos últimos 12 meses. O Sr.(a) ficou satisfeito com o(a):					
230. Aparência e conforto em geral	()1.sim	()2.Não	()888 NSA		
231. Limpeza em geral	()1.sim	()2.Não	()888 NSA		
232. Iluminação e ventilação em geral	()1.sim	()2.Não	()888.NSA		
233. Estado de conservação dos mobiliários	()1.sim	()2.Não	()888.NSA		
234. Tamanho da recepção	()1.sim	()2.Não	()888.NSA		
235. Disponibilidade e número adequado de cadeiras da recepção	()1.sim	()2.Não	()888.NSA		
236. Atendimento dos profissionais da recepção	()1.Sim	()2.Não	()888NSA		
237. Atendimento do médico	()1.Sim	()2.Não	()888 NSA		
238. Atendimento do pessoal de enfermagem	()1.sim	()2.Não	()888NSA		
239. Tempo da consulta médica	()1.sim	()2.Não	()888NSA		
240. Resolução do problema que o levou ao serviço	()1.sim	()2.Não	()888 NSA		
241. Atendimento do Posso Ajudar	()1.sim	()2.Não	()888NSA		
242. Espaço físico do serviço de saúde	()1.sim	()2.Não	()888NSA		
243. Acessibilidade (rampa, corrimão, banheiros para pessoas com deficiência...)	()1.sim	()2.Não	()888NSA		
Aparência geral corresponde a infraestrutura do prédio em que está localizado a unidade de saúde em que este foi atendido. Conforto corresponde ao sentimento de se “sentir bem”, “sensação de bem estar” dentro da unidade de saúde. Se o ambiente é acolhedor. Tempo da consulta foi suficiente para conversar com o médico sobre o problema que levou a procurar o serviço. Resolução do problema o médico/enfermeiro conseguiu resolver o problema que levou a procurar o serviço. Posso ajudar é um serviço de orientação ao usuário por estagiários de cursos superiores da área da saúde. Em outros municípios pode ter outro nome. O tempo será medido quando o entrevistado entrou na unidade onde buscou o atendimento. Quando esta sai da triagem/acolhimento, o tempo que esperou para ser consultado pelo médico, após a consulta, o tempo que esperou para ser medicado ou o tempo que ficou na fila da farmácia para receber o remédio prescrito.					

MEIO AMBIENTE		
244.O (a) Sr.(a) gosta da rua/bairro onde mora?		
() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei		
“gostar” equivale a “ser agradável” ou “prazeroso” o bairro onde o entrevistado mora.		
Na rua onde o (a) Sr.(a) mora, existe:		
245. Rampa para cadeirante	() 1.sim	() 2.Não
246. Calçada/passeio	() 1.sim	() 2.Não
247. Esgoto a “céu aberto” ou vala	() 1.sim	() 2.Não
248. Calçamento na rua e pavimentação	() 1.sim	() 2.Não
249. Árvores (que dão sombra)	() 1.sim	() 2.Não
250. Bueiro/boca de lobo	() 1.sim	() 2.Não
251. Lixão,depósito de lixo tóxico ou acúmulo de lixo	() 1.sim	() 2.Não
252. Iluminação adequada e postes em bom estado	() 1.sim	() 2.Não
253. Buracos	() 1.sim	() 2.Não
254. Quebra-molas	() 1.sim	() 2.Não
255. Coleta seletiva de lixo	() 1.sim	() 2.Não
256. Barulho excessivo	() 1.sim	() 2.Não
257. Parques ou praças	() 1.sim	() 2.Não
258. Trânsito intenso	() 1.sim	() 2.Não
259. Placas de sinalização	() 1.sim	() 2.Não
260. Faixa para pedestres	() 1.sim	() 2.Não
261. Casas (prédios) com a fachada pintada	() 1.sim	() 2.Não
262. Casas abandonadas ou lotes vagos	() 1.sim	() 2.Não
Entende-se por calçada, parte da via, normalmente segregada e em nível diferente, não destinada à circulação de veículos, reservada ao trânsito de pedestres.		
Entende-se por calçamento o revestimento (como concreto, paralelepípedos, asfalto, pedras etc.) que cobre uma rua, uma calçada ou outra superfície pavimentada.		
263.Existem espaços para atividades físicas e de lazer perto da sua casa?		
() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei		
Se a resposta for não, pule para a questão 265		
Esta informação é autorreferida, ou seja, o entrevistado irá definir o que é perto para ele e quais são estes espaços		
264.O (a) Sr.(a) frequenta esses espaços?		
() 1. Sim () 2. Não () 888. NSA		
O não se aplica significa que não existem espaços para atividades físicas e de lazer perto da casa do entrevistado ou que ele não sabe da existência dos mesmos.		
No seu bairro ocorrem catástrofes como:		
265. Enchentes	() 1.sim	() 2.Não () 3. Não sei
266. Deslizamentos	() 1.sim	() 2.Não () 3. Não sei
267. Desmoronamento de casas ou prédios	() 1.sim	() 2.Não () 3. Não sei
268. Incêndios	() 1.sim	() 2.Não () 3. Não sei
269. Outros	() 1.sim	() 2.Não () 3. Não sei
Considerar como “outros”, situações tais como infestações por ratos ou demais animais peçonhentos, etc.		
Esta informação é autorreferida, ou seja, o entrevistado irá definir se ocorrem ou não as catástrofes relacionadas no bairro em que mora.		

Que nota entre 0 e 10 o senhor dá para:	
270. Aparência de sua Casa _____	
271. Aparência de seu Bairro _____	
272. Aparência de sua Cidade _____	
273. Conservação dos Monumentos Históricos _____	
274. Conservação dos Espaços Públicos _____	
275. Conservação dos Pontos Turísticos _____	
Um monumento é uma estrutura (bustos, estátuas e obeliscos) feita de pedra, concreto, ferro fundido, ou bronze, construída com o propósito de comemorar um acontecimento importante ocorrido ao longo da história e/ou homenagear pessoas importantes de uma região. Em Belo Horizonte, temos o Pirulito da Praça Sete (obelisco), a Igreja da Pampulha, a estátua de Tiradentes (Praça Tiradentes), a Cruz da Praça do Papa, etc.	
TRABALHO	
276. O(a) Sr.(a) trabalhou nos últimos 12 meses? ()1. Sim ()2. Não Se marcou sim, pular para 278	
Considerar como “trabalhou” o indivíduo que esteve ocupado, ou seja, exerceu atividade e recebeu remuneração em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios (alimentação, moradia, etc). Portanto, sua carteira poderá estar assinada ou não.	
277. Nos últimos 12 meses, qual a principal razão do (a) Sr.(a) não ter trabalhado? ()1. Dona de casa / cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos ()2. Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho ()3. Estudos/treinamento ()4. Aposentado por tempo de trabalho/idade ()5. Aposentado por doença/invalidez ()6. Afastado por problema de saúde ()7. Outra ()888.NSA	
Motivo pelo qual o entrevistado não está exercendo nenhum trabalho remunerado (profissional ou atividade temporária), com ou sem carteira assinada.	
278. Atualmente, o (a) Sr.(a) trabalha? ()1. Sim ()2. Não Se a resposta for NÃO, pule para a questão 308	
Registrar se o entrevistado está trabalhando ou não.	
279. Com que idade o (a) Sr.(a) começou a trabalhar? _____anos () 888NSA	
A alternativa “Não se aplica” diz respeito ao entrevistado que nunca trabalhou fora, ou seja, nunca exerceu trabalho remunerado ou não remunerado quando criança ou adolescente (profissional ou atividade temporária).	
280. Considerando todos os seus trabalhos, quantas horas o (a) Sr.(a) trabalha por semana? ()1. até 20 horas semanais ()2. 21 a 30 horas semanais ()3. 31 a 40 horas semanais ()4. 41 a 44 horas semanais ()5. Mais de 44 horas semanais ()888. NSA	
Considerar apenas os trabalhos remunerados. O entrevistado que possui mais de um trabalho remunerado (profissional ou atividade temporária), deverá fazer o somatório de todas as horas trabalhadas por semana, de cada um dos trabalhos realizados. O tempo de deslocamento até os locais de trabalho não será contabilizado.	
281. Em geral, quanto tempo o (a) Sr.(a) gasta na ida para o seu trabalho principal? _____horas e _____minutos ()888. NSA	
O entrevistado deverá contabilizar o tempo gasto até o seu trabalho principal Trabalho Principal é considerado aquele em que o indivíduo teve maior tempo de permanência ou no caso de igualdade no tempo de permanência considera-se como principal o trabalho que normalmente proporciona maior rendimento (IBGE).	

282. Em geral, quanto tempo o (a) Sr.(a) gasta na volta do seu trabalho principal? _____ horas e _____ minutos ()888. NSA	
O tempo gasto na volta do trabalho principal: o destino não deverá ser necessariamente a casa dele. Pode ser considerado em relação ao deslocamento deste trabalho até a escola/faculdade.	
283. Com que frequência o (a) Sr.(a) trabalha em horário noturno (após as 22:00 ou antes das 05:00) em algum dos seus trabalhos? ()1. Nunca ()2. 1 vez por semana ()3. 2 a 3 vezes por semana ()4. 4 ou mais vezes por semana ()888. NSA	
Esta pergunta pretende identificar a quantidade de vezes que o entrevistado trabalha no período de 22 horas de um dia, às 5 horas da manhã do outro dia. A alternativa NSA (não se aplica) refere-se ao entrevistado que não trabalha fora, se encontra aposentado ou em afastamento por problema de saúde.	
284. Nos últimos 12 meses, com que frequência o (a) Sr.(a) trabalhou mais de duas horas extras em um mesmo dia? () Nenhuma ()1. 1 vez ()2. De 2 a 10 vezes por mês ()3. Diariamente ()4. NSA	
Esta pergunta pretende identificar o número de vezes em que o entrevistado realizou, no último ano, mais de duas horas extras em um MESMO dia (mesmo vínculo/empregador), considerando que a lei permite até 2 horas extras. Esta mesma lei não permite que se faça 3 horas extras em um dia e, no outro, não seja feita nenhuma.	
285. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) sofreu algum acidente de trabalho? ()1. Sim ()2. Não ()888. NSA Se a resposta for não, pular para a questão 288	
Consideram-se acidente do trabalho a doença profissional e a doença do trabalho. Equiparam-se também ao acidente do trabalho: o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a ocorrência da lesão; certos acidentes sofridos pelo segurado no local e no horário de trabalho; a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade; e o acidente sofrido a serviço da empresa ou no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa. (http://www1.previdencia.gov.br , acesso em março/2014) O pulo está errado, o correto é 289.	
286. Se houve um acidente, a empresa expediu uma CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)? ()1.Sim ()2.Não ()888.NSA	
Verificar se este formulário foi emitido ou não pela empresa.	
287. Esse acidente deixou algum dano, sequela ou deficiência? ()1. Sim ()2. Não ()888. NSA	
Esta pergunta pretende identificar se o entrevistado ficou com alguma perturbação física ou psicológica, enfim, de saúde, em decorrência do acidente de trabalho sofrido. Dano material não será considerado. Dano: Lesão/ trauma (não material) Sequela: alteração anatômica ou funcional permanente Deficiência: a perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica	

288. Depois do acidente, o (a) Sr(a): ☐ 1. Foi remanejado do posto de trabalho ☐ 2. Fez reabilitação profissional ☐ 3. Foi aposentado por invalidez ☐ 4. Foi demitido ☐ 5. Foi pressionado a pedir demissão ☐ 6. Outro ☐ 888.NSA	
Esta pergunta pretende identificar comportamentos desenvolvidos no ambiente de trabalho pela chefia ou colega de trabalho, após o(a) entrevistado(a) ter sido acidentado(a). A alternativa NSA (não se aplica) diz respeito ao entrevistado que não trabalhou nos últimos 12 meses.	
Seu local de trabalho ou exercício da sua atividade apresenta as seguintes condições : 289. Limpeza Deficiente ☐ 1.sim ☐ 2.Não ☐ 888. NSA 290. Umidade excessiva ☐ 1.sim ☐ 2.Não ☐ 888. NSA 291. Ausência ou mau estado das instalações sanitárias ☐ 1.sim ☐ 2.Não ☐ 888. NSA 292. Ausência de vista para o exterior ☐ 1.sim ☐ 2.Não ☐ 888. NSA 293. Luz artificial permanente ☐ 1.sim ☐ 2.Não ☐ 888. NSA 294. Ruído excessivo ☐ 1.sim ☐ 2.Não ☐ 888. NSA 295. Vibrações ☐ 1.sim ☐ 2.Não ☐ 888. NSA	
Esta pergunta pretende identificar as condições ambientais a que o entrevistado se encontra exposto no seu local de trabalho	
Seu local de trabalho ou exercício da sua atividade exige: 296. Ficar muito tempo de pé/postura penosa/fatigante ☐ 1.sim ☐ 2.Não ☐ 888 297. Efetuar deslocamentos a pé frequentes/longa duração ☐ 1.sim ☐ 2.Não ☐ NSA 298. Levantar ou deslocar objetos pesados ☐ 1.sim ☐ 2.Não ☐ 888NSA 299. Tarefas monótonas ou repetitivas ☐ 1.sim ☐ 2.Não ☐ 888NSA 300. Posição com risco de queda ou esmagamento ☐ 1.sim ☐ 2.Não ☐ 888NSA 301. Posições com risco de afogamento ☐ 1.sim ☐ 2.Não ☐ 888NSA 302. Posições com risco de projeção de materiais ☐ 1.sim ☐ 2.Não ☐ 888NSA 303. Contato com lixo/esgoto/ sangue/material contaminado ☐ 1.sim ☐ 2.Não ☐ 888NSA 304. Contato com fumaça, cheiros fortes, poeira ☐ 1.sim ☐ 2.Não ☐ 888NSA 305. Contato com outra situação negativa ☐ 1.sim ☐ 2.Não ☐ 888NSA	
Esta pergunta pretende identificar as condições de trabalho a que o entrevistado se encontra exposto no decorrer de sua atividade diária.	
306. No seu emprego atual existe Serviço de Medicina do Trabalho? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Não sei ☐ 888. NSA	
Para esta pergunta considera-se também o serviço de Engenharia e Segurança do Trabalho. Esta pergunta pretende saber se o empregador oferece aos trabalhadores serviços de medicina do trabalho, tais como exames médicos ocupacionais: admissional, demissional, de mudança de função, de retorno ao trabalho e periódicos. Medicina do trabalho ou medicina ocupacional é uma especialidade médica que se ocupa da promoção e preservação da saúde do trabalhador. O médico do trabalho avalia a capacidade do candidato a determinado trabalho e realiza reavaliações periódicas de sua saúde dando ênfase aos riscos ocupacionais aos quais este trabalhador fica exposto.	
307. Com que frequência o (a) Sr.(a) faz exames médicos pela empresa? ☐ 1. Só na admissão ☐ 2. Uma vez por ano ☐ 3. De dois em dois anos ☐ 4. Em outros intervalos regulares ☐ 888. NSA	
Esta pergunta pretende identificar se o empregador acompanha as condições saúde do trabalhador.	

Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) ou alguém que mora com o (a) Sr.(a) viveu algum dos problemas abaixo no trabalho?			
308. Foi humilhado, insultado ou discriminado	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
309. Exerceu função diferente daquela do contrato	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
310. Demissão sem justa causa	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
311. Salário inferior dos colegas da mesma função	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
Esta pergunta pretende identificar comportamentos desenvolvidos no ambiente de trabalho pela chefia ou colega de trabalho. A alternativa NSA (não se aplica) diz respeito ao entrevistado que não trabalhou nos últimos 12 meses.			
312. Nos últimos 12 meses o (a) Sr.(a) ou alguém que mora com o (a) Sr.(a) teve alguma doença relacionada ao seu trabalho?			
() 1. Sim () 2. Não () 888. NSA			
Esta pergunta pretende identificar as doenças relacionadas ao trabalho do entrevistado e/ou de alguém que mora com ele, entendendo que doenças do trabalho são as alterações na saúde causadas pelas circunstâncias do trabalho a que o trabalhador se encontra exposto.			
313. Se respondeu sim à questão anterior, qual?			
O entrevistado deverá informar todas as doenças relacionadas ao trabalho.			
314. O(a) Sr.(a) ou alguém da sua família tem um trabalho que exige cumprimento de metas (produzir um mínimo estipulado pela empresa ou estabelecimento)			
() 1. Sim () 2 Não () 3 Não sei () 888.NSA			
Esta pergunta pretende identificar se no ambiente de trabalho existe pressão por produção. Devem ser consideradas as pessoas que residem na mesma casa, e não os familiares em geral.			
TRÂNSITO			
Nos últimos 12 meses, quais meios de transporte abaixo o Sr.(a) utilizou várias vezes por semana?			
315. Carro (sendo o motorista)	() 1.sim	() 2.não	
316. Carro (sendo passageiro)	() 1.sim	() 2.não	
317. Motocicleta (sendo o condutor)	() 1.sim	() 2.não	
318. Motocicleta (sendo o passageiro)	() 1.sim	() 2.não	
319. Ônibus	() 1.sim	() 2.não	
320. Veículos pesados (motorista ou passageiro)	() 1.sim	() 2.não	
321. Bicicleta	() 1.sim	() 2.não	
322. Sai a pé	() 1.sim	() 2.não	
323. Outro	() 1sim	() 2.não	
Motorista, refere-se ao condutor que manobra um veículo de transporte. Passageiro, refere-se ao(a) ocupante(s) de veículo que não seja o motorista.			
Considere a utilização da bicicleta como veículo para fim de deslocamento, ou seja, com objetivo de chegar a um destino não importando se por lazer, trabalho, etc.			
Onde está escrito "Ônibus", considerar também a Van			
324. Nos últimos 12 meses O (a) Sr.(a) se envolveu em algum acidente de trânsito? () 1. Sim e houve vítimas () 2. Sim, mas não houve vítimas () 3. Não			
ATENÇÃO: Caso a resposta tenha sido "Não", pule para a questão 331			
Envolvimento refere-se à participação de uma pessoa em um acidente de trânsito como pedestre, passageiro ou motorista de transporte individual (carro, motocicleta, bicicleta), coletivo (ônibus, trem, metrô) ou de carga (caminhão, caminhonete).			
Acidente de trânsito é todo acidente com veículo ocorrido na via pública (rua, estrada, rodovia, praça, calçada, passeio ou ponte). Refere-se à colisão ocorrida entre veículos, entre um veículo e um objeto (poste, construção, árvore, etc.), ao atropelamento de pedestres, que se deslocam à pé, em animais ou bicicletas, cadeira de rodas, carrinho de bebê, motocicletas, motonetas, patins, skate, etc, e ao capotamento, resultante da perda do controle da direção pelo motorista. As quedas ocorridas no interior de um veículo (indivíduo estava em pé dentro de um ônibus ou da carroceria de um caminhão) ou ao subir ou descer de veículos (ônibus, van, bicicleta, automóvel) são consideradas acidentes de transporte e deverão ser consideradas. Não considerar se o acidente ocorreu em algum outro espaço, como garagem ou quintal de domicílio particular. Contudo, se ocorreu em uma garagem de shopping, iremos considerar, pois as vias, apesar de serem internas e privadas, são públicas.			

325. O (a) Sr.(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, afazeres domésticos, ir à escola) por causa deste acidente de trânsito?	
() 1. Sim () 2. Não () 888.NSA	
O entrevistado deverá considerar o acidente mais grave, caso tenha sofrido mais de um. Esta questão pretende identificar a incapacidade temporária ou permanente do entrevistado.	
326. O (a) Sr.(a) precisou de atendimento de profissionais da saúde por causa deste acidente?	
() 1. Sim () 2. Não () 888.NSA	
O entrevistado deverá considerar o acidente mais grave, caso tenha sofrido mais de um.	
327. Onde o (a) Sr.(a) recebeu o primeiro atendimento de profissionais da saúde ?	
() 1. No local do acidente () 2. Unidade básica de saúde (posto/centro de saúde/saúde da família) () 3. Policlínica pública ou PAM (Posto de Assistência Médica) () 4. Unidade de Pronto Atendimento (UPA) () 5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público () 6. Ambulatório de hospital público () 7. Consultório médico particular () 8. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado () 9. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato () 10. No domicílio, com médico particular () 11. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família () 12. Outro () 888. NSA	
Esta pergunta pretende verificar a capacidade de atendimento da rede de saúde em relação a esse evento. As UPA, PA e UAI são unidades de pronto atendimento. Exemplo: UPA: Unidade de Pronto Atendimento (BH) PA: Pronto Atendimento (Ribeirão das Neves) UAI: Unidade de Atendimento Imediato (Betim)	
328. Quem lhe prestou atendimento de profissionais da saúde no local do acidente?	
() 1. Não tive atendimento no local do acidente () 2. Ambulância/Resgate do SAMU () 3. Moto do SAMU () 4. Ambulância/Resgate dos Bombeiros () 5. Ambulância/resgate do setor privado (particular ou convênio) () 6. Ambulância/Resgate da concessionária da rodovia () 7. Outro () 888. NSA	
Se o atendimento não foi no local do acidente, pular para a questão 330.	
329. Quanto tempo após o acidente o (a) Sr.(a) recebeu o primeiro atendimento de profissionais da saúde no local ?	
_____ horas _____ minutos () 1. Não sei () 888.NSA	
Esta pergunta refere-se ao primeiro atendimento de profissionais de saúde no local do acidente, tais como o SAMU e Corpo de Bombeiros. O NSA significa que o indivíduo não teve atendimento no local do acidente.	
330. O (a) Sr.(a) teve ou tem alguma sequela e/ou incapacidade decorrente deste acidente?	
() 1. Sim () 2. Não () 888.NSA	
Esta pergunta pretende identificar se o indivíduo teve lesões decorrentes deste acidente e se estas resultaram em alteração anatômica ou funcional permanente, limitando-lhe a execução das atividades da vida diária. Portanto não deve ser considerada a sequela ou incapacidade congênita.	

Com relação às situações de trânsito abaixo, você pode me informar se nos últimos 12 meses adotou os comportamentos descritos e se eles são arriscados.						
	1. Faço, é arriscado	2. Faço, não é arriscado	3. Não faço, é arriscado	4. Não faço, não é arriscado	888. NSA	
331. Atravessar a rua após consumir medicamentos sedativos, tranquilizantes ou qualquer outra droga						
332. Atravessar a rua fora da faixa de pedestre						
333. Atravessar a rua falando ao celular ou digitando no aparelho						
334. Atravessar a via fora da passarela apesar de sua existência						
335. Ser passageiro de veículo cujo condutor tenha ingerido bebida alcoólica						
336. Deixar de usar cinto de segurança no banco da frente do veículo						
337. Deixar de usar cinto de segurança no banco de trás do veículo						
338. Deixar de fazer as revisões no veículo						
339. Dirigir ou pilotar após ingerir bebida alcoólica						
340. Dirigir sem carteira de habilitação ou permissão para dirigir						
341. Dirigir/pilotar após tomar sedativos e/ou tranquilizantes						
342. Mudar de faixa sem ligar a seta						
343. Andar de moto sem utilizar o capacete						
344. Usar o celular enquanto dirige ou pilota						
345. Dirigir/pilotar com velocidade acima do limite permitido						
346. Discutir no trânsito						
347. Fazer ultrapassagem em local proibido						
348. Avançar o sinal vermelho						
349. Ficar muito próximo do veículo da frente						
350. Transportar criança no carro sem a cadeirinha adequada (bebê conforto, cadeirinha ou assento de elevação)						
O entrevistador deverá estar atento para a técnica de se fazer a pergunta: 1ª perguntar se faz, 2ª pergunta se é arriscado. Estas perguntas pretendem verificar a percepção de risco do entrevistado. O NSA deve ser usado caso a pessoa não tenha condições de adotar aquele comportamento, por exemplo, não é motorista. No item 342 considerar tanto o passageiro, quanto o condutor. Considerar como via: rua, alameda, rodovia, Considerar como discussão, aquelas ocorridas dentro e fora do trânsito ou do veículo						

Nos últimos 12 meses, você vivenciou alguma das situações abaixo ao usar o ônibus como transporte público? 351. Ofensa por parte dos operadores (motorista ou cobrador) ()1.sim ()2.não ()888. NSA 352. Queda devido à direção insegura ou agressiva do motorista ()1.sim ()2.não ()888. NSA 353. Impedimento de embarque/desembarque do veículo ocasionado pelo fechamento da porta pelo motorista ()1.sim ()2.não ()888. NSA 354. Desrespeito a sua solicitação de parada para embarque ou desembarque ()1.sim ()2.não ()888. NSA 355. Sentiu medo ou insegurança devido à direção insegura ou agressiva(perigosa) do motorista ()1.sim ()2.não ()888. NSA 356. Desrespeito a sua condição de pessoa com mobilidade reduzida ao dificultar o seu embarque ou desembarque ()1.sim ()2.não ()888. NSA. 357. Encontrou os assentos reservados ocupados indevidamente e os operadores não lhe ajudaram a garantir seu direito previsto na lei ()1.sim ()2.não ()888. NSA		
O item 352 significa que o condutor fechou a porta antes do indivíduo subir ou descer do ônibus. Direção agressiva (perigosa) refere-se a qualquer manobra realizada pelo motorista, que exponha ao perigo a vida de outras pessoas, como por exemplo, realizar arrancada brusca, frear repentinamente o veículo provocando deslizamento ou arrastamento de pneus, dirigir em alta velocidade nas curvas, etc. Pessoa com mobilidade reduzida, refere-se àquele indivíduo que, temporária ou permanentemente, tem limitada sua capacidade de relacionar-se com o meio e de utilizá-lo (Associação Brasileira de Normas Técnicas-ABNT/Norma Brasileira- NBR 9050/2004). São consideradas pessoas com mobilidade reduzida, a pessoa com deficiência, idosa, obesa, gestante, com criança de colo.		
358. O (a) Sr.(a) mudou algo no seu comportamento no trânsito nos últimos 12 meses? ()1. Sim ()2. Não ATENÇÃO: Caso a resposta tenha sido NÃO, pule para a questão 367		
Considerar qualquer mudança no comportamento, como por exemplo, passar a usar faixa de pedestre ou o cinto de segurança, etc.		
Caso o (a) Sr.(a) tenha mudado algo no seu comportamento no trânsito, isso ocorreu por que? 359. Viu campanha educativa de trânsito na TV, rádio, outdoor, revista, jornal, etc. ()1.sim ()2.não ()888NSA 360. Presenciou ou foi testemunha de algum acidente de trânsito ()1.sim ()2.não ()888NSA 361. Quase se envolveu em um acidente, escapando por um triz ()1.sim ()2.não ()888NSA 362. O Sr.(a) ou alguma pessoa próxima se envolveu em acidente de trânsito ()1.sim ()2.não ()888NSA 363. Recebeu orientação de familiar ou amigo sobre segurança no trânsito ()1.sim ()2.não ()888NSA 364. Participou de curso na área de segurança ou educação para o trânsito ()1.sim ()2.não ()888NSA 365. Foi fiscalizado por agentes ou policiais de trânsito ()1.sim ()2.não ()888NSA 366. Outros ()1.sim ()2.não ()888NSA		
Mais de uma opção poderá ser marcada. Envolvimento refere-se à participação de uma pessoa em um acidente de trânsito como pedestre, passageiro ou motorista de transporte individual (carro, motocicleta, bicicleta), coletivo (ônibus, trem, metrô) ou de carga (caminhão, caminhonete).		
367. Você concorda com uma lei que pune quem dirige sob o efeito de álcool? ()1.Sim ()2.Não		
Pergunta autorreferida e pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.		

Escolha, a partir das opções abaixo, as principais medidas que podem reduzir comportamentos inadequados no trânsito e/ou transporte?		
368. Criar leis mais rígidas	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
369. Punir o infrator ou agressor conforme legislação	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
370. Promover cursos e campanhas educativas na TV, rádio, etc	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
371. Melhorar a qualidade do transporte coletivo (ônibus, metrô)	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
372. Aumentar a fiscalização por agentes, policiais de trânsito ou fiscalização eletrônica	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
373. Introduzir o ensino de educação para o trânsito nas escolas	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
374. Aumentar o valor das multas de trânsito	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
375. Participar de um programa de tratamento do alcoolismo	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
376. Criar benefícios para os motoristas que cumprem as leis de trânsito (redução ou isenção de impostos/taxas, por exemplo)	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
Fiscalização eletrônica é realizada por equipamento: Fixo: instalado em local definido e em caráter permanente (Lombada Eletrônica, Pardal); Estático: instalado em veículo parado ou em suporte apropriado (Radar estático); Móvel: instalado em veículo em movimento, procedendo à medição ao longo da via (Radar móvel); Portátil: direcionado manualmente para o veículo (Radar portátil).		
377. O (a) Sr.(a) acredita que há em seu município preocupação das autoridades em prevenir acidentes de trânsito?		
() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei		
Considerar somente as autoridades municipais: Prefeito, Vice-prefeito, Secretários Municipais e Vereadores.		
O(a) Sr(a) já tomou alguma das medidas abaixo para solucionar algum problema no trânsito?		
378. Reclamou junto a órgão público responsável pelo trânsito	() 1. Sim () 2. Não	
379. Reclamou junto à empresa prestadora do serviço de transporte	() 1. Sim () 2. Não	
380. Mobilizou a Associação de bairro ou Organização não Governamental ou participou de reuniões ou manifestações sobre este tema	() 1. Sim () 2. Não	
381. Manifestou indignação pelo(s) problema(s) de trânsito por meio de redes sociais (facebook, twitter, etc.)	() 1. Sim () 2. Não	
382. Solicitou aos órgãos de imprensa (TV, rádio, jornal) que noticiem e divulguem problemas de trânsito	() 1. Sim () 2. Não	
383. Xingou a(s) pessoa(s) que o(a) desrespeitou	() 1. Sim () 2. Não	
384. Nunca registrou uma reclamação formal		
No que se refere às reclamações, considerar somente as reclamações formais (que geraram protocolo ou documento registrado). Os xingamentos não formais, sejam por telefone ou na garagem da empresa) não serão considerados. 384 – caso a pessoa nunca tenha registrado, responder SIM, se tiver registrado, responder NÃO.		
385. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento ou iniciativa que atue na sua região para abordagem da violência no trânsito?		
() 1. Sim () 2. Não		
A palavra “abordagem” equivale a “falar sobre”, “dialogar sobre”, “tomar providências com relação a”		
VIOLÊNCIA		
386. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) foi fisicamente agredido dentro do serviço de saúde por algum funcionário?		
() 1. Sim () 2. Não		
A opção NSA refere-se ao indivíduo que não foi no serviço de saúde (público ou privado) nos últimos 12 meses. Considerar agressão física: tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, etc.		

387. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) foi verbalmente agredido, humilhado ou ignorado dentro do serviço de saúde por algum funcionário? ()1. Sim ()2. Não	
“verbalmente” refere-se a palavrões, xingamentos ocorridos dentro de qualquer serviço de saúde (público ou privado) “ignorado” equivale a “tratado com indiferença”.	
388. O (a) Sr.(a) viu alguém ser agredido dentro do serviço de saúde por um funcionário? ()1. Sim ()2. Não	
Considerar qualquer tipo de agressão: física, verbal, psicológica, etc., ocorrida dentro de qualquer serviço de saúde (público ou privado)	
389. O (a) Sr.(a) agrediu fisicamente algum funcionário dentro do serviço de saúde? ()1. Sim ()2. Não	
Considerar qualquer tipo de agressão física ocorrida dentro de qualquer serviço de saúde (público ou privado)	
390. O (a) Sr.(a) viu alguém agredir algum funcionário dentro do serviço de saúde? ()1. Sim ()2. Não	
Considerar qualquer tipo de agressão ocorrida em serviços de saúde (público ou privado): física, verbal ou sexual Não importa quem iniciou o ataque, a provocação	
391. O(a) Sr.(a) já viu brigas/conflitos dentro do serviço de saúde? ()1. Sim ()2. Não	
Considerar qualquer tipo de briga/conflito ocorrido entre usuários e trabalhadores do serviço de saúde (público ou privado), entre os usuários do serviço de saúde, ou ainda, entre os próprios trabalhadores do serviço de saúde. Conflitos refere-se à discussão, troca de insultos, humilhações, tentativa de um responsabilizar(culpar) o outro, etc.	
Na sua opinião, se ocorreram brigas nos serviços de saúde, elas ocorreram por causa:	
392. Da falta de profissionais no serviço ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
393. Da superlotação ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
394. Falta de conservação dos serviços de saúde ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
395. A precariedade da estrutura física do serviço ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
396. A falta de privacidade durante o atendimento ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
397. Falta de cortesia no atendimento ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
398. Insatisfação com o atendimento ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
Precariedade refere-se à falta de funcionários, de equipamentos, de sala para atendimento, etc. Considerar serviços de saúde públicos ou privados.	
O (a) Sr.(a) sofreu alguma das violências abaixo, nos últimos 12 meses?	
399. Física ()1.sim ()2.Não	
400. Verbal ()1.sim ()2.Não	
401. Moral ou Psicológica ()1.sim ()2.Não	
402. Sexual ()1.sim ()2.Não	
403. Discriminação por racismo ()1.sim ()2.Não	
404. Falta de acesso a direitos sociais ()1.sim ()2.Não	
405. Falta dos cuidados necessários ()1.sim ()2.Não	
ATENÇÃO: Se a resposta for Não para todas as questões de 399 a 405, pule para 457	
Esta pergunta aceita mais de uma resposta. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu art. 6º, cita como direitos sociais: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. “falta dos cuidados necessários” equivale a “Negligência/abandono”: é a omissão; deixar de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O <u>abandono</u> é considerado uma forma extrema de negligência. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008).	

Em que local esta violência ocorreu?			
406. No domicílio	() 1.sim	() 2.Não	() 888. NSA
407. No trabalho	() 1.sim	() 2.Não	() 888. NSA
408. Em estabelecimento público (saúde, educação, delegacia)	() 1.sim	() 2.Não	() 888. NSA
409. Na rua	() 1.sim	() 2.Não	() 888. NSA
410. Em clube, bar ou similar, academia	() 1.sim	() 2.Não	() 888. NSA
411. Outros	() 1.sim	() 2.Não	() 888. NSA
Identificar o local onde a violência ocorreu "Outros" inclui outros locais não descritos acima, como por exemplo, no ambiente virtual/internet.			
412. Essa violência limitou as suas atividades habituais? () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA			
Esta pergunta pretende verificar se o entrevistado deixou de realizar algumas de suas atividades habituais em decorrência da violência sofrida. Considere a violência mais grave sofrida nos últimos 12 meses.			
413. O (a) Sr.(a) recebeu assistência por profissionais de saúde por causa dessa violência? () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA			
Esta pergunta pretende identificar se o entrevistado foi atendimento por profissional da saúde em decorrência da violência sofrida, ou seja, se houve demanda ou não por assistência em saúde.			
Onde ela foi prestada?			
414. Atenção Básica (Saúde da Família, Posto de Saúde)	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
415. Atenção Secundária	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
416. Atenção Terciária (Hospital)	() 1.sim	() 2.Não	() 888. NSA
417. Serviço de emergência em geral	() 1.sim	() 2.Não	() 888. NSA
Em relação à Atenção Secundária de Emergência, considerar: UPA, UAI, PA No que se refere à Atenção Terciária, considerar hospitais e urgências e emergências hospitalares.			
A violência SOFRIDA foi cometida com:			
418. Força corporal/espantamento (tapa, murro, beliscão, empurrão)	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
419. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
420. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado)	() 1.sim	() 2.Não	() 888NSA
421. Objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra, outros)	() 1.sim	() 2.Não	() 888NSA
422. Arremesso de substância/objeto	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
423. Envenenamento	() 1.sim	() 2.Não	() 888NSA
424. Outra coisa	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
Refere-se a violência FÍSICA. Informar qual foi o meio utilizado para agredir, atacar ou provocar. Outra coisa refere-se a qualquer outro meio não descrito acima. Por exemplo, palavras ofensivas, ameaças, xingamentos, negligência ou abandono(falta de cuidados básicos), tortura, subtração de dinheiro ou bens, etc. "Outra coisa" refere-se a outros meios não descritos acima, como por exemplo, calúnias, difamações, xingamentos, etc, mesmo que sejam virtuais (pela internet).			
Quem o agrediu fisicamente?			
425. Pai	() 1.sim	() 2.Não	() 888. NSA
426. Mãe	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
427. Tio(a)	() 1.sim	() 2.Não	() 888NSA
428. Irmão(a)	() 1.sim	() 2.Não	() 888NSA
429. Filho(a)	() 1.sim	() 2.Não	() 888NSA
430. Padrasto	() 1.sim	() 2.Não	() 888NSA
431. Madrasta	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
432. Parceiro(a); esposo(a)	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
433. Chefe ou colega de trabalho	() 1.sim	() 2.Não	() 888NSA
434. Bandido, ladrão, assaltante	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
435. Policial ou guarda municipal	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
436. Segurança ou porteiro	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
437. Profissional da saúde	() 1.sim	() 2.Não	() 888 NSA
438. Profissional da escola	() 1.sim	() 2.Não	() 888NSA

439. Vizinho ou conhecido	() 1.Sim	() 2.Não	() 888NSA
440. Outros	() 1.Sim	() 2. Não	() 888NSA
Agressão Física (também denominada <i>maus-tratos físicos ou abuso físico</i>): são atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008) A opção outros inclui avós.			
Quem o agrediu verbal, moral ou psicologicamente?			
441. Pai	() 1.Sim	() 2.Não	() 888. NSA
442. Mãe	() 1.Sim	() 2.Não	() 888. NSA
443. Tio(a)	() 1.Sim	() 2.Não	() 888. NSA
444. Irmão(a)	() 1.Sim	() 2.Não	() 888. NSA
445. Filho(a)	() 1.Sim	() 2.Não	() 888. NSA
446. Padrasto	() 1.Sim	() 2.Não	() 888. NSA
447. Madrasta	() 1.Sim	() 2.Não	() 888. NSA
448. Parceiro(a); esposo(a)	() 1.Sim	() 2.Não	() 888. NSA
449. Chefe ou colega de trabalho	() 1.Sim	() 2.Não	() 888. NSA
450. Bandido, ladrão, assaltante	() 1.Sim	() 2.Não	() 888. NSA
451. Policial ou guarda municipal	() 1.Sim	() 2.Não	() 888. NSA
452. Segurança ou porteiro	() 1.Sim	() 2.Não	() 888. NSA
453. Profissional da saúde	() 1.Sim	() 2.Não	() 888. NSA
454. Profissional da escola	() 1.Sim	() 2.Não	() 888. NSA
455. Vizinho ou conhecido	() 1.Sim	() 2.Não	() 888. NSA
456. Outros	() 1.Sim	() 2. Não	() 888. NSA
Agressão verbal, moral ou psicológica: é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008). O silêncio, enquanto recusa em se comunicar com o outro, também poderá ser considerado uma forma de violência verbal. “Bandido, ladrão ou assaltante” inclui sequestradores. “Policial ou guarda municipal” inclui autoridades judiciárias e outros agentes da lei.			
457. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) presenciou algum evento violento no seu bairro e/ou vizinhança? () 1. Sim () 2. Não			
Esta pergunta é autorreferida, portanto o entrevistador não precisa explicar o que é evento (acontecimento) violenta.			
458. O (a) Sr.(a) conhece alguém que foi assassinado no seu bairro e/ou vizinhança? () 1. Sim () 2. Não			
A palavra “conhece” equivale a “ter a ideia ou noção mais ou menos precisa de quem se trata”, não se referindo, portanto, apenas a pessoas com quem o entrevistado tenha laços de amizade ou parentesco.			
459. O (a) Sr.(a) considera a sua cidade violenta? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei			
Esta pergunta pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.			
460. O (a) Sr.(a) já pensou em mudar de cidade por causa da violência? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei			
Esta pergunta pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.			
461. O (a) Sr.(a) se acha violento (a)? () 1. Sim () 2. Não			
Esta pergunta pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.			

Ao longo da sua vida, o (a) Sr.(a) já agrediu alguém com:		
462. Força corporal/espancamento (tapa, murro, beliscão, empurrão)	() 1.sim	() 2.Não
463. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)	() 1.sim	() 2.Não
464. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado)	() 1.sim	() 2.Não
465. Objeto ou substância	() 1.sim	() 2.Não
466. Envenenamento	() 1.sim	() 2.Não
Considerar durante toda a vida do entrevistado Substância quente: água, gordura, óleo e líquidos quente ou substâncias derretidas em geral Objeto quente: panelas, ferro de passar roupa, chapas, etc Envenenamento: poderá ser pela ingestão de medicamentos, plantas venenosas, pesticidas, gases, agratóxicos, produtos químicos, substâncias corrosivas. Outra coisa: quaisquer outras possibilidades não descritas acima, como por exemplo, fogo/chama, choque elétrico, substância química (soda cáustica, ácidos), sufocação/engasgamento, etc.		
Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) já agrediu alguém com:		
467. Força corporal/espancamento (tapa, murro, beliscão, empurrão)	() 1.sim	() 2.Não
468. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)	() 1.sim	() 2.Não
469. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado)	() 1.sim	() 2.Não
470. Objeto ou substância	() 1.sim	() 2.Não
471. Envenenamento	() 1.sim	() 2.Não
Considerar apenas nos últimos 12 meses. Substância quente: água, gordura, óleo e líquidos quente ou substâncias derretidas em geral Objeto quente: panelas, ferro de passar roupa, chapas, etc Envenenamento: poderá ser pela ingestão de medicamentos, plantas venenosas, pesticidas, gases, agratóxicos, produtos químicos, substâncias corrosivas. Outra coisa: quaisquer outras possibilidades não descritas acima, como por exemplo, fogo/chama, choque elétrico, substância química (soda cáustica, ácidos), sufocação/engasgamento, etc.		
472. O (a) Sr.(a) ou alguém que mora com o Sr.(a) possui arma de fogo em casa? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei		
Se a resposta for Não pule para a questão 474		
Considera-se arma de fogo: revólver, espingarda, metralhadora, cartucheira e carabina		
473. Por qual motivo o (a) Sr.(a) possui arma de fogo em casa? () 1. Medo, proteção () 2. Vingança () 3. Profissão, trabalho () 4. Status, poder () 5. Lazer, hobby () 6. Outros () 7. Não sei () 888. NSA		
Considerar "outros" quaisquer possibilidades não descritas acima, como: arma da família (transferência pelas gerações), pedido de amigo/parente para guardar a arma, etc		
474. O (a) Sr.(a) usa arma de fogo: () 1. Sempre () 2. Quase sempre () 3. Às vezes () 4. Raramente () 5. Nunca		
A palavra "usa" equivale a "levar consigo, carregar"		
475. O (a) Sr.(a) é a favor do desarmamento do cidadão? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei		
Atualmente a lei 10.826/2003 proíbe o porte de armas por civis, exceto em casos onde houver necessidade comprovada, estando o indivíduo sujeito à demonstração de sua necessidade em portá-la, ao registro e porte junto à Polícia Federal ou ao Comando do Exército, no caso de armas de uso restrito, e ao pagamento de taxas específicas.		
476. O (a) Sr.(a) já pensou em suicídio? () 1. Sim () 2. Não		
Considerar se pensou em tirar a própria vida pelo menos uma vez na vida		

477. O (a) Sr.(a) já tentou suicídio? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Se a resposta for Não pule para a questão 480																																													
Considerar se o entrevistado realizou qualquer ação com o objetivo de tirar a própria vida, pelo menos uma vez na vida.																																													
478. Se já tentou, qual foi o meio utilizado? ☐ 1. Envenenamento/intoxicação ☐ 5. Pulou de lugar elevado ☐ 2. Enforcamento ☐ 6. Outro ☐ 3. Arma de fogo ☐ 7. Prefiro não responder ☐ 4. Objeto perfuro-cortante ☐ 888. NSA																																													
Esta pergunta aceita mais de uma resposta e pretende identificar o meio utilizado intencionalmente pelo indivíduo para se mutilar ou lesar no intuito de obter o resultado morte. Envenenamento/intoxicação: pela ingestão de medicamentos, plantas venenosas, pesticidas, gases, agrotóxicos, produtos químicos, substâncias corrosivas, etc Enforcamento: por meio de corda, fio, roupa, etc Arma de fogo: revólver, espingarda, metralhadora, cartucheira e carabina Objeto perfuro cortante: navalha, punhal, vidro, tesoura, faca, facão, chave de fenda, garrafa quebrada, etc Outro: Outros meios não descritos acima, como por exemplo afogamento, acidente de carro (conduzindo o veículo ou se jogando na frente de um que esteja em movimento), etc.																																													
479. Qual foi o motivo o(a) levou a tentar suicídio? ☐ 1. Perda financeira, dívida ☐ 2. Desemprego ☐ 3. Sentimento de culpa, vergonha ou vingança ☐ 4. Briga com parceiro(a) ☐ 5. Conflitos familiares ☐ 6. Tristeza/Depressão ☐ 7. Outros ☐ 8. Sem motivo ☐ 9. Prefiro não responder ☐ 888. NSA																																													
Especificar a razão pela qual o indivíduo tentou tirar a própria vida.																																													
Quando ocorre algum caso de violência contra o (a) Sr.(a) ou alguém da sua família, o (a) Sr.(a) procura ajuda em: <table border="0"> <tr> <td>480. Serviços de saúde</td> <td>☐ 1.sim</td> <td>☐ 2.Não</td> <td>☐ 888. NSA</td> </tr> <tr> <td>481. Escolas</td> <td>☐ 1.sim</td> <td>☐ 2.Não</td> <td>☐ 888. NSA</td> </tr> <tr> <td>482. Delegacias</td> <td>☐ 1.sim</td> <td>☐ 2.Não</td> <td>☐ 888. NSA</td> </tr> <tr> <td>483. Igreja</td> <td>☐ 1.sim</td> <td>☐ 2.Não</td> <td>☐ 888. NSA</td> </tr> <tr> <td>484. Conselho Tutelar</td> <td>☐ 1.sim</td> <td>☐ 2.Não</td> <td>☐ 888. NSA</td> </tr> <tr> <td>485. Juizado</td> <td>☐ 1.sim</td> <td>☐ 2.Não</td> <td>☐ 888. NSA</td> </tr> <tr> <td>486. Associações em geral</td> <td>☐ 1.sim</td> <td>☐ 2.Não</td> <td>☐ 888. NSA</td> </tr> <tr> <td>487. Amigos</td> <td>☐ 1.sim</td> <td>☐ 2.Não</td> <td>☐ 888. NSA</td> </tr> <tr> <td>488. Família</td> <td>☐ 1.sim</td> <td>☐ 2.Não</td> <td>☐ 888. NSA</td> </tr> <tr> <td>489. Outros</td> <td>☐ 1.sim</td> <td>☐ 2.Não</td> <td>☐ 888. NSA</td> </tr> <tr> <td>490. Não procura ajuda</td> <td>☐ 1.sim</td> <td>☐ 2.Não</td> <td>☐ 888. NSA</td> </tr> </table>	480. Serviços de saúde	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA	481. Escolas	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA	482. Delegacias	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA	483. Igreja	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA	484. Conselho Tutelar	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA	485. Juizado	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA	486. Associações em geral	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA	487. Amigos	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA	488. Família	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA	489. Outros	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA	490. Não procura ajuda	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA	
480. Serviços de saúde	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA																																										
481. Escolas	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA																																										
482. Delegacias	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA																																										
483. Igreja	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA																																										
484. Conselho Tutelar	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA																																										
485. Juizado	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA																																										
486. Associações em geral	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA																																										
487. Amigos	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA																																										
488. Família	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA																																										
489. Outros	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA																																										
490. Não procura ajuda	☐ 1.sim	☐ 2.Não	☐ 888. NSA																																										
O entrevistado poderá marcar mais de uma alternativa. 490 – caso a pessoa não procure ajuda, responder SIM, se procurar, responder NÃO																																													

VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO	
As perguntas de 491 a 516 referem-se à violência contra mulher ou contra o homem, por parceiro(a) íntimo(a) - marido ou ex, esposa ou ex, namorado(a) ou ex, companheiro(a) ou ex; ficante...	
O(a) seu(sua) atual companheiro(a), ou qualquer outro (a) companheiro(a) anterior, no último ano:	
491. Depreciou ou humilhou você?	() 1.Sim () 2.Não
492. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	() 1.Sim () 2.Não
493. Fez coisas para assustá-la(o) ou intimidá-la(o) de propósito (ex.: a forma como ele (ela) olha, grita, como quebra coisas)?	() 1.Sim () 2.Não
494. Ameaçou machucá-la(o) ou alguém de quem você gosta?	() 1.Sim () 2.Não
495. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão; empurrou?	() 1.Sim () 2.Não
496. Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	() 1.Sim () 2.Não
497. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	() 1.Sim () 2.Não
498. Estrangulou ou queimou você de propósito?	() 1.Sim () 2.Não
499. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	() 1.Sim () 2.Não
500. Forçou-lhe a manter relações sexuais quando você não queria?	() 1.Sim () 2.Não
501. Forçou-lhe a uma prática sexual degradante ou humilhante para você?	() 1.Sim () 2.Não
Esta pergunta permite mais de uma resposta. Fique atento para fazer os PULOS adequados, perguntando pelo número de vezes apenas para as respostas SIM.	
Quantas vezes isso aconteceu?	
502. Depreciou humilhou você?	() 1. Uma vez () 2. algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorreu o evento relacionado acima	
503. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	() 1. Uma vez () 2. algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
504. Fez coisas para assustá-la(o) ou intimidá-la(o) de propósito (ex.: a forma como ele (ela) olha, grita, como quebra coisas)?	() 1. Uma vez () 2. algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
505. Ameaçou machucá-la (o) ou alguém de quem você gosta?	() 1. Uma vez () 2. algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
506. Empurrou-a(o) um tranco/chacoalhão?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
507. Machucou-a(o) com um soco ou com algum objeto?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
508. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
509. Estrangulou ou queimou você de propósito?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
510. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
511. Forçou-lhe a manter relações sexuais quando você não queria?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorreu o evento relacionado acima	
512. Forçou-lhe a uma prática sexual degradante ou humilhante para você?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorreu o evento relacionado acima	
513. Alguma destas vezes o(a) Sr(a) procurou ajuda?	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não me lembro () 4. NSA
Identificar a demanda por assistência de qualquer natureza em razão da violência sofrida.	

514. Caso tenha procurado, onde foi? ()1. Setor saúde ()2. Igreja ()3. Organizações não governamentais ()4. Polícia, Delegacia, juizado ()5. Amigos, Vizinhos ()6. Familiares ()888. NSA	
Identificar em quais locais ocorrem a principais demandas decorrentes de violência sofrida.	
515. Esta violência o(a) impossibilitou de realizar suas atividades diárias? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não me lembro ()4. NSA	
Identificar a interrupção de tarefas diárias em razão da violência sofrida.	
516. O(a) Sr(a) precisou de atendimento médico? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não me lembro ()4. NSA	
Identificar a demanda por assistência em saúde em razão da violência sofrida.	
VIOLÊNCIA SEXUAL	
As perguntas de 517 a 536 referem-se à violência sexual praticada por qualquer pessoa, seja parceiro ou não, e em qualquer momento de sua vida.	
517. Alguém já o(a) forçou a fazer sexo ou alguma prática sexual? ()1. Sim, ()2. Não ()3. Não me lembro	
“Práticas sexuais” “equivale a “bolinação” e refere-se ao ato de apalpar, esfregar-se, roçar ou tocar maliciosamente. Fique atento para pular para 534 se a resposta for NÃO e marcar NSA nas seguintes.	
518. Quantos anos você tinha quando isto aconteceu pela primeira vez? _____	
Identificar a idade do entrevistado quando ocorreu a violência sexual.	
Caso alguém a (o) tenha forçado a fazer sexo ou alguma prática sexual, quem foi? 519. Pai/Mãe ()1. Sim ()2.não ()888.NSA 520. Padrasto/Madrasta () 1.sim () 2.não ()888.NSA 521. Irmão(ã) () 1.sim () 2.não ()888.NSA 522. Filho (a) () 1.sim () 2.não ()888.NSA 523. Outro parente () 1.sim () 2.não ()888.NSA 524. Amigos(as)/conhecido(as) da família () 1.sim () 2.não ()888.NSA 525. Policial/agente da lei () 1.sim () 2.não ()888.NSA 526. Profissional de saúde () 1.sim () 2.não ()888.NSA 527. Professor(a) () 1.sim () 2.não ()888.NSA 528. Parceiro(a) () 1.sim () 2.não ()888.NSA 529. Vizinho(a) () 1.sim () 2.não ()888.NSA 530. Padre/líder religioso(a) () 1.sim () 2.não ()888.NSA 531. Alguém do trabalho () 1.sim () 2.não ()888.NSA 532. Desconhecido(a) () 1.sim () 2.não ()888.NSA 533. Outro () 1.sim () 2.não ()888.NSA	
Agressão Sexual: é qualquer conduta que constranja a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça coação ou uso da força; comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que force um matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Ex.: jogos sexuais, práticas eróticas impostas a outros/as: estupro, atentado violento ao pudor, sexo forçado no casamento, assédio sexual, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, dentre outros. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008).	

534. A Sra ou, no caso do entrevistado ser homem, a sua parceira, já fez algum aborto previsto em lei, especificamente, no caso de gravidez decorrente de estupro? ()1.sim ()2.não	
Considerar apenas o aborto previsto em lei, mediante: comprovação de que este é o único meio para evitar a morte da mulher grávida, comprovação de que o bebê irá sofrer, irreversivelmente, de doença grave ou má formação e em casos de indícios de que a gravidez foi resultante de violência sexual (para efeitos legais basta a mulher afirmar que ela foi vítima de um ato sexual não consentido).	
535. A Sra ou, no caso do entrevistado ser homem, a sua parceira, já fez algum outro aborto, previsto ou não previsto em lei? ()1. Sim ()2.Não	
Considerar qualquer tipo de aborto. Se a resposta for NÃO, pular a pergunta seguinte.	
536. Se a Sra ou, no caso do entrevistado ser homem, a sua parceira já fez algum aborto, ele foi realizado: ()1. Dentro de serviço de saúde ()2. Fora de serviço de saúde.	
Considerar qualquer serviço de saúde, público ou privado.	
ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA	
537. O (a) Sr.(a) acha que é possível prevenir a violência? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei	
Considerar qualquer tipo de violência. “prevenir” equivale a “evitar” Esta pergunta é autorreferida, portanto o entrevistador não precisa explicar o que é violência. Pretende-se investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre o tema descrito acima, segundo o seu próprio ponto de vista.	
538. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento ou iniciativa que atue aqui na região para a abordagem e prevenção da violência? ()1. Sim. ()2. Não	
Identificar movimento ou iniciativa para a abordagem e prevenção. Este movimento ou iniciativa pode ser por meio de associações (bairro, moradores, mães, trabalhadores, sindicatos, etc), grupo religioso, cooperativa, Ong, partido político.	
539. Se sim, liste: _____	
Relacionar os grupos que conhece.	
540. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento, entidade ou grupo que atue aqui na região dando apoio e assistência a vítimas de violência? ()1. Sim ()2. Não	
Identificar: Grupo, movimento ou entidade que dá apoio e assistência	
541. Se sim, liste: _____	
Listar movimento, entidade ou grupo que conhece.	
542. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento, entidade ou grupo de recuperação de agressores que atue aqui na região? ()1. Sim ()2. Não	
Movimento, entidade ou grupo de recuperação de agressores, refere-se a espaços de abordagem da questão da violência em que ações são promovidas com o objetivo de ajudar o agressor a enfrentar as diversas formas de exclusão e restabelecer a sua inserção no mercado de trabalho e na sociedade, aspectos que conduziram a uma mudança em seu comportamento. Neste intuito, estes grupos oferecem cursos de qualificação profissional, atividades laborais socioeducativas e religiosas, dentre outras.	
543. Se conhece, liste: _____ _____ _____	
Listar o movimento, entidade e/ou grupo que conhece.	

544. O (a) Sr.(a) acha que há no seu município preocupação das autoridades em combater e prevenir a violência? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei	
Considerar somente as autoridades municipais: Prefeito, Vice-prefeito, Secretários Municipais e Vereadores.	
O (a) Sr.(a) participa de algum dos grupos abaixo: 545. Associação de bairro ()1.sim ()2.Não 546. Entidades de caridade e ajuda social (asilos, conventos) ()1.sim ()2.Não 547. Partido político ()1.sim ()2.Não 548. ONG ()1.sim ()2.Não 549. Grupo de jovens, grêmios ()1.sim ()2.Não 550. Grupo religioso ()1.sim ()2.Não 551. Gangues ()1.sim ()2.Não 552. Torcida organizada ()1.sim ()2.Não 553. Grupos de esportes e artes (dança, futebol, vôlei) ()1.sim ()2.Não 554. Grupo de autoajuda (alcoólicos anônimos) ()1.sim ()2.Não 555. Outros grupos ()1.sim ()2.Não 556. Não participo de nenhum grupo ()1.sim ()2.Não 557. Redes sociais (internet) ()1. sim ()2.Não	
Esta pergunta aceita mais de uma alternativa. Pretende verificar o grau de inserção social do entrevistado enquanto importante indicador de saúde.	402.
558. Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele 1.()Sim 2.()Não 3.()Não sabe	
Esta pergunta pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.	
559. Os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da família. 1.()Sim 2.()Não 3.()Não sabe	
Esta pergunta pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.	
560. É importante para o homem mostrar à sua esposa/companheira quem é que manda. 1.()Sim 2.()Não 3.()Não sabe	
Esta pergunta pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.	
561. Uma mulher deve escolher seus próprios amigos mesmo quando seu marido não concorda 1.()Sim 2.()Não 3.()Não sabe	

Esta pergunta pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.	
562. É obrigação da esposa manter relações sexuais com seu marido mesmo quando não estiver com vontade. 1.()Sim 2.()Não 3.()Não sabe	
Esta pergunta pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.	
563. Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família devem intervir. 1.()Sim 2.()Não 3.()Não sabe	
Esta pergunta pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.	