

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Gabriela Freitas Pinheiro

**ASSOCIAÇÃO ENTRE DISCRIMINAÇÃO PERCEBIDA EM SERVIÇOS DE SAÚDE
E DOENÇAS CARDIOVASCULARES AUTORREFERIDAS EM INDIVÍDUOS
BRASILEIROS**

Belo Horizonte

2021

Gabriela Freitas Pinheiro

**ASSOCIAÇÃO ENTRE DISCRIMINAÇÃO PERCEBIDA EM SERVIÇOS DE SAÚDE
E DOENÇAS CARDIOVASCULARES AUTORREFERIDAS EM INDIVÍDUOS
BRASILEIROS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Epidemiologia, políticas e práticas de saúde das populações.

Orientadora: Prof^ª Dra. Alexandra Dias Moreira

Belo Horizonte

2021

Pinheiro, Gabriela Freitas.
P654a Associação entre discriminação percebida em serviços de saúde e Doenças Cardiovasculares autorreferidas em indivíduos brasileiros [manuscrito]. / Gabriela Freitas Pinheiro. -- Belo Horizonte: 2021.
73f.: il.
Orientador (a): Alexandra Dias Moreira.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Discriminação Social. 2. Doenças Cardiovasculares. 3. Serviços de Saúde. 4. Dissertação Acadêmica. I. Moreira, Alexandra Dias. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WG 120

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 649 (SEISCENTOS E QUARENTA E NOVE) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA GABRIELA FREITAS PINHEIRO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 24 (vinte e quatro) dias do mês de fevereiro de dois mil vinte e um, às 10:00 horas, realizou-se a sessão para apresentação e defesa da dissertação "*DISCRIMINAÇÃO PERCEBIDA EM SERVIÇOS DE SAÚDE E DOENÇAS CARDIOVASCULARES AUTORREFERIDAS EM INDIVÍDUOS BRASILEIROS*", da aluna **Gabriela Freitas Pinheiro**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Epidemiologia, políticas e práticas de saúde das populações". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Alexandra Dias Moreira D'assunção (orientadora), Lidiane do Valle Camelo e Fernanda Penido Matozinhos, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(X) APROVADA;

() REPROVADA.

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:

ASSOCIAÇÃO ENTRE DISCRIMINAÇÃO PERCEBIDA EM SERVIÇOS DE SAÚDE E DOENÇAS CARDIOVASCULARES AUTORREFERIDAS EM INDIVÍDUOS BRASILEIROS

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Jurei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 24 de fevereiro de 2021.

Profa. Dra. Alexandra Dias Moreira D'assunção _____

Orientadora (EE/UFMG)

Profª. Drª. Lidiane do Valle Camelo _____

(UFMG)

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 02.03.2021

Profª. Drª. Fernanda Penido Matozinhos
(EEUFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **GABRIELA FREITAS PINHEIRO**.

As modificações foram as seguintes:

- Mudança de título;
- Explicitar melhor a abrangência do estudo na introdução;
- Inclusão de subtópico na revisão de literatura sobre acesso aos serviços de saúde;
- Incluir diagrama com modelo teórico e explicativo sobre as variáveis de ajuste;
- Recategorizar variável raça/cor;
- Desconsiderar ajustes por variáveis relacionadas aos hábitos de vida e comorbidades;
- Enfatizar políticas públicas na discussão.

NOMES

ASSINATURAS

Profa. Dra. Alexandra Dias Moreira D'assunção

Profª. Drª. Lidyane do Valle Camelo

Profª. Drª. Fernanda Penido Matozinhos



Documento assinado eletronicamente por **Lidyane do Valle Camelo, Professora do Magistério Superior**, em 25/02/2021, às 16:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Penido Matozinhos, Professora do Magistério Superior**, em 25/02/2021, às 17:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Alexandra Dias Moreira Dassuncao, Professora do Magistério Superior**, em 25/02/2021, às 18:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 25/02/2021, às 18:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

HOMOLOGADO em reunião do CPG
21/02/2021

AGRADECIMENTOS

A *Deus e à Nossa Senhora*, por iluminarem meus passos ao longo desta caminhada, pela força e aconchego nos momentos de dificuldade.

A toda minha *família*, em especial ao pequeno núcleo familiar (minha mãe Aparecida, irmãos Arthur e Raphael, cunhadas Nathália e Paula, e sobrinha Luiza), pelo amor, momentos de alegrias, apoio, torcida e confiança depositada em mim.

Ao meu *esposo Bruno*, por todo o amor, carinho, compreensão nos períodos de ausência, incentivo e companheirismo em todas as fases da minha vida.

Ao *meu filho Francisco*, nosso maior presente, ainda no ventre, mas que já me desperta a busca diária de ser uma pessoa melhor e a necessidade de ampliar meus horizontes.

À minha *segunda família*, Francisca, Marcos, Marcos Flávio e Ana, pelo carinho, zelo e por sempre me incentivarem na concretização dos meus objetivos.

À minha *orientadora Alexandra*, por todo o aprendizado, orientação, apoio em todos os momentos necessários, por acreditar e me incentivar na elaboração deste trabalho.

Aos meus *professores* do mestrado pelos preciosos conhecimentos adquiridos.

Aos meus *amigos da pós-graduação*, em especial a Aryanne, Camilla, Jannine e Luana pela rica troca de experiências ao longo desta trajetória, pelos momentos de alegrias vivenciados e por se fazerem presentes nas horas de dificuldade.

Aos *colegas do HC/UFMG*, aos *amigos da UCO*, em especial a Aline, Karla, Gísia, Giovana, Ana Cristina, Simone Aparecida, Ana Beatriz e Arianne, pela amizade e por serem grandes incentivadores desta conquista.

Aos meus *coordenadores e amigos da UCO*, Érika e Alex, por todo o auxílio e encorajamento ao longo do mestrado.

Aos grupos de amigos *EITA*, *Café meninas* e *PUC para a vida*, pelos incontáveis momentos de alegrias, descontração e por sempre torcerem por mim.

A todos que de alguma forma contribuíram para esta construção, fica expresso aqui a minha gratidão. Muito obrigada!

RESUMO

PINHEIRO, Gabriela Freitas. **Associação entre discriminação percebida em serviços de saúde e doenças cardiovasculares autorreferidas em indivíduos brasileiros.** 73 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – MG, 2021.

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) apresentam grande impacto na saúde pública brasileira e mundial por contribuírem com o aumento significativo no número de mortes prematuras. Apresentam múltiplos fatores de risco, como os sociodemográficos, os hábitos de vida e as comorbidades. Evidências recentes demonstram associação independente entre a experiência de discriminação e as DCV. **Objetivo:** Estimar a associação entre discriminação percebida em serviços de saúde e história de doenças cardiovasculares autorreferidas em indivíduos brasileiros. **Metodologia:** Estudo transversal, com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 e amostra nacionalmente representativa de 59.226 indivíduos adultos (idade \geq 18 anos). A discriminação percebida nos serviços de saúde foi avaliada em: discriminação por falta de dinheiro; classe social; tipo de doença; preferência sexual; raça/cor; sexo; tipo de ocupação; idade e outros. Considerou-se como DCV: relato de infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra. Utilizaram-se modelos de regressão logística multivariada para avaliar a associação entre os tipos de discriminação percebida (exposições principais) e história de alguma DCV (desfecho), ajustados por variáveis sociodemográficas (sexo, idade, raça/cor e escolaridade) e depressão. **Resultados:** A frequência de DCV foi de 4,23% e 10,59% dos indivíduos relataram já ter sentido pelo menos um tipo de discriminação nos serviços de saúde. Foi evidenciado que as discriminações percebidas em todas as dimensões analisadas quase dobram a chance de DCV em comparação a indivíduos que não relataram discriminação. As associações permaneceram significativas após ajustes por todas as variáveis e tipos de discriminações analisados, sendo: Falta de dinheiro (OR:1,82; IC95%: 1,38-2,40); Classe social (OR:2,16; IC95%: 1,66-2,80); Raça/cor (OR:2,32; IC95%: 1,30-4,12); Ocupação (OR:1,81; IC95%: 1,08-3,04); Doença (OR:2,33; IC95%: 1,48-3,67); Preferência sexual (OR:3,65; IC95%: 1,80-7,39); Religião (OR:2,95; IC95%: 1,26-6,90); Sexo (OR:3,07; IC95%: 1,13-8,37); Idade (OR: 1,60; IC95%: 1,06-2,41); Outros (OR:1,88; IC95%: 1,20-2,95). **Conclusão:** A discriminação percebida em serviços de saúde foi positivamente associada à história de DCV autorreferida, independentemente de fatores sociodemográficos e depressão.

Palavras-chave: Discriminação Social. Doenças Cardiovasculares. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

PINHEIRO, Gabriela Freitas. **Association between perceived discrimination in health services and self-reported cardiovascular diseases in Brazilian individuals.** 73 f. Dissertation (Masters in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Minas Gerais – MG, 2021.

Introduction: Cardiovascular diseases (CVDs) have a major impact on Brazilian and global public health as they contribute to the significant increase in the number of premature deaths. They have multiple risk factors, such as sociodemographic lifestyle and comorbidities. Recent evidence shows an independent association between the experience of discrimination and CVD.

Objective: To estimate the association between perceived discrimination in health services and history of self-reported cardiovascular diseases in Brazilian individuals. **Methodology:** Cross-sectional study, with data from the 2013 National Health Survey and a nationally representative sample of 59.226 adult individuals (age ≥ 18 years). The perceived discrimination in the health services was evaluated in: discrimination for lack of money; social class; type of disease; sexual preference; race/color; sex; type of occupation; age and others. CVD was considered as: report of infarction, angina, heart failure or other. Multivariate logistic regression models were used to assess the association between the types of perceived discrimination (main exposures) and history of some CVD (outcome), adjusted for sociodemographic variables (gender, age, race/color, and education) and depression. **Results:** The frequency of CVD was 4,23% and 10,59% of individuals reported having experienced at least one type of discrimination in health services. It was evidenced that the discrimination perceived in all dimensions analyzed almost doubled the chances of CVD compared to individuals who did not report discrimination. The associations remained significant after adjustments for all variables and types of discrimination analyzed, being: Lack of money (OR:1,82; CI95%: 1,38-2,40); Social class (OR:2,16; CI95%: 1,66-2,80); Race/color (OR:2,32; CI95%: 1,30-4,12); Occupation (OR:1,81; CI95%: 1,08-3,04); Disease (OR:2,33; CI95%: 1,48-3,67); Sexual preference (OR:3,65; CI95%: 1,80-7,39); Religion (OR:2,95; CI95%: 1,26-6,90); Sex (OR:3,07; CI95%: 1,13-8,37); Age (OR: 1,60; CI95%: 1,06-2,41); Others (OR:1,88; CI95%: 1,20-2,95). **Conclusion:** The perceived discrimination in health services was positively associated with a history of self-reported CVD, regardless of sociodemographic factors and depression.

Keywords: Social Discrimination. Cardiovascular Diseases. Health Services.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Modelo teórico (gráfico acíclico direcionado) para a relação entre discriminação percebida nos serviços de saúde e história de Doenças Cardiovasculares.....27
- Figura 2 - Fluxograma da subpopulação do estudo.....29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição das variáveis de exposição do estudo.....	31
Quadro 2 - Descrição da variável desfecho do estudo.....	32
Quadro 3 - Variáveis de ajuste e descritivas do estudo.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo dados sociodemográficos; hábitos de vida; comorbidades autorreferidas e discriminação percebida nos serviços de saúde, PNS, 2013	38
Tabela 2 - Análises bivariadas entre dados de caracterização da amostra e relato de doenças cardiovasculares, PNS, 2013	41
Tabela 3 - Análises bivariadas entre discriminação percebida nos serviços de saúde e relato de doenças cardiovasculares, PNS, 2013 (n=59.226)	44
Tabela 4 - Resultado da regressão logística univariada e multivariada para discriminação percebida nos serviços de saúde e relato de doenças cardiovasculares, PNS, 2013 (n=59.226)	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças cardiovasculares
DLP	Dislipidemia
DM	Diabetes mellitus
DPP	Domicílios particulares permanentes
ELSA Brasil	Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto desenvolvida no Brasil
EUA	Estados Unidos da América
FR	Fatores de risco
FRCV	Fatores de risco cardiovascular
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HPA	Hipotálamo-pituitária-adrenal
HR	Hazard Ratio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de massa corpórea
MESA	Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis
MS	Ministério da Saúde
NESARC	National Epidemiological Survey Alcohol and Related Conditions
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PMS	Pesquisa Mundial de Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SIPD	Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
SNS	Sistema Nervoso Simpático
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UF	Unidade Federativa
UPA	Unidades primárias de amostragem
VFC	Variabilidade da frequência cardíaca

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Justificativa	14
2	OBJETIVOS	16
2.1	Objetivo geral	16
2.2	Objetivos específicos	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	Doenças cardiovasculares	17
3.2	Discriminação percebida	18
3.3	Discriminação e saúde: barreiras no acesso aos serviços de saúde, estratégias e políticas públicas vigentes em âmbito nacional	19
3.4	Discriminação e desfechos na saúde cardiovascular	21
3.5	Mecanismos associados à discriminação e aos impactos na saúde cardiovascular	23
4	MÉTODOS	28
4.1	Tipo de estudo e fonte de dados	28
4.2	Amostragem e população do estudo	28
4.3	Variáveis do estudo	29
4.4	Análise de dados	35
4.5	Considerações éticas.....	36
5	RESULTADOS.....	37
6	DISCUSSÃO	50
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
	REFERÊNCIAS	57
	ANEXO A - Questionários de estilo de vida e doenças crônicas utilizados neste estudo.....	66

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por aproximadamente 71% da mortalidade mundial, excedendo significativamente as mortes por causas externas e por doenças infecciosas. Essas mortes são decorrentes de quatro principais doenças crônicas: cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes, sendo as doenças cardiovasculares (DCV) responsáveis por 44% de todas as mortes por DCNT (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; MALTA *et al.*, 2019). As DCV representam a principal causa de mortalidade em nível global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016) e constituem um grave problema de saúde pública, contribuindo com um aumento significativo de anos perdidos da vida produtiva e mortalidade precoce (GBD 2016 BRAZIL COLLABORATORS, 2018; GONÇALVES, 2012; HIGINO *et al.*, 2014). O mesmo ocorre no Brasil, onde 72% das mortes resultam de DCNT, sendo 30% devidas às DCV (MALTA *et al.*, 2019).

Diversos são os fatores de risco (FR) relacionados ao desenvolvimento das DCV, que podem ser classificados como clássicos ou tradicionais não modificáveis (histórico familiar de DCV, sexo e idade) e modificáveis (dislipidemia - DLP, tabagismo, obesidade, hipertensão arterial sistêmica - HAS, Diabetes Mellitus - DM, sedentarismo, excesso de ingestão de sal e de álcool, síndrome da apneia/hipopneia obstrutiva do sono e estresse) (PRÉCOMA *et al.*, 2019; MALACHIAS *et al.*, 2016). Associados aos multifatores de risco cardiovascular apresentados devem ser considerados, ainda, aspectos genéticos, ambientais, estilo de vida, espiritualidade, aspectos socioeconômicos, como baixa escolaridade, baixa renda e falta de acesso a serviços de saúde (PRÉCOMA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2013).

A manifestação de diversas doenças e problemas de saúde se exacerba entre os grupos que vivem circunstâncias socialmente desfavoráveis, ou seja, entre os mais pobres, entre grupos étnicos minoritários ou grupos expostos a qualquer forma de discriminação (BARRETO, 2017). A discriminação é a manifestação concreta do preconceito (BAUMGARTEN *et al.*, 2015), corresponde a tratamentos injustos voltados a determinados indivíduos ou categorias sociais, que gera impactos em vários âmbitos da vida, como na saúde e no plano de cuidados aos usuários oferecido nos serviços de saúde (DOVÍDIO *et al.*, 2010).

O estudo brasileiro de base populacional desenvolvido por Boccoline *et al.* (2016) evidenciou que um décimo da população relatou sentir-se discriminada nos serviços de saúde, sendo a falta de dinheiro e a classe social os motivos mais frequentemente apontados. Constatou ainda que mulheres, indivíduos não brancos e sem plano de saúde privado apresentaram maior

chance de se sentir discriminados. Experienciar a discriminação em serviços de saúde pode implicar em maior demora do indivíduo em buscar atendimento (DEHKORDY *et al.*, 2016; HARRIS *et al.*, 2012; QUACH *et al.*, 2012), no abandono da terapêutica atual ou recusa de tratamentos futuros (RIVENBARK; ICHOU, 2020; ALLEN *et al.*, 2017).

Estudos demonstram que os estressores sociais contribuem para piores desfechos em saúde (UDO; GRILO, 2017; SABAN *et al.*, 2014), sendo a exposição aguda e crônica ao estigma social associada a desfechos adversos na saúde cardiovascular (PANZA *et al.*, 2019; FOX, *et al.*, 2019; LOCKWOOD *et al.*, 2018; UDO; GRILO, 2017; ALBERT *et al.*, 2017; SABAN *et al.*, 2014). Eventos de discriminação percebida são associados à maior prevalência de DCV, uso abusivo de álcool e tabaco (MACHADO *et al.*, 2021; GIANAROS; WAGER, 2015; MUSCATELL; EISENBERGER, 2012), piores condições de saúde mental (XU *et al.*, 2018; GIANAROS; WAGER, 2015; MUSCATELL; EISENBERGER, 2012) e podem representar uma barreira à saúde para indivíduos estigmatizados (KUDVA *et al.*, 2020; ISAKSSON *et al.*, 2018).

A discriminação apresenta-se como um determinante social de condições adversas à saúde, como uma força produtora de iniquidades na saúde e no cuidado oferecido aos usuários nos serviços de saúde (MASSIGNAM; BASTOS; NEDEL, 2015). Os mecanismos da relação entre discriminação e DCV não são claramente elucidados, contudo, a discriminação associa-se a alterações fisiológicas agudas, como taquicardia e aumento da pressão arterial, além da produção crônica de hormônios envolvidos na resposta ao estresse (DOLEZSAR *et al.*, 2014; NEBLETT JR; ROBERTS, 2013; PASCOE; RICHMAN, 2009).

Diante do exposto, reforça-se a necessidade de expandir o debate sobre o fenômeno discriminatório, seus efeitos individuais e coletivos sobre múltiplas esferas da vida, destacando-se a saúde cardiovascular por sua relevância e impacto na saúde pública brasileira. É fundamental também regulamentar e ampliar as discussões sobre leis brasileiras e políticas públicas em saúde que garantam a universalidade e a igualdade de acesso aos serviços de saúde, sendo esses públicos ou privados.

1.1 Justificativa

Apesar da associação consistente entre experiências discriminatórias e desfechos adversos na saúde, em destaque a saúde cardiovascular, são escassos estudos brasileiros sobre a temática, abordando diversos tipos de discriminação percebida nos serviços de saúde, sobretudo em amostras representativas da população. Dois estudos de revisão sistemática da

literatura recentes evidenciam que a maioria dos trabalhos que abordam o tema são desenvolvidos nos Estados Unidos ou países europeus, têm foco apenas na discriminação racial, e utilizam uma variedade de medidas para avaliar a saúde cardiovascular (PANZA *et al.*, 2019; LOCKWOOD *et al.*, 2018).

Considerando a magnitude e as repercussões negativas das DCV na saúde pública brasileira, bem como os impactos da discriminação nos serviços de saúde, faz-se necessário obter uma melhor compreensão dessa associação em uma amostra nacionalmente representativa, para desvendar lacunas de conhecimentos e questões norteadoras sobre a temática. Após pesquisas bibliográficas, acredita-se o presente estudo é o primeiro a demonstrar a associação entre múltiplas formas de discriminação nos serviços de saúde e a prevalência de DCV em uma amostra representativa do população brasileira.

O conhecimento sobre a relação entre a discriminação nos ambientes de saúde e desfechos negativos suscita discussões entre os diversos profissionais e gestores dos serviços de saúde sobre os princípios do sistema de saúde brasileiro, acesso aos serviços de prevenção, promoção e reabilitação, em evidência a saúde cardiovascular, bem como tratamento equitativo a grupos vulneráveis. Assim, a pesquisa poderá despertar entre os profissionais de saúde a necessidade de ampliar o olhar sobre o fenômeno da discriminação e promover transformação da relação profissional-usuário, para que seja pautada no respeito, atenção e confiança, bem como contribuir com o melhor direcionamento de estratégias, com foco na redução do estigma e da discriminação na atenção à saúde, ampliando o acesso a saúde a grupos estigmatizados e a população acometida por FR e DCV.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estimar a associação entre discriminação percebida em serviços de saúde e história de doenças cardiovasculares autorreferidas em indivíduos brasileiros.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever a prevalência de discriminação percebida nos serviços de saúde por falta de dinheiro, classe social, raça/cor, tipo de ocupação, tipo de doença, preferência sexual, religião/crença, sexo, idade e outros.
- Descrever a prevalência de história autorreferida de doenças cardiovasculares na população brasileira.
- Estimar a associação entre discriminação percebida em serviços de saúde por falta de dinheiro, classe social, raça/cor, tipo de ocupação, tipo de doença, preferência sexual, religião/crença, sexo, idade e outros e história de doenças cardiovasculares autorreferidas em indivíduos brasileiros.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Doenças cardiovasculares

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituam as doenças cardiovasculares (DCV) como um grupo de enfermidades do coração e dos vasos sanguíneos que compreendem as doenças: coronariana, cerebrovascular, arterial periférica, cardíaca reumática, cardiopatia congênita, trombose venosa profunda e embolia pulmonar (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017).

No mundo, aproximadamente 71% das mortes resultam das DCNT, da mesma forma o Brasil, com 72% das mortes atribuídas a esse grupo de doenças, sendo 30% devidas às DCV, seguidas de 17% para neoplasias, 7% para doenças respiratórias e 5% para DM (MALTA *et al.*, 2019). As DCV são a principal causa de morte no Brasil e no mundo (NASCIMENTO *et al.*, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016), constituem um dos principais problemas de saúde pública, contribuindo com um aumento significativo de anos perdidos da vida produtiva, mortalidade precoce, impactos sociais e econômicos (GONÇALVES, 2012; HIGINO *et al.*, 2014).

Diversos são os fatores de risco (FR) associados ao desenvolvimento das DCV, os quais se manifestam cada vez mais cedo, progridem com a idade e exibem gravidade diretamente proporcional ao número de fatores de risco cardiovascular (FRCV) agrupados (GAZOLLA *et al.*, 2014). Os FRCV são categorizados como modificáveis (HAS, DM, DLP, tabagismo, obesidade, sedentarismo, estresse consumo excessivo de sal e de álcool e síndrome da apneia/hipopneia obstrutiva do sono) e não modificáveis (sexo, idade e histórico familiar de DCV) (PRÉCOMA *et al.*, 2019; MALACHIAS *et al.*, 2016). Além dos FRCV tradicionais devem ser considerados também outros aspectos importantes, como espiritualidade, condições socioeconômicas e ambientais (PRÉCOMA *et al.*, 2019).

As DCV conferem limitações à qualidade de vida associadas a aspectos físicos, sociais, financeiros e de saúde dos indivíduos, implicam em alto custo e impacto na sociedade devido às despesas com tratamento de saúde, perda de produtividade no trabalho e perda de bem-estar (STEVENS *et al.*, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Baixo nível sócio econômico e cultural, aspectos psicossociais (estresse, ansiedade e depressão) aumentam o risco para DCV, diminuem o engajamento dos indivíduos ao estilo de vida saudável e ao tratamento medicamentoso. Por outro lado, a presença da DCV também aumenta o risco da manifestação

desses fatores psicossociais, o que evidencia uma associação consistente e bidirecional (FRAGUAS *et al.*, 2011).

As condições de saúde das populações são influenciadas de forma complexa por determinantes sociais, que são diversos e classificáveis nos domínios da biologia, do ambiente (físico, social e econômico), dos comportamentos (estilo de vida) e dos cuidados de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; PRÉCOMA *et al.*, 2019). Esses indicadores são FR interdependentes para a ocorrência de doenças (PRÉCOMA *et al.*, 2019). Aspectos referentes às desigualdades sociais no Brasil e no mundo, assim como a origem, a classe social e o estilo de vida dos indivíduos, repercutem na acessibilidade aos serviços de saúde e associam-se a situações de vulnerabilidade da população. Nesse sentido, além dos principais FRCV (clássicos e emergentes) devem ser consideradas outras exposições, aspectos diretamente relacionados aos indivíduos, como condições de moradia, transporte, criminalidade e discriminação (CÂMARA, 2018).

3.2 Discriminação percebida

O fenômeno da discriminação está diretamente associado ao estigma e ao preconceito (GARCIA; HENNINGTON, 2019). O estigma e o preconceito referem-se a atributos negativos e equivocados direcionados a pessoas que não se inserem nas normas estabelecidas socialmente (PARKER, 2012). O conceito de estigma é mais utilizado em menção a doenças, deficiências ou desvios de comportamento, e preconceito em relação à etnia e raça. Ambos têm semelhanças uma vez que retratam situações de exploração, dominação e afirmação da norma social (GARCIA; HENNINGTON, 2019; PARKER, 2012). O estigma acentua a rotulação e a rejeição social, e os motivos desse estereótipo fundamentam-se em relações de dominação e controle social, podendo produzir e reproduzir a desigualdade social (GARCIA; HENNINGTON, 2019).

A discriminação pode ser conceituada como uma resposta comportamental ao estigma e ao preconceito (PARKER, 2012). A discriminação compreende um conjunto de comportamentos, tratamento diferencial e desigual de indivíduos ou grupos, que estabelecem ou reforçam a situação de desvantagem de alguns grupos e seus integrantes em comparação a outros (DOVIDIO *et al.*, 2010; BASTOS; FAERSTEIN, 2012).

Dessa maneira, enquanto o preconceito e o estigma compreendem fenômenos do campo das ideias, dos processos mentais, a discriminação se estabelece no campo das ações e dos comportamentos (BASTOS; FAERSTEIN, 2012). As práticas discriminatórias podem ser de diversos tipos, baseadas em características individuais, tais como raça, etnia, sexo, idade,

aparência física, classe social, entre outras, e associam-se ao contexto, ao local e ao período histórico investigado (BAUMGARTEN *et al.*, 2015; BASTOS *et al.*, 2010).

3.3 Discriminação e saúde: barreiras no acesso aos serviços de saúde, estratégias e políticas públicas vigentes em âmbito nacional

As desigualdades em saúde referem-se às diferenças percebíveis e mensuráveis presentes nas condições de saúde, e as relacionadas à distinção no acesso aos serviços de prevenção, tratamento ou reabilitação, ou seja, desigualdades nos cuidados à saúde. As iniquidades em saúde, por sua vez, referem-se às desigualdades consideradas injustas ou consequentes de algum tipo de injustiça (BARRETO, 2017).

As desigualdades nas condições de saúde estão ligadas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade presente em cada sociedade (BARATA, 2009). Dessa forma, as desigualdades sociais podem acarretar impactos adversos a saúde, causando desiguais possibilidades de acessar e usufruir dos avanços científico e tecnológicos nessa área, diferentes chances de exposição aos fatores que determinam a saúde e a doença, assim como diferentes chances de adoecimento e morte (BARRETO, 2017; MARMOT, 2015).

O estigma exprime uma construção social produtora de discursos, hábitos e estruturas que originam discriminação, desigualdades e injustiças sociais (BARRETO, 2017). Pesquisas evidenciam que o estigma pode repercutir negativamente nas condições de vida e de saúde dos indivíduos, tais como redução da autoestima, perda de identidade e desesperança, barreiras aos cuidados, acesso e utilização dos serviços de saúde (GARCIA; HENNINGTON, 2019; NOSTLINGER *et al.*, 2014).

Estudos evidenciam que indivíduos que tiveram experiências de discriminação dentro do ambiente de saúde podem adiar a busca por atendimento de saúde, já que percebem esse ambiente como um local de risco aumentado para discriminação, mostram menor confiança e satisfação com o serviço (DEHKORDY *et al.*, 2016; HARRIS *et al.*, 2012; QUACH *et al.*, 2012). Frequentemente essas pessoas abandonam a terapêutica ou renunciam tratamentos futuros (RIVENBARK; ICHOU, 2020; ALLEN *et al.*, 2017).

As pessoas que sofreram discriminação nos serviços de saúde tendem a utilizar menos os cuidados referentes à prevenção (HARRIS *et al.*, 2012), receberem diagnósticos de doenças em estágios mais avançados, serem menos referenciados para serviços especializados e terem acesso a serviços de pior qualidade (QUACH *et al.*, 2012; SMEDLEY; STITH; NELSON,

2003); receberem informações limitadas acerca do tratamento e serem tratados de maneira diferente, com menos respeito pelo profissional de saúde (QUACH *et al.*, 2012).

Estudo recente desenvolvido por Dantas (2019), com uma amostra representativa da população brasileira, evidenciou que a prevalência geral da dificuldade de acesso aos serviços de saúde no país foi de 18,11%, com grandes desigualdades entre os grupos populacionais. Não possuir plano de saúde privado, médico ou odontológico foi um fator relacionado ao pior acesso aos serviços de saúde. Assim, usuários totalmente dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS) estão inseridos em um grupo de maior vulnerabilidade, sendo este composto por negros, indivíduos de baixo status socioeconômico, e pessoas do norte e nordeste do Brasil (IPEA, 2011).

A carta dos direitos dos usuários foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde (CNS) em junho de 2009, publicada na portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, e dispõe acerca dos direitos e deveres dos usuários da saúde (BRASIL, 2012a). Um dos princípios afirma que, na rede de atenção à saúde, é direito do indivíduo ter acesso a atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer tipo de preconceito e/ou discriminação, decorrente da idade, raça/cor, etnia, religião, identidade de gênero, orientação sexual, condições socioeconômicas, estado de saúde, patologia ou deficiência (BRASIL, 2012a).

O cuidado humanizado pressupõe acolhimento. Acolher é a atitude de inclusão do indivíduo em sua singularidade e implica na construção de vínculo, compreende um pacto ético, de reconhecimento das necessidades dos indivíduos, resolutividade e responsabilidade (BRASIL, 2012a). A reiteração do direito ao atendimento humanizado e livre de discriminação é um instrumento legal na busca pela efetivação do direito à saúde a grupos estigmatizados, sendo reconhecidas as implicações do preconceito e discriminação no processo saúde-doença dessa população (MASSIGNAM; BASTOS; NEDEL, 2015).

A partir do reconhecimento dos prejuízos decorrentes da discriminação, têm sido desenvolvidas estratégias, políticas públicas no âmbito nacional, com o objetivo de reduzir o estigma e a discriminação na atenção à saúde brasileira, ampliando o acesso à saúde por grupos marginalizados, tais como: a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, que tem como uma das diretrizes a sensibilização dos profissionais de saúde acerca dos preconceitos que permeiam suas práticas; a Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra, que busca demonstrar as conexões entre racismos e agravos de saúde prevalentes entre os negros no Brasil; a Política de Atenção Integral à Saúde da População Indígena, a qual sinaliza possibilidades de acesso à saúde que vão ao encontro às práticas culturais dos diferentes povos indígenas no país; políticas específicas para lésbicas, gays,

bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), e outros grupos que possam apresentar dificuldade de acesso aos serviços de saúde, como os idosos, pessoas com deficiência e privação de liberdade (MASSIGNAM; BASTOS; NEDEL, 2015).

3.4 Discriminação e desfechos na saúde cardiovascular

Diversos estudos evidenciam que estressores sociais cooperam para piores desfechos em saúde, sendo a exposição aguda e crônica à discriminação relacionada a desfechos adversos na saúde cardiovascular (PANZA *et al.*, 2019; LOCKWOOD *et al.*, 2018; UDO; GRILO, 2017; ALBERT *et al.*, 2017; SABAN *et al.*, 2014). A associação entre discriminação e DCV aparece de forma independente mesmo após os ajustes por covariáveis, tais como dados sociodemográficos, hábitos de vida e comorbidades (UDO; GRILO, 2017; DUNLAY *et al.*, 2017; HILL *et al.*, 2017; THAYER *et al.*, 2017; KEMP *et al.*, 2016; MOODY *et al.*, 2016; OROM *et al.*, 2016; EVERSON-ROSE *et al.*, 2015).

Panza *et al.* (2019) realizaram uma revisão sistemática da literatura com objetivo de avaliar a relação entre discriminação e a saúde cardiovascular em grupos de indivíduos socialmente estigmatizados pelo gênero, raça/etnia, idade, peso corporal/obesidade ou orientação sexual. Foram selecionados 84 estudos (período de publicação entre 1984 e 2017), agrupados conforme associações apontadas entre o estigma e os FRCV: pressão arterial (n = 45), variabilidade da frequência cardíaca (n = 6), biomarcadores cardiovasculares de sangue/saliva (n = 18) e indicadores de saúde cardiovascular (n = 15). Foi identificado por 86% dos estudos uma associação significativa entre o estigma/discriminação e a saúde cardiovascular nos grupos socialmente estigmatizados, relação sustentada por distintos graus de evidência, de acordo com a forma de discriminação e o indicador de saúde cardiovascular.

Outra revisão de literatura, realizada por Lockwood *et al.* (2018), utilizou uma abordagem multissistêmica para avaliar 30 trabalhos, com foco na discriminação racial e os mediadores neurobiológicos do risco de DCV. Os achados evidenciam que a discriminação percebida se associa a muitos mediadores neurobiológicos de risco de DCV em distintos sistemas de estresse fisiológico, tais como: o sistema nervoso autônomo (SNA), o eixo hipotálamo-hipófise-adrenocortical (HPA) e o sistema imunológico; e apontam que os sistemas cerebrais envolvidos na avaliação e regulação das respostas de estresse periférico pode ser ativado ou modificado em resposta à exclusão social e à discriminação.

Udo e Grilo (2017) avaliaram a associação entre três tipos de discriminação (peso, raça e gênero) e a incidência de DCV em três anos, em uma amostra nacional de adultos nos Estados Unidos da América (EUA), composta por 26.992 adultos que participaram do National Epidemiological Survey Alcohol and Related Conditions (NESARC). As covariáveis utilizadas no estudo incluíram dados sociodemográficos (sexo, idade, raça, etnia e escolaridade); comportamentais (ingesta de álcool e tabagismo) e comorbidades (transtorno depressivo maior e índice de massa corpórea - IMC). Os achados do estudo demonstram que a discriminação pelo peso e pela raça foram associados à maior chance de relatar infarto do miocárdio (OR:2,56; IC95%: 1,31-4,98; OR:1,84; IC95%: 1,19-2,84, respectivamente) e problemas cardíacos menores (OR:1,48; IC95%: 1,11-1,98; OR:1,41; IC95%: 1,18-1,70, respectivamente). O estudo traz ainda que a discriminação racial percebida também foi significativamente relacionada à maior chance de relatar arteriosclerose (OR:1,61; IC95%: 1,11-2,34). Os valores de odds ratios para diagnósticos de arteriosclerose, infarto do miocárdio e outras doenças cardíacas menores foram superiores para pessoas que referiram exposição a múltiplos tipos de discriminação. Os resultados evidenciam também que os adultos que sofrem discriminação racial e pelo peso estão em maior risco de DCV (UDO; GRILO, 2017).

Everson-Rose *et al.* (2015) usaram dados do Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA), um estudo de coorte prospectivo de fatores de risco para aterosclerose, com base na população de seis grandes centros dos EUA, composto por 6.508 adultos com idades entre 45-84 anos, os quais inicialmente não apresentavam história de DCV, e analisaram a discriminação, experiências de tratamento injusto ao longo da vida em seis domínios (demissão do trabalho ou promoção negada; não contratação para um emprego; tratamento injusto pela polícia; ser desencorajado por um professor; dificuldade de mudar de bairro por impedimento de um corretor; dia a dia dificultado pela vizinhança) e discriminação cotidiana (frequência de tratamento injusto percebido) em relação à incidência de DCV. Durante uma média de 10,1 anos de acompanhamento (2000-2011), foram sinalizados 604 eventos.

Esse estudo demonstrou que indivíduos que referiram discriminação ao longo da vida em maior ou igual a dois domínios (versus nenhum) tiveram aumento do risco de DCV, após ajuste para raça/etnia e fatores sociodemográficos, comportamentos e FRCV tradicionais (Hazard Ratio (HR) = 1,36; IC95%: 1,09-1,70) e após o controle para estresse crônico e sintomas depressivos (HR:1,28; IC95%: 1,01-1,60). Porém, a discriminação referida em apenas um domínio não foi associada à DCV (HR:1,05; IC95%: 0,86-1,30), assim como não houve diferenças por raça/etnia, idade ou sexo. Em oposição, a discriminação cotidiana foi associada ao sexo ($P = 0,03$); os modelos estratificados mostraram risco aumentado somente para os

homens (HR ajustado = 1,14; IC95%: 1,03-1,27), ajustado para estresse crônico e sintomas depressivos houve redução discreta nessa associação (HR:1,11; IC95%: 0,99-1,25). Os achados dessa pesquisa sugerem que a discriminação percebida associa-se negativamente ao risco de DCV em adultos de meia idade e idosos (EVERSON-ROSE *et al.*, 2015).

O estudo realizado por Kemp *et al.* (2016) avaliou a relação entre raça/cor, discriminação percebida e variabilidade da frequência cardíaca (VFC), em uma coorte do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto desenvolvida no Brasil (ELSA Brasil). A discriminação percebida foi medida usando uma versão adaptada da Escala de Discriminação Diária e a VFC em repouso foi examinada a partir de eletrocardiogramas em repouso de 10 minutos. Diferenças raciais na VFC foram determinadas por análises de regressão controladas por escores de propensão, que ajustaram possíveis variáveis de confusão (idade, sexo, educação e outras informações relacionadas à saúde). Os resultados da pesquisa evidenciaram que participantes negros tiveram maiores VFC em comparação aos pardos (Cohen's $d = 0,20$) e participantes brancos (Cohen's $d = 0,31$); os participantes pardos em relação aos brancos também demonstraram uma VFC pequena, mas significativamente maior (Cohen's $d = 0,14$). A maior VFC nesses grupos sugere haver uma sustentação psicofisiológica compensatória, uma resposta aos efeitos adversos da discriminação, que incluem um agravamento da pressão arterial, colesterol, IMC e pior autoavaliação geral de saúde (KEMP *et al.*, 2016).

3.5 Mecanismos associados à discriminação e aos impactos na saúde cardiovascular

A percepção de discriminação se associa a impactos negativos na saúde, através dos mecanismos: efeitos diretos sobre a saúde, ocasionando manifestações adversas à saúde mental (depressão, ansiedade); alterações psicofisiológicas, como maior VFC envolvidos na resposta ao estresse (cortisol); influência sobre comportamentos relacionados à saúde, que implica a adoção de comportamentos não saudáveis ou redução do engajamento dos indivíduos em comportamentos promotores de saúde (PASCOE; RICHMAN, 2009).

Os modelos conceituais defendem que a discriminação percebida impacta a saúde de forma aguda e crônica, em diversos sistemas fisiológicos. Os efeitos agudos da discriminação relacionam-se à reatividade ao estresse, que corresponde à resposta fisiológica da pessoa que sofre a exposição a um estressor psicológico/físico. Ainda segundo esses modelos, as experiências de discriminação percebida remetem respostas fisiológicas agudas (por exemplo: aumento da pressão e/ou da frequência cardíaca), as quais implicam em maior risco à saúde (PASCOE; RICHMAN, 2009).

A intensidade e a abrangência das repostas a estressores variam para cada pessoa. A reatividade fisiológica exacerbada e prolongada pode acontecer em diversos sistemas (COHEN; HAMRICK, 2003), havendo uma associação entre essas repostas (COHEN *et al.*, 2000; UCHINO *et al.*, 1995; HERBERT *et al.*, 1994). A reatividade aos estressores acarretam alterações na saúde cardiovascular dos indivíduos, conforme a vulnerabilidade de cada um à patologia (TREIBER *et al.*, 2003; MCEWEN, 1998). A maior capacidade de resposta à inflamação cardiovascular aumenta a incidência de HAS (STEPTOE *et al.*, 2016), da mesma forma as repostas endócrinas maiores são relacionadas a maior grau de calcificação da artéria coronária (HAMER *et al.*, 2010).

Os modelos de discriminação propõem, conforme a estrutura de reatividade, que exposições prévias à discriminação podem influenciar as características fisiológicas dos sujeitos frente a um novo estressor (RICHMAN *et al.*, 2007), implicando em repostas exageradas ou embotadas (CHIDA; HAMER, 2008; GUMP; MATTHEWS, 1999; LEPORE; MILES; LEVY, 1997). Ter experienciado a discriminação previamente pode reforçar a vigilância do indivíduo diante novos estressores, o que pode provocar o aumento da reatividade antecipadamente ou durante a exposição (SAWYER *et al.*, 2012), bem como desencadear repostas embotadas a novos estressores (BERGER; SARNYAI, 2015).

Os modelos referentes ao estresse crônico e saúde propostos à discriminação percebida indicam que a exposição crônica ao estresse psicossocial pode implicar no desequilíbrio em múltiplos sistemas fisiológicos, levando ao aparecimento de patologias, como as DCV (GOLBIDI; FRISBEE; LAHER, 2015; LAGRAAUW; KUIPER; BOT, 2015). O modelo de carga alostática defende que o sistema fisiológico do estresse pode sofrer desgaste devido as consequências/efeitos cumulativos ao estresse crônico, estimulando repostas exageradas ou embotadas ao estresse, modificações importantes nos ciclos fisiológicos de feedbacks responsável pela homeostase, o que pode implicar no maior risco para o desenvolvimento de DCNT (MCEWEN, 2006; MCEWEN; STELLAR, 1993). Dessa forma, a discriminação percebida pode ter efeitos em mediadores neurobiológicos através do desequilíbrio em diversos sistemas fisiológicos, colaborando com o risco aumentado de DCV (LOCKWOOD *et al.*, 2019).

Os aspectos psicossociais também são avaliados na associação entre discriminação e saúde (SCHMITT *et al.*, 2014; PIETERSE *et al.*, 2012). A relação entre discriminação percebida, sofrimento psicológico e bem estar reduzido é corroborada por diversas pesquisas (PARADIES *et al.*, 2015; SCHMITT *et al.*, 2014; PIETERSE *et al.*, 2012; PASCOE; RICHMAN, 2009). Duas revisões meta-analíticas propõem uma forte relação entre

discriminação e ansiedade/depressão (SCHMITT *et al.*, 2014; PIETERSE *et al.*, 2012). A depressão, a ansiedade, bem como a autoestima reduzida e os níveis mais baixos de positividade associam-se ao desequilíbrio do sistema fisiológico do estresse, agindo como comorbidades relacionadas às DCV (SCOTT, 2014; SHER; LOLAK; MALDONADO, 2010; LESPÉRANCE; FRASURE-SMITH, 2000).

Algumas variáveis podem moderar a associação entre percepção de discriminação e a saúde, como: apoio social, estilo de enfrentamento, etnia, identidade de grupo e personalidade. Ter o apoio social (família, amigos) pode repercutir em acesso do indivíduo a mais recursos de saúde, tais como dieta adequada, cuidados e serviços de saúde, assim como a reparação da autoestima após experiência de discriminação, evitando o desenvolvimento de sintomas depressivos ou minimização dos mesmos (BRONDOLO *et al.*, 2009; PASCOE; RICHMAN, 2009).

A saúde pode ser comprometida pela discriminação percebida através de modificações nos comportamentos. A maior exposição do indivíduo à discriminação pode extenuar a sua capacidade de autorregulação e, dessa forma, diminuir o seu engajamento em comportamentos promotores de saúde, ou limitar a pessoa a comportamentos negativos à saúde (BRONDOLO *et al.*, 2015; STOCK *et al.*, 2011).

O indivíduo pode se engajar em comportamentos de risco à saúde (alimentação inadequada, tabagismo e uso de substâncias) para abrandar o estado emocional e tributo mental da discriminação percebida, porém podem sofrer consequências adversas na saúde física (JACKSON; KNIGHT; RAFFERTY, 2010), exacerbar ou desencadear outros problemas de saúde, tais como alcoolismo e dependência de outras drogas, obesidade, DM e consequentemente DCV (PASCOE; RICHMAN, 2009).

Os modelos cérebro-corpo especificam como ocorrem os processos biológicos associados a discriminação percebida e saúde. Esses modelos tratam o estresse psicossocial como um processo instanciado em sistemas cerebrais, que avaliam o significado do evento/experiência e controlam as respostas fisiológicas. Esses modelos propõem que estressores psicossociais são processados, analisados pelo sistema neural, para determinar se o estressor representa uma ameaça; esses sistemas de avaliação se comunicam com regiões do cérebro responsáveis por regular os sistemas de estresse fisiológico. As respostas fisiológicas ao estresse desencadeiam impulsos nervosos, ou seja, um feedback dos sistemas cerebrais, a fim de regular a intensidade e permanência da resposta periférica (GIANAROS; WAGER, 2015; MUSCATELL; EISENBERGER, 2012).

Os estressores psicológicos agudos desencadeiam rápidas reações cardiovasculares. Essas reações são decorrentes de alterações no cérebro, no fluxo visceromotor do SNA para os vasos e o coração, caracterizam-se pelo aumento da atividade simpática e diminuição da atividade parassimpática, levando a aumentos simultâneos na frequência cardíaca e pressão arterial (CHARVAT; DELL; FOLKOW, 1964).

Estudos epidemiológicos evidenciam que as alterações associadas ao estresse na fisiologia cardiovascular, resultam em maior risco de desenvolvimento de DCV. Os indivíduos que apresentam reações cardiovasculares, desencadeadas por estressor, metabolicamente exacerbadas ou prolongadas (aumentos significativos e sustentados da pressão arterial e da frequência cardíaca) apresentam maior risco de HAS, infarto do miocárdio e morte prematura por DCV (CARROLL *et al.*, 2012; CHIDA; STEPTOE, 2010).

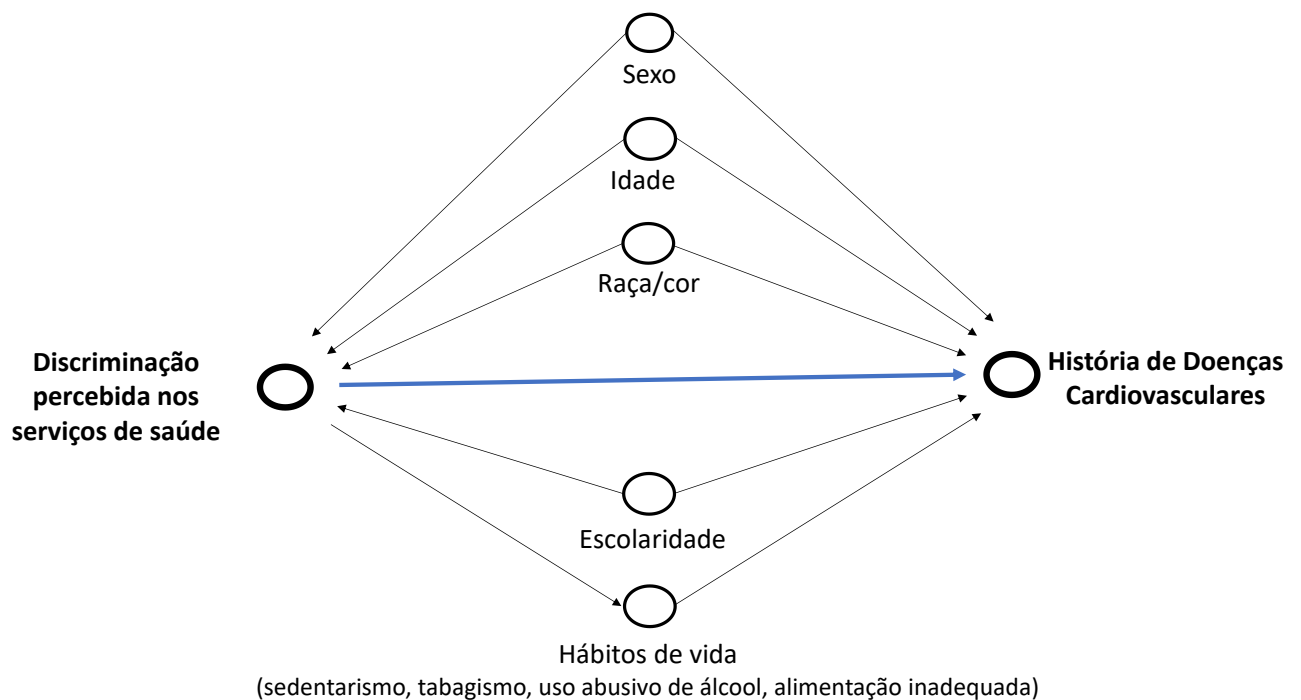
Um outro sistema fisiológico envolvido no processo de estresse/discriminação e doença é o componente inflamatório do sistema imunológico. A inflamação compreende a resposta primária do organismo a presença de doenças e infecções, e pode ser local ou sistêmico. Os mediadores primários da resposta inflamatória são proteínas denominadas citocinas pró-inflamatórias, as quais auxiliam a comunicação celular quando ocorre uma infecção ou lesão. Ao longo do tempo, o processo inflamatório exacerbado, frequente ou prolongado pode contribuir com o aumento do risco de patologias, mortalidade precoce (MCEWEN, 1998; FINCH, 2010), assim como colaborar com o desenvolvimento de doenças, destacando-se as DCV (FAHY, 2009; LIBBY, 2008).

O sistema nervoso simpático (SNS) e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), regulam as respostas inflamatórias, que se ativam frente a estressores, tais como a exposição à discriminação (MUSCATELL; EISENBERGER, 2012). O hormônio cortisol é o produto da ativação do eixo HPA, e os estressores agudos predisõem à elevação desse hormônio no organismo. O aumento nos níveis de cortisol é importante para impulsionar a energia necessária no enfrentamento a iminentes ameaças, no entanto, níveis elevados de cortisol podem ser deletérios para a saúde, uma vez que são associados a aumentos dos processos inflamatórios (MILLER *et al.*, 2008).

Diante das evidências baseadas na literatura, para o presente estudo, foi construído um modelo teórico e um gráfico acíclico direcionado para fundamentar a relação entre discriminação percebida nos serviços de saúde e história de DCV (Figura 1). Considerou-se como variáveis de ajustes dados sociodemográficos: sexo, idade, raça/cor e escolaridade (DANTAS *et al.*, 2019; UDO; GRILO, 2017; DUNLAY *et al.*, 2017; HILL *et al.*, 2017;

THAYER *et al.*, 2017; KEMP *et al.*, 2016; MOODY *et al.*, 2016; OROM *et al.*, 2016; EVERSON-ROSE *et al.*, 2015; LEWIS *et al.*, 2014). A história de depressão foi considerada variável de confusão com base em publicações sobre a temática, nas quais os modelos são ajustados por essa variável (UDO; GRILO, 2017; KEMP *et al.*, 2016; EVERSON-ROSE *et al.*, 2015; LEWIS *et al.*, 2014). Os hábitos de vida (sedentarismo, tabagismo, uso abusivo de álcool, alimentação inadequada) podem ser considerados fatores de mediação na relação entre discriminação percebida e DCV, uma vez que a discriminação pode levar ao engajamento do indivíduo em comportamentos de risco, e, conseqüentemente, à adoção de hábitos de vida inadequados pode desencadear efeitos adversos à saúde cardiovascular (JACKSON; KNIGHT; RAFFERTY, 2010; PASCOE; RICHMAN, 2009).

Figura 1 - Modelo teórico (gráfico acíclico direcionado) para a relação entre discriminação percebida nos serviços de saúde e história de Doenças Cardiovasculares



Fonte: Adaptado de (MENDES *et al.*, 2018; BASTOS; FAERSTEIN, 2012).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo e fonte de dados

Esta pesquisa teve delineamento transversal. Foram utilizadas informações do banco de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do Brasil, desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2013. A pesquisa é um inquérito de base domiciliar, de abrangência nacional, que caracterizou a situação de saúde, os estilos de vida da população brasileira e a atenção à saúde acerca do acesso e uso dos serviços de saúde, das ações preventivas e da continuidade dos cuidados (SOUZA-JÚNIOR *et al.*, 2015; PNS, 2013).

4.2 Amostragem e população do estudo

A população estudada compreendeu moradores de domicílios particulares do Brasil, exceto os circunscritos nos setores censitários especiais (quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, asilos, orfanatos, conventos e hospitais). A amostra da PNS consiste em uma subamostra da Amostra Mestra do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE, da qual a abrangência geográfica é composta pelos setores censitários da Base Operacional Geográfica do Censo Demográfico 2010, com exceção daqueles com número muito restrito de domicílios e os setores especiais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

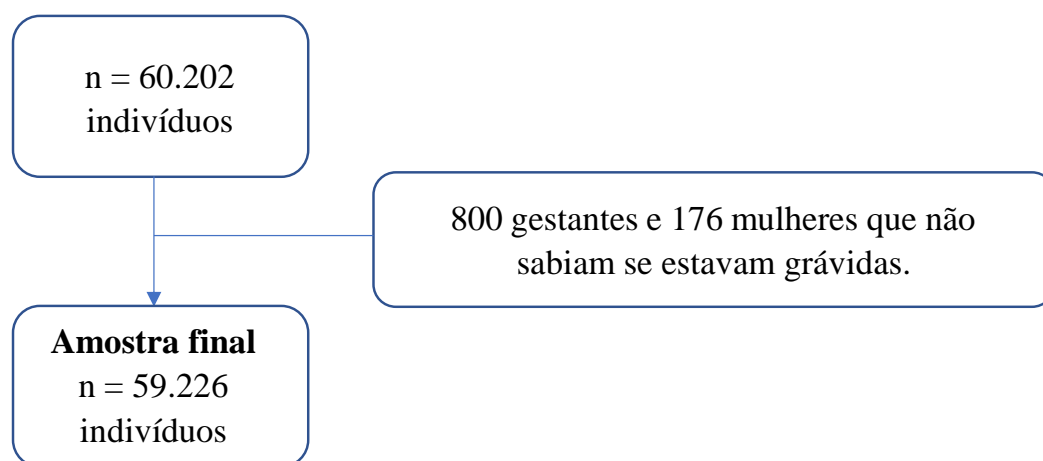
O desenho amostral da PNS adotou parcialmente o desenho da Amostra Mestra. A amostra da PNS foi por conglomerado em três estágios de seleção, compreendendo o primeiro estágio a seleção com probabilidade proporcional ao tamanho (conforme o número de domicílios particulares permanentes (DPP) em cada unidade) da subamostra de unidades primárias de amostragem (UPA) em cada estrato da Amostra Mestra; o segundo estágio refere-se à seleção por amostragem aleatória simples de domicílios em cada UPA elencada no primeiro estágio; e o terceiro estágio corresponde a triagem por amostragem aleatória simples do adulto (pessoa com 18 anos ou mais) abarcando todos os moradores adultos do domicílio (PNS, 2013).

O tamanho estabelecido para a amostra da PNS foi de 1.800 domicílios por Unidade Federativa (UF), sendo delineado um total de 81.357 domicílios e selecionado um indivíduo por domicílio. Após as coletas foram realizadas entrevistas com indivíduos em 60.202 domicílios, em virtude de uma taxa de resposta de 86%. A população do estudo compreendeu

moradores de domicílios particulares do Brasil, em idade adulta (≥ 18 anos de idade), excluindo os localizados nos setores censitários especiais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

Na pesquisa atual a população do estudo foi composta por 59.226 indivíduos considerando dados completos da entrevista, que contemplam as variáveis de interesse do estudo e retirada de gestantes e mulheres que não sabiam se estavam grávidas da subpopulação de interesse (Figura 2). Dessa forma, foi considerada uma subpopulação de indivíduos para análise a partir da amostragem complexa da pesquisa (WEST; BERGLUND; HEERINGA, 2008).

Figura 2 – Fluxograma da subpopulação do estudo



Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 Variáveis do estudo

O questionário da PNS 2013, composto por 743 questões, foi subdividido em módulos, que investigam características do domicílio, de todos os moradores (renda, escolaridade, trabalho, indivíduos com deficiências, cobertura de planos de saúde, utilização de serviços de saúde, saúde de crianças menores de dois anos, saúde dos idosos) e do morador adulto selecionado (percepção do estado de saúde, estilos de vida, violências e acidentes, DCNT, saúde da mulher, atendimento pré-natal, saúde bucal e atendimento médico) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014). Os módulos do questionário da

PNS 2013 acerca do estilo de vida e das doenças crônicas utilizados neste estudo encontram-se no Anexo 1.

As variáveis de exposições principais do estudo foram os tipos de discriminação percebida nos serviços de saúde no Brasil (Quadro 1). Foi utilizada uma pergunta do módulo X do questionário: “O (A) sr (a) já se sentiu discriminado (a) ou tratado (a) pior do que as outras pessoas no serviço de saúde, por algum médico ou outro profissional de saúde por algum destes motivos?”. A pergunta considerava como alternativas as respostas ‘sim’ ou ‘não’ para dez motivos de discriminação, organizados de ‘a’ a ‘j’, sendo: a) falta de dinheiro; b) classe social; c) raça/cor; d) tipo de ocupação; e) tipo de doença; f) preferência sexual; g) religião/crença; h) sexo; i) idade e j) outros (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Adicionalmente, foram incluídas outras duas exposições principais no estudo: - Relato de pelo menos um tipo de discriminação nos serviços de saúde, considerando as discriminações por falta de dinheiro, classe social, raça/cor, tipo de ocupação, tipo de doença, preferência sexual, religião/crença, sexo, idade e outros; - Escore de discriminação nos serviços de saúde, composto pela soma dos tipos de discriminações relatadas por falta de dinheiro, classe social, raça/cor, tipo de ocupação, tipo de doença, preferência sexual, religião/crença, sexo, idade e outros, categorizado em: um tipo de discriminação, dois tipos de discriminações e três ou mais tipos de discriminações.

Quadro 1 - Descrição das variáveis de exposição do estudo

(Continua)

Exposições		
Variável	Descrição	Categorias
Discriminação por falta de dinheiro	Discriminação percebida nos serviços de saúde por falta de dinheiro.	Sim Não
Discriminação por classe social	Discriminação percebida nos serviços de saúde pela classe social.	Sim Não
Discriminação por raça/cor	Discriminação percebida nos serviços de saúde pela raça/cor.	Sim Não
Discriminação por tipo de ocupação	Discriminação percebida nos serviços de saúde pelo tipo de ocupação.	Sim Não
Discriminação por tipo de doença	Discriminação percebida nos serviços de saúde por tipo de doença	Sim Não
Discriminação por preferência sexual	Discriminação percebida nos serviços de saúde pela preferência sexual.	Sim Não
Discriminação por religião/crença	Discriminação percebida nos serviços de saúde pela religião / crença.	Sim Não
Discriminação por sexo	Discriminação percebida nos serviços de saúde pelo sexo.	Sim Não
Discriminação por idade	Discriminação percebida nos serviços de saúde pela idade.	Sim Não

Quadro 1 - Descrição das variáveis de exposição do estudo

(Conclusão)

Exposições		
Variável	Descrição	Categorias
Discriminação por outros motivos	Discriminação percebida nos serviços de saúde por outros motivos.	Sim Não
Pelo menos um tipo de discriminação	Relato de pelo menos um tipo de discriminação nos serviços de saúde	Sim Não
Escore de discriminação nos serviços de saúde	Soma dos tipos de discriminações relatadas nos serviços de saúde	Um tipo de discriminação Dois tipos de discriminações Três ou mais tipos de discriminações

Fonte: Elaborado pela autora

A variável desfecho ou dependente foi o relato de história de doenças cardiovasculares (Quadro 2). Utilizou-se uma questão do módulo Q, referente à DCV: “Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?”. A pergunta contemplava como alternativas as respostas ‘sim’ ou ‘não’ (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Quadro 2 - Descrição da variável desfecho do estudo

Desfecho		
Variável	Descrição	Categorias
Relato de história de doenças cardiovasculares	Autorrelato de diagnóstico médico de doença cardiovascular.	Sim Não

Fonte: Elaborado pela autora

As variáveis descritivas e de ajuste do estudo são apresentadas no Quadro 3. São informações do módulo C do questionário da PNS referentes à caracterização da amostra, tais como sexo, idade, cor ou raça. A idade foi categorizada em faixas etárias, sendo elas: 18 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 anos ou mais. A cor ou raça foi categorizada em branca,

preta, amarela, parda, indígena. Foi analisado o nível de escolaridade encontrado no módulo D, sendo a variável categorizada em 0 a 8, 9 a 11, e 12 ou mais anos de estudo.

Foram retiradas do módulo P informações acerca dos hábitos de vida. O tabagismo foi avaliado por meio das perguntas: “Atualmente, o(a) sr(a) fuma algum produto do tabaco?”, “E no passado, o(a) sr(a) fumou algum produto do tabaco?” e “ Há quanto tempo o(a) sr(a) parou de fumar?”. A variável foi categorizada em ‘sim’ para fumante atual ou ex-fumante há menos de 12 meses, e ‘não’ para nunca fumou ou parou de fumar há 12 meses ou mais.

Para avaliação do uso abusivo de álcool foi considerada a pergunta “Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (se homem)” ou “Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (se mulher)”. A variável foi categorizada em ‘sim’ e ‘não’.

A atividade física no lazer foi avaliada pelas perguntas: “Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?”; “Em geral, no dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?”; e “Qual o exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) pratica com mais frequência?”. Foram consideradas vigorosas atividades como corrida, ginástica aeróbica, futebol e basquetebol. A variável prática de atividade física suficiente no lazer foi categorizada em ‘sim’ para maior ou igual a 150 minutos por semana de atividades moderadas ou maior ou igual a 75 minutos por semana de atividades vigorosas, e ‘não’ para menor que 150 minutos por semana de atividades moderadas ou menor que 75 minutos por semana de atividades vigorosas.

Do módulo Q do questionário foram retiradas informações referentes às comorbidades HAS, DM, DLP e depressão, sendo cada variável categorizada em ‘sim’ ou ‘não’ para o diagnóstico autorreferido para a patologia. Para a avaliação de HAS, utilizou-se a pergunta: “Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?”; para análise do DM, foi utilizada a interrogação: “Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes?”; para avaliação do diagnóstico de DLP foi usada a pergunta: “Algum médico já lhe deu o diagnóstico de colesterol alto?”; e para a análise da depressão utilizou-se a interrogação: “Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de depressão? Adicionalmente, foi realizada a descrição das variáveis relacionadas aos tipos de DCV relatadas: história de infarto (sim/ não); Angina (sim/ não); Insuficiência Cardíaca (sim/ não); Outra (sim/ não).

Para avaliação da obesidade foram utilizadas duas perguntas do módulo P do questionário, sendo: “O(a) sr.(a) sabe seu peso? (mesmo que seja valor aproximado)?”; “O(a) sr.(a) sabe sua altura? (mesmo que seja valor aproximado)”. A variável foi dividida em quatro

subcategorias conforme cálculo do IMC, a partir de peso e altura autorreferidos: baixo peso (IMC < 18,5), eutrófico (IMC \geq 18,5 e < 25), excesso de peso (IMC \geq 25 e < 30) ou obesidade (IMC \geq 30) (BRASIL, 2014).

Quadro 3 - Variáveis de ajuste e descritivas do estudo

(Continua)

Variáveis descritivas e de ajuste			
	Variável	Descrição	Unidades / Categorias
Dados Sociodemográficos	Sexo	Sexo autodeclarado.	Masculino Feminino
	Idade	Avalia idade em anos / faixa de idade.	18-29 anos 30-39 anos 40-59 anos 60 ou mais anos
	Raça / Cor	Característica autodeclarada.	Branca Preta Amarela Parda Indígena
	Escolaridade	Avalia anos de estudo.	0-8 anos 9-11 anos 12 ou mais anos
Comorbidade	Depressão	Avalia o diagnóstico de depressão autorreferido.	Sim Não
Outras variáveis descritivas			
	Variável	Descrição	Unidades / Categorias
Hábitos de Vida	Atividade física suficiente no lazer	Avalia atividade física no lazer, classificada como suficiente ou não conforme tempo de prática (minutos por semana) e intensidade da atividade física.	Sim: \geq 150 min/sem atividades moderadas ou \geq 75min/sem de atividades vigorosas no lazer Não: < 150 min/sem atividades moderadas ou < 75min/sem de atividades vigorosas no lazer

Quadro 3 - Variáveis de ajuste e descritivas do estudo

(Conclusão)

Outras variáveis descritivas			
	Variável	Descrição	Unidades / Categorias
Hábitos de Vida	Tabagismo	Avalia o uso de tabaco.	Sim: Fumante atual ou ex-fumante < 12 meses Não: Nunca fumou ou parou de fumar ≥ 12 meses
	Uso abusivo de álcool	Avalia o consumo abusivo de bebida alcoólica.	Sim: Consumo de álcool uma vez ou mais no mês, sendo 5 ou mais doses (homens) e 4 ou mais doses (mulheres) em uma única ocasião Não: Não usa álcool, ou usa menos de uma vez ao mês, sendo < 5 doses (homens) e < 4 doses (mulheres) em uma única ocasião
Comorbidades	Hipertensão	Avalia o diagnóstico de HAS autorreferido.	Sim Não
	Diabetes	Avalia o diagnóstico de DM autorreferido.	Sim Não
	Dislipidemia	Avalia o diagnóstico de dislipidemia autorreferido.	Sim Não
	Obesidade	Avalia o peso/altura ² autorreferidos, definido pelo IMC.	Baixo peso: IMC < 18,5 Eutrófico: IMC ≥ 18,5 e < 25 Excesso de peso: IMC ≥ 25 e < 30 Obesidade: IMC ≥ 30

Fonte: Elaborado pela autora

4.4 Análise de dados

Foi realizada a descrição da amostra, de cada item da discriminação percebida e DCV autorrelatada, bem como de variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e comorbidades utilizando medidas de frequência e intervalo de confiança 95%, médias e desvio-padrão. As análises bivariadas entre as características populacionais, exposições e desfechos foram realizadas por meio de testes qui-quadrado, considerando um nível de significância de 5%.

Para avaliar a associação entre a discriminação percebida e a DCV autorreferida foram utilizados modelos de regressão logística multivariados. As variáveis de ajuste foram selecionadas conforme modelo teórico e estudos anteriores sobre a temática, sendo classificadas em: variáveis sociodemográficas (DANTAS *et al.*, 2019; UDO; GRILO, 2017; DUNLAY *et al.*, 2017; HILL *et al.*, 2017; THAYER *et al.*, 2017; KEMP *et al.*, 2016; MOODY *et al.*, 2016; OROM *et al.*, 2016; EVERSON-ROSE *et al.*, 2015; LEWIS *et al.*, 2014) e depressão (UDO; GRILO, 2017; KEMP *et al.*, 2016; EVERSON-ROSE *et al.*, 2015; LEWIS *et al.*, 2014). As variáveis de ajuste elencadas foram utilizadas como conjuntos de ajustes sequenciais nos modelos. O modelo 1 foi ajustado por dados sociodemográficos (sexo, idade, raça/cor e escolaridade) e o modelo 2 foi ajustado por variáveis do modelo 1 mais depressão.

Para testar os ajustes dos modelos foram utilizados testes de *Goodness-of-fit* adaptados para uso em amostras complexas, que leva em consideração o peso amostral e o design do estudo (ARCHER; LEMESHOW, 2006). Adicionalmente, foi utilizado teste de tendência linear para a avaliação do gradiente dose-resposta do escore de discriminação nos serviços de saúde na associação com o relato de DCV. Para as análises estatísticas foi utilizado o software *Stata*® 16, com comando *survey*.

4.5 Considerações éticas

O projeto da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), no dia 8 de julho de 2013, sob o número CAAE 10853812.7.0000.0008. A pesquisa assegurou aos sujeitos sua voluntariedade, anonimato e possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo, mediante a assinatura ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O presente estudo utilizou dados secundários da PNS disponíveis em sites oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, sendo dispensado de apreciação em comitê de ética em pesquisa, em conformidade com a Resolução n. 466/2012 do CNS (BRASIL, 2012b).

5 RESULTADOS

A caracterização da amostra segundo dados sociodemográficos, hábitos de vida e comorbidades autorreferidas é apresentada na Tabela 1. A média de idade da população foi $43,11 \pm 14,19$ anos (média \pm DP). Dentre os participantes, 52,29% eram mulheres; 47,46% se autodeclararam brancos, 41,94% pardos e 9,23% pretos; 49,09% tinham de 0 a 8 anos de estudo. Quanto aos hábitos de vida, 13,79% dos indivíduos relataram uso abusivo de álcool, 15,99% eram tabagistas e 22,64% referiram prática de atividade física suficiente no lazer. Além disso, foram observadas na amostra prevalências de 22,26% de HAS, 20,80% de obesidade, 14,74% de DLP, 7,67% de depressão e 7,12% de DM.

Na população estudada, 10,59% referiram ter sofrido pelos menos um tipo de discriminação nos serviços de saúde; 5,21% dos indivíduos relataram ter sentido um tipo de discriminação, 2,96% referiram duas formas e 2,43% três ou mais tipos. As formas de discriminação mais relatadas foram falta de dinheiro (5,72%) e classe social (5,56%), seguidos de tipo de ocupação (1,66%), tipo de doença (1,57%), raça/cor (1,45%), idade (1,28%), religião (0,85%), sexo (0,39%) e preferência sexual (0,19%). Discriminação por outro motivo foi referido por 1,59% da amostra (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo dados sociodemográficos; hábitos de vida; comorbidades autorreferidas e discriminação percebida nos serviços de saúde, PNS, 2013

Variáveis	Proporção (%)	IC 95%
(Continua)		
Dados Sociodemográficos (n = 59.226)		
Sexo		
Masculino	47,71	46,96 - 48,47
Feminino	52,29	51,53 - 53,04
Idade		
18-29 anos	25,65	25,01 - 26,31
30-39 anos	21,45	20,86 - 22,05
40-59 anos	34,61	33,94 - 35,29
60 ou mais anos	18,29	17,69 - 18,9
Raça / Cor		
Branca	47,46	46,65 - 48,27
Preta	9,23	8,77 - 9,71
Amarela	0,94	0,81 - 1,09
Parda	41,94	41,15 - 42,74
Indígena	0,43	0,36 - 0,51
Escolaridade		
0 a 8 anos	49,09	48,19 - 50,00
9 a 11 anos	33,43	32,70 - 34,18
12 anos ou mais	17,48	16,69 - 18,28
Hábitos de Vida (n = 59.226)		
Tabagismo		
Não	84,01	83,49 - 84,52
Sim	15,99	15,48 - 16,51
Uso abusivo de álcool		
Não	86,21	85,67 - 86,73
Sim	13,79	13,27 - 14,33
Atividade física suficiente no lazer		
Não	77,36	76,70 - 78,01
Sim	22,64	21,99 - 23,30
Comorbidades		
Hipertensão (n = 57.455)		
Não	77,74	77,08 - 78,39
Sim	22,26	21,61 - 22,92
Diabetes (n = 52.328)		
Não	92,88	92,48 - 93,26
Sim	7,12	6,74 - 7,52

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo dados sociodemográficos; hábitos de vida; comorbidades autorreferidas e discriminação percebida nos serviços de saúde, PNS, 2013

(Continuação)

Variáveis	Proporção (%)	IC 95%
Comorbidades		
Dislipidemia (n = 50.696)		
Não	85,26	84,69 - 85,81
Sim	14,74	14,19 - 15,31
Obesidade (n = 59.226)		
Baixo peso	2,49	2,28 - 2,71
Eutrófico	40,54	39,75 - 41,33
Excesso de peso	36,17	35,47 - 36,87
Obesidade	20,80	20,20 - 21,43
Depressão (n = 59.226)		
Não	92,33	7,25 - 8,11
Sim	7,67	91,89 - 92,75
Discriminação percebida nos serviços de saúde (n = 59.226)		
Pelo menos um tipo de discriminação		
Não	89,41	88,89 - 89,91
Sim	10,59	10,09 - 11,11
Score de discriminação		
Não sofreu discriminação	89,40	88,89 - 89,91
Um tipo de discriminação	5,21	4,87 - 5,56
Dois tipos de discriminação	2,96	2,73 - 3,20
Três ou mais tipos de discriminação	2,43	2,20 - 2,67
Por falta de dinheiro		
Não	94,28	93,90 - 94,64
Sim	5,72	5,36 - 6,10
Por classe social		
Não	94,44	94,09 - 94,77
Sim	5,56	5,23 - 5,91
Por raça/cor		
Não	98,55	98,38 - 98,71
Sim	1,45	1,29 - 1,62
Por ocupação		
Não	98,34	98,15 - 98,51
Sim	1,66	1,49 - 1,85
Por doença		
Não	98,43	98,24 - 98,60
Sim	1,57	1,40 - 1,76

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo dados sociodemográficos; hábitos de vida; comorbidades autorreferidas e discriminação percebida nos serviços de saúde, PNS, 2013

(Conclusão)		
Variáveis	Proporção (%)	IC 95%
Discriminação percebida nos serviços de saúde (n = 59.226)		
Por preferência sexual		
Não	99,81	99,76 - 99,85
Sim	0,19	0,15 - 0,23
Por religião		
Não	99,15	98,99 - 99,29
Sim	0,85	0,71 - 1,01
Por sexo		
Não	99,61	99,50 - 99,71
Sim	0,39	0,30 - 0,50
Por idade		
Não	98,72	98,54 - 98,88
Sim	1,28	1,12 - 1,46
Por outro motivo		
Não	98,41	98,21 - 98,59
Sim	1,59	1,41 - 1,79

Fonte: Dados da pesquisa

Na Tabela 2, são apresentados dados referentes à caracterização da população estudada e prevalência de DCV. Na amostra avaliada a prevalência de história de DCV foi de 4,23%, correspondendo a 4,50% das mulheres e 3,93% dos homens ($p=0,59$). Ressalta-se que entre a população que referiu história de DCV, o infarto foi a patologia mais prevalente (30,48%), seguido de insuficiência cardíaca (27,81%) e angina (17,99%). Além disso, 43,07% referiram outras DCV. Ressalta-se que alguns indivíduos relataram ter duas ou mais dessas doenças (dados não mostrados em tabela). Observou-se maior prevalência de DCV no grupo de indivíduos com 60 anos ou mais (11,42%) ($p<0,001$), em comparação com outras faixas etárias avaliadas, e com menor escolaridade, entre 0 e 8 anos de estudo (5,81%), em comparação com outras categorias de escolaridade ($p<0,001$).

Foi observada maior prevalência de DCV nos indivíduos que referiram atividade física insuficiente no lazer (4,50%), em relação a quem relatou prática de atividade física suficiente (3,30%) ($p=0,001$). A frequência da patologia foi maior no grupo de indivíduos que não relatou uso abusivo de álcool (4,60%) em comparação ao grupo que referiu uso abusivo (1,90%)

($p < 0,001$). Já a frequência da DCV em indivíduos fumantes (4,26%) foi ligeiramente superior em comparação a quem negou esse hábito (4,06%), não apresentando associação significativa ($p = 0,633$).

A prevalência de DCV em indivíduos com DM foi de 12,75%, seguidos de 11,97% em pessoas com HAS e 11,06% com DLP, sendo menor a frequência de DCV em indivíduos que negaram as respectivas comorbidades: 3,99% em pessoas com DM, 2,17% com HAS, 3,64% com DLP. A frequência de DCV em pessoas com obesidade também foi maior (5,51%) em comparação ao grupo de indivíduos eutróficos (3,27%). Assim, todas as associações foram significativas para as comorbidades analisadas, sendo encontrado o valor de $p < 0,001$.

Tabela 2 - Análises bivariadas entre dados de caracterização da amostra e relato de doenças cardiovasculares, PNS, 2013

Variáveis	Diagnóstico de doença cardiovascular		Valor de p*
	Não	Sim	
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	
(Continua)			
Dados Sociodemográficos			
(n = 59.226)			
Sexo			
Masculino	96,07 (95,58 - 96,51)	3,93 (4,49 - 4,42)	0,059
Feminino	95,50 (95,06 - 95,90)	4,50 (4,10 - 4,94)	
Idade			
18-29 anos	99,11 (98,74 - 99,38)	0,89 (0,62 - 1,26)	< 0,001
30-39 anos	98,22 (97,75 - 98,60)	1,78 (1,40 - 2,25)	
40-59 anos	95,57 (95,01 - 96,07)	4,43 (3,93 - 4,99)	
60 ou mais anos	88,58 (87,35 - 89,71)	11,42 (10,29 - 12,65)	
Raça / Cor			
Branca	95,05 (94,47 - 95,57)	4,95 (4,43 - 5,53)	< 0,001
Preta	96,48 (95,53 - 97,23)	3,52 (2,77 - 4,47)	
Amarela	95,84 (91,91 - 97,90)	4,16 (2,10 - 8,09)	
Parda	96,45 (96,03 - 96,82)	3,55 (3,18 - 3,97)	
Indígena	94,55 (86,82 - 97,86)	5,45 (2,14 - 13,18)	
Escolaridade			
0 a 8 anos	94,19 (93,65 - 94,68)	5,81 (5,32 - 6,35)	< 0,001
9 a 11 anos	97,52 (97,06 - 97,91)	2,48 (2,09 - 2,94)	
12 anos ou mais	96,87 (96,02 - 97,55)	3,13 (2,45 - 3,98)	

Tabela 2 - Análises bivariadas entre dados de caracterização da amostra e relato de doenças cardiovasculares, PNS, 2013

Variáveis	Diagnóstico de doença cardiovascular		Valor de p*
	Não	Sim	
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	
(Conclusão)			
Hábitos de Vida (n = 59.226)			
Tabagismo			
Não	95,94 (95,06 - 96,68)	4,06 (3,32 - 4,06)	0,633
Sim	95,74 (95,38 - 96,07)	4,26 (3,93 - 4,62)	
Uso abusivo de álcool			
Não	95,40 (95,00 - 95,77)	4,60 (4,23 - 5,00)	< 0,001
Sim	98,10 (97,56 - 98,52)	1,90 (1,48 - 2,44)	
Atividade física suficiente no lazer			
Não	95,50 (95,11 - 95,86)	4,50 (4,14 - 4,89)	0,001
Sim	96,70 (96,07 - 97,24)	3,30 (2,76 - 3,93)	
Comorbidades			
Hipertensão (n = 57.455)			
Não	97,83 (97,56 - 98,08)	2,17 (1,92 - 2,44)	< 0,001
Sim	88,03 (86,71 - 89,24)	11,97 (10,76 - 13,29)	
Diabetes (n = 52.328)			
Não	96,01 (95,63 - 96,35)	3,99 (3,65 - 4,37)	< 0,001
Sim	87,25 (85,24 - 89,02)	12,75 (10,98 - 14,76)	
Dislipidemia (n = 50.696)			
Não	96,36 (96,00 - 96,69)	3,64 (3,31 - 4,00)	< 0,001
Sim	88,94 (87,43 - 90,29)	11,06 (9,71 - 12,57)	
Obesidade (n = 59.226)			
Baixo peso	97,06 (95,27 - 98,19)	2,94 (1,81 - 4,73)	< 0,001
Eutrófico	96,73 (96,27 - 97,14)	3,27 (2,86 - 3,73)	
Excesso de peso	95,34 (94,73 - 95,88)	4,66 (4,12 - 5,27)	
Obesidade	94,49 (93,73 - 95,17)	5,51 (4,83 - 6,27)	
Depressão (n = 59.226)			
Não	96,32 (95,99 - 96,62)	3,68 (3,38 - 4,01)	< 0,001
Sim	89,18 (87,44 - 90,71)	10,82 (9,29 - 12,56)	

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: *valor de p do teste qui-quadrado

Na Tabela 3, observam-se as análises bivariadas entre discriminação nos serviços de saúde e relato de DCV. A prevalência de DCV foi de 7,34% entre o grupo que referiu ter sofrido pelos menos uma discriminação nos serviços de saúde, em comparação a 3,86% da frequência

da doença no grupo não exposto à discriminação. O score de discriminação evidencia que o acúmulo de tipos de discriminações sofridas pelos indivíduos confere maior prevalência de DCV, sendo essa crescente com o agrupamento das formas de discriminação (um tipo de discriminação igual a 6,29% de DCV, dois tipos de discriminações equivalente a 7,92%, três tipos ou mais de discriminações correspondente a 8,89%), em comparação ao grupo de pessoas que não se sentiu discriminado (3,86%).

Foi encontrada maior frequência de DCV para o grupo de indivíduos que referiu ter sofrido discriminação nos serviços de saúde, com associações significativas ($p < 0.05$), para todas as formas de discriminações avaliadas. Destacaram-se alguns tipos de discriminações, o grupo de indivíduos expostos a discriminação por sexo apresentou 13,54% de prevalência de DCV, em comparação a 4,19% da doença para o grupo que não sofreu discriminação por esse motivo. O grupo de pessoas que referiu discriminação por doença ou por religião apresentaram aproximadamente 12,0% de frequência para DCV, em comparação a aproximadamente 4,0% da patologia no grupo não exposto a esses tipos de discriminações.

Tabela 3 - Análises bivariadas entre discriminação percebida nos serviços de saúde e relato de doenças cardiovasculares, PNS, 2013 (n = 59.226)

Discriminação percebida nos serviços de saúde	Diagnóstico de doença cardiovascular		Valor de p*
	Não % (IC 95%)	Sim % (IC 95%)	
(Continua)			
Pelo menos um tipo de discriminação			
Não	96,14 (95,78 - 96,47)	3,86 (3,53 - 4,22)	< 0,001
Sim	92,66 (91,41 - 93,73)	7,34 (6,27 - 8,59)	
Score de discriminação			
Não sofreu discriminação	96,14 (95,78 - 96,47)	3,86 (3,53 - 4,22)	< 0,001
Um tipo de discriminação	93,71 (92,13 - 94,99)	6,29 (5,01 - 7,87)	
Dois tipos de discriminações	92,08 (89,63 - 93,98)	7,92 (6,02 - 10,37)	
Três ou mais tipos de discriminações	91,11 (87,62 - 93,68)	8,89 (6,32 - 12,38)	
Por falta de dinheiro			
Não	95,96 (95,61 - 96,28)	4,04 (3,72 - 4,39)	< 0,001
Sim	92,72 (90,84 - 94,24)	7,28 (5,76 - 9,16)	
Por classe social			
Não	96,0 (95,65 - 96,32)	4,00 (3,68 - 4,35)	< 0,001
Sim	91,89 (89,97 - 93,46)	8,11 (6,54 - 10,03)	
Por raça/cor			
Não	95,83 (95,48 - 96,15)	4,17 (3,85 - 4,52)	0,011
Sim	92,04 (87,17 - 95,17)	7,96 (4,83 - 12,83)	
Por ocupação			
Não	95,81 (95,47 - 96,13)	4,19 (3,87 - 4,53)	0,045
Sim	93,26 (89,43 - 95,76)	6,74 (4,24 - 10,57)	

Tabela 3 - Análises bivariadas entre discriminação percebida nos serviços de saúde e relato de doenças cardiovasculares, PNS, 2013 (n = 59.226)

Discriminação percebida nos serviços de saúde	Diagnóstico de doença cardiovascular		Valor de p*
	Não	Sim	
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	
(Conclusão)			
Por doença			
Não	95,89 (95,54 - 96,21)	4,11 (3,79 - 4,46)	< 0,001
Sim	88,49 (84,12 - 91,77)	11,51 (8,23 - 15,88)	
Por preferência sexual			
Não	95,78 (95,44 - 96,10)	4,22 (3,90 - 4,56)	0,009
Sim	90,24 (82,16 - 94,89)	9,76 (5,11 - 17,84)	
Por religião			
Não	95,84 (95,49 - 96,16)	4,16 (3,84 - 4,51)	< 0,001
Sim	88,23 (79,48 - 93,55)	11,77 (6,45 - 20,52)	
Por sexo			
Não	95,81 (95,46 - 96,13)	4,19 (3,87 - 4,54)	0,001
Sim	86,46 (73,24 - 93,71)	13,54 (6,29 - 26,76)	
Por idade			
Não	95,84 (95,50 - 96,16)	4,16 (3,84 - 4,50)	< 0,001
Sim	90,18 (86,46 - 92,96)	9,82 (7,04 - 13,54)	
Por outro motivo			
Não	95,82 (95,47 - 96,14)	4,18 (3,86 - 4,53)	0,006
Sim	92,74 (89,39 - 95,09)	7,26 (4,91 - 10,61)	

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: *valor de p do teste qui-quadrado

A Tabela 4 apresenta os modelos de regressão logística não ajustados e ajustados. No modelo de regressão não ajustado, todos os tipos de discriminação foram positivamente associados à DCV, sendo que indivíduos que sofreram pelo menos uma discriminação nos serviços de saúde apresentam 1,97 vezes a chance de relato de DCV em comparação a quem não foi exposto a discriminação (IC95%: 1,62-2,39). Quanto ao score, foi observado que indivíduos que referiram uma discriminação nos serviços de saúde tiveram 1,67 vezes mais chances de DCV (IC95%: 1,29-2,15), quem sofreu duas discriminações apresentaram 2,14 vezes mais chances de história de DCV (IC95%: 1,58-2,90) e quem declarou três ou mais discriminações tiveram 2,43 vezes mais chances de DCV (IC95%: 1,65-3,57), em comparação a pessoas que não sofreram discriminação.

Além disso, a associação se manteve significativa no modelo não ajustado individualmente para todos os tipos de discriminação analisados e DCV: falta de dinheiro (OR:1,86; IC95%: 1,42-2,42); classe social (OR:2,11; IC95%: 1,65-2,70); raça/cor (OR:1,98; IC95%: 1,15-3,40); ocupação (OR:1,65; IC95%: 1,00-2,72); doença (OR:3,03; IC95%: 2,06-4,44); preferência sexual (OR:2,45; IC95%: 1,21-4,96); religião (OR:3,07; IC95%: 1,57-5,99); sexo (OR:3,57; IC95%: 1,52-8,38); idade (OR:2,51; IC95%: 1,73-3,64); por outro motivo (OR:1,79; IC95%: 1,16-2,75).

No 'Modelo 1' de regressão, ajustado por dados sociodemográficos, indivíduos que sofreram pelo menos uma discriminação nos serviços de saúde têm 2,16 vezes a chance de história de DCV (IC95%: 1,78-2,62), independentemente do sexo, idade, raça/cor e escolaridade, em comparação a pessoas não expostas a discriminação. Acerca do score, foi identificado que indivíduos que referiram uma discriminação nos serviços de saúde apresentaram 1,81 vezes mais chances de história de DCV (IC95%: 1,39-2,35), quem sofreu duas discriminações tiveram 2,41 vezes mais chances de DCV (IC95%: 1,76-3,30) e quem afirmou três ou mais discriminações tiveram 2,62 vezes mais chances de DCV (IC95%: 1,73-3,96), em comparação a pessoas que não declararam discriminação. Contudo, essas diferenças não foram estatisticamente significativas de acordo com o teste de tendência linear.

A associação permaneceu significativa no modelo 1 individualmente para todas as formas de discriminação e DCV: falta de dinheiro (OR:2,04; IC95%: 1,56-2,66); classe social (OR:2,40; IC95%: 1,87-3,08); raça/cor (OR:2,43; IC95%: 1,37-4,31); ocupação (OR:2,01; IC95%: 1,22-3,32); doença (OR:2,98; IC95%: 1,98-4,50); preferência sexual (OR:3,60; IC95%: 1,76-7,37); religião (OR:3,67; IC95%: 1,75-7,66); sexo (OR:3,47; IC95%: 1,33-9,03); idade (OR:1,70; IC95%: 1,13-2,56); por outro motivo (OR:2,10; IC95%: 1,34-3,30).

Quanto ao ‘Modelo 2’ de regressão, ajustado por variáveis do modelo 1 e depressão, observou-se que pessoas que referiram pelos menos uma discriminação nos serviços de saúde apresentam 1,94 vezes a chance de DCV (IC95%: 1,58-2,37), independentemente das variáveis sociodemográficas (modelo 1) e depressão, em comparação a indivíduos que não declararam discriminação. Além disso, a associação se manteve significativa no modelo 2 individualmente para o score de discriminação (um tipo de discriminação: OR:1,65; IC95%: 1,26-2,15; dois tipos de discriminações: OR:2,15; IC95%: 1,56-2,96; três ou mais tipos de discriminações: OR: 2,32; IC95%: 1,50-3,59), bem como para todas as formas de discriminação e DCV: falta de dinheiro (OR:1,82; IC95%: 1,38-2,40); classe social (OR:2,16; IC95%: 1,66-2,80); raça/cor (OR:2,32; IC95%: 1,30-4,12); ocupação (OR:1,81; IC95%: 1,08-3,04); doença (OR:2,33; IC95%: 1,48-3,67); preferência sexual (OR:3,65; IC95%: 1,80-7,39); religião (OR:2,95; IC95%: 1,26-6,90); sexo (OR:3,07; IC95%: 1,13-8,37); idade (OR: 1,60; IC95%: 1,06-2,41); por outro motivo (OR:1,88; IC95%: 1,20-2,95).

Tabela 4 - Resultados da regressão logística univariada e multivariada para discriminação percebida nos serviços de saúde e relato de doenças cardiovasculares, PNS, 2013 (n = 59.226)

(Continua)

Discriminação percebida nos serviços de saúde	Modelo Não ajustado OR (IC95%)	Modelo 1 OR (IC95%)	Modelo 2 OR (IC95%)
Pelo menos um tipo de discriminação	1,97 (1,62 - 2,39)**	2,16 (1,78 - 2,62)**	1,94 (1,58 - 2,37)**
Score de discriminação ^a			
Não sofreu discriminação	1	1	1
Um tipo de discriminação	1,67 (1,29 - 2,15)**	1,81 (1,39 - 2,35)**	1,65 (1,26 - 2,15)**
Dois tipos de discriminações	2,14 (1,58 - 2,90)**	2,41 (1,76 - 3,30)**	2,15 (1,56 - 2,96)**
Três ou mais tipos de discriminações	2,43 (1,65 - 3,57)**	2,62 (1,73 - 3,96)**	2,32 (1,50 - 3,59)**
Por falta de dinheiro	1,86 (1,42 - 2,42)**	2,04 (1,56 - 2,66)**	1,82 (1,38 - 2,40)**
Por classe social	2,11 (1,65 - 2,70)**	2,40 (1,87 - 3,08)**	2,16 (1,66 - 2,80)**
Por raça/cor	1,98 (1,15 - 3,40)*	2,43 (1,37 - 4,31)*	2,32 (1,30 - 4,12)*
Por ocupação	1,65 (1,00 - 2,72)*	2,01 (1,22 - 3,32)*	1,81 (1,08 - 3,04)*
Por doença	3,03 (2,06 - 4,44)**	2,98 (1,98 - 4,50)**	2,33 (1,48 - 3,67)**
Por preferência sexual	2,45 (1,21 - 4,96)*	3,60 (1,76 - 7,37)**	3,65 (1,80 - 7,39)**
Por religião	3,07 (1,57 - 5,99)**	3,67 (1,75 - 7,66)**	2,95 (1,26 - 6,90)*

Tabela 4 - Resultados da regressão logística univariada e multivariada para discriminação percebida nos serviços de saúde e relato de doenças cardiovasculares, PNS, 2013 (n = 59.226)

Discriminação percebida nos serviços de saúde	(Conclusão)		
	Modelo Não ajustado OR (IC95%)	Modelo 1 OR (IC95%)	Modelo 2 OR (IC95%)
Por sexo	3,57 (1,52 - 8,38) *	3,47 (1,33 - 9,03)*	3,07 (1,13 - 8,37)*
Por idade	2,51 (1,73 - 3,64)**	1,70 (1,13 - 2,56)*	1,60 (1,06 - 2,41)*
Por outro motivo	1,79 (1,16 - 2,75)*	2,10 (1,34 - 3,30)**	1,88 (1,20 - 2,95)*

Nota: OR: Odds Ratio; IC 95%: Intervalo de Confiança; Modelo não ajustado; Modelo 1 - Ajustado por dados sociodemográficos (sexo, idade, raça/cor e escolaridade); Modelo 2 - Ajustado por variáveis do modelo 1 e depressão; *p<0,05 **p<0,001; ^a Valor de p do teste de tendência linear >0,05

6 DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou associação entre discriminação percebida em serviços de saúde e DCV autorreferidas. A discriminação por diversos motivos (falta de dinheiro, classe social, raça/cor, tipo de ocupação, tipo de doença, preferência sexual, religião, sexo, idade e outros) foi associada positivamente à história de DCV, independentemente de características sociodemográficas e diagnóstico de depressão autorreferido. Este resultado é compatível com outras pesquisas, revisões sistemáticas da literatura, estudos de coorte e transversais (PANZA *et al.*, 2019; LOCKWOOD *et al.*, 2018; UDO; GRILO, 2017; ALBERT *et al.*, 2017; HILL *et al.*, 2017; THAYER *et al.*, 2017; DUNLAY *et al.*, 2017; OROM *et al.*, 2016; KEMP *et al.*, 2016; EVERSON-ROSE *et al.*, 2015; FAERSTEIN *et al.*, 2014; LEWIS *et al.*, 2014).

Os achados do atual estudo evidenciaram que 10,59% da população relatou exposição a pelo menos um tipo de discriminação nos serviços de saúde, prevalência compatível com dados de um estudo transversal baseado na Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) realizada no Brasil em 2003, com amostra de 5.000 indivíduos maiores de 18 anos, em que cerca de 10% das pessoas que utilizaram os serviços de saúde nos últimos 12 meses referiram alguma forma de discriminação proferida por profissionais de saúde (TRAVASSOS *et al.*, 2011). Essa frequência é compatível com a dos países europeus, que documentam taxas nacionais de discriminação na atenção primária à saúde entre 1,4 e 12,8% (HANSSENS *et al.*, 2016).

As formas de discriminação mais relatadas no presente estudo foram por falta de dinheiro e pela classe social. Dados que se assemelham aos resultados da PMS desenvolvida no Brasil em 2003, em que essas também foram as principais formas de discriminação referidas pelos participantes (GOUVEIA *et al.*, 2005). Na PMS, os autores examinaram a discriminação conforme o tipo de assistência (atendimento ambulatorial ou internação hospitalar) e a forma de pagamento (público ou privado), e concluíram que a frequência de indivíduos que se sentiram tratados de maneira inferior por motivo relacionado à exclusão social foram maiores para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Outras formas de discriminação no ambiente de saúde que apresentaram frequência expressiva no presente trabalho foram por tipo de ocupação, tipo de doença, raça/cor e idade. Os demais tipos de discriminação apresentaram menor prevalência, sendo eles: religião, sexo e preferência sexual. Além das nove formas de discriminação no ambiente de saúde referenciados no estudo, uma porcentagem significativa da população relatou sentir-se discriminada por outros motivos. Os diversos tipos de discriminação praticados por prestadores de cuidados em serviços de saúde, discutidos neste trabalho, correspondem a um comportamento que vai contra

os valores e diretrizes preconizados pelo sistema de saúde brasileiro, como a universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, [2020]). O papel do profissional de saúde deve ser o de defender direitos humanos fundamentais e reduzir iniquidades em saúde, entretanto ao reproduzir comportamentos discriminatórios perante os usuários, ao invés de estreitar os vínculos, são estabelecidas barreiras, o que pode repercutir negativamente na saúde dos indivíduos estigmatizados.

Reconhecidos os prejuízos advindos da discriminação, têm sido desenvolvidas estratégias, políticas públicas nacionais, visando a redução do estigma e da discriminação na atenção à saúde a população brasileira, expandindo o acesso à saúde por grupos vulneráveis, como: a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde; a Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra; a Política de Atenção Integral à Saúde da População Indígena; políticas específicas para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), e outros grupos que possam apresentar dificuldade de acesso aos serviços de saúde, como os idosos, pessoas com deficiência e privação de liberdade (MASSIGNAM; BASTOS; NEDEL, 2015). Essas ações e políticas, entretanto, não asseguram o fim da discriminação nos serviços de saúde. Porém, ao criarem barreiras a esse comportamento proferido por profissionais de saúde, levantam discussões sobre normas culturais vigentes na sociedade e conferem maior visibilidade ao fenômeno discriminatório, evidenciando, assim, a necessidade de implementar mudanças na esfera da saúde.

Na população estudada, a prevalência de DCV foi de 4,23%, essa frequência aproxima-se dos dados nacionais (GONÇALVES *et al.*, 2019; SCHMIDT *et al.*, 2015). Foi evidenciado que muitos tipos de discriminação (falta de dinheiro, classe social, raça/cor, tipo de ocupação, preferência sexual, idade e outros) dobram ou quase dobram a chance de DCV, e outras formas de discriminação (tipo de doença, religião, sexo) quase triplicam a chance de DCV. Inclusive, analisando o escore dos tipos de discriminação, foi demonstrado que quanto maior o número de discriminações relatadas, maior a chance de DCV, embora o teste de tendência não tenha sido significativo. Essas associações se mantiveram significativas mesmo após ajustes por variáveis confundidoras (dados sociodemográficos e depressão).

Esses dados são corroborados por diversas pesquisas em âmbito internacional (PANZA *et al.*, 2019; UDO; GRILO, 2017; DUNLAY *et al.*, 2017; HILL *et al.*, 2017; THAYER *et al.*, 2017; MOODY *et al.*, 2016; OROM *et al.*, 2016; EVERSON-ROSE, 2015) e em menor número em esfera nacional (FAERSTEIN *et al.*, 2014; KEMP *et al.*, 2016). Panza *et al.* (2019), em uma revisão de literatura, evidenciaram que em 86% dos estudos foi encontrada relação significativa

entre estigma/discriminação e saúde cardiovascular nos grupos socialmente estigmatizados (estigma pelo gênero, raça/etnia, idade, peso corporal/obesidade ou orientação sexual). Porém, diferentes níveis de evidência fundamentaram essas relações, de acordo com a forma de discriminação e indicadores de saúde cardiovascular avaliados (pressão arterial, VFC, biomarcadores cardiovasculares de sangue/saliva e outros indicadores como por exemplo diagnóstico de alguma DCV).

Estudo de coorte realizado por Udo e Grilo (2017), investigaram a relação entre três formas de discriminação (peso, raça e gênero) e a incidência de DCV, durante três anos de acompanhamento de um amostra de adultos dos EUA (n=26.992), e observou que a discriminação pelo peso e pela raça foram relacionadas à maior chance de relatar infarto do miocárdio (OR:2,56; IC95%:1,31-4,98; OR:1,84; IC95%:1,19-2,84, respectivamente) e problemas cardíacos menores (OR:1,48; IC95%:1,11-1,98; OR:1,41; IC95%:1,18-1,70, respectivamente); a discriminação racial percebida também foi significativamente associada à maior chance de arteriosclerose autorreferida (OR:1,61; IC95%:1,11-2,34). A chance de diagnóstico de arteriosclerose, infarto do miocárdio e outras doenças cardíacas, foram maiores para indivíduos que relataram diversas formas de discriminação (peso, raça e gênero); adultos que sofreram múltiplas formas de discriminação têm maior risco para DCV. Esses resultados foram identificados após ajustes por dados sociodemográficos (idade, sexo, raça, etnia e escolaridade), comportamentais (consumo de álcool e cigarro) e comorbidades (transtorno depressivo maior e IMC).

O estudo de coorte prospectivo realizado por Everson-Rose *et al.* (2015) também encontrou resultados semelhantes. Essa pesquisa foi desenvolvida nos EUA, com indivíduos adultos (n=6.508) sem história de DCV e teve como objetivo a análise do fenômeno da discriminação, experiências de tratamento injusto ao longo da vida em seis esferas (demissão do trabalho ou promoção negada; não contratação para um emprego; tratamento injusto pela polícia; ser desencorajado por um professor; dificuldade de mudar de bairro por impedimento de um corretor; dia a dia dificultado pela vizinhança) e discriminação cotidiana (frequência de tratamento injusto percebido) e a incidência de DCV. Os indivíduos apresentavam faixa etária entre 45 e 84 anos, superiores à do presente estudo. Resultados indicaram que indivíduos que referiram discriminação ao longo da vida em maior ou igual a duas esferas, em comparação a quem não sofreu exposição, apresentaram aumento do risco para DCV após realizar os ajustes para raça/etnia, fatores sociodemográficos, comportamentos e FRCV tradicionais (Hazard Ratio (HR) = 1,36; IC95%:1,09-1,70) e após o controle para estresse crônico e sintomas depressivos (HR:1,28; IC95%:1,01-1,6). Porém, a discriminação referida em apenas uma esfera

não se relacionou positivamente à história de DCV (HR:1,05; IC95%: 0,86-1,30), o que difere dos achados desta pesquisa.

Uma pesquisa nacional desenvolvida por Faerstein *et al.* (2014), investigou a associação entre discriminação autorreferida pela raça e diagnóstico de HAS, em uma subpopulação (n=3.056) do estudo de coorte denominado Pró-Saúde com servidores públicos do Rio de Janeiro. Observou-se que a prevalência de HAS foi superior em afrodescendentes que referiram discriminação percebida em relação àqueles sem essa exposição. Achados que apoiam os resultados do estudo atual.

Contudo, ressalta-se a difícil comparabilidade de cada tipo de discriminação e DCV com outros estudos, pois a maioria tem foco apenas em um tipo de discriminação, sendo mais discutida a discriminação racial e/ou étnica, além de apresentarem delineamentos e amostras diversas (PANZA *et al.*, 2019; HILL *et al.*, 2017; THAYER *et al.*, 2017; DUNLAY *et al.*, 2017; OROM *et al.*, 2016; LEWIS *et al.*, 2014; FAERSTEIN *et al.*, 2014). São distintos os modelos teóricos considerados, bem como as variáveis de ajustes utilizadas nas pesquisas sobre o assunto, sendo outro ponto dificultador na comparação e análise entre os estudos (UDO; GRILO, 2017; HILL *et al.*, 2017; THAYER *et al.*, 2017; MOODY *et al.*, 2016; OROM *et al.*, 2016).

No questionário da PNS 2013, utilizado nesta pesquisa, analisou-se apenas a discriminação nos serviços de saúde, por meio de uma pergunta do instrumento voltada à avaliação desse fenômeno, o que também é um obstáculo na comparabilidade com outros estudos. É importante enfatizar, ainda, que há grande heterogeneidade nas medidas de discriminação, alguns estudos utilizam escalas validadas e outros questionários/ instrumentos próprios de medição, o que pode limitar a compreensão sobre a associação entre discriminação e repercussões na saúde (THAYER *et al.*, 2017; OROM *et al.* 2016; BOCCOLINE *et al.*, 2016; EVERSON-ROSE *et al.*, 2015; FAERSTEIN *et al.*, 2014).

Uma metanálise realizada por Paradies *et al.* (2015), buscou avaliar a relação entre o racismo autorreferido e saúde física/mental e observou que somente cerca de um terço dos estudos aplicaram uma dentre as oito escalas mais comumente utilizadas para mensurar a discriminação racial, e que a ferramenta mais frequentemente empregada foi referenciada em apenas 10% dos artigos. Além disso, foi verificado nessa pesquisa que algumas investigações avaliaram a discriminação utilizando instrumentos próprios.

Os modelos conceituais existentes defendem que a discriminação percebida impacta na saúde de forma aguda e crônica, em múltiplos sistemas fisiológicos. Os mecanismos relacionados à discriminação percebida e DCV não estão desvendados em sua totalidade, mas

é consenso na literatura que a percepção de discriminação se correlaciona à impactos adversos a saúde, destacando-se a saúde cardiovascular, por meio de diversos mecanismos, tais como efeitos diretos sobre a saúde, ocasionando manifestações adversas à saúde mental (depressão, ansiedade); alterações psicofisiológicas (maior VFC, produção crônica de hormônios envolvidos na resposta ao estresse); influência sobre comportamentos promotores de saúde (hábitos de vida) (PASCOE; RICHMAN, 2009).

Os efeitos agudos e crônicos da discriminação percebida são descritos através da reatividade ao estresse, o que corresponde à avaliação da resposta fisiológica do indivíduo exposto a um estressor físico ou psicológico (LOCKWOOD *et al.*, 2018; PASCOE; RICHMAN, 2009). A reatividade fisiológica exacerbada e prolongada pode ocorrer em vários sistemas (COHEN; HAMRICK, 2003), havendo uma correlação entre esses sistemas e as respostas exibidas (COHEN *et al.*, 2000; UCHINO *et al.*, 1995; HERBERT *et al.*, 1994), e implicam em alterações na saúde cardiovascular dos indivíduos, conforme a vulnerabilidade de cada sujeito (TREIBER *et al.*, 2003; MCEWEN, 1998).

As características psicossociais também têm importante relação com a discriminação, o que pode ser demonstrado pelo sofrimento psicológico, manifestados pela depressão e ansiedade, bem como nos impactos ao bem estar e autoestima (PARADIES *et al.*, 2015; SCHMITT *et al.*, 2014; SCOTT, 2014; PIETERSE *et al.* 2012; PASCOE; RICHMAN, 2009). A discriminação percebida pode afetar, ainda, de múltiplas maneiras a saúde por meio de alterações nos comportamentos, atuando como barreira a condutas promotoras de saúde (PATRÃO *et al.*, 2019; BRONDOLO *et al.*, 2015). Determinados fatores podem moderar a relação entre percepção de discriminação e saúde, tais como apoio social, estilo de enfrentamento, personalidade do indivíduo e identidade de grupo (BRONDOLO *et al.*, 2009; PASCOE; RICHMAN, 2009).

Após pesquisas bibliográficas, acredita-se que este foi o primeiro estudo a demonstrar a associação entre diversos tipos de discriminação nos serviços de saúde e a prevalência de DCV, independente de características sociodemográficas e depressão, em uma amostra representativa da população brasileira. A maioria dos estudos disponíveis são provenientes dos EUA e países europeus (PANZA *et al.*, 2019; UDO; GRILO, 2017; OROM *et al.*, 2016). O estudo utiliza informações do banco de dados da PNS do Brasil, desenvolvida pelo IBGE junto ao MS do país, no ano de 2013, assim, agrega rigor metodológico no processo de amostragem, coleta e análise de dados, o que favorece a sua validade interna.

O presente trabalho apresenta, entretanto, algumas limitações. O estudo tem delineamento transversal, e dessa forma não permite estabelecimento de relações de

causalidade. A mensuração da frequência de DCV é baseada em autorrelato, bem como de covariáveis utilizadas nas análises. Contudo, é importante reforçar que essa modalidade de aferição é bem consolidada na literatura, tanto nacional quanto internacionalmente (MOREIRA *et al.*, 2017; BARR *et al.*, 2009; ONUR; VELAMURI, 2008; MONTEIRO *et al.*, 2005) e possibilita investigações em grandes amostras.

Outro aspecto que também pode se configurar como limitação do estudo é a utilização de somente uma pergunta para medir a discriminação, única questão contemplada no questionário da PNS 2013 sobre o tema. Além disso, avalia-se a discriminação por autorrelato. A magnitude da discriminação relatada, representativa da experiência vivida por indivíduos, é influenciada pelas características de cada sujeito. Assim, a percepção da discriminação pode ser afetada por vieses, tais como o viés de vigilância, caracterizado pela propensão do indivíduo ser altamente sensível à discriminação, e dessa forma ele tende a amplificar a experiência, ou o viés de minimização, em que o indivíduo apresenta tendência em minimizar as discriminações sofridas, atenuando o relato de sua manifestação (BASTOS; FAERSTEIN, 2012). Entretanto, a aferição da discriminação por autorrelato é muito utilizada na literatura (UDO; GRILO, 2017; EVERSON-ROSE *et al.*, 2015; LEWIS *et al.*, 2014; FAERSTEIN *et al.*, 2014).

Finalmente, a literatura atual evidencia a necessidade de pesquisas nacionais, multidisciplinares e interdisciplinares sobre a temática, numa perspectiva mais ampla, que possibilite o estabelecimento de relações causais, que utilizem ferramentas validadas sobre a discriminação percebida e medidas objetivas de aferição de DCV. A partir do reconhecimento dos prejuízos decorrentes da discriminação na saúde cardiovascular, emerge a necessidade de se desenvolver estratégias e políticas públicas em âmbito nacional mais efetivas para sensibilização dos profissionais de saúde acerca dos preconceitos que permeiam suas práticas, reduzindo assim o estigma e a discriminação na atenção à saúde brasileira e ampliando o acesso à saúde por grupos marginalizados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi demonstrado que a discriminação por diferentes motivos (falta de dinheiro, classe social, raça/cor, tipo de ocupação, tipo de doença, preferência sexual, religião, sexo, idade e outros) foi associada positivamente à história de DCV, independentemente de características sociodemográficas e diagnóstico de depressão autorreferido. Vale ressaltar que depois de realizar pesquisas bibliográficas, acredita-se que este foi o primeiro estudo a demonstrar a associação entre diversos tipos de discriminação nos serviços de saúde e a prevalência de DCV, em uma amostra representativa da população brasileira.

Sendo reconhecida a relação entre a discriminação nos serviços de saúde e desfechos adversos, em evidência a saúde cardiovascular, vê-se a necessidade de discussões sobre a temática entre gestores e equipes de profissionais. Nota-se que, em âmbito nacional, pesquisas sobre múltiplas discriminações em ambientes de saúde, tendo como desfecho a saúde de uma forma geral, são escassas. Dessa forma, o presente trabalho, por se tratar de um estudo inédito no Brasil, apresenta achados importantes e suscita discussões de grande relevância no âmbito da saúde, entre diversas categorias profissionais e gestores dos serviços, sobre a relação profissional-usuário, os princípios do sistema de saúde brasileiro, acesso aos serviços (prevenção, promoção e reabilitação), em destaque a saúde cardiovascular, bem como tratamento equitativo a grupos vulneráveis.

Ademais, evidencia-se a necessidade de expandir o desenvolvimento de pesquisas sobre o tema, que compreendam os domínios multidisciplinar e interdisciplinar, possibilitem o estabelecimento de relações causais e que utilizem instrumentos validados para mensuração da discriminação, além de medidas objetivas de aferição de DCV. O trabalho atual reforça a premência de fortalecer e ampliar estratégias e políticas públicas já existentes no âmbito nacional, com foco na redução do estigma e da discriminação na atenção à saúde, bem como estimular a implementação de novos métodos e boas práticas, permitindo que os usuários dos serviços percebam de fato os impactos positivos dessas ações nos ambientes de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBERT, M. A. *et al.* Cumulative psychological stress and cardiovascular disease risk in middle aged and older women: rationale, design, and baseline characteristics. **American Heart Journal**, St. Louis, v. 192, p. 1-12, Oct. 2017.
- ALLEN, E. M. *et al.* Barriers to care and health care utilization among the publicly insured. **Medical Care**, Philadelphia, v. 55, n. 3, p. 207-14, Mar. 2017.
- ARCHER, K. J.; LEMESHOW, S. Goodness-of-fit test for a logistic regression model fitted using survey sample data. **The Stata Journal**, College Station, TX, v. 6, n. 1, p. 97-105, 2006.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. (Temas em Saúde Interativa).
- BARR, E. L. *et al.* Validity of self-reported cardiovascular disease events in comparison to medical record adjudication and a statewide hospital morbidity database: the AusDiab study. **Internal Medicine Journal**, Carlton, v. 39, n. 1, p. 49-53, Jan. 2009.
- BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, 2017.
- BASTOS, J. L. *et al.* Experiências de discriminação entre universitários do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 28-38, 2010.
- BASTOS, J. L.; FAERSTEIN, E. **Discriminação e saúde: perspectivas e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. (Temas em Saúde).
- BAUMGARTEN, A. *et al.* Experiências de discriminação relacionadas aos serviços de saúde: análise exploratória em duas capitais do Sul do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 353-362, 2015.
- BERGER, M.; SARNYAI, Z. “More than skin deep”: stress neurobiology and mental health consequences of racial discrimination. **Stress**, Amsterdam, v. 18, p. 1–10, Jan. 2015.
- BOCCOLINI, C. S. *et al.* Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 371-378, fev. 2016.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2020].
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38)

BRONDOLO, E. *et al.* Coping with racism: a selective review of the literature and a theoretical and methodological critique. **Journal of Behavioral Medicine**, New York, v. 32, n. 1, p. 64-88, Feb. 2009.

BRONDOLO, E. *et al.* Perceived ethnic discrimination and cigarette smoking: examining the moderating effects of race/ethnicity and gender in a sample of Black and Latino urban adults. **Journal of Behavioral Medicine**, New York, v. 38, n. 4, p. 689-700, Aug. 2015.

CÂMARA, C. **Mapeamento político da saúde no Brasil com foco em diabetes e doenças cardiovasculares**. São Paulo: Sociedade Brasileira de diabetes, 2018.

CARROLL, D. *et al.* Increased blood pressure reactions to acute mental stress are associated with 16-year cardiovascular disease mortality. **Psychophysiology**, Baltimore, v. 49, n. 10, p. 1444-1448, Oct. 2012.

CHARVAT, J.; DELL, P.; FOLKOW, B. Mental factors and cardiovascular diseases. **Cardiologia**, Basel, v. 44, p. 124-141, 1964.

CHIDA, Y.; HAMER, M. Chronic psychosocial factors and acute physiological responses to laboratory-induced stress in healthy populations: a quantitative review of 30 years of investigations. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 134, n. 6, p. 829-885, Nov. 2008.

CHIDA, Y.; STEPTOE, A. Greater cardiovascular responses to laboratory mental stress are associated with poor subsequent cardiovascular risk status: a meta-analysis of prospective evidence. **Hypertension**, Dallas, Tex., v. 55, n. 4, p. 1026-1032, Apr. 2010.

COHEN, S. *et al.* The stability of an intercorrelations among cardiovascular, immune, endocrine, and psychological reactivity. **Annals of Behavioral Medicine**, Knoxville, TN, v. 22, n. 3, p. 171-179, Summer, 2000.

COHEN, S; HAMRICK, N. Stable individual differences in physiological response to stressors: implications for stress-elicited changes in immune related health. **Brain, Behavior, and Immunity**, San Diego, v. 17, n. 6, p. 407-414, Dec. 2003.

DANTAS, M. N. P. *et al.* Prevalência e fatores associados à discriminação racial percebida nos serviços de saúde do Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 32, p 1-11, 2019.

DANTAS, M. N. P. **Iniquidades nos serviços de saúde brasileiros: uma análise do acesso e da discriminação racial a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, p. 71. 2019.

DEHKORDY, S. F. *et al.* The link between everyday discrimination, healthcare utilization, and health status among a national sample of women. **Journal of Women's Health**, Larchmont, NY, v. 25, n. 10, p. 1044-1051, Oct. 2016.

DOLEZSAR, C. M. *et al.* Perceived racial discrimination and hypertension: a comprehensive systematic review. **Health Psychology**, Hillsdale, NJ, v. 33, n. 1, p. 20-34, Jan. 2014.

DOVIDIO, J. F. *et al.* Prejudice, stereotyping, and discrimination: theoretical and empirical overview. *In*: DOVIDIO, J. F. (Ed.). *et al.* **The SAGE handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination**. London: SAGE Publishing, 2010.

DUNLAY, S. M. *et al.* Perceived discrimination and cardiovascular outcomes in older African Americans: insights from the Jackson Heart Study. **Mayo Clinic Proceedings**, Rochester, MN, v. 92, n. 5, p. 699-709, May 2017.

EVERSON-ROSE, S. A. *et al.* Perceived discrimination and incident cardiovascular events. the multi-ethnic study of atherosclerosis. **American Journal of Epidemiology**, v. 182, n. 3, p. 225-234, Aug. 2015.

FAERSTEIN, E. *et al.* Race and perceived racism, education, and hypertension among Brazilian civil servants: the Pró-Saúde Study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, Suppl 2, p. 81-87, 2014.

FAHY, J. V. Eosinophilic and neutrophilic inflammation in asthma: Insights from clinical studies. **Proceedings of the American Thoracic Society**, New York, v. 6, n. 3, p. 256-259, May 2009.

FINCH, C. E. Evolution of the human lifespan and diseases of aging: Roles of infection, inflammation, and nutrition. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, Washington, DC, v. 107, suppl. 1, p. 1718-1724, Jan. 2010.

FOX, R. S. *et al.* Perceived discrimination and cardiometabolic risk among US Hispanics/Latinos in the HCHS/SOL sociocultural ancillary study. **International Journal of Behavioral Medicine**, Hillsdale, NJ, v. 26, n. 4, p. 331-342, Aug. 2019.

FRAGUAS, R. *et al.* Interface da psiquiatria com as outras especialidades médicas: interconsulta em cardiologia. *In*: MIGUEL, E. C.; GATTAZ, W. F.; GENTIL, F. V. **Clínica psiquiátrica**. Barueri: Manole, 2011.

GARCIA, J. F. S.; HENNINGTON, E. A. HTLV: uma infecção estigmatizante? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. e00005419, nov. 2019.

GAZOLLA, F. M. *et al.* Fatores de risco cardiovasculares em crianças obesas. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 26-32, 2014.

GBD 2016 BRAZIL COLLABORATORS. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet**, London, v. 392, n. 10149, p. 760-775, Sep. 2018.

GIANAROS, P. J.; WAGER, T. D. Brain–body pathways linking psychological stress and physical health. **Current Directions in Psychological Science**, New York, v. 24, n. 4, p.313-321, Aug. 2015.

GOLBIDI, S.; FRISBEE, J. C.; LAHER, I. Chronic stress impacts the cardiovascular system: animal models and clinical outcomes. **American Journal of Physiology. Heart and Circulatory Physiology**, Bethesda, v. 308, n. 12, p. H1476-H1498, Jun. 2015.

GONÇALVES, R. P. F. *et al.* Self-reported medical diagnosis of heart disease and associated risk factors: National Health Survey. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, supl. 2, p. E190016.SUPL.2, 2019.

GONÇALVES, V. M. **Fatores de risco cardiovascular em adolescentes estudantes da rede pública municipal de ensino de Brodowski-SP**. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

GOUVEIA, G. C. *et al.* Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, supl. 1, p. 109-118, 2005.

GUMP, B. B.; MATTHEWS, K. A. Do background stressors influence reactivity to and recovery from acute stressors? **Journal of Applied Social Psychology**, v. 29, n. 3, p. 469-494, 1999.

HAMER, M. *et al.* Salivary cortisol responses to mental stress are associated with coronary artery calcification in healthy men and women. **European Heart Journal**, London, v. 31, n. 4, p. 424-429, 2010.

HANSSSENS, L. G. M. *et al.* Perceived discrimination in Primary Healthcare in Europe: evidence from the cross-sectional QUALICOPC study. **Health & Social Care in the Community**, v. 25, n. 2, p. 641-651, Apr. 2016.

HARRIS, R. *et al.* Self-reported experience of racial discrimination and health care use in New Zealand: results from the 2006/ 07 New Zealand health survey. **American Journal of Public Health**, New York, v. 102, n. 5, p. 1012-1019, May 2012.

HERBERT, T. B. *et al.* Cardiovascular reactivity and the course of immune response to an acute psychological stressor. **Psychosomatic Medicine**, Baltimore, v. 56, n. 4, p. 337-344, Jul./Aug. 1994.

HIGINO, A. D. *et al.* Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em crianças e adolescentes do núcleo de amparo ao menor. **Catussaba - Revista Científica da Escola de Saúde Universidade Potiguar**, Natal, ano 4, n. 1, p. 59-67, out. 2014.

HILL, L. K. *et al.* Examining the association between perceived discrimination and heart rate variability in African Americans. **Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology**, Washington, DC, v. 23, n. 1, p. 5-14, Jan. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde – 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde - 2013**: questionário dos moradores do domicílio. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Novos/Questionario%20PNS.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>. Acesso em: 14 de set. 2020

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA- IPEA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4ª ed. Brasília: Ipea, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=12893> Acesso em: 02 jan. 2021

ISAKSSON, A. *et al.* Coping with stigma and discrimination: evidence from mental health service users in England. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, Cambridge, v. 27, n. 6, p. 577-588, Dec. 2018.

JACKSON, J. S.; KNIGHT, K. M.; RAFFERTY, J. A. Race and unhealthy behaviors: chronic stress, the HPA axis, and physical and mental health disparities over the life course. **American Journal of Public Health**, New York, v. 100, n. 5, p. 933-939, May 2010.

KEMP, A. H. *et al.* Race and resting-state heart rate variability in Brazilian civil servants and the mediating effects of discrimination: an ELSA-Brasil cohort study. **Psychosomatic Medicine**, Baltimore, v. 78, n. 8, p. 950-958, Oct. 2016.

KUDVA, K. G. *et al.* Stigma in mental illness: perspective from eight Asian nations. **Asia-Pacific Psychiatry**, Richmond, v. 12, n. 2, p. e12380, Jun. 2020.

LAGRAAUW, H. M.; KUIPER, J.; BOT, I. Acute and chronic psychological stress as risk factors for cardiovascular disease: insights gained from epidemiological, clinical and experimental studies. **Brain, Behavior, and Immunity**, San Diego, v. 50, p. 18-30, Nov. 2015.

LEPORE, S. J.; MILES, H. J.; LEVY, J. S. Relation of chronic and episodic stressors to psychological distress, reactivity, and health problems. **International Journal of Behavioral Medicine**, illsdale, NJ, v. 4, n. 1, p. 39-59, 1997.

LESPÉRANCE, F.; FRASURE-SMITH, N. Depression in patients with cardiac disease: a practical review. **Journal of Psychosomatic Research**, London, v. 48, n. 4/5, p. 379-391, Apr./May 2000.

LEWIS, T. T. *et al.* Self-reported experiences of discrimination and cardiovascular disease. **Current Cardiovascular Risk Reports**, Philadelphia, v. 8, n. 1, p. 365, Jan. 2014.

LIBBY, P. Role of inflammation in atherosclerosis associated with rheumatoid arthritis. **The American Journal of Medicine**, New York, v. 121, n. 10, Suppl. 1, p. S21-S31, Oct. 2008.

LOCKWOOD, K. G. *et al.* Perceived discrimination and cardiovascular health disparities: a multisystem review and health neuroscience perspective. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 1428, n. 1, p. 170-217, Sep. 2018.

MACHADO, A. V. *et al.* Racial inequality, racial discrimination and obesity incidence in adults from the ELSA-Brasil cohort. **Journal of Epidemiology & Community Health**, London, Jan. 2021.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial: capítulo 1: conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-83, 2016.

MALTA, D. C. *et al.* Probability of premature death for chronic non-communicable diseases, Brazil and Regions, projections to 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, p. E190030, abr. 2019.

MARMOT, M. **The health gap: the challenges of an unequal world**. London: Bloomsbury; 2015.

MASSIGNAM, F. M.; BASTOS, J. L. D.; NEDEL, F. B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p.541-544, jul./set. 2015.

MCEWEN, B. S. Protective and damaging effects of stress mediators. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 338, n. 3, p.171–179, Jan. 1998.

MCEWEN, B. S. Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, France, v. 8, n. 4, p.367-381, Dec. 2006.

MCEWEN, B. S.; STELLAR, J. E. Stress and the individual: mechanisms leading to disease. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 153, n. 18, p. 2093–2101, Sep. 1993.

MENDES, P. A. *et al.* Association between perceived racial discrimination and hypertension: findings from the ELSA-Brasil study. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. e00050317, Mar. 2018.

MILLER, G. E. *et al.* A genomic fingerprint of chronic stress in humans: Blunted glucocorticoid and increased NF-kappaB signaling. **Biological Psychiatry**, New York, v. 64, n. 4, p. 266-272, Aug. 2008.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 47-57, jan. 2005.

MOODY, D. L. B. *et al.* Lifetime racial/ethnic discrimination and ambulatory blood pressure: the moderating effect of age. **Health Psychology**, Washington, DC, v. 35, n. 4, p. 333-342, Apr. 2016.

MOREIRA, A. D. *et al.* Validade e reprodutibilidade de inquérito telefônico de atividade física no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p.136-146, 2017.

MUSCATELL, K. A.; EISENBERGER, N. I. A social neuroscience perspective on stress and health. **Social and Personality Psychology Compass**, Oxford, v. 6, n. 12, p. 890-904, Dec. 2012.

NASCIMENTO, B. R. *et al.* Cardiovascular disease epidemiology in portuguese- speaking countries: data from the Global Burden of Disease, 1990 to 2016. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 110, n. 6, p. 500-511, 2018.

NEBLETT JR, E. W.; ROBERTS, S. O. Racial identity and autonomic responses to racial discrimination. **Psychophysiology**, Baltimore, v. 50, n. 10, p. 943-953, Oct. 2013.

NOSTLINGER, C. *et al.* HIV-Related Discrimination in European Health Care Settings. AIDS patient care and STDs. **AIDS Patient Care and STDs**, Larchmont, NY, v. 28, n. 3, p. 155-161, Mar. 2014.

ONUR, I.; VELAMURI, M. The gap between self-reported and objective measures of disease status in India. **Plos One**, San Francisco, CA, v. 13, n. 8, p. e0202786, Aug. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Doenças cardiovasculares**. Brasília: OPAS, 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096. Acesso em: 27 ago. 2020.

OROM, H. *et al.* Racial Discrimination and stigma consciousness are associated with higher blood pressure and hypertension in minority men. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, Switzerland, v. 10, Oct. 2016.

PANZA, G. A. *et al.* Links between discrimination and cardiovascular health among socially stigmatized groups: a systematic review. **Plos One**, San Francisco, CA, v. 14, n. 6, p. e0217623, 2019.

PARADIES, Y. *et al.* Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, San Francisco, CA, v. 10, n. 9, p. e0138511, 2015.

PARKER, R. G. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p.164-169, jan. 2012.

PASCOE, E. A.; RICHMAN, L. S. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 135, n. 4, p. 531-554, Jul. 2009.

PATRÃO, A. L. *et al.* Association between perceived discrimination and alcohol and tobacco consumption in ELSA-Brasil Cohort: focusing on gender differences. **Substance Use & Misuse**, Monticello, NY, v. 54, n. 7, p. 1214-1225, 2019.

PIETERSE, A. L. *et al.* Perceived racism and mental health among black american adults: a meta-analytic review. **Journal of Counseling Psychology**, Washington, v. 59, n. 1, p. 1-9, Jan. 2012.

PNS. **Pesquisa nacional de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 14 ago. 2020.

PRÉCOMA, D. B. *et al.* (Ed.). Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 113, n. 4, p. 787-891, 2019.

QUACH, T. *et al.* Experiences and perceptions of medical discrimination among a multiethnic sample of breast cancer patients in the greater San Francisco Bay Area, California. **American Journal of Public Health**, New York, v. 102, n. 5, p. 1027-1034, May 2012.

RICHMAN, L. S. *et al.* Discrimination, dispositions, and cardiovascular responses to stress. **Health Psychology**, Hillsdale, NJ, v. 26, n. 6, p. 675-683, Nov. 2007.

RIVENBARK, J. D.; ICHOU, M. Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. **BMC Public Health**, London, v. 20, n. 1, p. 31, Jan. 2020.

SABAN, K. L. *et al.* Epigenetics and social context: implications for disparity in cardiovascular disease. **Aging and Disease**, California, v. 5, n. 5, p. 346-355, Oct. 2014.

SAWYER, P. J. *et al.* Discrimination and the stress response: psychological and physiological consequences of anticipating prejudice in interethnic interactions. **American Journal of Public Health**, New York, v. 102, n. 5, p.1020-1026, May 2012.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Cohort profile: longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). **International Journal of Epidemiology**, London, v. 44, n. 1, p. 68-75, Feb. 2015.

SCHMITT, M. T. *et al.* The consequences of perceived discrimination for psychological well-being: a meta-analytic review. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 140, n. 4, p. 921-948, Jul. 2014.

SCOTT, K. M. Depression, anxiety and incident cardiometabolic diseases. **Current Opinion in Psychiatry**, Philadelphia, v. 27, n. 4, p. 289-293, Jul. 2014.

SHER, Y.; LOLAK, S.; MALDONADO, J. R. The impact of depression in heart disease. **Current Psychiatry Reports**, Philadelphia, v. 12, n. 3, p. 255-264, Jun. 2010.

SILVA, D. A. S. *et al.* Pressão Arterial elevada em adolescentes: prevalência e fatores associados. **Revista Ciência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n.11, p. 3391-3400, 2013

SMEDLEY, B. D.; STITH, A. Y.; NELSON, A. R. (Ed.). **Unequal treatment**: confronting racial and ethnic disparities in healthcare. Washington, D.C: National Academies Press, 2003.

SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. *et al.* Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 207-216, 2015.

STEPTOE, A. *et al.* Blood pressure and fibrinogen responses to mental stress as predictors of incident hypertension over an 8-year period. **Annals of Behavioral Medicine**, Knoxville, TN, v. 50, n. 6, p. 898-906, Dec. 2016.

STEVENS, B. *et al.* Os custos das doenças cardíacas no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 111, n. 1, p. 29-36, jul. 2018.

STOCK, M. L. *et al.* Racial identification, racial discrimination, and substance use vulnerability among African American young adults. **Personality & Social Psychology Bulletin**, Ohio, v. 37, n. 10, p. 1349-1361, Oct. 2011.

THAYER, Z. M. *et al.* Racial discrimination associated with higher diastolic blood pressure in a sample of American Indian adults. **American Journal of Physical Anthropology**, Hoboken, NJ, v. 163, n.1, p. 122-128, May 2017.

TRAVASSOS, C *et al.* Comparison between two race/skin color classifications in relation to health-related outcomes in Brazil. **International Journal for Equity in Health**, London, v.10, n. 35, Aug. 2011

TREIBER, F. A. *et al.* Cardiovascular reactivity and development of preclinical and clinical disease states. **Psychosomatic Medicine**, Baltimore, v. 65, n. 1, p. 46-62, Feb. 2003.

UCHINO, B. N. *et al.* Individual differences in cardiac sympathetic control predict endocrine and immune responses to acute psychological stress. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 69, n. 4, p. 736-743, Oct. 1995.

UDO, T.; GRILO, C. M. Cardiovascular disease and perceived weight, racial, and gender discrimination in U.S. adults. **Journal of Psychosomatic Research**, London, v. 100, p. 83-88, Sep. 2017.

VASCONCELOS, C. R. *et al.* O estresse e as cardiopatias como fatores impeditivos da saúde do trabalhador. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 134-149, jan./jun. 2013.

WEST, B. T.; BERGLUND, P.; HEERINGA, S. G. A closer examination of subpopulation analysis of complex-sample survey data. **The Stata Journal**, College Station, TX, v. 8, n. 4, p. 520-531, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health impact assessment**: the determinants of health. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/health-impact-assessment#tab=tab_1. Acesso em: 24 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The top 10 causes of death**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10causes-of-death>. Acesso em: 17 de jun. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2018**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272596>. Acesso em: 24 jan. 2021.

XU, X. *et al.* Mental health-related stigma in China. **Issues in Mental Health Nursing**, New York, v. 39, n. 2, p. 126-134, Feb. 2018.

ANEXO A - Questionários de estilo de vida e doenças crônicas utilizados neste estudo

<p>O46. Onde foi prestada a assistência de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. No local da agressão</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica</p> <p><input type="checkbox"/> 04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público</p> <p><input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório</p> <p><input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada</p> <p><input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado</p> <p><input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular</p> <p><input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga O47)</p>	
<p>O47. Por causa desta violência, o(a) sr(a) precisou ser internado por 24 horas ou mais?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga O48)</p>	<p>O48. O(a) sr(a) teve ou tem alguma sequela e/ou incapacidade decorrente desta violência?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Encerre o módulo. Passe ao Módulo P.)</p>

Módulo P. Estilos de Vida

Neste módulo, vou lhe fazer perguntas sobre o seu estilo de vida, como hábitos de alimentação, prática de atividade física, uso de bebidas alcoólicas e fumo.

<p>P1. O(A) sr(a) sabe seu peso? (mesmo que seja valor aproximado)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, qual? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Quilograma</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não sabe</p> <p>(siga P2)</p>	<p>P2. Quanto tempo faz que o(a) sr(a) se pesou da última vez?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 semana</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 1 semana e menos de 1 mês</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 mês a menos de 3 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Entre 3 meses e menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Há 6 meses ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca se pesou</p> <p>(Se C008 (idade) ≥ 30, siga P3. Caso contrário, passe ao P4.)</p>
<p>P3. O(A) sr(a) lembra qual seu peso aproximado por volta dos 20 anos de idade? (somente para pessoas com 30 anos ou mais)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, qual? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Quilograma</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não lembra / Não sabe</p> <p>(siga P4)</p>	<p>P4. O(A) sr(a) sabe sua altura? (mesmo que seja valor aproximado)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, qual? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Centímetros</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não sabe</p> <p>(Se C006 = 1, passe ao P6.) (Se C006 = 2, siga P5.)</p>

Ser for mulher com idade entre 18 e 49 anos de idade

<p>P5. A sra está grávida no momento?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga P6)</p>
--

Agora vou lhe fazer perguntas sobre sua alimentação.

<p>P6. Em quantos dias da semana o(a) costuma comer feijão?</p> <p><input type="text"/> Dias</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(siga P7)</p>	<p>P7. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?</p> <p><input type="text"/> Dias</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(Se P7=0, passe ao P9. Se P7>0, siga P8.)</p>
<p>P8. Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come este tipo de salada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 1 vez por dia (no almoço ou no jantar)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 2 vezes por dia (no almoço e no jantar)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 3 vezes ou mais por dia</p> <p>(siga P9)</p>	<p>P9. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume cozido, como couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? (sem contar batata, mandioca ou inhame)</p> <p><input type="text"/> Dias</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(Se P9=0, passe ao P11. Se P9>0, siga P10.)</p>
<p>P10. Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come verdura ou legume cozido?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 1 vez por dia (no almoço ou no jantar)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 2 vezes por dia (no almoço e no jantar)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 3 vezes ou mais por dia</p> <p>(siga P11)</p>	<p>P11. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?</p> <p><input type="text"/> Dias</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(Se P11=0, passe ao P13. Se P11>0, siga P12.)</p>

<p>P12. Quando o(a) sr(a) come carne vermelha, o(a) sr(a) costuma:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Tirar o excesso de gordura visível <input type="checkbox"/> 2. Comer com a gordura</p> <p>(siga P13)</p>	<p>P13. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frango/galinha?</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(Se P13=0, passe ao P15. Se P13>0, siga P14.)</p>
<p>P14. Quando o(a) sr(a) come frango/galinha, o(a) sr(a) costuma:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Tirar a pele <input type="checkbox"/> 2. Comer com a pele</p> <p>(siga P15)</p>	<p>P15. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer peixe?</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(siga P16)</p>
<p>P16. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar suco de frutas natural?</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(Se P16=0, passe ao P18. Se P16>0, siga P17.)</p>	<p>P17. Em geral, quantos copos por dia o(a) sr(a) toma de suco de frutas natural?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 1 copo <input type="checkbox"/> 3. 3 copos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 2 copos</p> <p>(siga P18)</p>
<p>P18. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas?</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(Se P18=0, passe ao P20. Se P18>0, siga P19.)</p>	<p>P19. Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come frutas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 1 vez por dia <input type="checkbox"/> 3. 3 vezes ou mais por dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 2 vezes por dia</p> <p>(siga P20)</p>
<p>P20. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante (ou suco artificial)?</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(Se P20=0, passe ao P23. Se P20>0, siga P21.)</p>	<p>P21. Que tipo de refrigerante ou suco artificial o(a) sr(a) costuma tomar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 3. Ambos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Diet/Light/Zero</p> <p>(siga P22)</p>
<p>P22. Em geral, quantos copos de refrigerante ou suco artificial o(a) sr(a) costuma tomar por dia?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 1 copo <input type="checkbox"/> 3. 3 copos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 2 copos</p> <p>(siga P23)</p>	<p>P23. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja)</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(Se P23=0, passe ao P25. Se P23>0, siga P24.)</p>
<p>P24. Quando o(a) sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Integral <input type="checkbox"/> 3. Os dois tipos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Desnatado ou semidesnatado</p> <p>(siga P25)</p>	<p>P25. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) come alimentos doces, tais como pedaços de bolo ou torta, doces, chocolates, balas, biscoitos ou bolachas doces?</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(siga P26)</p>
<p>P26. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) substitui a refeição do almoço ou jantar por sanduíches, salgados ou pizzas?</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(siga P26a)</p>	<p>P26a. Considerando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados, o(a) Sr(a) acha que o seu consumo de sal é:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Muito alto <input type="checkbox"/> 4. Baixo</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Alto <input type="checkbox"/> 5. Muito baixo</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Adequado</p> <p>(siga P27)</p>

Agora vou lhe perguntar sobre o consumo de bebidas alcoólicas.

<p>P27. Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não bebo nunca <input type="checkbox"/> 3. Uma vez ou mais por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos de uma vez por mês</p> <p>(Se P27 = 1 ou 2, passe ao P34. Se P27 = 3, siga P28.)</p>	<p>P28. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(siga P29)</p>
<p>P29. Em geral, no dia que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) sr(a) consome? (1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)</p> <p><input type="text"/> Doses</p> <p>(Se O1 = 2 e O2 = 2, passe ao P31. Caso contrário, siga P30.)</p>	<p>P30. Em algum destes dias em que consumiu bebida alcoólica, o(a) sr(a) dirigiu logo depois de beber?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga P31)</p>

<p>P31. Quantos anos o(a) sr(a) tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> Anos</p> <p>(siga P32)</p>	<p>P32. Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (se homem) OU Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (se mulher)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se P32 = 2, passe ao P34. Se P32 = 1, siga ao P33.)</p>
<p>P33. Em quantos dias do mês isto ocorreu?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 1 dia <input type="checkbox"/> 2. 2 dias <input type="checkbox"/> 3. 3 dias <input type="checkbox"/> 4. 4 dias <input type="checkbox"/> 5. 5 dias <input type="checkbox"/> 6. 6 dias <input type="checkbox"/> 7. 7 ou mais</p> <p>(siga P34)</p>	

Agora vou lhe perguntar sobre prática de atividade física.

<p>P34. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (não considere fisioterapia)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se P34 = 2, passe ao P38. Se P34 = 1, siga ao P35.)</p>	<p>P35. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?</p> <p><input type="text"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(Se P35=0, passe ao P38. Se P35>0, siga P36.)</p>																				
<p>P36. Qual o exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) pratica com mais frequência? <i>Entrevistador: Anotar apenas o primeiro citado</i></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01. Caminhada (não vale para o trabalho)</td> <td><input type="checkbox"/> 06. Ginástica aeróbica/spinning/step/jump</td> <td><input type="checkbox"/> 10. Artes marciais e luta</td> <td><input type="checkbox"/> 14. Voleibol</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 02. Caminhada em esteira</td> <td><input type="checkbox"/> 07. Hidroginástica</td> <td><input type="checkbox"/> 11. Bicicleta/bicicleta ergométrica</td> <td><input type="checkbox"/> 15. Tênis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 03. Corrida/cooper</td> <td><input type="checkbox"/> 08. Ginástica em geral/localizada/pilates/alongamento/ioga</td> <td><input type="checkbox"/> 12. Futebol</td> <td><input type="checkbox"/> 16. Dança (com o objetivo de praticar atividade física)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 04. Corrida em esteira</td> <td><input type="checkbox"/> 09. Natação</td> <td><input type="checkbox"/> 13. Basquetebol</td> <td><input type="checkbox"/> 17. Outro (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 05. Musculação</td> <td></td> <td></td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>(siga P37)</p>		<input type="checkbox"/> 01. Caminhada (não vale para o trabalho)	<input type="checkbox"/> 06. Ginástica aeróbica/spinning/step/jump	<input type="checkbox"/> 10. Artes marciais e luta	<input type="checkbox"/> 14. Voleibol	<input type="checkbox"/> 02. Caminhada em esteira	<input type="checkbox"/> 07. Hidroginástica	<input type="checkbox"/> 11. Bicicleta/bicicleta ergométrica	<input type="checkbox"/> 15. Tênis	<input type="checkbox"/> 03. Corrida/cooper	<input type="checkbox"/> 08. Ginástica em geral/localizada/pilates/alongamento/ioga	<input type="checkbox"/> 12. Futebol	<input type="checkbox"/> 16. Dança (com o objetivo de praticar atividade física)	<input type="checkbox"/> 04. Corrida em esteira	<input type="checkbox"/> 09. Natação	<input type="checkbox"/> 13. Basquetebol	<input type="checkbox"/> 17. Outro (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 05. Musculação			_____
<input type="checkbox"/> 01. Caminhada (não vale para o trabalho)	<input type="checkbox"/> 06. Ginástica aeróbica/spinning/step/jump	<input type="checkbox"/> 10. Artes marciais e luta	<input type="checkbox"/> 14. Voleibol																		
<input type="checkbox"/> 02. Caminhada em esteira	<input type="checkbox"/> 07. Hidroginástica	<input type="checkbox"/> 11. Bicicleta/bicicleta ergométrica	<input type="checkbox"/> 15. Tênis																		
<input type="checkbox"/> 03. Corrida/cooper	<input type="checkbox"/> 08. Ginástica em geral/localizada/pilates/alongamento/ioga	<input type="checkbox"/> 12. Futebol	<input type="checkbox"/> 16. Dança (com o objetivo de praticar atividade física)																		
<input type="checkbox"/> 04. Corrida em esteira	<input type="checkbox"/> 09. Natação	<input type="checkbox"/> 13. Basquetebol	<input type="checkbox"/> 17. Outro (Especifique: _____)																		
<input type="checkbox"/> 05. Musculação			_____																		
<p>P37. Em geral, no dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?</p> <p><input type="text"/> Horas <input type="text"/> Minutos</p>																					

As questões P38 a P41 são dirigidas às pessoas ocupadas.
(Se E11 = 1, 2 ou 3, siga P38. Se E11 não tiver sido preenchido, passe ao P42.)

<p>P38. No seu trabalho, o(a) sr(a) anda bastante a pé?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga P39)</p>	<p>P39. No seu trabalho, o(a) sr(a) faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade pesada que requer esforço físico intenso?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se P39 = 1, siga P39a. Se P39 = 2, passe ao P40.)</p>	<p>P39a. Em uma semana normal, em quantos dias o(a) sr(a) faz essas atividades no seu trabalho?</p> <p><input type="text"/> Número de dias</p> <p>(siga P39b)</p>	<p>P39b. Quanto tempo o(a) sr(a) passa realizando atividades físicas em um dia normal de trabalho?</p> <p><input type="text"/> Horas <input type="text"/> Minutos</p> <p>(siga P40)</p>
<p>P40. Para ir ou voltar do trabalho, o(a) sr(a) faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todo o trajeto <input type="checkbox"/> 2. Sim, parte do trajeto <input type="checkbox"/> 3. Não</p> <p>(Se P40 = 3, passe ao P42. Se P40 = 1 ou 2, siga P41.)</p>	<p>P41. Quanto tempo o(a) sr(a) gasta, por dia, para percorrer este trajeto a pé ou de bicicleta, considerando a <u>ida e a volta</u> do trabalho?</p> <p><input type="text"/> Horas <input type="text"/> Minutos</p> <p>(siga P42)</p>	<p>P42. Nas suas atividades habituais (tais como ir a algum curso, escola ou clube ou levar alguém a algum curso, escola ou clube), quantos dias por semana o(a) sr(a) faz alguma atividade que envolva deslocamento a pé ou bicicleta?</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(Se P42 = 0, passe ao P44. Se P42>0, siga P43.)</p>	<p>P43. No dia em que o(a) sr(a) faz esta atividade, quanto tempo o(a) sr(a) gasta no deslocamento a pé ou de bicicleta, considerando a <u>ida e a volta</u>?</p> <p><input type="text"/> Horas <input type="text"/> Minutos</p> <p>(siga P44)</p>
<p>P44. Nas suas atividades domésticas, o(a) sr(a) faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade pesada que requer esforço físico intenso?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se P44=1, siga P44a. Se P44=2, passe ao P45.)</p>	<p>P44a. Em uma semana normal, nas suas atividades domésticas, em quantos dias o(a) sr(a) faz faxina pesada ou realiza atividades que requerem esforço físico intenso?</p> <p><input type="text"/> Número de dias</p> <p>(siga P44b)</p>	<p>P44b. Quanto tempo gasta, por dia, realizando essas atividades domésticas pesadas?</p> <p><input type="text"/> Horas <input type="text"/> Minutos</p> <p>(siga P45)</p>	

<p>P64. O tratamento foi coberto por algum plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga P65)</p>	<p>P65. O(A) sr(a) pagou algum valor por esse tratamento? (Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou mas teve reembolso total, marque a opção 2)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga P66)</p>	<p>P66. O tratamento foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga P67)</p>
--	---	---

A próxima pergunta é sobre o uso de tabaco sem fumaça, como fumo para mascar ou para aspirar ou algum produto do tabaco que não faz fumaça. Não considere o uso de cocaína e outras drogas.

<p>P67. Atualmente, o(a) sr(a) masca fumo, usa rapé ou usa algum produto do tabaco que não faz fumaça?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, diariamente <input type="checkbox"/> 2. Sim, menos que diariamente <input type="checkbox"/> 3. Não usa</p> <p>(siga P68)</p>

Agora eu gostaria de lhe fazer perguntas sobre fumo em seu domicílio.

<p>P68. Com que frequência alguém fuma dentro do seu domicílio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Diariamente <input type="checkbox"/> 2. Semanalmente <input type="checkbox"/> 3. Mensalmente <input type="checkbox"/> 4. Menos que mensalmente <input type="checkbox"/> 5. Nunca</p> <p>(siga P69)</p>

A próxima pergunta se refere à sua exposição à propaganda a favor de cigarros.

<p>P69. Nos últimos 30 dias, o(a) sr(a) viu alguma propaganda ou anúncio de cigarros nos pontos de venda de cigarros?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não lembra</p> <p>(siga P70)</p>

As próximas perguntas se referem à sua exposição à propaganda contra cigarros.

<p>P70. Nos últimos 30 dias, o(a) sr(a) viu ou ouviu informações sobre os riscos de fumar cigarros ou que estimulem a parar de fumar nos seguintes meios de comunicação?</p>		
<p>a. Nos jornais ou revistas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga P70b)</p>	<p>b. Na televisão?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga P70c)</p>	<p>c. No rádio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga P71)</p>
<p>P71. Nos últimos 30 dias, viu alguma foto ou advertência sobre os riscos de fumar nos maços de cigarros?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não vi nenhum maço de cigarros</p> <p>(Se P71 = 2 ou 3, passe ao Módulo Q.) (Se P71 = 1 e P50 = 1 ou 2, siga P72. Se P71 = 1 e P50 = 3, passe ao Módulo Q.)</p>	<p>P72. Nos últimos 30 dias, as advertências nos maços de cigarro levaram o(a) sr(a) a pensar em parar de fumar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Encerre o módulo. Passe ao Módulo Q.)</p>	

Módulo Q. Doenças crônicas

As perguntas deste módulo são sobre doenças crônicas. Vamos fazer perguntas sobre diagnóstico de doenças, uso dos serviços de saúde e tratamento dos problemas.

<p>Q1. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) teve sua pressão arterial medida?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 5. 3 anos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos <input type="checkbox"/> 6. Nunca</p> <p>(Se Q1=1 a 5, siga Q2. Se Q1=6, passe ao Q29.)</p>	<p>Q2. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Apenas durante a gravidez (só para mulheres)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não</p> <p>(Se Q2=1, siga Q3. Se Q2=2 ou 3, passe ao Q29.)</p>	<p>Q3. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p>Anos</p> <p>(siga Q4)</p>
<p>Q4. O(A) sr(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão arterial (pressão alta)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, só quando tem algum problema</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Nunca vai</p> <p>(Se Q4 = 2 ou 3, siga Q5. Se Q4 = 1, passe ao Q8.)</p>	<p>Q5. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão arterial (pressão alta)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. O serviço de saúde é muito distante <input type="checkbox"/> 6. O plano de saúde não cobre as consultas</p> <p><input type="checkbox"/> 2. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande <input type="checkbox"/> 7. Não sabe quem procurar ou aonde ir</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem dificuldades financeiras <input type="checkbox"/> 8. Dificuldade de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não acha necessário <input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas</p> <p>(siga Q6)</p>	

<p>Q6. Nas duas últimas semanas, o(a) sr(a) tomou medicamentos por causa da hipertensão arterial (pressão alta)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q6=1, siga Q7 Se Q6=2, passe ao Q11.)</p>	<p>Q7. Algum dos medicamentos para hipertensão arterial foi coberto por plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(Se Q7 = 1, passe a Q10. Se Q7 = 2 ou 3, siga Q8.)</p>	<p>Q8. Algum dos medicamentos para hipertensão arterial foi obtido no programa farmácia popular (PFP)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(Se Q8 = 1, passe a Q10. Se Q8 = 2 ou 3, siga Q9.)</p>	<p>Q9. Algum dos medicamentos para hipertensão arterial foi obtido em serviço público de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(siga Q10)</p>
<p>Q10. O(A) sr(a) pagou algum valor pelos medicamentos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q11)</p>	<p>Q11. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) recebeu assistência médica por causa da hipertensão arterial?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca recebeu</p> <p>(Se Q11 = 1 a 5, siga Q12. Se Q11 = 6, passe ao Q28.)</p>		
<p>Q12. Na última vez que recebeu assistência médica para hipertensão arterial, onde o(a) sr(a) foi atendido?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica</p> <p><input type="checkbox"/> 03. UPA (Unidade de pronto Atendimento)</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Pronto-socorro ou emergência de hospital público</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Hospital público/ambatório</p> <p><input type="checkbox"/> 07. Consultório particular ou clínica privada</p> <p><input type="checkbox"/> 08. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato</p> <p><input type="checkbox"/> 09. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado</p> <p><input type="checkbox"/> 10. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família</p> <p><input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga Q13)</p>			<p>Q13. Esse atendimento foi coberto por algum plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q14)</p>
<p>Q14. O(A) sr(a) pagou algum valor por este atendimento?</p> <p><i>Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou mas teve reembolso total, marque a opção 2</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q15)</p>	<p>Q15. Esse atendimento foi feito pelo SUS?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga Q16)</p>	<p>Q16. Na última consulta, o médico que o(a) atendeu era o mesmo das consultas anteriores?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q17)</p>	<p>Q17. Na última consulta, o médico viu os exames das consultas passadas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, pois não tinha realizado exames</p> <p>(siga Q18)</p>
<p>Q18. Em algum dos atendimentos para hipertensão, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?</p> <p>a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18b)</p> <p>b. Manter o peso adequado <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18c)</p> <p>c. Ingerir menos sal <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18d)</p> <p>d. Praticar atividade física regular <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18e)</p> <p>e. Não fumar <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18f)</p> <p>f. Não beber em excesso <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18g)</p> <p>g. Fazer o acompanhamento regular <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18h)</p> <p>h. Outro (Especifique: _____) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q19)</p>		<p>Q19. Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial foi pedido algum exame?</p> <p>a. Exame de sangue (colesterol, glicemia, triglicerídeos) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q19b)</p> <p>b. Exame de urina <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q19c)</p> <p>c. Eletrocardiograma <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q19d)</p> <p>d. Teste de esforço <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q19e)</p> <p>e. Outro (Especifique: _____) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se todos os itens forem = 2, passe ao Q22. Caso contrário, siga Q20.)</p>	
<p>Q20. O(A) sr(a) fez todos os exames solicitados?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q20 = 1, passe ao Q22. Se Q20 = 2, siga ao Q21.)</p>	<p>Q21. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter feito todos os exames solicitados?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. O exame está marcado, mas ainda não fez</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Não achou necessário</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Não conseguiu marcar</p> <p><input type="checkbox"/> 04. O tempo de espera no laboratório ou serviço de saúde era muito grande</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Estava com dificuldades financeiras</p> <p><input type="checkbox"/> 06. O laboratório ou serviço de saúde era muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 07. O horário de funcionamento do laboratório ou serviço de saúde era incompatível com as suas atividades de trabalho ou domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> 08. O plano de saúde não cobria todos os exames solicitados</p> <p><input type="checkbox"/> 09. Não sabia onde realizar os exames</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Dificuldade de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga Q22)</p>		

<p>Q22. Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial, houve encaminhamento para alguma consulta com médico especialista, tais como cardiologista ou nefrologista?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não houve encaminhamento, pois todas as consultas para hipertensão foram com médico especialista</p> <p>(Se Q22 = 1, siga Q23. Se Q22 = 2 ou 3, passe ao Q26.)</p>		<p>Q23. O(A) sr(a) foi a todas as consultas com o médico especialista?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q23 = 1, passe ao Q26. Se Q23 = 2, siga Q24.)</p>		
<p>Q24. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter ido a todas as consultas com o médico especialista?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas a consulta ainda não foi realizada <input type="checkbox"/> 07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Não achou necessário <input type="checkbox"/> 08. O plano de saúde não cobria a consulta</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Não sabia quem procurar ou aonde ir <input type="checkbox"/> 09. O serviço de saúde era muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Estava com dificuldades financeiras <input type="checkbox"/> 10. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Teve dificuldades de transporte <input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Não conseguiu marcar</p> <p>(siga Q26)</p>		<p>Q26. Alguma vez o(a) sr(a) se internou por causa da hipertensão ou de alguma complicação?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q26=1, siga Q27. Se Q26=2, passe ao Q28.)</p>		
<p>Q27. Há quanto tempo foi a última internação por causa da hipertensão ou de alguma complicação?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</p> <p>(siga Q28)</p>	<p>Q28. Em geral, em que grau a hipertensão ou alguma complicação da hipertensão limita as suas atividades habituais (como trabalhar, estudar, realizar afazeres domésticos, etc)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não limita</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Moderadamente</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</p> <p>(siga Q29)</p>	<p>Q29. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) fez exame de sangue para medir a glicemia, isto é, o açúcar no sangue?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca fez</p> <p>(Se Q29=1 a 5, siga Q30. Se Q29=6, passe ao Q59.)</p>		
<p>Q30. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Apenas durante a gravidez (só para mulheres)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não</p> <p>(Se Q30=1, siga Q31. Se Q30=2 ou 3, passe ao Q59.)</p>	<p>Q31. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de diabetes?</p> <p><input type="text"/> Anos <input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p>(siga Q32)</p>	<p>Q32. O(A) sr(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, só quando tem algum problema</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Nunca vai</p> <p>(Se Q32=1, passe ao Q34. Se Q32=2 ou 3, siga Q33.)</p>		
<p>Q33. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. O serviço de saúde é muito distante <input type="checkbox"/> 4. Não acha necessário <input type="checkbox"/> 7. Não sabe quem procurar ou aonde ir</p> <p><input type="checkbox"/> 2. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande <input type="checkbox"/> 5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas <input type="checkbox"/> 8. Dificuldade de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem dificuldades financeiras <input type="checkbox"/> 6. O plano de saúde não cobre as consultas <input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga Q34)</p>				
<p>Q34. Nas duas últimas semanas, por causa do diabetes, o(a) sr(a):</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <p>a. Tomou medicamentos orais para baixar o açúcar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q34b)</p> </td> <td style="width: 50%;"> <p>b. Usou insulina?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q34a=1 ou Q34b=1, siga Q35. Se Q34a=2 e Q34b=2, passe ao Q39.)</p> </td> </tr> </table>			<p>a. Tomou medicamentos orais para baixar o açúcar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q34b)</p>	<p>b. Usou insulina?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q34a=1 ou Q34b=1, siga Q35. Se Q34a=2 e Q34b=2, passe ao Q39.)</p>
<p>a. Tomou medicamentos orais para baixar o açúcar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q34b)</p>	<p>b. Usou insulina?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q34a=1 ou Q34b=1, siga Q35. Se Q34a=2 e Q34b=2, passe ao Q39.)</p>			
<p>Q35. Algum dos medicamentos ou insulina para diabetes foi coberto por plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(Se Q35=1, passe ao Q38. Se Q35=2 ou 3, siga Q36.)</p>	<p>Q36. Algum dos medicamentos para diabetes ou insulina foi obtido no Programa de Farmácia Popular (PFP)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(Se Q36=1, passe ao Q38. Se Q36=2 ou 3, siga Q37.)</p>	<p>Q37. Algum dos medicamentos para diabetes ou insulina foi obtido em serviço público de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(siga Q38)</p>	<p>Q38. O(A) sr(a) pagou algum valor pelos medicamentos para diabetes ou insulina?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não</p> <p>(siga Q39)</p>	

<p>Q52. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter ido a todas as consultas com o médico especialista?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas a consulta ainda não foi realizada</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Não achou necessário</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Não sabia quem procurar ou aonde ir</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Estava com dificuldades financeiras</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Teve dificuldades de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Não conseguiu marcar</p> <p><input type="checkbox"/> 07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande</p> <p><input type="checkbox"/> 08. O plano de saúde não cobria a consulta</p> <p><input type="checkbox"/> 09. O serviço de saúde era muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 10. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga Q53)</p>			
<p>Q53. Quando foi a última vez que realizaram um exame de vista ou fundo de olho em que dilataram sua pupila?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca fez</p> <p>(siga Q54)</p>		<p>Q54. Quando foi a última vez que um médico ou profissional de saúde examinou seus pés para verificar sensibilidade ou presença de feridas ou irritações?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca teve os pés examinados</p> <p>(siga Q55)</p>	
<p>Q55. O(A) sr(a) tem ou teve alguma destas complicações por causa do diabetes?</p> <p>a. Problemas na vista <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q55b)</p> <p>b. Infarto <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q55c)</p> <p>c. AVC (Acidente Vascular cerebral) ou derrame <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q55d)</p> <p>d. Outro problema circulatório <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q55e)</p> <p>e. Problema nos rins <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q55f)</p> <p>f. Úlcera/ferida nos pés <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q55g)</p> <p>g. Amputação de membros (pés, pernas, mãos ou braços) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q55h)</p> <p>h. Coma diabético <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q55i)</p> <p>i. Outro (Especifique: _____) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q55j)</p>			
<p>Q56. Alguma vez o(a) sr(a) se internou por causa do diabetes ou de alguma complicação?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q56=1, siga Q57. Se Q56=2, passe ao Q58.)</p>		<p>Q57. Há quanto tempo foi a última internação por causa do diabetes ou de alguma complicação?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</p> <p>(siga Q58)</p>	
<p>Q58. Em geral, em que grau o diabetes ou alguma complicação do diabetes limita as suas atividades habituais (tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não limita</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Moderadamente</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</p> <p>(siga Q59)</p>			
<p>Q59. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) fez exame de sangue para medir o colesterol e triglicérides?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca fez</p> <p>(Se Q59=1 ao 5, siga Q60. Se Q59=6, passe ao Q63.)</p>		<p>Q60. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de colesterol alto?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q60=1, siga Q61. Se Q60=2, passe ao Q63.)</p>	
<p>Q61. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de colesterol alto?</p> <p><input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Anos <input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p>(siga Q62)</p>			
<p>Q62. Algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu algumas das seguintes recomendações por causa do colesterol alto?</p> <p>a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q62b)</p> <p>b. Manter o peso adequado <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q62c)</p> <p>c. Prática de atividade física <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q62d)</p> <p>d. Tomar medicamentos <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q62e)</p> <p>e. Não fumar <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q62f)</p> <p>f. Fazer acompanhamento regular <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q63)</p>		<p>Q63. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q63=2, passe ao Q68. Caso contrário, siga para os itens abaixo.)</p> <p>a. Infarto <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q63b)</p> <p>b. Angina <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q63c)</p> <p>c. Insuficiência cardíaca <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q63d)</p> <p>d. Outra (Especifique: _____) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se todas = 2, passe ao Q68. Caso contrário, siga Q64.)</p>	
<p>Q64. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico da doença do coração?</p> <p><input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Anos <input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano (siga Q65)</p>			

X22. De um modo geral, como o(a) sr(a) avalia o atendimento recebido quanto:

- a. Às habilidades do médico para tratá-lo (a)? 1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (siga X22b)
- b. Ao respeito do médico na maneira de atendê-lo(a)? 1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (siga X22c)
- c. À clareza nas explicações do médico? 1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (siga X22d)
- d. À disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema ou tratamento? 1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (siga X22e)
- e. À possibilidade de falar em privacidade com o médico? 1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (siga X22f)
- f. À liberdade em escolher o médico? 1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (siga X25)

X24. Qual o principal motivo do(a) sr(a) ter desistido de procurar atendimento médico?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01. Não houve mais necessidade, pois melhorou | <input type="checkbox"/> 07. Nas vezes que procurou, esperou muito e desistiu |
| <input type="checkbox"/> 02. Procurou diretamente a farmácia | <input type="checkbox"/> 08. Nas vezes que procurou o serviço de saúde não estava funcionando |
| <input type="checkbox"/> 03. Não teve mais tempo ou disponibilidade para procurar atendimento | <input type="checkbox"/> 09. Não podia pagar pela consulta |
| <input type="checkbox"/> 04. Falta de dinheiro ou dificuldades financeiras | <input type="checkbox"/> 10. O plano de saúde não cobria a consulta |
| <input type="checkbox"/> 05. Não conseguiu marcar a consulta ou pegar senha | <input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> 06. Nas vezes que procurou, não tinha médico atendendo | _____ |

(siga X25)

X25. O(A) sr(a) já se sentiu discriminado(a) ou tratado(a) pior do que as outras pessoas no serviço de saúde, por algum médico ou outro profissional de saúde por um desses motivos?

- | | |
|--|---|
| a. Falta de dinheiro <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga X25b) | f. Preferência sexual <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga X25g) |
| b. Classe social <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga X25c) | g. Religião/crença <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga X25h) |
| c. Raça/cor <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga X25d) | h. Sexo <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga X25i) |
| d. Tipo de ocupação <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga X25e) | i. Idade <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga X25j) |
| e. Tipo de doença <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga X25f) | j. Outro (Especifique: _____) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não |
- _____

OBSERVAÇÕES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Muito obrigado pela sua participação! As informações que o(a) sr(a) nos forneceu serão valiosas para a formulação de políticas para a melhoria da assistência à saúde no Brasil.

(Encerre a entrevista)