

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA**

FERNANDO HENRIQUE DE ASSIS

**AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS – INQUÉRITO DE
BASE POPULACIONAL (SAUVI) – BELO HORIZONTE - MG**

Belo Horizonte
2021

FERNANDO HENRIQUE DE ASSIS

**AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS – INQUÉRITO DE
BASE POPULACIONAL (SAUVI) – BELO HORIZONTE - MG**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Orientador: Prof. Dr. Luiz Sérgio Silva

Belo Horizonte
2021

Assis, Fernando Henrique de.
AS848a Autoavaliação de saúde e fatores associados - inquérito de base populacional (SAUVI) - Belo Horizonte - MG [manuscrito]. / Fernando Henrique de Assis. - - Belo Horizonte: 2021.
82f.: il.
Orientador (a): Luiz Sérgio Silva.
Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Autoavaliação Diagnóstica. 2. Demografia. 3. Violência. 4. Trabalho. 5. Fatores Socioeconômicos. 6. Dissertação Acadêmica.
I. Silva, Luiz Sérgio. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 30

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora

Prof^a. Sandra Regina Goulart de Almeida

Vice-Reitor

Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Fábio Alves da Silva Júnior

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Mário Fernando Montenegro Campos

Diretor da Faculdade de Medicina

Prof. Humberto José Alves

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina

Prof^a. Alamanda Kfoury Pereira

Coordenador Geral do Centro de Pós-Graduação

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação

Prof^a. Eli lola Gurgel Andrade

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof^a. Adalgisa Peixoto Ribeiro

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

Prof^a. Elza Machado de Melo

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

Prof^a. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

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

Prof^a Andréa Maria Silveira (Titular)

Prof^a Alzira de Oliveira Jorge (Suplente)

Prof^a Cristiane de Freitas Cunha Grillo (Titular)

Prof^a Maria Mônica Freitas Ribeiro (Suplente)

Prof^a Eliane Costa Dias Macedo Gontijo (Titular)

Prof Marcelo Grossi Araújo (Suplente)

Profª Elza Machado de Melo (Titular)

Profª Graziella Lage Oliveira (Suplente)

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro (Titular)

Profª Myrian Fátima de Siqueira Celani (Suplente)

Profª Palmira de Fátima Bonolo (Titular)

Profª Ulysses de Barros Panisset (Suplente)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO

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

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO: FERNANDO HENRIQUE DE ASSIS

Realizou-se, no dia 22 de outubro de 2021, às 10:00 horas, Plataforma TEAMS, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Autoavaliação de saúde e fatores associados – inquérito de base populacional (SAUVI) – Belo Horizonte – MG*, apresentada por FERNANDO HENRIQUE DE ASSIS, número de registro 2019714188, graduado no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Luiz Sergio Silva - Orientador (UFMG), Prof(a). Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro (UFMG), Prof(a). Nathan Mendes Souza (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 22 de outubro de 2021.

Prof(a). Luiz Sergio Silva

Prof(a). Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof(a). Nathan Mendes Souza



Documento assinado eletronicamente por **Luiz Sergio Silva, Professor do Magistério Superior**, em 22/10/2021, às 13:50, 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 **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 04/11/2021, às 13:36, 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 **Nathan Mendes Souza, Professor do Magistério Superior**, em 08/11/2021, às 11:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

https://sei.ufmg.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=1056742&infra_sistema... 1/2

09/11/2021

SEI/UFMG - 0996078 - Ata



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0996078** e o código CRC **7411280F**.

Para a Mamãe e o Papai, que sempre foram meus maiores incentivadores e apoiadores. Eles, que sempre serão as pessoas mais importantes da minha vida e que me transmitem toda a força e luz do Universo.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, à Deus por ter me concedido essa oportunidade tão valiosa e ao mesmo tempo tão difícil. Por ter me dado forças para continuar em meio às adversidades enfrentadas no caminho. Por ter me concedido a vida e me permitir estar vivo, mesmo depois de adoecer neste caminho pandêmico.

Aos meus pais, Roberto e Elione, que sempre lutaram por mim e sempre acreditaram no meu potencial, mesmo quando eu mesmo não acreditava.

Ao meu irmão, à minha cunhada e a toda a minha família que torceram por mim e, mesmo distantes fisicamente por muitos momentos, fizeram-se presentes.

Aos meus amigos, por sempre entenderem minhas ausências.

Ao Programa, pela oportunidade acadêmica indiscutível, pelo crescimento profissional e pessoal.

Ao meu orientador, que foi um poço de paciência com este mestrando ainda tão jovem e imaturo. Obrigado pelos ensinamentos!

Aos colegas de mestrado, que, com certeza, foram peças fundamentais para que eu não desistisse. Pessoas que compartilharam comigo alegrias, tristezas, vitórias, dificuldades, complexidades, contrariedades e tantos outros adjetivos que cercam a vida de qualquer estudante. Muitos que aqui eu conheci levarei para o resto da minha vida. Vocês foram incríveis, fica a minha eterna gratidão por dividirmos essa parte de nossas trajetórias!

Obrigado!

RESUMO

Introdução e justificativa: a autoavaliação de saúde é hoje considerada como o principal indicador de qualidade de vida percebida. Diversos fatores podem interferir na autoavaliação de saúde e sua associação com esses elementos podem ajudar a desenvolver políticas públicas essenciais que envolvam esses fatores, reafirmando a imprescindível importância dessa temática. **Objetivos:** descrever a saúde autoavaliada dos entrevistados do inquérito “Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência” (SAUVI) e sua relação com possíveis fatores associados, como violência, trabalho e aspectos sociodemográficos e econômicos. **Referencial teórico:** a autoavaliação de saúde é um indicador que engloba muitos componentes físicos e emocionais das pessoas, além de aspectos do bem-estar e da satisfação com a própria vida. Fatores como idade avançada, possuir baixos níveis de escolaridade e renda, más condições socioeconômicas, ter sofrido violência laboral ou não ter trabalho e violência doméstica estão associados à autoavaliação de saúde abaixo do ideal. **Metodologia:** este é um subprojeto da pesquisa SAUVI, construída nos anos de 2014 e 2015. Os dados usados foram de pessoas com 20 anos ou mais da cidade de Belo Horizonte. A temática utilizada foi realizada através de análise de questão sobre autoavaliação de saúde e dados possivelmente associados. Foi realizada regressão logística binária com obtenção das razões de chance com o objetivo de identificar fatores que influenciavam, de forma univariada ou conjunta, a qualidade da autoavaliação de saúde. **Resultados:** O total de respondentes do inquérito foi de 1176 pessoas, sendo 62% do sexo feminino. A maioria dos entrevistados tinham entre 46 e 60 anos. Pouco mais de 40% da população ganhavam entre 2 e 5 salários mínimos. Indivíduos que possuíam o ensino médio completo figuraram no primeiro lugar em relação à escolaridade (28,7%). 46,2% da população tinham emprego formal. Após análise estatística multivariada, fatores como idade avançada, renda familiar e escolaridade baixas e ter sofrido violência no domicílio tiveram associação com autoavaliação insatisfatória de saúde. Trabalhar menos de 30 horas por semana e acima de 44 horas por semana também tiveram associação com pior autopercepção de saúde. **Discussão:** vários estudos revelaram que quanto maior a faixa etária, pior é a autoavaliação de saúde. Estudos sobre baixa renda, baixa escolaridade e ocorrência

de violência doméstica também mostraram forte associação com pior autoavaliação de saúde dos indivíduos. Além disso, trabalhar mais de 44 horas por semana demonstrou associação com autopercepção de saúde abaixo do ideal. Uma percepção insatisfatória do estado de saúde também ocorre entre aqueles que estavam sem atividade ocupacional. **Considerações finais:** os achados deste estudo demonstram que fatores associados à autoavaliação insatisfatória de saúde são semelhantes aos encontrados em diversos outros estudos. Por isso, destaca-se a importância de se conhecer os fatores associados à autoavaliação de saúde para a realização de programas e políticas públicas de promoção da saúde.

Palavras-chave: Autoavaliação de saúde. Inquérito populacional. Violência. Trabalho. Fatores socioeconômicos.

ABSTRACT

Introduction and justificative: Self-rated health is known today as the main indicator of perceived life quality. Several factors are able to associate on this self-rated health process, applied on health, and out of this interaction we might be guided to develop essential public policies that involves their contents, reassuring the importance of this theme. **Objectives:** describe health based on this self-rated health process of the survey called “Health and Violence: Subsidies for the Formulation of Public Policies for Health Promotion and Violence Prevention” (SAUVI, Project acronym in Portuguese) and its relations with possible correlated factors such as violence, work, sociodemographic and economics aspects. **Theoretical reference:** Self-rated health is an indicator that includes many physical and emotional human elements, including, aspects of well-being and satisfaction with their own life. Also, to have factors as advanced age, low levels of education and income, poor socioeconomic conditions, historic of violence at work, not having a job or have suffered domestic violence are features associated with low scores on the self-rated health process. **Methodology:** this is a subproject of SAUVI research, made in 2014/2015. The data used were from the city of Belo Horizonte, and the people interviewed were 20 years old or more. The theme used was done through the analysis of a question about self-rated health and possibly associated data. Binary logistic regression was performed to obtain odds ratios in order to identify elements that influenced, univariately or jointly, the quality of self-rated health. **Results:** the total number of respondents to the survey was 1176 people, 62% of this amount were female. Most respondents were between 46 and 60 years old. About 40% of them earned between 2 to 5 minimum wages. Individuals who had completed high school were ranked first in terms of education (28,7%). In addition, 46,2% of the population had formal employment. After multivariate statistical analysis, factors such as advanced age, low family income and education and historic of violence at home were associated with unsatisfactory score on self-rated health. Also, people that works less than 30 hours a week or more than 44 hours a week were also associated with poorer rates on self-rated health. **Discussion:** several studies revealed that poorer scores on self-rated health was related with older groups. Studies on low income, low education and the fact of domestic violence also showed a strong association with poorer scores on self-rated health process. In addition, people that

worked more than 44 hours a week were associated with a negative self-perception of their health, less than ideal. An unsatisfactory perception of the state of health also occurred among those who were without an occupational activity. **Final considerations:** the findings of this study demonstrate that factors associated with unsatisfactory scores on self-rated health are similar to those found in other several studies. Therefore, the importance of knowing the factors associated with self-rated health is highlighted, in order to carry out programs and public policies for health promotion.

Keywords: Self-rated health. Population survey. Violence. Work. Socioeconomic factors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CBO -	Classificação Brasileira de Ocupações
DP -	Desvio-padrão
DSS -	Determinantes sociais da saúde
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
I.C. -	Intervalo de confiança
MG -	Minas Gerais
OMS -	Organização Mundial de Saúde
O.R. -	<i>Odds Ratio</i>
p -	Probabilidade de significância
PNAD -	Política Nacional de Amostras por Domicílio
PPT -	Probabilidade proporcional ao tamanho
SAUVI -	Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência
SM -	Salários mínimos
SPSS® -	<i>Statistical Package for The Social Sciences</i>
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Aspectos sociodemográficos, econômicos, ocupacionais e autoavaliação de saúde – Inquérito SAUVI – Belo Horizonte (MG), Brasil, 2014-2015.....	31
Tabela 2 – Autoavaliação de saúde segundo grupos de ocupações, Inquérito SAUVI – Belo Horizonte (MG), Brasil, 2014-2015.....	33
Tabela 3 – Aspectos de trabalho – Inquérito SAUVI – Belo Horizonte (MG), Brasil, 2014 – 2015.....	35
Tabela 4 – Aspectos de violência e violência no trabalho – Inquérito SAUVI – Belo Horizonte (MG), Brasil, 2014 – 2015.....	37
Tabela 5 – Razão de Chances - autoavaliação insatisfatória de saúde (univariada) de acordo com aspectos sociodemográficos, econômicos, trabalho e violência, inquérito SAUVI, Belo Horizonte (MG), Brasil, 2014-2015.....	40
Tabela 6 – Distribuição qui-quadrado de Wald e Razão de Chances – autoavaliação insatisfatória de saúde – de acordo com aspectos sociodemográficos, econômicos e ocupacionais – Modelo Final – Inquérito SAUVI – Belo Horizonte (MG), Brasil, 2014-2015.....	43

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	15
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo geral	18
2.2	Objetivos específicos.....	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
4	METODOLOGIA	25
4.1	Tipo de estudo.....	25
4.2	Local.....	25
4.3	População de estudo, instrumentos de pesquisa e coleta de dados	26
4.4	Análise estatística	27
4.5	Produtos esperados e divulgação dos resultados.....	29
4.6	Aspectos éticos.....	29
5	RESULTADOS	30
5.1	Perfil populacional: aspectos socioeconômicos dos respondentes do inquérito e autoavaliação de saúde global dos respondentes	30
5.2	Ocupação dos respondentes	32
5.3	A questão trabalhista dos respondentes	33
5.4	Global de violência e violência no trabalho	36
5.5	Análise univariada.....	38
5.6	Análise multivariada.....	42
6	DISCUSSÃO	44
6.1	Limitações e força do estudo	47
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
	REFERÊNCIAS	50
	APÊNDICE A – Questionário do Inquérito Saúde e Violência	57
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	81
	ANEXO A – Aprovação COEP	82

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

As desigualdades em saúde são diferenças sistemáticas no estado de saúde entre corporações populacionais causadas pela real exposição aos determinantes sociais da saúde (DSS) (SOUSA *et al.*, 2020). Esses determinantes sociais podem refletir em subjetividade na percepção que o indivíduo concebe sobre diversas dimensões (social, mental e física) de sua vida em termos de desempenho, funcionamento, bem-estar, capacidade e qualidade de vida (SMITH-MENEZES; DUARTE, 2013).

A avaliação empírica da saúde atualmente incorpora vários domínios e engloba medidas de saúde "testadas" (por meio de exames laboratoriais e funcionais, por exemplo), de saúde observada (com base em avaliações clínicas feitas por profissionais de saúde) e de saúde autopercebida (com base em conhecimentos e percepções pessoais do indivíduo). Desse modo, a autoavaliação do estado de saúde é considerada um indicador extremamente válido e relevante. Está associada a fatores objetivos de morbidade e de uso de serviços, constituindo um preditor poderoso da mortalidade, independentemente de fatores médicos, comportamentais e psicossociais, e equivalente a indicadores obtidos por meio de instrumentos mais complexos e extensos (BARROS *et al.*, 2009).

Assim sendo, a autoavaliação de saúde é hoje considerada como o principal indicador de qualidade de vida percebida e um conceito corrente na pesquisa epidemiológica em saúde. O julgamento subjetivo sobre a própria condição de saúde tem bases pessoais, propagado por diversas informações, por experiências fisiológicas, pela observação do comportamento de outros indivíduos e pela observação do próprio comportamento (MELO *et al.*, 2014). Por este motivo, é considerada tão importante para prever o seguimento em saúde (BLAZER, 2008).

O acelerado processo de envelhecimento populacional, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, vem gerando uma busca por indicadores mais simples das condições de saúde das pessoas, que possam ser usados tanto em inquéritos de saúde quanto em estudos etiológicos (LIMA-COSTA *et al.*, 2011). A autoavaliação da saúde é um indicador simples, porém robusto entre as populações em geral e, apesar de sua natureza subjetiva, estudos longitudinais

demonstraram que essa autoavaliação, de forma independente, prevê a ocorrência de eventos futuros relacionados à saúde, incluindo hospitalização e morte, após o ajuste para diversos fatores como saúde, condições socioeconômicas e trabalho. Ela também vem sendo associada ao diagnóstico de doenças crônicas, à identificação da capacidade funcional, à realização de visitas médicas, entre outros desfechos em saúde. Além disso, ela foi validada e amplamente utilizada em diferentes países e populações. Essa variável independente pode ser obtida pela pergunta “de um modo geral, comparada a pessoas de sua idade, como você avalia sua saúde” (SILVA; BARRETO, 2012, p. 409).

Apesar de pesquisas apontarem a convergência da confiabilidade dessa pergunta, seus aspectos condicionantes apresentam grande variabilidade. Tais aspectos são influenciados por fatores socioeconômicos, psicossociais, culturais, estilo de vida, ambiente de trabalho, dentre outros. Assim, a autoavaliação de saúde pode refletir não só a experiência de exposição à doença, como também o conhecimento acerca de suas causas e consequências (HOFELMANN; BLANK, 2007).

Os fatores levados em consideração pelo próprio indivíduo, ao classificar seu estado de saúde, ainda não são totalmente compreendidos, porém parecem refletir a percepção abrangente de saúde que inclui aspectos psicológicos, sociais e biológicos, assim como fatores socioeconômicos, que impactam diretamente a vida dos indivíduos (SILVA; SAKON, 2018). Saúde subjetiva e capacidade funcional são aspectos extremamente importantes de qualidade de vida do indivíduo e um indicador de desigualdades em saúde, relacionados à autoavaliação de saúde (SILVA *et al.*, 2020).

Impactos negativos na autopercepção de saúde podem ser causados por diversos fatores, entre eles a violência. As consequências da violência na saúde dos indivíduos são globalmente reconhecidas. A exposição à violência, em geral, pode ser considerada um estressor social que, quando presente, desencadeia respostas humorais e neurofisiológicas que produzem desfechos negativos em saúde, portanto, causa impacto negativo na autoavaliação (ANDRADE; AZEREDO; PERES, 2020).

Como as diversas formas de violência podem interferir na autoavaliação de saúde, a percepção de um ambiente seguro é crucial para o bem-estar social e individual (TERZONI *et al.*, 2015). Um estudo com 4.408 trabalhadores da população ativa da Suécia indicou, para todos os resultados obtidos, que melhorias no ambiente psicossocial do trabalho e nos recursos organizacionais poderiam levar a reduções de morbidade (ARONSSON *et al.*, 2019), o que poderia consequentemente impactar a melhora da autoavaliação de saúde dos indivíduos.

Outros fatores como o trabalho e determinadas situações encontradas no ambiente laboral, como gênero, idade, raça, classe social e classe econômica, podem deixar os trabalhadores mais vulneráveis a sofrerem violência, gerando maiores prejuízos à sua saúde, uma vez que as agressões sofridas fatalmente afetam a segurança e a saúde desses profissionais (ERDUR *et al.*, 2015). Isso possivelmente interfere na autoavaliação de saúde dos indivíduos.

Tendo em vista a estreita relação entre autoavaliação de saúde e violência, trabalho e fatores socioeconômicos, uma melhor compreensão dos fatores relacionados a este indicador de saúde pode servir de base para o desenvolvimento de ações preventivas nesse campo, de modo a manter e/ou a melhorar a saúde das populações. Estudar a autoavaliação de saúde e sua interação com esses elementos pode ajudar a desenvolver políticas públicas essenciais que envolvam esses conteúdos, reafirmando a imprescindível importância dessa temática.

Assim, este estudo procurou apresentar e discutir possíveis associações entre fatores como exposição a violência, trabalho e fatores socioeconômicos e autoavaliação de saúde entre os entrevistados pelo inquérito “Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência” (SAUVI), no município de Belo Horizonte - Minas Gerais (MG).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever a autoavaliação de saúde em uma amostra da população do município de Belo Horizonte – MG, relacionando-a com fatores socioeconômicos, de trabalho e violência, a partir dos resultados do inquérito Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência (SAUVI).

2.2 Objetivos específicos

1. Avaliar como os entrevistados autoavaliam sua saúde;
2. Verificar possível associação entre a autoavaliação de saúde com a presença de exposição à violência;
3. Verificar possível associação entre autoavaliação de saúde e trabalho;
4. Verificar possível associação entre autoavaliação de saúde e fatores socioeconômicos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A epidemiologia nos traz como princípio básico o entendimento de que os eventos relacionados à saúde (como doenças, seus determinantes, o uso de serviços de saúde e a própria condição de ter saúde) não se distribuem ao acaso entre pessoas e populações, havendo grupos populacionais que apresentam maior incidência/prevalência de casos de certo agravo em relação a outros. Tais diferenças ocorrem porque os fatores que influenciam o estado de saúde das pessoas não se distribuem igualmente na população (PEREIRA, 2013). Sendo assim, com a evolução dos tempos, as informações oriundas dos sistemas de informação de saúde existentes são fundamentais para se conhecer essa distribuição, mas podem ser insuficientes para responder às necessidades atuais da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) na identificação dos problemas e necessidades de saúde da população. Daí a importância crescente da realização de inquéritos populacionais. Esses podem ser componentes fundamentais para um sistema nacional de informações sobre saúde e instrumentos utilizados como subsídios à formulação e à avaliação das políticas públicas, tornando-se crescente a sua utilização nos diversos países como ferramenta de apoio ao planejamento em saúde (MALTA *et al.*, 2008).

O monitoramento do estado de saúde das populações é fundamental para a formulação e a avaliação das políticas e dos programas de saúde e é do interesse de todos os níveis de governo. Além disso, é de interesse também da sociedade em geral e de suas organizações, pois estas devem buscar melhores patamares de saúde para a população (BARROS *et al.*, 2009). É importante ressaltar que o estado de saúde é fortemente influenciado pelo contexto econômico e social, assim como pelos processos biológicos e pelo meio ambiente, compreendidos aí o estilo de vida e o sistema de atenção à saúde.

Uma dimensão importante dos inquéritos refere-se à possibilidade de correlacionar os agravos e os problemas de saúde com as condições socioambientais e mesmo com a percepção do estado de saúde pelos indivíduos, permitindo a descrição e a quantificação das iniquidades em saúde, tanto relacionadas à ocorrência de doenças quanto à exposição a riscos (MALTA *et al.*, 2008). A percepção do paciente de se sentir doente não advém apenas das sensações físicas de dor e desconforto, mas,

sobretudo, das consequências sociais e psicológicas da presença da enfermidade (SZWARCOWALD *et al.*, 2005).

A autoavaliação do estado de saúde é um importante indicador, utilizado em diversos inquéritos populacionais com o objetivo de avaliar a percepção de saúde dos indivíduos pesquisados. Vários estudos têm buscado compreender o significado dessa autoavaliação, não só pelo vigor desta medida, como também pela possibilidade de ser usada em grandes inquéritos populacionais (MOLARIUS; JANSON, 2002). A autoavaliação da saúde tem sido caracterizada como uma medida de saúde confiável, válida, forte preditora de mortalidade, morbidade e de utilização em saúde (LIMA-COSTA *et al.*, 2012), além de valiosa fonte de dados sobre o estado de saúde da população (MCFADDEN *et al.*, 2008).

A autoavaliação de saúde se tornou um importante indicador multidimensional da saúde e consiste na percepção que os próprios indivíduos possuem da saúde deles. Portanto, é um indicador multi-interpretativo e engloba muitos componentes físicos e emocionais das pessoas, além de aspectos do bem-estar e da satisfação com a própria vida (SZWARCOWALD *et al.*, 2005). Por ser uma medida autorreferenciada, pode ser facilmente analisada em amplas amostras populacionais, de forma acessível, econômica e rápida. Ela pode ser apreendida por diferentes mecanismos e obtida até mesmo por meio de uma única questão. Por isso, tem sido amplamente utilizada em inquéritos de saúde populacionais (DACHS, 2002).

Apesar de subjetiva, a autoavaliação do estado de saúde está associada a fatores objetivos de morbidade e de uso de serviços em geral, além de fatores socioeconômicos, comportamentais, psicossociais e médicos, equivalendo inclusive a indicadores obtidos por meio de instrumentos considerados mais extensos e complexos (IDLER; BENYAMINI, 1997). A percepção individual de saúde pode ser considerada um indicador importante por si, pois o nível de bem-estar de um indivíduo pode influenciar e muito a sua qualidade de vida (ZACK, 2013). Além disso, a autoavaliação de saúde é um indicador recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para verificação de saúde populacional. Fatores como idade avançada, baixos níveis de escolaridade e renda, entre outros, são fatores possivelmente associados à pior autoavaliação do estado de saúde em populações como a brasileira

(PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013). Outros fatores, como violência experimentada, experiências ruins no trabalho, etc., também trazem alterações na forma como o indivíduo se autoavalia.

Estudo de Antunes *et al.* (2018) revelou que a autopercepção de saúde torna-se mais insatisfatória com o decorrer da idade, estando os idosos mais susceptíveis à pior autoavaliação de saúde se comparados com eles mesmos no período de um ano. Esse estudo constatou ainda que as condições socioeconômicas, independentemente da questão utilizada para aferir a autoavaliação, tornou a percepção de saúde negativa mais prevalente para os grupos de piores condições sociais e faixa etária mais elevada.

De fato, um estudo realizado com os dados de uma pesquisa em Bambuí-MG mostrou que somente 24,5% da população idosa brasileira categorizava a sua saúde como boa ou muito boa (autoavaliação satisfatória de saúde). No entanto, esse resultado deve ser interpretado com prudência, pois a percepção da saúde se refere a um julgamento ainda subjetivo e que não pode ser determinado por outra pessoa. Na pesquisa em Bambuí, 38% das entrevistas com idosos foram respondidas por outro indivíduo. Estudos epidemiológicos conduzidos anteriormente no Brasil mostraram que a avaliação da saúde como satisfatória em idosos variava entre 25% em Bambuí, 44% no Rio de Janeiro e chegava até 70% na cidade de São Paulo, o que representa diferenças significativas (LIMA-COSTA *et al.*, 2011).

A associação entre más condições socioeconômicas e autoavaliação de saúde negativa também é largamente reconhecida na literatura e muito influenciada por fatores sociais a que estão sujeitos os indivíduos, incluindo aspectos psicossociais, individuais e culturais (JYLHA, 2009; SANTOS *et al.*, 2007). A influência do nível socioeconômico na autoavaliação pode estar atrelada à aquisição de produtos e bens, o que inclui poder de compra de medicamentos e alimentos saudáveis, maior acesso a atividades de lazer, realização de atividades físicas e maior autonomia no trabalho. Considerando que esses aspectos influenciam favoravelmente a saúde, indivíduos de maior nível socioeconômico tendem, então, a sentir-se mais saudáveis e a ter autoavaliação de saúde de forma mais satisfatória (PETARLI *et al.*, 2015).

Chama a atenção a associação independente entre renda familiar e autoavaliação de saúde. Estudos realizados em diversos países desenvolvidos observaram que a autoavaliação da saúde é fortemente influenciada pela situação socioeconômica de idosos e/ou da sua família, por exemplo. Essa associação também foi encontrada em estudos seccionais, longitudinais e ecológicos. Os resultados encontrados demonstraram que essa influência acontece mesmo entre idosos com diferenças de renda relativamente pequenas (LIMA-COSTA *et al.*, 2011).

Outro estudo observou que idosos mais pobres procuravam menos os serviços de saúde, possuíam baixa adesão aos tratamentos propostos e tinham menor acesso a medicamentos, o que gerou impacto direto nas condições de saúde deles. A autoavaliação do estado de saúde melhorou conforme o aumento das condições socioeconômicas e o nível de informação das pessoas (PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013).

Segundo Barros *et al.* (2009), há também forte associação entre autoavaliação de saúde e nível de escolaridade. Isso foi observado por meio de prevalências de saúde ruim mais elevadas nas capitais das regiões Norte e Nordeste do Brasil, onde os níveis de escolaridade são menores se comparados com as demais capitais de outras regiões e coerentes com a situação socioeconômica de cada local. Os indicadores objetivos de saúde mais desfavoráveis observados nessas regiões, como renda e escolaridade, concordaram com resultados globais da Política Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD) no Brasil.

Essa relação entre saúde autoavaliada como insatisfatória e menor escolaridade corrobora com outras pesquisas (FRANKS; GOLD; FISCELLA, 2003; HOFELMANN; BLANK, 2007), que têm mostrado associação forte entre desigualdade social e autoavaliação de saúde ruim. Muntaner *et al.* (2003) também encontraram forte associação entre autoavaliação de saúde insatisfatória com estratos sociais mais baixos e escolaridade baixa.

No que diz respeito ao fator trabalho e sua influência na avaliação do estado de saúde, principalmente no que tange às últimas décadas do século XX e ao início do XXI, a concepção de trabalho e a forma como ele é vivenciado nas transformações recentes

do capital financeiro e do ideal neoliberal promoveram uma reestruturação produtiva que teve como consequências a ampliação da informalidade, flexibilização e precarização da classe trabalhadora; situações que trouxeram consequências profundas para a saúde do trabalhador (ANTUNES, 2011).

Ainda em relação ao trabalho, deve-se destacar a importância do fortalecimento de boas relações trabalhistas, visto que estas estão cada vez mais prejudicadas. O modelo atual de economia resulta, algumas vezes, em condições de trabalho precárias, debilitação das relações sociais e desconfiança interpessoal. A confiança no grupo, a integração social, o auxílio na realização de tarefas advindas de colegas de trabalho e superiores podem atuar como protetores dos efeitos do desgaste no trabalho sobre a saúde. Assim, os indivíduos com melhores relações no trabalho tenderiam a avaliar mais positivamente sua saúde (PETARLI *et al.*, 2015).

Já em relação à violência e trabalho, os trabalhadores que relataram terem sido vítimas de algum tipo de agressão nos doze meses anteriores à realização das entrevistas do estudo de Barbosa *et al.* (2020) apresentaram maior prevalência de autoavaliação negativa de saúde. A exposição a atos violentos, como conflitos no ambiente laboral e experiências de agressão praticada por usuários dos serviços ou colegas, é reconhecida como uma dimensão do estresse ocupacional e compromete a saúde física e mental dos trabalhadores, com repercussões negativas para a autopercepção de saúde dos indivíduos (BARBOSA *et al.*, 2020). Além disso, um estudo de Tian *et al.* (2020) com equipes de saúde observou que os que experimentaram níveis elevados de violência no trabalho tinham menor probabilidade de estarem satisfeitos com suas carreiras. Os efeitos psicológicos em enfermeiros, por exemplo, incluíram baixo desempenho no trabalho, medo e desmoralização, efeitos também relatados em outros estudos. Isso sugere que a violência contra esses profissionais pode ter impacto negativo na autopercepção de saúde e na qualidade da assistência prestada (BANDA; MAYERS; DUMA, 2016).

Outro fator complicador é o tempo despendido em diversos vínculos de empregos ou afazeres domésticos, que são analisados como extensão das jornadas de trabalho, o que acarretaria consequências negativas para a saúde e, portanto, pior avaliação do estado de saúde. No entanto, deve-se também considerar a hipótese de a

autoavaliação de saúde positiva ser um fator que pode trazer aos indivíduos a percepção de estar em condições para realizar tanto outra atividade remunerada quanto as atividades domésticas. A saúde é determinante fundamental da capacidade produtiva das pessoas, ou seja, ter boa saúde significaria estar mais disposto a exercer atividades dentro e fora do mercado de trabalho (BARBOSA *et al.*, 2020).

É importante destacar que a situação de não ter trabalho esteve associada à maior prevalência de saúde autoavaliada ruim entre homens e mulheres, demonstrando que o desemprego também foi fator de forte associação entre indivíduos com autoavaliação de saúde insatisfatória (BARROS *et al.*, 2009). Trabalhar ou ter trabalhado revelou-se como um fator de proteção contra autoavaliação da saúde ruim, em relação a quem não exercia atividade profissional (MEIRELES *et al.*, 2015).

Diversos estudos também têm demonstrado e dado destaque para a forte associação entre a autoavaliação de saúde e a ocorrência de violência doméstica. As diversas formas de violência às quais os indivíduos podem estar submetidos, principalmente as mulheres, podem acarretar uma série de consequências para a integridade mental e física deles; sendo importante frisar que a violência doméstica é um fenômeno universal e costumaz em diversas sociedades (CRUZ; IRFFI, 2019). As pessoas que melhor avaliaram sua saúde foram aquelas que não sofreram violência e que também possuíam maiores níveis de renda e de escolaridade (OGBUJI, 2004). Pessoas expostas à violência por parceiro íntimo apresentaram mais frequentemente uma autopercepção de saúde ruim e desfechos negativos em relação à sua própria saúde mental e física (COKER *et al.*, 2017; MENDONÇA; LUDERMIR, 2017).

Iniciativas como o inquérito SAUVI têm contribuído para o avanço do conhecimento e para o monitoramento de indicadores de saúde, fornecendo subsídios importantes para a formulação de políticas públicas. E este estudo busca apresentar a autoavaliação de saúde da população pesquisada, analisando possíveis fatores associados e possivelmente interferentes nessa autoavaliação. Isso porque a autoavaliação de saúde tornou-se muito relevante nos âmbitos individual, organizacional e social, incitando considerações e reflexões acerca de aspectos tão valorosos para os seres humanos: a saúde, o trabalho e os fatores sociodemográficos conectados com a vida de cada indivíduo.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Este estudo, denominado “Autoavaliação de saúde e fatores associados – inquérito de base populacional (SAUVI) – Belo Horizonte – MG”, é um subprojeto da pesquisa intitulada “Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência” (genericamente denominada SAUVI), construída nos anos de 2014 e 2015, com dados coletados nas cidades de Belo Horizonte e Betim (nesta pesquisa foram utilizados os dados apenas da cidade de Belo Horizonte). O SAUVI é um estudo quantitativo, tipo transversal, cujo objetivo é estudar o perfil da violência em suas múltiplas faces, em diferentes grupos populacionais e, por meio desse perfil, buscar subsídios para formulação de políticas de promoção de saúde e prevenção da violência (SAUVI, 2014). Ele incluiu em suas diversas facetas a autoavaliação de saúde dos indivíduos entrevistados, sendo esse o objeto central desta dissertação.

Devido à pandemia do SARS-CoV-19, grandes limitações se impuseram sobre as pesquisas de campo. Com o objetivo de minimizar os potenciais riscos à saúde e à integridade das pessoas, a análise do inquérito SAUVI foi uma alternativa viável para a construção desta pesquisa, uma vez que a pandemia encetou poucos meses após o início desta pós-graduação. Assim, a análise de dados oriundos desse *survey* foi crucial para a atenuação dos prejuízos causados pela pandemia. Os dados que aqui estão descritos não foram colhidos pelo autor desta pesquisa, mas o seu uso foi expressamente autorizado pelos autores e coordenação da pesquisa SAUVI.

4.2 Local

A pesquisa SAUVI foi realizada de forma presencial, por meio de inquérito domiciliar, nos municípios de Belo Horizonte (capital do estado de Minas Gerais) e Betim (cidade da região metropolitana de Belo Horizonte). Neste estudo, foram usados dados referentes a Belo Horizonte. O período de realização da pesquisa – 2014 e 2015 – incluiu toda a preparação do projeto, elaboração dos questionários, capacitação da equipe até a finalização dos dados de ambas as cidades. É uma pesquisa do

Programa de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, do Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Medicina da UFMG.

4.3 População de estudo, instrumentos de pesquisa e coleta de dados

A população-alvo da pesquisa foi composta por pessoas adultas com 20 anos ou mais de idade. A seleção das pessoas dentro dos domicílios levou em conta a homogeneidade entre sexo e idade da amostra e, para a seleção dos indivíduos, foi utilizada a tabela de Kish. Foram entrevistados residentes em domicílios particulares permanentes e localizados em setores censitários urbanos nos municípios de Belo Horizonte e Betim, Minas Gerais, Brasil. É importante destacar que, quando terminadas as entrevistas, o entrevistador agradecia a colaboração e avisava que um reteste seria feito: isto é, um outro entrevistador iria entrar em contato (por telefone) ou faria uma nova visita e repetiria algumas perguntas do questionário ou as entrevistas poderiam ser feitas novamente por outro entrevistador. Esse procedimento era importante para verificar a qualidade das entrevistas já realizadas (SAUVI, 2014).

Foram entrevistadas 1.176 pessoas no município de Belo Horizonte e outras 1.129 pessoas no município de Betim, no período de 2014 e 2015, totalizando uma amostra de 2.309 participantes. Os entrevistadores receberam treinamento específico para a atividade de realização das entrevistas. Neste estudo, foram utilizados os dados referentes aos 1.176 participantes do município de Belo Horizonte.

Foi utilizada amostragem estratificada por conglomerados em vários estágios, da seguinte forma:

1. a primeira para eleger os setores censitários por meio da amostragem com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT) do número de domicílios no setor;
2. a segunda para eleger os domicílios por meio de sorteio aleatório; e
3. a terceira para eleger, no domicílio, a pessoa responsável pelas respostas ao questionário, levando em conta a homogeneidade entre sexo e idade. Para isso, foram utilizadas as tabelas de Kish. A amostra foi calculada com grau de confiança de 95%, margem de erro de 1,89%.

A ferramenta utilizada para a pesquisa SAUVI foi um questionário geral, organizado em blocos temáticos: condições sociodemográficas, saúde, trabalho, violência doméstica, violência no trânsito, violência institucional, violência comunitária e violência autoinfligida, sendo que o trabalho de campo foi precedido de extensa preparação e divulgação. A coleta de dados realizada pelos colaboradores da pesquisa foi armazenada de forma sigilosa em um banco de dados estatístico de porte dos membros da pesquisa (APÊNDICE A), sendo liberados apenas os dados efetivamente escolhidos e utilizados nesta dissertação, que estão destacados no referido apêndice (setas azuis).

A temática utilizada nesta pesquisa foi realizada por meio de análise de autoavaliação de saúde dos entrevistados, através da seguinte pergunta: Como o(a) senhor(a) avalia sua saúde, nos últimos dois meses? Essa pergunta permitia as respostas “muito boa”, “boa”, “regular”, “ruim” e “muito ruim”, tendo sido considerada autoavaliação de saúde insatisfatória (abaixo do ideal) as respostas muito ruim, ruim e regular e autoavaliação de saúde satisfatória (pelo menos ideal) as respostas boa e muito boa, conforme propôs Meireles *et al.* (2015).

As interfaces com fatores associados foram mensuradas através das questões do questionário. Em relação à violência, foram selecionadas as questões que continham o tipo de violência sofrida, o local onde a violência ocorreu e a ocorrência de algum problema violento relacionado ao trabalho (como humilhação, insulto e discriminação). Além disso, foram utilizadas partes das questões do inquérito SAUVI que incluíam informações sociodemográficas (sexo do entrevistado, faixa etária, renda familiar, escolaridade) e questões de cunho ocupacional (como ocupação dos entrevistados, suas características trabalhistas e fatores possivelmente interferentes no trabalho), de forma a se tentar compreender uma possível relação entre esses fatores.

4.4 Análise estatística

Inicialmente, foram realizadas extensas análises descritivas dos dados do SAUVI da população de Belo Horizonte – 1.176 entrevistados – com o intuito de conhecer o perfil desses indivíduos. Após o conhecimento geral da população, os respondentes foram separados em 10 blocos de ocupações, de acordo com critérios da Classificação

Brasileira de Ocupações (CBO), para identificação das ocupações no mercado de trabalho, para fins classificatórios e de uniformização. Essa classificação ocorreu de forma a tentar se reduzir a heterogeneidade das ocupações, que não se estendem às relações de trabalho (BRASIL, 2002). Além disso, alguns grupamentos com baixa prevalência tiveram que ser agrupados com outros, para não se estenderem à existência de mais de 10 blocos de ocupações. O objetivo foi conhecer as profissões exercidas pelos entrevistados e como elas estavam distribuídas na população.

Em seguida, foram realizadas análises de medidas descritivas Mínimo, Máximo, Mediana (Q_2), Quartis (Q_1 e Q_3), Média, Desvio-padrão (DP) e Intervalo de Confiança de 95% para a média, além das frequências absoluta (n) e relativa (%) como medidas para descrever os resultados das variáveis estudadas. Com o objetivo de se conhecer a independência da distribuição da autoavaliação de saúde em relação às variáveis independentes, foi utilizado o teste do qui-quadrado/teste exato de Fisher. Foi utilizada também a Análise de Regressão Logística Binária Univariada com o objetivo de avaliar se cada uma das variáveis independentes/preditoras de interesse (Variáveis independentes/preditoras – “fatores de risco”) influenciavam ou não, de forma independente, na resposta da variável desfecho de interesse. A Análise de Regressão Logística Univariada foi utilizada para calcular os valores da Razão das Chances (Odds Ratio \rightarrow O.R.) e seu respectivo intervalo de confiança (I.C.) de 95%. Todos os resultados da análise univariada foram considerados significativos para uma probabilidade de significância (p) inferior a 5% ($p < 0,05$), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

Em seguida, foi realizada a análise multivariada com o objetivo de se obter o modelo final explicativo para este estudo. Foi utilizada a regressão logística binária múltipla com o objetivo de identificar qual(is) a(s) variável(eis)/fator(es) influenciava(m)/explicava(m), de forma univariada ou conjunta, a ocorrência de um determinado evento de interesse, no caso deste estudo, “Autoavaliação de saúde” (insatisfatória ou satisfatória). Ressalta-se que, com esse modelo, foi possível identificar variáveis independentes (preditoras/fatores de risco) que influenciavam/explicavam o resultado da variável desfecho.

Nem todas as variáveis independentes associadas de forma univariada com a variável desfecho foram inseridas conjuntamente (ao mesmo tempo) no modelo inicial, quando da aplicação da análise de regressão logística múltipla, uma vez que existiam questões redundantes, ou seja, que estavam fortemente relacionadas entre si. Desta forma, o resultado indicaria um possível problema de multicolinearidade entre variáveis independentes na aplicação de uma análise multivariada, um efeito não desejável e problemático na modelagem da análise de regressão logística múltipla.

Durante a aplicação desta análise estatística, os fatores de risco (variáveis independentes) não significativos ($p \geq 0,05$) foram retirados do modelo inicial um a um, de acordo com o valor da probabilidade de significância (p), sendo retirados da mais alta probabilidade a mais baixa probabilidade não significativa até se chegar a um modelo final somente com as variáveis independentes estatisticamente significativas.

Os dados foram analisados no Statistical Package For The Social Sciences (SPSS®) for Windows® versão 20, com colaboração de um estatístico.

4.5 Produtos esperados e divulgação dos resultados

1. Dissertação de mestrado.
2. Publicação de um artigo científico.

4.6 Aspectos éticos

Este projeto de estudo, denominado “Autoavaliação de saúde e fatores associados – inquérito de base populacional (SAUVI) – Belo Horizonte – MG”, é um subprojeto da pesquisa intitulada “Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência” (SAUVI), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG). Projeto: CAAE – 02235212.2.0000.5149 (ANEXO A) e todos os aspectos éticos foram respeitados, segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das obrigações em pesquisas envolvendo seres humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) encontra-se no Apêndice B.

5 RESULTADOS

5.1 Perfil populacional: aspectos socioeconômicos dos respondentes do inquérito e autoavaliação de saúde global dos respondentes

O total de respondentes do inquérito referente a Belo Horizonte foi de 1.176 pessoas, sendo que 62% eram do sexo feminino. A maioria dos entrevistados tinham entre 46 e 60 anos (pouco mais de 30%), seguidos por 26 a 35 anos (pouco mais de 20%) e por 36 a 45 anos (pouco mais de 19%). Em relação à renda familiar, 2/5 dos respondentes (pouco mais de 40% da população) ganhava entre dois e cinco salários mínimos (salário mínimo em 2014, ano das entrevistas, era de R\$724,00) – sendo que em segundo lugar estavam os entrevistados que recebiam entre um e dois salários mínimos. Sobre a escolaridade dos entrevistados, pessoas que possuíam o ensino médio completo figuraram no primeiro lugar na pesquisa (28,7%), seguido por ensino fundamental incompleto até a 4ª série (18,8%) e ensino fundamental incompleto até a 8ª série (16,8%).¹ Somente 4,1% dos entrevistados tinham pós-graduação. Quase metade da população tinha emprego formal (46,2%), 16,2% trabalhava de forma informal e 7,7% das pessoas estavam desempregadas (Tabela 1). Do total de entrevistados, 23,3% (cerca de 1/4 da população) tiveram saúde autoavaliada considerada insatisfatória. O restante (76,7%) teve saúde autoavaliada considerada boa ou muito boa (Tabela 2).

¹ Para ter o ensino fundamental completo na época do estudo, era necessário finalizar a 8ª série.

TABELA 1 - Aspectos sociodemográficos, econômicos, ocupacionais e autoavaliação de saúde – Inquérito SAUVI – Belo Horizonte (MG), Brasil, 2014-2015

Variável	n	%
Sexo do entrevistado		
Masculino	447	38
Feminino	729	62
TOTAL	1.176	100
Faixa etária do entrevistado		
De 20 a 25 anos	131	11,2
De 26 a 35 anos	236	20,3
De 36 a 45 anos	225	19,3
De 46 a 60 anos	356	30,6
De 61 a 75 anos	145	12,5
Mais de 75 anos	71	6,1
TOTAL	1.164	100
* 12 casos sem informação		
Renda familiar (S.M. = R\$ 724,00)		
Até 1 S.M. (Até R\$ 724,00)	129	11
Mais de 1 a 2 S.M. (Mais de R\$ 724,00 até R\$ 1.448,00)	335	28,6
Mais de 2 a 5 S.M. (Mais de R\$ 1.448,00 até R\$ 3.620,00)	472	40,3
Mais de 5 a 10 S.M. (Mais de R\$ 3.620,00 até R\$ 7.240,00)	146	12,5
Mais de 10 a 20 S.M. (Mais de R\$ 7.240,00 até R\$ 14.480,00)	46	3,9
Mais de 20 S.M. (Mais de R\$ 14.480,00)	18	1,6
Ninguém possui Renda	25	2,1
TOTAL	1.171	100
*5 casos sem informação		
Escolaridade do entrevistado		
Nunca estudou	35	3
Nunca estudou, mas sabe ler e escrever	21	1,8
Alfabetização de jovens e adultos	19	1,6
Até a 4ª série do ensino fundamental	218	18,8
Até a 8ª série do ensino fundamental	195	16,8
Ensino médio completo	333	28,7
Ensino médio incompleto	89	7,7
Nível superior completo	128	11
Nível superior incompleto	75	6,5
Pós-graduação	48	4,1
TOTAL	1.161	100
*15 casos sem informação		

Continua

TABELA 1 - Aspectos sociodemográficos, econômicos, ocupacionais e autoavaliação de saúde – Inquérito SAUVI – Belo Horizonte (MG), Brasil, 2014-2015

Variável	Continuação	
	n	%
Ocupação do entrevistado		
Trabalho formal	535	46,2
Trabalho informal	190	16,4
Aposentado por invalidez	42	3,6
Aposentado por tempo de serviço	128	11,1
Aposentado, mas trabalhando	13	1,1
Desempregado	89	7,7
Trabalho familiar	98	8,5
Benefício social	34	2,9
Procurou emprego nos últimos 30 dias	1	0,1
Estudante	27	2,3
TOTAL	1157	100
* 19 casos sem informação		
Como o(a) Sr.(a) avalia sua saúde, nos últimos 02 meses?		
Muito ruim	17	1,4
Ruim	40	3,4
Regular	245	20,8
Boa	604	51,4
Muito boa	270	23
TOTAL	1.176	100

Fonte: Dados da pesquisa.

5.2 Ocupação dos respondentes

Cerca de 1/4 dos respondentes eram profissionais de limpeza pública e privada, do lar, artesanato, copeira, trabalhadores manuais, manicure, garçom, depiladora, saladeira, salgadeira, trabalhadores rurais, costureira e babá (25%), apresentando 28,7% de autoavaliação de saúde insatisfatória. Quinze por cento eram aposentados, pensionistas, reformados ou da reserva, com 40,3% de autoavaliação de saúde insatisfatória; seguidos por 11,3% de profissionais liberais (estes apresentaram 15,8% de autoavaliação de saúde abaixo do ideal). Trabalhadores da segurança pública e privada foram apenas 2,5% dos entrevistados. Os profissionais ligados ao comércio, apresentaram 25,6% de autoavaliação ruim de saúde (Tabela 2).

TABELA 2 – Autoavaliação de saúde segundo grupos de ocupações, Inquérito SAUVI – Belo Horizonte (MG), Brasil, 2014-2015

Variáveis	Autoavaliação de saúde					
	Insatisfatória		Satisfatória		n	%
	n	%	n	%		
Profissão do entrevistado						
Não informado e outros (afastado, desempregado, estagiário, estudante (exceto estudante da área da saúde), monitor, vive de aluguel, técnico em meio ambiente, operador de telemarketing)	29	22	103	78	132	11,2
Profissional de saúde, estudante da área da saúde e cuidador de idosos	12	23,1	40	76,9	52	4,4
Profissional liberal (advogado, engenheiro, contador, artista plástico, petroleiro, pintor, autônomo, churrasqueiro, eletricitista e outros)	21	15,8	112	84,2	133	11,3
Administrativo (todos os serviços administrativos, ascensorista, correios e outros)	11	17,7	51	82,3	62	5,3
Segurança pública e privada (militar, bombeiro, porteiro, vigia e outros)	6	20,7	23	79,3	29	2,5
Aposentado de qualquer área, pensionista, reformado, reserva e outros	71	40,3	105	59,7	176	15
Profissionais de limpeza pública e privada, do lar, artesão, copeira, trabalhadores manuais, manicure, garçom, depiladora, saladeira, salgadeira, trabalhadores rurais, costureira, babá e outros	87	28,7	216	71,3	303	25,8
Profissionais ligados a comércio em geral (açougue, padaria, supermercado, lojas, vendas e outros)	32	25,6	93	74,4	125	10,6
Transporte e construção civil (motoqueiro, motoboy, motorista, caminhoneiro, frentista, taxista, aux. de carga e descarga, técnico em segurança do trabalho, pedreiro, carpinteiro e outros)	23	21,5	84	78,5	107	9,1
Servidor público, pesquisador, professor de qualquer nível de ensino, cargos escolares (coordenador de sala de aula, supervisor de escola e outros)	10	17,5	47	82,5	57	4,8
GERAL	302	23,3	874	76,7	1176	100

Fonte: Dados da pesquisa.

5.3 A questão trabalhista dos respondentes

Dos 1.176 entrevistados, 763 trabalharam no último ano da entrevista, o que representou 65,2% do total de respondentes, 57,5% trabalhavam no momento da entrevista (673 pessoas). Das pessoas que não tiveram trabalho remunerado no

último ano, quase 1/3 dos respondentes relatou ser por se dedicar a afazeres domésticos e cerca de 39% não trabalharam porque eram aposentados. Das 673 pessoas que trabalhavam no momento da entrevista, 81,1% começaram a trabalhar com idade até 18 anos, sendo que 209 (32,9%) iniciaram até os 14 anos. Mais de 1/4 dessas pessoas (25,9%) trabalhava mais de 44 horas semanais; também mais de 1/4 (25,9%) realizava trabalho noturno pelo menos uma vez por semana e 38,6% realizaram mais de duas horas extras de trabalho no último ano. É de se ressaltar que cerca de 11% procuravam emprego no momento da pesquisa (Tabela 3).

TABELA 3 – Aspectos de trabalho – Inquérito SAUVI – Belo Horizonte (MG), Brasil, 2014 – 2015

Variável	n	%
O(a) S.r(a) trabalhou nos últimos 12 meses?		
Sim	763	65,2
Não	407	34,8
TOTAL	1.170	100
*6 casos sem informação		
Atualmente, o(a) S.r(a) trabalha?		
Sim	673	57,5
Não	497	42,5
TOTAL	1.170	100
*6 casos sem informação		
Nos últimos 12 meses, qual a principal razão de o(a) S.r(a) não ter trabalhado? (Somente p/ quem não trabalhou nos últimos 12 meses)		
Dona de casa / cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos	84	32,1
Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho	28	10,7
Estudos/treinamento	18	6,9
Aposentado por tempo de trabalho/idade	75	28,6
Aposentado por doença/invalidez	26	9,9
Afastado por problema de saúde	8	3
Outra	23	8,8
TOTAL	262	100
*145 casos sem informação		
Com que idade o (a) S.r(a) começou a trabalhar? (Somente para quem trabalha atualmente)		
De 6 a 9 anos	38	6
De 10 a 14 anos	171	26,9
De 15 a 18 anos	306	48,2
De 19 a 25 anos	110	17,3
Mais de 25 anos	10	1,6
TOTAL	635	100
*38 casos sem informação		

Continua

TABELA 3 – Aspectos de trabalho – Inquérito SAUVI – Belo Horizonte (MG), Brasil, 2014 – 2015

Variável	Continuação	
	n	%
Considerando todos os seus trabalhos, quantas horas o (a) S.r(a) trabalha por semana? (Somente para quem trabalha atualmente)		
Até 20 horas semanais	65	9,9
21 a 30 horas semanais	82	12,4
31 a 40 horas semanais	173	26,3
41 a 44 horas semanais	168	25,5
Mais de 44 horas semanais	171	25,9
TOTAL	659	100
*14 casos sem informação		
Com que frequência o(a) S.r(a) trabalha em horário noturno (após 22:00 ou antes das 05:00) em algum dos seus trabalhos? (Somente para quem trabalha atualmente)		
Nunca	438	74,1
1 vez por semana	43	7,3
2 a 3 vezes por semana	54	9,1
4 ou mais vezes por semana	56	9,5
TOTAL	591	100
*82 casos sem informação		
Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) S.r(a) trabalhou mais de duas horas extras em um mesmo dia? (Somente para quem trabalha atualmente)		
Nenhuma	407	61,4
1 vez	67	10,1
De 2 a 10 vezes por mês	123	18,6
Diariamente	66	10
TOTAL	663	100
*10 casos sem informação		

Fonte: Dados da pesquisa.

5.4 Global de violência e violência no trabalho

Dos 1.176 entrevistados da pesquisa, 1.166 (99%) responderam se já haviam sofrido ou não algum tipo de violência (ou se algum outro residente da casa havia sofrido

violência nos últimos 12 meses). Dessas respostas, predominaram a violência verbal (15,4%), seguida da moral ou psicológica (10,3%), sofrida pelo entrevistado ou alguém que residia com o entrevistado, nos 12 últimos meses anteriores à pesquisa. Cerca de 22% das pessoas que sofreram algum tipo de violência nos últimos 12 meses tinham experimentado o evento no trabalho, o que corresponde a 26,1%. Ainda assim, esse número foi de somente 59 pessoas entre as pessoas que relataram ter sofrido violência no trabalho. Outras 118 pessoas – entre entrevistados e pessoas que moravam com os entrevistados – haviam sofrido humilhação, insulto ou discriminação no ambiente de trabalho (10%); 11,8% tiveram alteração na função durante o período, atuando em função diferente daquela do contrato (Tabela 4).

TABELA 4 - Aspectos de violência e violência no trabalho – Inquérito SAUVI – Belo Horizonte (MG), Brasil, 2014 – 2015

Variável	n	%
O S.r ou alguém que reside ou residia na casa já foi ameaçado ou sofreu alguma das violências abaixo, nos últimos 12 meses?		
Física	109	9,3
Verbal	179	15,4
Moral ou Psicológica	120	10,3
Sexual	15	1,3
Discriminação por racismo	22	1,9
Falta de acesso a direitos sociais	39	3,3
Falta dos cuidados necessários	22	1,9
TOTAL	1166	100
*10 casos sem informação.		
Nota: há casos em que mais de um tipo de violência ocorreu com uma mesma pessoa. O total de respostas dessa questão foi 1166, mas constam apenas as respostas das pessoas que sofreram algum tipo de violência: 506 respostas. A porcentagem foi calculada sobre o total geral de respostas: 1166.		
Sofreu pelo ao menos um tipo de violência citado acima, nos últimos 12 meses?		
Sim	254	21,8
Não	912	78,2
TOTAL	1.166	100
*10 casos sem informação		

Continua

TABELA 4 - Aspectos de violência e violência no trabalho – Inquérito SAUVI – Belo Horizonte (MG), Brasil, 2014 – 2015

Variável	Continuação	
	n	%
Quantos tipos de violência, nos últimos 12 meses?		
Nenhuma	912	78,2
1	118	10,1
2	69	5,9
3	44	3,8
4	10	0,9
5	4	0,3
6	5	0,5
7	4	0,3
TOTAL	1.166	100
*10 casos sem informação		
Em que local essa(s) violência(s) ocorreu(ram)? (Somente para quem sofreu pelo menos um tipo de violência)		
No domicílio	82	36,3
No trabalho	59	26,1
Em estabelecimento público (saúde, educação, delegacia)	42	18,6
Na rua	86	38,1
No clube, em praça de esporte, academia	11	4,9
No bar ou similar	9	4
Outros	14	6,2
TOTAL	303	100
*28 casos sem informação. Nota: há casos em que a violência ocorreu em mais de um local, com uma mesma pessoa.		
Nos últimos 12 meses, o (a) S.r(a) ou alguém que mora com o (a) S.r(a) viveu algum dos problemas abaixo no trabalho?		
Foi humilhado, insultado ou discriminado	118	10
Exerceu função diferente daquela do contrato	139	11,8
Demissão sem justa causa	69	5,9
Salário inferior dos colegas da mesma função	81	6,9
TOTAL	992	100
*184 casos sem informação. Nota: Há casos em que houve mais de um problema no trabalho com uma mesma pessoa.		

Fonte: Dados da pesquisa.

5.5 Análise univariada

Na análise univariada, algumas variáveis independentes tiveram associação estatisticamente significativa com a autoavaliação de saúde. Destaca-se a autoavaliação de saúde abaixo do ideal, principalmente de quem não trabalhou nos últimos 12 meses anteriores à entrevista (não estar trabalhando chega a piorar a

autoavaliação de saúde em cerca de duas vezes e, quando se avalia o número de horas trabalhadas, aparece com piora de até 3,5 vezes). Essa direção se confirma ainda mais quando se avalia trabalhar em horário noturno e o número de horas-extras trabalhadas, com piora de cerca de duas vezes para aqueles que não trabalham.

Outras variáveis também podem ser destacadas. Ser do sexo feminino piorou a autoavaliação de saúde em cerca de 40%. A idade é outro fator a ser considerado, pois existe um gradiente de piora da autoavaliação de saúde à medida que a idade do entrevistado avança, chegando a ser quatro vezes superior para os indivíduos com mais de 75 anos de idade. A renda familiar tem fortes indicativos de piora da autoavaliação de saúde, chegando a piorar até quase três vezes para indivíduos que recebem até dois salários mínimos (SM). O mesmo aconteceu com a escolaridade, visto que indivíduos sem instrução chegam a ter sua autoavaliação de saúde abaixo do ideal em até cinco vezes.

Destaque importante também ocorre com aqueles indivíduos que consideram sua qualidade de vida insatisfatória, figurando com mais de 14,9 vezes sua autoavaliação de saúde como abaixo do ideal em relação àqueles indivíduos que consideram sua qualidade de vida como satisfatória. As variáveis com a presença de algum tipo de violência também caminham na direção da piora da autoavaliação de saúde: sofrer humilhação ou insulto (70%), sofrer ameaças de algum tipo (40%), violência no domicílio (260%) (Tabela 5).

TABELA 5 – Razão de Chances - autoavaliação insatisfatória de saúde (univariada) de acordo com aspectos sociodemográficos, econômicos, trabalho e violência, inquérito SAUVI, Belo Horizonte (MG), Brasil, 2014-2015

Variáveis predictoras	Autoavaliação de saúde				Valor p	O.R.	IC _{95%} O.R.
	Insatisfatória		Satisfatória				
	n	%	n	%			
Sexo							
Masculino	96	21,5	351	78,5		1,0	
Feminino	206	28,3	523	71,7	0,01	1,4	1,1-1,9
TOTAL	302	25,7	874	74,3			
Faixa etária (anos)							
20 – 45	108	18,2	484	81,8		1,0	
46 – 75	156	31,1	345	68,9	<0,001	2,0	1,5-2,7
> 75 anos	34	47,9	37	52,1	<0,001	4,1	2,5-6,9
TOTAL	298	25,6	866	74,4			
Renda Familiar (S.M.)							
Acima de 5 S.M.	32	15,2	178	84,8		1,0	
De 2 a 5 S.M.	112	23,7	360	76,3	<0,01	1,7	1,1-2,7
Até 2 S.M.	151	32,5	313	67,5	<0,01	2,7	1,8-4,1
TOTAL	295	25,7	851	74,3			
Escolaridade							
Ensino Médio ou superior	97	16,6	487	83,7		1,0	
Até Ens. Médio inc.	183	33,8	359	66,2	<0,001	2,6	1,9-3,4
Nunca estudou	18	51,4	17	48,6	<0,001	5,3	2,6-10,7
TOTAL	298	25,7	863	74,3			
Atualmente, o(a) Sr.(a) trabalha?							
Sim	130	19,3	543	80,7		1,0	
Não	171	34,4	326	65,6	<0,001	2,2	1,7-2,9
TOTAL	301	25,7	869	74,3			
Considerando todos os seus trabalhos, quantas horas o (a) Sr.(a) trabalha por semana?							
De 31 a 44 horas	45	13,2	296	86,8		1,0	
> 44 horas	38	22,2	133	77,8	0,01	2,2	1,2-3,0
Até 30 horas	43	29,3	104	70,7	<0,01	2,7	1,7-4,4
Não trabalha	171	34,4	326	65,6	<0,01	3,5	2,4-5,0
TOTAL	297	25,7	859	74,3			
Nos últimos 12 meses, com que frequência o (a) Sr.(a) trabalhou mais de duas horas extras em um mesmo dia?							
Nenhum ou 1 vez/mês	91	19,2	383	80,8		1,0	
Não trabalha	171	34,4	326	65,6	<0,001	2,2	1,4-3,2
≥2 vezes/mês	37	19,6	152	80,4	0,911	1,0	0,6-1,5
Total	299	25,8	861	74,2			

Continua

TABELA 5 – Razão de Chances - autoavaliação insatisfatória de saúde (univariada) de acordo com aspectos sociodemográficos, econômicos, trabalho e violência, inquérito SAUVI, Belo Horizonte (MG), Brasil, 2014-2015

Continuação

Variáveis preditoras	Autoavaliação de saúde				Valor p	O.R.	IC _{95%}	O.R.
	Insatisfatória		Satisfatória					
	n	%	n	%				
Com que frequência o (a) Sr.(a) trabalha em horário noturno (após 22:00 ou antes das 05:00) em algum dos seus trabalhos?								
Nunca	80	18,3	358	81,7		1,0		
Não trabalha	171	34,4	326	65,6	<0,001	2,3	1,7-3,2	
≥ 1 vez/semana	29	19,0	124	81,0	0,850	1,1	0,7-1,7	
TOTAL	280	25,7	808	74,3				
Nos últimos 12 meses, o(a) S.r(a) ou alguém que mora c/ o S.r foi “humilhado, insultado ou discriminado” no trabalho?								
Não	194	22,2	680	77,8		1,0		
Sim	39	33,1	79	66,9	0,010	1,7	1,1-2,6	
TOTAL	233	23,5	759	76,5				
O(A) S.r(a) ou alguém da sua família tem um trabalho que exige cumprimento de metas?								
Não/não sei	200	24,7	610	75,3		1,0		
Sim	31	20,4	121	79,6	0,256	0,8	0,5-1,2	
TOTAL	231	24,0	731	76,0				
O S.r ou alguém que reside / residia na casa já foi ameaçado ou sofreu alguma das violências nos últimos 12 meses?								
Não	221	24,2	691	75,8		1,0		
Sim	79	31,1	175	68,9	0,027	1,4	1,1-1,9	
TOTAL	300	25,7	866	74,3				
Você sofreu violência no seu domicílio?								
Não	254	24,1	802	75,9		1,0		
Sim	37	45,1	45	54,9	<0,001	2,6	1,6-4,1	
TOTAL	291	25,6	847	74,4				
Você sofreu violência no seu trabalho?								
Não	277	25,7	802	84,3		1,0		
Sim	14	23,7	45	76,3	0,739	0,9	0,5-1,7	
TOTAL	291	25,6	847	74,4				
Você sofreu violência na rua?								
Não	267	25,4	785	74,6		1,0		
Sim	24	27,9	62	72,1	0,606	1,1	0,7-1,9	
Como o(a) S.r(a) avalia sua Qualidade de Vida nos últimos 2 meses?								
Satisfatória	123	13,4	796	86,6		1,0		
Insatisfatória	179	69,6	78	30,4	<0,001	14,9	10,7-20,6	
TOTAL	302	25,7	874	74,3				

Fonte: Dados da pesquisa.

5.6 Análise multivariada

A Tabela 6 revela o modelo multivariado final ajustado. As variáveis que permaneceram no modelo, após ajuste, foram: faixa etária, com gradiente importante, chegando a piorar a autoavaliação de saúde em cerca de 2,6 vezes para os indivíduos com mais de 75 anos de idade; renda familiar também com gradiente importante, chegando a redução de cerca de 2,2 vezes a autoavaliação de saúde na categoria inferior a dois SM; a variável escolaridade também caminhou nessa mesma direção, com gradiente importante, chegando a uma redução de 2,7 vezes para os indivíduos sem instrução. Já a variável horas que trabalha/semana teve um comportamento diferente, com piora de cerca de duas vezes para aqueles que trabalham mais de 44 horas semanais; no entanto, teve uma piora de 3,3 vezes para aqueles que trabalharam até 30 horas. Destaque importante se dá para o sofrimento de violência no domicílio, que piorou a informação de autoavaliação de saúde em cerca de 3,3 vezes (Tabela 6).

TABELA 6 - Distribuição qui-quadrado de Wald e Razão de Chances – autoavaliação insatisfatória de saúde – de acordo com aspectos sociodemográficos, econômicos e ocupacionais – Modelo Final - Inquérito SAUVI – Belo Horizonte (MG), Brasil, 2014 – 2015

Variáveis	Qui-quadrado			I.C. _{.95%} p/	
	β	(Wald)	p	O.R.	O.R.
Constante	-3,092	115,14	< 0,001	—	—
Faixa etária					
20 a 45 anos				1	
46 a 75 anos	0,543	10,552	0,001	1,72	(1,24-2,39)
> 75 anos	0,967	10,002	0,002	2,63	(1,44-4,79)
Renda familiar					
> 5 S.M.				1	
2 a 5 S.M.	0,631	6,084	0,014	1,88	(1,14-3,11)
< 2 S.M.	0,783	8,614	0,003	2,19	(1,30-3,69)
Escolaridade					
Médio ou +				1	
Até Médio incompleto	0,507	8,108	0,004	1,66	(1,17-2,35)
Nunca estudou	0,994	5,881	0,015	2,7	(1,21-6,04)
Horas trabalha/ semana?					
31 a 44 horas				1	
Não trabalha	0,875	16,76	< 0,001	2,4	(1,58-3,65)
Até 30 horas	1,159	19,379	< 0,001	3,19	(1,90-5,34)
> 44 horas	0,733	7,849	0,005	2,08	(1,25-3,48)
Você sofreu violência no seu domicílio?					
Não				1	
Sim	1,189	21,476	< 0,001	3,28	(1,99-5,43)

Fonte: Dados da pesquisa.

6 DISCUSSÃO

A prevalência de autoavaliação de saúde insatisfatória foi de 25% nessa população de 1.176 pessoas entrevistadas e 62% desses indivíduos eram do sexo feminino. A faixa etária predominante foi entre 46 e 60 anos, representando 30,6% dos entrevistados. A faixa de renda mais prevalente figurou entre dois e cinco salários mínimos (40,3% dos entrevistados), com ensino médio completo (28,7%) e praticamente metade da população com emprego formal (46,2%).

A faixa etária é um importante delimitador na autoavaliação de saúde do indivíduo. Estudo brasileiro de Belém *et al.* (2016) observou que, ao verificar a autoavaliação do estado de saúde por faixa etária, os grupos com idades mais avançadas apresentaram maiores proporções de autoavaliação da saúde insatisfatória. Uma revisão sistemática de estudos sobre autoavaliação de saúde entre idosos brasileiros (PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013) revelou que os achados de diversos estudos indicam elevada prevalência de autoavaliação negativa do estado de saúde em idosos, variando de 12,6 a 51,9%. O presente estudo está em conformidade com a literatura, mostrando inclusive um gradiente de piora da autoavaliação de saúde à medida que a faixa etária aumenta. Segundo Pagotto, Bachion e Silveira (2013), essa autoavaliação de saúde insatisfatória tem forte relação com a percepção do aumento das comorbidades e das incapacidades funcionais e com fatores socioeconômicos, como a baixa classe econômica e a baixa renda domiciliar mensal, o que está de acordo com os resultados deste estudo.

A baixa renda dos idosos atua de forma negativa no comportamento saudável, no ambiente domiciliar e no acesso aos diversos serviços de saúde, mesmo quando eles são disponibilizados adequadamente (TRAVASSOS; VIACAVA; LAGUARDIA, 2008). Os idosos mais pobres procuram menos os serviços de saúde, têm menor acesso aos medicamentos e possuem baixa adesão aos tratamentos propostos, o que tem impacto direto nas condições de saúde do indivíduo, estando a autoavaliação do estado de saúde melhor conforme o aumento das condições socioeconômicas e o nível de informação das pessoas (LIMA-COSTA *et al.*, 2003). Desse modo, a piora da autoavaliação de saúde com o avançar da idade foi consistentemente observada em diversos estudos e também está relacionada a fatores socioeconômicos (DACHS;

SANTOS, 2006; DESALVO *et al.*, 2009; MCFADDEN *et al.*, 2008), o que converge com os resultados deste estudo.

O rendimento familiar *per capita* é um indicador de acesso a bens essenciais, sobretudo em situação de insuficiência ou ausência de políticas sociais que garantam transporte, moradia e atendimento à saúde de forma adequada e de qualidade à população (IBGE, 2009). Por isso, em diversos estudos brasileiros, como o de Antunes *et al.* (2018) e o de Pavão, Werneck e Campos (2013), a autoavaliação de saúde tende a ser insatisfatória em populações com renda familiar mais baixa. Segundo Pavão, Werneck e Campos (2013), para cada incremento na faixa de renda, observou-se uma redução na chance de relatar autoavaliação de saúde insatisfatória, o que também converge com os resultados desta pesquisa. No presente estudo, essa associação mostra piora da autoavaliação à medida que a renda diminui.

A forte associação da autoavaliação da saúde com o nível de escolaridade também é uma constatação muito frequente na literatura (ALVES; RODRIGUES, 2005; LIMA-COSTA *et al.*, 2011; ROCHA, 2010; SOUSA; SILVER, 2008). Estudo de coorte mineiro realizado em Bambuí-MG revelou que, em idosos de três grupos distintos de escolaridade, o nível de escolaridade esteve inversamente associado à autoavaliação de saúde insatisfatória, ou seja, quanto mais alta a escolaridade, menor era a insatisfação com a saúde. A escolaridade foi então um forte mediador entre a condição socioeconômica e a autoavaliação de saúde. Certamente, isso está associado ao fato de indivíduos com maiores níveis de renda e escolaridade apresentarem maior facilidade de acesso a bens e serviços de saúde que lhes asseguram melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, melhor estado de saúde (BELÉM *et al.*, 2016). Segundo Pavão, Werneck e Campos (2013), os indivíduos analfabetos apresentam chance aproximadamente 340% maior de se autoavaliarem com saúde insatisfatória do que os indivíduos que possuem nível superior, o que também apresenta congruência com os resultados deste estudo.

Estudo brasileiro de Cruz e Irffi (2019) observou que as diferentes formas de violência doméstica às quais a população está exposta podem acarretar uma diversidade de conseqüências para a integridade mental e física das pessoas. Essas intercorrências podem trazer implicações à qualidade de vida dos indivíduos que sofreram violência

doméstica, além de provocarem consequências para a sociedade como um todo. Assim, é possível que essas vítimas de violência tenham pior percepção do seu estado de saúde, comparativamente às outras que não sofreram violência. Como a saúde de um indivíduo depende de sua condição física, social e mental, é bem provável que o bem-estar desses indivíduos que sofreram algum tipo de violência doméstica seja inferior ao daqueles não acometidos pelo mesmo problema. Outro estudo brasileiro, de Andrade, Azeredo e Peres (2020), mostra que a associação entre violência familiar e autoavaliação de saúde negativa apresentou grande magnitude, o que acende o alerta sobre a gravidade deste problema. Silva e Dell’Aglia (2016) também investigaram os efeitos da exposição à violência familiar e extrafamiliar no bem-estar das pessoas e também constatou associação negativa e significativa entre autoavaliação de saúde e exposição à violência doméstica, indicando inclusive que o acúmulo de experiências de violência tem relação com autoavaliação insatisfatória de saúde.

Aspectos de trabalho também importam na forma como o indivíduo avalia sua condição de saúde. Embora apenas o número de horas trabalhadas por semana tenha apresentado associação com a autoavaliação de saúde no modelo final, estar trabalhando ou não, trabalhar em horário noturno e fazer horas-extras estiveram independentemente associados à piora da autoavaliação de saúde na análise univariada, mostrando a importância do trabalho como qualificador dessa autoavaliação. Estudos chineses, como o de Tian *et al.* (2020), revelaram que trabalhar mais de 50 horas por semana foi fator independente associado à piora da autoavaliação de saúde, pela menor probabilidade de satisfação dos trabalhadores com suas carreiras. Outro estudo chinês também observou que um número elevado de horas trabalhadas por semana foi associado negativamente à autoavaliação de saúde e satisfação no trabalho (ZHOU *et al.*, 2019). Nesta pesquisa, trabalhar acima de 44 horas semanais teve influência negativa na autoavaliação de saúde, embora em intensidade menor do que aqueles que trabalham até 30 horas.

O estudo presente, por considerar uma população brasileira, suscita recuperar a ideia do número insuficiente de horas trabalhadas pela população trabalhadora nacional subutilizada. O mercado de trabalho brasileiro vive uma crise sem igual que já estava ruim na primeira década do século atual, piorou com a crise de 2014 e 2016 e entrou em colapso com a pandemia do SarS-CoV-19. Enquanto cresce a população total e a

população em idade de trabalhar, a população ocupada tem diminuído, mostrando alto índice de pessoas subocupadas por insuficiência de horas trabalhadas, sendo esse desperdício da força de trabalho preocupante para o futuro do país e um provável provocador de dificuldades e ansiedades na população trabalhadora (ALVES, 2020; IBGE, 2021), possivelmente influenciando sua autoavaliação de saúde.

Também em relação ao trabalho, Barros *et al.* (2009) observaram que uma percepção insatisfatória do estado de saúde ocorre entre aqueles que estão sem atividade ocupacional, estando a situação de desemprego associada à maior prevalência de autoavaliação ruim de saúde. Estudo de Lindstrom (2005) sobre autopercepção de saúde também concluiu que, embora alguns fatores psicossociais do trabalho estejam, muitas vezes, associados a níveis elevados de transtornos de saúde e autoavaliação de saúde insatisfatória, estar desempregado e ter problemas financeiros foi um fator preditor ainda mais forte para insatisfação com a saúde.

Apesar de este projeto de pesquisa ter iniciado em 2019 e finalizado em 2021, os dados são referentes ao SAUVI, colhidos em 2014-2015. Ou seja, o contexto histórico social brasileiro era diferente do atual. Diversos programas sociais foram desidratados a partir de 2016 e houve muitas restrições de recursos ao SUS, além de crescentes privatizações de empresas públicas. Esse desmantelamento da rede de proteção social e de alguns direitos fundamentais quebrou os pactos de solidariedade social e um ciclo de cidadania social (COHN, 2020), que foi agravado pela pandemia da covid-19, que também trouxe diversos transtornos sociais de forma abrupta.

6.1 Limitações e força do estudo

O estudo investigou uma população de 1.176 indivíduos, amostra substancial para o objeto investigado e os achados têm uma forte coerência com a literatura sobre o tema. Esta investigação apresenta limitações, pois o SAUVI foi desenhado com maior enfoque na avaliação das violências na população investigada, ou seja, o SAUVI foi executado para identificar as violências cotidianas e os meios como a comunidade lida com elas, embora esse não tenha sido o objetivo desta pesquisa, que tratou com maior enfoque o tema sobre autoavaliação de saúde (medida no inquérito) e fatores associados.

A discussão sobre os mecanismos que atuam na construção social e interferem na autoavaliação de saúde incluem o fator racial, uma vez que o Brasil é um país que ainda apresenta muitas marcas do período escravocrata e indiscutivelmente têm o fator raça associado à diversas questões sociais. O país ainda apresenta muitas marcas do racismo e discriminação que, muitas vezes, segrega os negros e pardos em detrimento dos brancos. Isso pode interferir e possivelmente influenciar na piora da autoavaliação de saúde das pessoas não brancas. Apesar da importância do tema, pelo desenho do projeto de pesquisa, não foi possível dissociar a autoavaliação de saúde dos indivíduos brancos dos não brancos, sendo este também um fator limitador.

Outro fator limitante está associado à classificação das profissões. No desenho inicial do SAUVI, qualquer ocupação descrita pelos indivíduos foi considerada como profissão. Apesar de, nesta pesquisa, ter-se mantido o mesmo padrão, nem todas as ocupações necessariamente são profissões: como exemplo temos estudantes, que muitas vezes não são apreciados como profissionais em alguns textos.

Além disso, apresenta limitações inerentes a estudos transversais, pois, embora tenham sido observadas associações entre autoavaliação de saúde e indicadores socioeconômicos e de violência doméstica, não é possível estabelecer uma relação direta de causalidade. Alguns fatores individuais, além de contexto social em que estão inseridos, podem ter interferido nos resultados.

Outra limitação é que o presente estudo avaliou exclusivamente a informação autorreferida e essa estratégia não é isenta de viés de memória. A natureza transversal do estudo não nos permite fazer inferências longitudinais sobre a direção das possíveis associações indicadas no estudo, apesar de existirem diversos estudos com uma quantidade considerável de associações que reforçam a hipótese de fatores como baixa renda, baixa escolaridade, idade avançada, violências em geral, principalmente a violência doméstica, estarem associados com autoavaliação de saúde insatisfatória. Apesar disso, ainda são necessários novos estudos nessa população, preferencialmente longitudinais, que possam trazer mais clareza nas informações aqui mostradas e destacadas, reforçando as possíveis relações e suas respectivas direções.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo demonstram que fatores associados à autoavaliação de saúde abaixo do ideal são semelhantes aos encontrados em diversas outras pesquisas. Isso demonstra a importância do aprofundamento científico nessa temática, para auxiliar diversos setores da sociedade no embasamento técnico para integrarem esforços em melhorias sociais, laborais e no combate às diversas formas de violência, principalmente para a população investigada no Inquérito SAUVI.

A implementação de um adequado processo de autoavaliação e estudos sobre autoavaliação do estado de saúde devem ser estimulados cada vez mais, por serem realizados de maneira fácil e econômica e por sua grande utilidade como preditor de eventos adversos em saúde. Obviamente, esses estudos transversais devem fazer conexão com outras produções científicas, inclusive as longitudinais, com o intuito de determinar fatores de risco que podem interferir negativamente na autoavaliação do estado de saúde.

Conclui-se que conhecer os fatores associados a como a população autoavalia sua saúde tem extrema relevância. Essas medidas permitem o desenho e a implementação de políticas de reversão ou minimização de agravos relacionados à saúde, em direção a uma perspectiva de maior grau de equidade de saúde para as populações investigadas.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. E. D. O desperdício da força de trabalho e a perda do bônus demográfico no Brasil. **Rev. Bras. Est. Pop.**, v. 37, p. 1-18, e0120, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/M6ZjNHVZRfdcbBwbs9tBkhy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 ago. 2021.

ALVES, L. C.; RODRIGUES, R. N. Determinantes da auto percepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 17, n. 5-6, p. 333-341, 2005.

ANDRADE, A. B.; AZEREDO, C. M.; PERES, M. F. T. Exposição à violência comunitária e familiar e autoavaliação de saúde na população brasileira. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 23, p. E200039, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/7mSDTDgg86nZGT8wPwQzxCc/?lang=pt>. Acesso em: 02 ago. 2021.

ANTUNES, J. L. F.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; DUARTE, Y. A.O.; LEBRÃO, M. L. 2018. Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 21, (Sup. 2), p. E180010, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/kSbbMyXP35VSq94WzR9CyLp/?lang=pt>. Acesso em: 02 ago. 2021.

ANTUNES, Ricardo. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho? **Serviço Social & Sociedade** [online], n. 107, p. 405-419, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-6282011000300002>. Acesso em: 13 ago. 2021.

ARONSSON, V.; TOIVANEN, S.; LEINEWEBER, C.; NYBERG, A. Can a poor psychosocial work environment and insufficient organizational resources explain the higher risk of ill-health and sickness absence in human service occupations? Evidence from a Swedish national cohort. **Scand. J. Public Health.**, v. 47, n. 3, p. 310-317, May 2019.

BANDA, C. K.; MAYERS, P.; DUMA, S. Violence against nurses in the southern region of Malawi. **Health SA Gesondheid** (Online), Cape Town, v. 21, n. 1, p. 415-421, 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-97362016000100045&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2020.

BARBOSA, R. E. C.; FONSECA, G. C.; AZEVEDO, D. S. S.; SIMÕES, M. R. L.; DUARTE, A. C. M.; ALCÂNTARA, M. A. Prevalência e fatores associados à autoavaliação negativa de saúde entre trabalhadores da rede municipal de saúde de Diamantina, Minas Gerais. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, e2019358, maio 2020. Disponível em:

http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000200019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 dez. 2021.

BARROS, M. B. A.; ZANCHETTA, L. M.; MOURA, E. C.; MALTA, D. C. Autoavaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, (Supl. 2), p. 27-37, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/VLrQr5MDVmL6c7TgrxFZT8z/>. Acesso em: 02 ago. 2021.

BELÉM, P. L. O.; MELO, R. L. P.; PEDRAZA, D. F.; MENEZES, T. N. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 265-276, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/DVX5FTzzZ8kkjhDHH5nkYpP/?lang=pt>. Acesso em: 02 ago. 2021.

BLAZER, D. G. How do you feel about? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. **Gerontologist**, v. 48, n. 4, p. 415-422, 2008.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Classificação brasileira de ocupações (CBO). Brasília, 2002. Disponível em:

<http://cbo.maisemprego.mte.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>. Acesso em: 07 set. 2021.

COHN, A. As políticas de abate social no Brasil contemporâneo. **Lua Nova**, São Paulo, v. 109, p. 129-160, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ln/a/Y3jzjrjsLPLS9QfRhnc3kvG/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2021.

COKER, A. L.; FOLLINGSTAD, D. R.; GARCIA, L. S.; BUSH, H. M. Intimate partner violence and women's cancer quality of life. **Cancer Causes Control**, v. 28, n. 1, p. 23-39, 2017.

CRUZ, M. S.; IRFFI, G. Qual o efeito da violência contra a mulher brasileira na autopercepção da saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2531-2542, 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2019.v24n7/2531-2542/>. Acesso em: 02 ago. 2021.

DACHS, J. N. W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 641-657, 2002.

DACHS, N. W.; SANTOS, A. P. R. Autoavaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, p. 887-894, 2006.

DESALVO, K. B.; JONES, T. M.; PEABODY, J.; MCDONALD, J.; FIHN, S.; FAN, V. *et al.* Health care expenditure prediction with a single item, self-rated health measure. **Med Care**, v. 47, p. 440-447, 2009.

ERDUR, B.; ERGIN, A.; YÜKSEL, A.; TÜRKÇÜER, İ.; AYRIK, C.; BOZ, B. Assessment of the relation of violence and burnout among physicians working in the emergency departments in Turkey. **Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.**, v. 21, n. 3 p.175-181, 2015.

FRANKS, P.; GOLD, M. R.; FISCELLA, K. Sociodemographics, self-rated health and mortality in US. **Soc. Sci. Med.**, v. 56, n. 12, p. 2505-2514, 2003.

HÖFELMANN, D. A.; BLANK, N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 41 n. 5, p.777-787, 2007.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência de Notícias. PNAD Contínua: taxa de desocupação é de 14,7% e taxa de subutilização é de 29,7% no trimestre encerrado em abril. **Agência IBGE**, Rio de Janeiro, 30 jun. 2021, Notícias. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/31049-pnad-continua-taxa-de-desocupacao-e-de-14-7-e-taxa-de-subutilizacao-e-de-29-7-no-trimestre-encerrado-em-abril>. Acesso em: 07 set. 2021.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009. (Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, 25).

IDLER, E. L.; BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **J. Health Soc. Behav.**, v. 38, n. 1, p. 21-37, 1997.

JYLNHÄ, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. **Soc. Sci. Med.**, v. 69, n. 3, p. 307-316, 2009.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. Socioeconomic position and health in a population of Brazilian elderly: the Bambuí health and aging study (BHAS). **Rev. Panam. Salud Publica**, v.13, n.6, p.387-394, 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; CESAR, C. C.; CHOR, D.; PROIETTI, F. A. Self-rated health compared with objectively measured health status as a tool for mortality risk screening in older adults: 10-Year follow-up of the Bambuí cohort study of aging. **Am. J. Epidemiol.**, v. 175, p. 228-235, 2012.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L.; CAMARGOS, V. P.; MACINKO, J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da pesquisa nacional por amostra de domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciê. Saúde Coletiva**, v.16, n. 9, p.3689-3696, 2011.

LINDSTRÖM, M. Psychosocial work conditions, unemployment and self-reported psychological health: a population-based study. **Occup Med.**, Oxford, v. 55, n. 7, p. 568-571, Oct. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16251376/>. Acesso em: 02 ago. 2021.

MALTA, D. C; LEAL, M. C; LIMA e COSTA, M. F; MORAIS NETO, O. L. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.11, (supl. 1), p.159-167, 2008.

McFADDEN, E.; LUBEN, R.; BINGHAM, S.; WAREHAM, N.; KINMONTH, A.; KHAW, K. Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22457 middle-aged men and women. **BMC Public Health**, v.8, p. 230, 2008.

MEIRELES, A. L.; XAVIER, C. C.; ANDRADE, A. C. S.; FRICHE, A. A. L.; PROIETTI, F. A.; CAIAFFA, W. T. Autoavaliação da saúde em adultos urbanos, percepção do ambiente físico e social e relato de comorbidades: estudo saúde em beagá. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, Supl., p. S1-S17, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TZ5xMB5YvhLPv9kw8xs5XmQ/?lang=pt#>. Acesso em: 01 ago. 2021.

MELO, D. M.; FALSARELLA, G. R.; NERI, A. L. Autoavaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade em idosos ambulatoriais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.17, n.3, p.471-484, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/dYj6V6XJm9fC8q76d7wYsPj/?lang=pt>. Acesso em: 05 set. 2021.
MENDONÇA, M. F. S.; LUDERMIR, A. B. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. 32, p. 1-8, 2017.

MOLARIUS, A.; JANSON, S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 55, p. 364-370, 2002.

MUNTANER, C.; BORRELL, C.; BENACH, J.; PASARÍN, M. I.; FERANDES, E. The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. **Int. J. Epidemiol.**, v. 32, n. 6, p. 950-958, 2003.

OGBUJI, C. Q. Violence against women. Impact on their reproductive health. **Trop. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 21, n. 1, p. 61-64, 2004.

PAGOTTO, V.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, E. A. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 33, n. 4, p. 302-310, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v33n4/302-310/>. Acesso em: 01 ago. 2021.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 723-734, abr. 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2013.v29n4/723-734/>. Acesso em: 02 ago. 2021.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara KOOGAN, 2013.

PETARLI, G. B.; SALAROLI, L.B.; BISSOLI, N. S.; ZANDONADI, E. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados: um estudo em trabalhadores bancários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 787-799, abr., 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TKvTxRZBqbtmVL9m6nkQmxz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2021.

ROCHA, S. V. Condição de saúde auto-referida e autonomia funcional entre idosos do Nordeste do Brasil. **Rev. APS**, v. 13, n. 2, p. 170-174, 2010.

SANTOS, S. M.; CHOR, D.; WERNECK, G. L.; COUTINHO, E. S. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2533-2554, 2007.

SAUVI. **Saúde e violência**. Subsídios para formulação de políticas públicas de promoção de saúde e prevenção da violência. Belo Horizonte: FMUFG, 2014.

SILVA, L. S.; BARRETO, S. M. Condições estressantes no trabalho e pior auto avaliação de saúde entre bancários. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p.407-416, 2012.

SILVA, D. G.; DELL'AGLIO, D. D. Exposure to domestic and community violence and subjective well-being in adolescents. **Paidéia**, v. 26, n. 65, p. 299-305, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/mCqkX8CjvZr8xg wCTT6BwCR/?lang=en>. Acesso em: 02 ago. 2021.

SILVA, M. F. *et al.* Morbidades e associações com autoavaliação de saúde e capacidade funcional em idosos. **Rev. Bras. Geriat. Gerontol.**, v. 23, n. 5, p. e200311, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/yPHCMhwwq4xJk86pXLDZPYyM/?format=pdf>. Acesso em 05 set. 2021.

SILVA, R. A. R.; SAKON, P. O. R. Auto percepção do estado de saúde de hipertensos. **Rev. Enferm. UFPE [on line]**, v. 12, n. 7, p. 1826-1834, jul., 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231768>. Acesso em: 05 set. 2021.

SMITH-MENEZES, A.; DUARTE, M. F.S. Fatores associados à saúde positiva autorreferida em jovens ativos na Região Nordeste, Brasil. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 19, p. 8-11, 2013.

SOUSA, A. I.; SILVER, L. D. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 706-716, 2008.

SOUSA, J. L.; ALENCAR, G. P.; ANTUNES, J. L. F.; SILVA, Z. P. Marcadores de desigualdade na autoavaliação da saúde de adultos no Brasil, segundo o sexo. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. e00230318, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3RRpDG7tNW4SKZF9sm7cvdJ/?lang=pt>. Acesso em: 05/09/2021.

SZWARCWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B.; ESTEVES, M. A. P.; DAMACENA, G. N.; VIACAVAL, F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, Sup. 1, p. S54-64, 2005.

TERZONI, S.; FERRARA, P.; CORNELLI, R.; RICCI, C.; OGGIONI, C.; DESTREBECQ, A. Violence and unsafely in a major Italian hospital: experience and perceptions of health care workers. **Med. Lav.**, v.106, n.6, p.403-411, nov. 2015.

TIAN, Y.; YUE, Y.; WANG, J.; LUO, T.; LI, Y.; ZHOU, J. Workplace violence against hospital healthcare workers in China: a national WeChat-based survey. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, p. 582, abr. 2020.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; LAGUARDIA, J. Os suplementos saúde na pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD) no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 11, sup. 1, p. 98-112, 2008.

ZACK, M. M. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Health-related quality of life - United States, 2006 and 2010. **MMWR Surveill Summ**, v. 62, (Sup. 3), p.105-111, 2013.

ZHOU, H.; JIANG, F.; RAKOFSKY, J.; HU, L.; LIU, T.; WU, S.; LIU, H.; LIU, Y.; TANG, Y. L. Job satisfaction and associated factors among psychiatric nurses in tertiary psychiatric hospitals: Results from a nationwide cross-sectional study. **J. Adv. Nurs.**, v. 75, n. 12, p. 3619-3630, Dec. 2019.

APÊNDICE A – Questionário do Inquérito Saúde e Violência

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

INFORMAÇÕES GERAIS			
1. Nome:			
2. Município:			
3. Estado			
4. Setor censitário:			
5. Endereço completo (Rua, Avenida, Alameda, Estrada, Rodovia, Número e complemento)			
6. Telefone de contato:			
7. Número de contatos feito com o morador, para marcar a entrevista:			
Tipo de contato feitos com o responsável pelo domicílio			
8. Telefone	()1. Sim	()2. Não	
9. Por intermédio da Saúde da Família	()1. Sim	()2. Não	
10. Por intermédio de lideranças comunitárias	()1. Sim	()2. Não	
11. Ida ao domicílio com retomo para entrevista	()1. Sim	()2. Não	
12. Outro	()1. Sim	()2. Não	
13. Adolescentes moram na casa?	()1. Sim	()2. Não	
14. Se sim, quantos? _____	(888.NSA		
15. Adolescentes responderam ao questionário?	()1. Sim	()2. Não	()888.NSA
16. Motivo de não participação do adolescente			
()1. Responsável não permitiu			
()2. Estava ausente			
()3. Recusou-se a participar			
()888.NSA			
17. Estado Civil			
()1. Casado			
()2. Solteiro			
()3. Viúvo			
()4. União estável (amasiado, amigado)			
()5. Separado / divorciado			
18. Cor ou raça:			
()1. Branca			
()2. Preta			
()3. Amarela			
()4. Parda			
()5. Indígena			

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

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

CRIANÇA	
38. Aqui, na sua casa, tem crianças? (Idade: até 9 anos, 11 meses e 29 dias) () 1. Sim () 2. Não	
ATENÇÃO: Se a resposta for não, pule para a questão 108. Considere apenas criança viva	
39. Quantas crianças? _____ () 888. NSA	
40. Alguma criança desta família mora em outra casa? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
ATENÇÃO: para as perguntas 41, 42, 43 e 44, considere crianças que tenham até 2 anos de idade. Se houver mais de uma, escolha a mais velha entre as que têm até dois anos.	
41. Quanto tempo após o nascimento ela consultou com profissional de saúde? (desconsiderar maternidade) ____ dias ____ meses ____ anos () 1. Não sei () 888. NSA	
Se não houver crianças até dois anos, pule para a questão 45	
42. O (a) Sr.(a) recebeu a caderneta de acompanhamento da criança? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
43. Esta criança é levada para as consultas de acompanhamento conforme estabelecido pela caderneta da criança? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
44. A vacinação desta criança está em dia, conforme o calendário vacinal para a idade? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
45. Considerando a criança mais nova em idade escolar (4 a 10 anos), que idade ela tinha quando foi matriculada pela primeira vez em uma instituição de ensino? _____ anos	
ATENÇÃO: Para esta questão (questão 45), se houver mais de uma criança, considere a mais nova, em idade escolar.	
ATENÇÃO: para todas as demais perguntas, considere todas as crianças da casa.	
46. Considerando todas as crianças da casa: nos últimos 12 meses, alguma delas já precisou ser internada? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
47. Por qual motivo esta internação ocorreu? (Se houver mais de uma, considerar a última) () 1. Acidente ou lesão () 2. Tratamento clínico () 3. Tratamento cirúrgico () 4. Exame médico () 5. Problema de saúde mental () 6. Outro problema () 7. Não sei () 888. NSA	
48. Nos últimos 12 meses, alguma criança da sua casa foi ao dentista? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
49. Por qual motivo? (Considere a última vez que uma criança foi ao dentista) () 1. Prevenção/controle () 2. Tratamento dentário () 3. Dor () 4. Acidente () 5. Não foi ao dentista () 6. Não sei () 888. NSA	

50. Nos últimos 12 meses, alguma criança da sua casa parou de estudar?		
() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA		
51. Por qual motivo ela deixou de ir à escola? (Se houver mais de uma criança, considere a que deixou a escola por último)		
() 1. Violência em casa	() 9. Pais não levaram	
() 2. Violência no bairro	() 10. Para ajudar em casa	
() 3. Violência na escola	() 11. Não gosta da escola	
() 4. Acidente	() 12. Outros	
() 5. Mudança de endereço	() 13. Não deixou de ir à escola	
() 6. Precisou trabalhar	() 14. Não sei	
() 7. Distância	() 888.NSA	
() 8. Doença		
Como os membros da família, que residem na casa, corrigem as crianças?		
52. Com conversa, orientação, negociação	() 1.sim () 2.Não () 888NSA	
53. Param de conversar	() 1.sim () 2.Não () 888NSA	
54. Gritam	() 1.sim () 2.Não () 888NSA	
55. Tomam objetos pessoais ou cortam a mesada	() 1.sim () 2.Não () 888NSA	
56. Trancam no quarto, colocam em um canto	() 1.sim () 2.Não () 888NSA	
57. Usam medidas humilhantes/constrangedoras	() 1.sim () 2.Não () 888NSA	
58. Batem com a mão, beliscam, puxam a orelha	() 1.sim () 2.Não () 888NSA	
59. Batem com objeto (vara, chinelo, chicote, etc)	() 1.sim () 2.Não () 888NSA	
60. Ferem com objeto (cigarro, estilete, faca, fogo, etc)	() 1.sim () 2.Não () 888NSA	
61. Amarram	() 1.sim () 2.Não () 888NSA	
62. Outra coisa	() 1.sim () 2.Não () 888NSA	
Nos últimos 12 meses, alguma criança dessa casa presenciou cenas violentas, como:		
63. Agressão física, por força corporal/espancamento	() 1.sim () 2.Não	
64. Agressão com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)	() 1.sim () 2.Não	
65. Agressão com objeto cortante (faca, navalha, punhal, tesoura)	() 1.sim () 2.Não	
66. Agressão com objeto contundente (pau, cassetete, ferro, pedra)	() 1.sim () 2.Não	
67. Agressão com arremesso de substância/objeto	() 1.sim () 2.Não	
68. Envenenamento	() 1.sim () 2.Não	
69. Agressão Sexual	() 1.sim () 2.Não	
70. Agressão Psicológica (humilhar, xingar, gritar, ameaçar bater, ameaçar expulsar de casa)	() 1.sim () 2.Não	
71. Outras	() 1.sim () 2.Não	

Na sua casa, alguma criança já passou por alguma das situações descritas abaixo?:	Quem foi o agressor?
72. Sofreu xingos, ameaças	73. _____ () 888. NSA
74. Sofreu abuso sexual (ato em si, "bolinação")	75. _____ () 888. NSA
76. 85. Foi machucada por correção	77. _____ () 888. NSA
78. Foi ameaçada/ferida por arma de fogo	79. _____ () 888. NSA
80. Foi ameaçada/ferida por arma branca	81. _____ () 888. NSA
82. Perdeu à força objetos pessoais	83. _____ () 888. NSA
84. Teve a mesada cortada	85. _____ () 888. NSA
86. Ficou trancada no quarto/canto (mais de 1/2h)	87. _____ () 888. NSA
88. Sofreu humilhação ou constrangimento	89. _____ () 888. NSA
90. Apanhou com a mão (palmada)	91. _____ () 888. NSA
92. Apanhou/foi ferida com objeto	93. _____ () 888. NSA
94. Foi amarrada	95. _____ () 888. NSA
96. Foi cuidada por pessoas menores de 15 anos	
97. Ficou só em casa sem a presença de adulto	
98. Teve livre acesso a lugares altos ou à rua	
ATENÇÃO: Se a resposta for não para todas as questões de 72 a 98, pule para a questão 108	
99. Por causa dessa(s) agressão (s), a criança foi levada a algum serviço de saúde?	
() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
100. Por causa dessa(s) agressão (s), a criança precisou ficar internada por 24 horas ou mais?	
() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
Esta criança teve ou ficou com alguma seqüela e/ou incapacidade (problemas de saúde) decorrentes da agressão?	
101. Emocionais/Psicológicos (timidez, agressividade, depressão, ansiedade, pânico ou medo)	() 1. sim () 2. Não () 888. NSA
102. Física (lesão, deformidade, cicatrizes)	() 1. sim () 2. Não () 888. NSA
103. Cognitiva (baixo rendimento na escola, perda de memória)	() 1. sim () 2. Não () 888. NSA
104. Outros	() 1. sim () 2. Não () 888. NSA
105. Foi feita denúncia da agressão?	
() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
106. Alguma criança desta casa foi encaminhada para serviço de proteção à criança?	
() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
107. Se sim, para qual serviço a criança foi encaminhada?	
() 1. Delegacia de Polícia () 2. Conselho Tutelar da criança () 3. Promotoria da Criança () 4. Outros	
() 5. Não foi encaminhada () 6. Não sei () 888. NSA	
108. Na sua casa, alguma criança morreu?	
() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
Atenção: Se a resposta for não, pule para a questão 111	
109. Se alguma criança morreu, qual foi a causa?	
110. Se sim, qual idade a criança tinha?	() 888. NSA
(Se mais de uma criança morreu, considere a que morreu por último)	() 888. NSA

VIOLÊNCIA				
<p>O Sr.(a) ou alguém que reside ou residia na sua casa já foi ameaçado ou sofreu alguma das violências abaixo. Quem foi o agressor?</p>				
<p>nos últimos 12 meses?</p> <p>111. Física ()1.sim ()2.Não ()888NSA</p> <p>113. Verbal ()1.sim ()2.Não ()888NSA</p> <p>115. Moral ou Psicológica ()1.sim ()2.Não ()888NSA</p> <p>117. Sexual ()1.sim ()2.Não ()888NSA</p> <p>119. Discriminação por racismo ()1.sim ()2.Não ()888NSA</p> <p>121 Falta de acesso a direitos sociais ()1.sim ()2.Não ()888NSA</p> <p>123. Falta dos cuidados necessários ()1.sim ()2.Não ()888NSA</p>	<p>112. _____ ()888NSA</p> <p>114. _____ ()888NSA</p> <p>116. _____ ()888NSA</p> <p>118. _____ ()888NSA</p> <p>120. _____ ()888NSA</p> <p>122. _____ ()888NSA</p> <p>124. _____ ()888NSA</p>			
<p>ATENÇÃO: se as respostas das questões de 111 a 123 forem NÃO, pule para a questão 140</p>				
<p>Em que local essa(s) violência (s) ocorreu (ocorreram)?</p> <p>125. No domicílio ()1.sim ()2.Não ()888.NSA</p> <p>126. No trabalho ()1.sim ()2.Não ()888.NSA</p> <p>127. Em estabelecimento público (saúde, educação, delegacia) ()1.sim ()2.Não ()888.NSA</p> <p>128. Na rua ()1.sim ()2.Não ()888.NSA</p> <p>129. No clube, em praça de esporte, academia ()1.sim ()2.Não ()888.NSA</p> <p>130. No bar ou similar ()1.sim ()2.Não ()888.NSA</p> <p>131. Outros ()1.sim ()2.Não ()888.NSA</p>				
<p>Se o Sr(a) ou alguém de sua casa sofreu violência física, ela foi cometida com:</p> <p>132. Força corporal/espancamento (tapa, murro, beliscão, empurrão) ()1.sim ()2.Não ()888. NSA</p> <p>133. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola) ()1.sim ()2.Não ()888. NSA</p> <p>134. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado) ()1.sim ()2.Não ()888. NSA</p> <p>135. Objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra, outros) ()1.sim ()2.Não ()888. NSA</p> <p>136. Arremesso de substância/objeto quente ()1.sim ()2.Não ()888. NSA</p> <p>137. Lançamento de objetos ()1.sim ()2.Não ()888. NSA</p> <p>138. Envenenamento ()1.sim ()2.Não ()888. NSA</p> <p>139. Outra coisa ()1.sim ()2.Não ()888. NSA</p>				
<p>140. Alguém da sua casa/família já tentou suicídio? Quantas vezes?</p> <p>()1. Nenhuma vez ()2. Uma vez ()3. Duas ou três vezes/pessoas ()4. Mais de três vezes ()5. Não sei</p>				
<p>141. Alguém da sua casa já se suicidou?</p> <p>()1. Sim ()2. Não</p>				
<p>Se a resposta for não pule para a questão 143</p>				
<p>142. Se alguém da sua casa ou família já se suicidou, qual foi o meio utilizado?</p> <p>()1. Envenenamento/intoxicação ()5. Pulou de lugar elevado</p> <p>()2. Enforcamento ()6. Outro</p> <p>()3. Arma de fogo ()7. Prefiro não responder</p> <p>()4. Objeto perfuro cortante ()888. NSA</p>				

Questionário Individual

SAÚDE	
143. O Sr(a) tem uma religião que pratica regularmente? () 1. Sim () 2. Não	
Alguma vez o médico disse que o (a) Sr. (a) tem:	
144. Diabetes () 1. sim () 2. não	
145. Hipertensão Arterial (Pressão Alta) () 1. sim () 2. não	
146. Doença do Coração () 1. sim () 2. não	
147. Doenças respiratórias (Asma/enfizema pulmonar) () 1. sim () 2. não	
148. Câncer () 1. sim () 2. não	
149. Depressão () 1. sim () 2. não	
150. Ansiedade/outro problema psiquiátrico () 1. sim () 2. não	
151. Alzheimer/Demência () 1. sim () 2. não	
152. Parkinson () 1. sim () 2. não	
153. Acidente Vascular Cerebral – AVC (Derrame) () 1. sim () 2. não	
154. Colesterol alto () 1. sim () 2. não	
155. Reumatismo ou Artrite/Artrose () 1. sim () 2. não	
156. Doença Renal () 1. sim () 2. não	
157. Dor crônica no corpo (mais de 03 meses de duração) () 1. sim () 2. não	
158. Outro (s): _____ () 1. sim () 2. não	
159. O Sr(a) ou alguém da sua família é portador de alguma deficiência? () 1. Sim () 2. Não	
160. Se sim, qual?	
161. Em relação ao uso de cigarro, o (a) Sr.(a): () 1. Fuma () 2. É ex fumante () 3. Nunca fumou	
Se não fuma ou nunca fumou, pule para a questão 163	
162. Quantos cigarros o (a) Sr.(a) fuma por dia? _____ cigarros/dia () 888. NSA	
163. Quando foi a última vez que o (a) Sr.(a) foi ao dentista? () 1. Nos últimos 06 meses () 2. Nos últimos 12 meses () 3. Há 02 anos () 4. Há mais de 2 anos () 5. Nunca fui ao dentista	
164. Na última vez em que foi ao dentista qual foi o motivo? () 1. Revisão/limpeza () 2. Tratar cáries () 3. Dor () 4. Extrair dentes () 5. Próteses (dentadura, roth, pontes) () 6. Tratamentos estéticos () 7. Outros () 888. NSA	
O (a) Sr.(a) usa alguma das seguintes drogas?	
165. Maconha () 1. Sim () 2. Não	
166. Cocaína/heroína () 1. sim () 2. Não	
167. Crack () 1. sim () 2. Não	
168. LSD ou ácido (ecstasy) () 1. sim () 2. Não	
169. Chá de cogumelo () 1. sim () 2. Não	
170. Benzina, tinner, solvente ou cola () 1. sim () 2. Não	
171. Outra (s) () 1. sim () 2. Não	

<p>O (a) Sr.(a) usa algum dos medicamentos abaixo sem indicação terapêutica pelo seu médico?</p> <p>172.Calmante ()1. Sim ()2. Não</p> <p>173.Laxante ()1. sim ()2. Não</p> <p>174.Anabolizante (bomba) ()1. sim ()2. Não</p> <p>175.Remédio de pressão ()1. sim ()2. Não</p> <p>176.Remédio para emagrecer ()1. sim ()2. Não</p> <p>177.Outra (s) ()1. sim ()2. Não</p>	
<p>178.O (a) Sr.(a) tem alguma dificuldade para dormir ou fica muito tempo acordado a noite?</p> <p>()1. Sempre</p> <p>()2. Quase sempre</p> <p>()3. Raramente</p> <p>()4.. Nunca</p> <p>ATENÇÃO: Caso a resposta seja nunca, vá para a questão 181</p>	
<p>179. Esta dificuldade para dormir ocorre quantos dias por semana?</p> <p>()1. 1 dia/semana</p> <p>()2. De 2 a 3 dias/semana</p> <p>()3. Mais de 4 dias/semana</p> <p>()888. NSA</p>	
<p>180.Atualmente o (a) Sr.(a) toma algum remédio para dormir?</p> <p>()1. Sim ()2. Não ()888. NSA</p>	
<p>181.O (a) Sr.(a) ingere bebida alcoólica?</p> <p>()1. Sim ()2. Não ()3. Já bebi e não bebo mais</p> <p>ATENÇÃO: caso a resposta seja Não ou Não bebo mais, pule para a questão 192</p>	
<p>Que tipo de bebida o (a) Sr.(a) bebe?</p> <p>182.Fermentada (cerveja, vinho) ()1. Sim ()2. Não ()888 NSA</p> <p>183.Destilada (whisky, cachaça,etc.) ()1. sim ()2. Não ()888NSA</p> <p>184.Composta (licor) ()1. sim ()2. Não ()888NSA</p> <p>185.Outra (s) ()1. sim ()2. Não ()888 NSA</p>	
<p>186.Quantos dias por semana o sr(a) costuma tomar bebida alcoólica?</p> <p>_____ ()888. NSA</p>	
<p>187.Em geral, no dia em que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) sr(a) consome? (Considere: 1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja (350 ml), 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)</p> <p>_____ ()888.NSA</p>	
<p>188. O (a) Sr.(a) já pensou em largar a bebida?</p> <p>()1. Sim ()2. Não ()888. NSA</p>	
<p>189. O (a) Sr.(a) ficou aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber?</p> <p>()1. Sim ()2. Não ()888. NSA</p>	
<p>190. O (a) Sr.(a) sentiu-se mal ou culpado pelo fato de beber?</p> <p>()1. Sim ()2. Não ()888. NSA</p>	
<p>191. O(a) Sr.(a) bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca?</p> <p>()1. Sim ()2. Não ()888. NSA</p>	

<p>192. Quando o (a) Sr.(a) está doente ou precisando de atendimento de saúde, onde costuma ir primeiro?</p> <p>() 1. Farmácia</p> <p>() 2. Unidade básica de saúde do SUS (posto, centro de saúde ou PSF)</p> <p>() 3. Unidade de Pronto Atendimento Pública (UPA)</p> <p>() 4. Pronto-socorro ou emergência de hospital Público</p> <p>() 5. Consultório ou clínica</p> <p>() 6. Ambulatório ou consultório de empresa, sindicato ou cooperativa</p> <p>() 7. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado/convênio ou plano de saúde</p> <p>() 8. Outro serviço</p> <p>() 9. Não vai a lugar nenhum</p>	
<p>193. Quando foi a última vez que o (a) Sr.(a) procurou atendimento de algum médico ou profissional da saúde?</p> <p>() 1. Menos de 6 meses</p> <p>() 2. Entre 6 meses e 1 ano</p> <p>() 3. Entre 1 e 2 anos</p> <p>() 4. A mais de 2 anos</p>	
<p>194. Quantas consultas médicas o (a) Sr.(a) teve nos últimos 12 meses?</p> <p>() 1. Nenhuma</p> <p>() 2. Entre 1 e 2</p> <p>() 3. Entre 3 e 5</p> <p>() 4. Acima de 5</p>	
<p>195. O (a) Sr.(a) necessitou de Internação Hospitalar nos últimos 12 meses?</p> <p>() 1. Sim () 2. Não</p> <p>Se a resposta for não, pule para a pergunta 197</p>	
<p>196. Após a internação o (a) Sr.(a) apresentou algum tipo de incapacidade/sequela?</p> <p>() 1. Não</p> <p>() 2. Física ou neurológica</p> <p>() 3. Psicológica/emocional</p> <p>() 888. NSA</p>	
<p>→ 197. Como o(a) Sr.(a) avalia sua saúde, nos últimos 02 meses?</p> <p>() 1. Muito ruim</p> <p>() 2. Ruim</p> <p>() 3. Regular</p> <p>() 4. Boa</p> <p>() 5. Muito boa</p>	
<p>→ 198. Como o(a) Sr.(a) avalia sua qualidade de vida nos últimos 02 meses?</p> <p>() 1. Muito ruim</p> <p>() 2. Ruim</p> <p>() 3. Regular</p> <p>() 4. Boa</p> <p>() 5. Muito boa</p>	
<p>199. Quando o Sr. (a) apresenta algum problema de saúde, o Sr. (a):</p> <p>() 1. Procura imediatamente a unidade de saúde</p> <p>() 2. Espera para saber se vai melhorar</p> <p>() 3. Deixa a situação ficar mais grave para tomar alguma atitude</p> <p>() 4. Não toma atitude alguma</p> <p>() 5. Usa remédio por conta própria</p> <p>() 6. Outra ação. Qual? _____</p>	

Em sua opinião, o que pode dificultar sua procura pelo serviço de saúde, em caso de algum problema?		
200. Horário de funcionamento dos serviços de saúde	()1. Sim	()2. Não
201. Demora e/ou dificuldade de conseguir atendimento	()1. sim	()2. Não
202. Falta de tempo devido ao trabalho	()1. sim	()2. Não
203. Não gostar de falar de seus problemas	()1. sim	()2. Não
204. Achar que não é importante ou que vai sarar sozinho	()1. sim	()2. Não
205. A falta de qualidade do serviço	()1. sim	()2. Não
206. Não gostar de médico	()1. Sim	()2. Não
207. Ter medo ou vergonha	()1. sim	()2. Não
O Sr (a):		
208. Faz avaliação de saúde sem estar doente	()1.Sim	()2.Não
209. Faz exames indicados pelo médico	()1.sim	()2.Não
210. Usa corretamente medicamentos prescritos	()1.sim	()2.Não
211. Faz exame do intestino rotineiro (quando indicado)	()1.sim	()2.Não
212. Realiza tarefas domésticas	()1.sim	()2.Não
213. Conversa sobre seus problemas	()1.sim	()2.Não
214. Acompanha algum familiar ao médico	()1.Sim	()2 Não ()888 NSA
215. Acompanha a vida escolar dos filhos	()1.sim	()2.Não ()888 NSA
Atenção: As perguntas de 216 e 217 devem ser feitas caso o entrevistado seja homem. Se for mulher pule para a pergunta 218		
216. Faz exame preventivo de câncer de próstata	()1. Sim	()2.Não ()888 NSA
217. Acompanha o pré-natal/parto da sua esposa	()1.sim	()2.Não ()888.NSA
218. Fica incomodado(a) pela parceira (o) ganhar mais	()1.Sim	()2.Não ()888.NSA
219. Fica incomodado(a) pela parceira (o) ter sucesso	()1.Sim	()2.Não ()888.NSA
220. Fica incomodado(a) pela parceira (o) sair com amigos	()1.Sim	()2.Não ()888.NSA
221. Fica incomodado(a) com homossexualismo	()1.Sim	()2.Não ()888.NSA

AMBIÊNCIA	
ATENÇÃO: As perguntas a seguir deverão ser efetuadas considerando TODOS os serviços de saúde utilizados pelo usuário. Considerar serviços de saúde públicos ou privados utilizados nos últimos 12 meses.	
Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) ou alguém da sua casa utilizou os seguintes serviços de saúde?	
222. Hospital	() 1.sim. Público () 2.Sim. Privado () 3.Sim. Ambos () 4.Não () 5. Não sei
223. UPA (Pronto Atendimento):	() 1.sim. Público () 2.Sim. Privado () 3.Sim. Ambos () 4.Não () 5. Não sei
224. Maternidade	() 1.sim. Público () 2.Sim. Privado () 3.Sim. Ambos () 4.Não () 5. Não sei
225. Unidade de Saúde/Posto de Saúde	() 1.sim. Público () 2.Sim. Privado () 3.Sim. Ambos () 4.Não () 5. Não sei
226. Consultório	() 1.sim. Público () 2.Sim. Privado () 3.Sim. Ambos () 4.Não () 5. Não sei
227. Clínica	() 1.sim. Público () 2.Sim. Privado () 3.Sim. Ambos () 4.Não () 5. Não sei
228. Clínica de hemodiálise	() 1.sim. Público () 2.Sim. Privado () 3.Sim. Ambos () 4.Não () 5. Não sei
229. Outro	() 1.sim. Público () 2.Sim. Privado () 3.Sim. Ambos () 4.Não () 5. Não sei
ATENÇÃO: Se você marcou não para todos os itens, pule para a questão 244.	
Vamos falar do último serviço que o(a) Sr(a) procurou, nos últimos 12 meses. O Sr.(a) ficou satisfeito com o(a):	
230. Aparência e conforto em geral	() 1.sim () 2.Não () 3888 NSA
231. Limpeza em geral	() 1.sim () 2.Não () 3888 NSA
232. Iluminação e ventilação em geral	() 1.sim () 2.Não () 3888.NSA
233. Estado de conservação dos mobiliários	() 1.sim () 2.Não () 3888.NSA
234. Tamanho da recepção	() 1.sim () 2.Não () 3888.NSA
235. Disponibilidade e número adequado de cadeiras da recepção	() 1.sim () 2.Não () 3888.NSA
236. Atendimento dos profissionais da recepção	() 1.Sim () 2.Não () 3888NSA
237. Atendimento do médico	() 1.Sim () 2.Não () 3888 NSA
238. Atendimento do pessoal de enfermagem	() 1.sim () 2.Não () 3888NSA
239. Tempo da consulta médica	() 1.sim () 2.Não () 3888NSA
240. Resolução do problema que o levou ao serviço	() 1.sim () 2.Não () 3888 NSA
241. Atendimento do Posso Ajudar	() 1.sim () 2.Não () 3888NSA
242. Espaço físico do serviço de saúde	() 1.sim () 2.Não () 3888NSA
243. Acessibilidade (rampa, corrimão, banheiros para pessoas com deficiência...)	() 1.sim () 2.Não () 3888NSA

→	<p>278. Atualmente, o (a) Sr.(a) trabalha? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>Se a resposta for NÃO, pule para a questão 308</p>	
→	<p>279. Com que idade o (a) Sr.(a) começou a trabalhar? _____ anos <input type="checkbox"/> 888NSA</p>	
→	<p>280. Considerando todos os seus trabalhos, quantas horas o (a) Sr.(a) trabalha por semana? <input type="checkbox"/> 1. até 20 horas semanais <input type="checkbox"/> 2. 21 a 30 horas semanais <input type="checkbox"/> 3. 31 a 40 horas semanais <input type="checkbox"/> 4. 41 a 44 horas semanais <input type="checkbox"/> 5. Mais de 44 horas semanais <input type="checkbox"/> 888. NSA</p>	
	<p>281. Em geral, quanto tempo o (a) Sr.(a) gasta na ida para o seu trabalho principal? horas e minutos <input type="checkbox"/> 888. NSA</p>	
	<p>282. Em geral, quanto tempo o (a) Sr.(a) gasta na volta do seu trabalho principal? horas e minutos <input type="checkbox"/> 888. NSA</p>	
→	<p>283. Com que frequência o (a) Sr.(a) trabalha em horário noturno (após as 22:00 ou antes das 05:00) em algum dos seus trabalhos? <input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 3. 2 a 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> 4. 4 ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/> 888. NSA</p>	
→	<p>284. Nos últimos 12 meses, com que frequência o (a) Sr.(a) trabalhou mais de duas horas extras em um mesmo dia? <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1. 1 vez <input type="checkbox"/> 2. De 2 a 10 vezes por mês <input type="checkbox"/> 3. Diariamente <input type="checkbox"/> 4. NSA</p>	
	<p>285. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) sofreu algum acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA Se a resposta for não, pular para a questão 288</p>	
	<p>286. Se houve um acidente, a empresa expediu uma CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não <input type="checkbox"/> 888.NSA</p>	
	<p>287. Esse acidente deixou algum dano, seqüela ou deficiência? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA</p>	
	<p>288. Depois do acidente, o (a) Sr(a): <input type="checkbox"/> 1. Foi remanejado do posto de trabalho <input type="checkbox"/> 2. Fez reabilitação profissional <input type="checkbox"/> 3. Foi aposentado por invalidez <input type="checkbox"/> 4. Foi demitido <input type="checkbox"/> 5. Foi pressionado a pedir demissão <input type="checkbox"/> 6. Outro <input type="checkbox"/> 888.NSA</p>	

Seu local de trabalho ou exercício da sua atividade apresenta as seguintes condições :		
289. Limpeza Deficiente	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
290. Umidade excessiva	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
291. Ausência ou mau estado das instalações sanitárias	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
292. Ausência de vista para o exterior	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
293. Luz artificial permanente	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
294. Ruído excessivo	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
295. Vibrações	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
Seu local de trabalho ou exercício da sua atividade exige:		
296. Ficar muito tempo de pé/postura penosa/fatigante	()1.sim ()2.Não ()888NSA	
297. Efetuar deslocamentos a pé frequentes/longa duração	()1.sim ()2.Não ()888NSA	
298. Levantar ou deslocar objetos pesados	()1.sim ()2.Não ()888NSA	
299. Tarefas monótonas ou repetitivas	()1.sim ()2.Não ()888NSA	
300. Posição com risco de queda ou esmagamento	()1.sim ()2.Não ()888NSA	
301. Posições com risco de afogamento	()1.sim ()2.Não ()888NSA	
302. Posições com risco de projeção de materiais	()1.sim ()2.Não ()888NSA	
303. Contato com lixo/esgoto/ sangue/material contaminado	()1.sim ()2.Não ()888NSA	
304. Contato com fumaça, cheiros fortes, poeira	()1.sim ()2.Não ()888NSA	
305. Contato com outra situação negativa	()1.sim ()2.Não ()888NSA	
306. No seu emprego atual existe Serviço de Medicina do Trabalho?		
()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei ()888. NSA		
307. Com que frequência o (a) Sr.(a) faz exames médicos pela empresa?		
()1. Só na admissão		
()2. Uma vez por ano		
()3. De dois em dois anos		
()4. Em outros intervalos regulares		
()888. NSA		
Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) ou alguém que mora com o (a) Sr.(a) viveu algum dos problemas abaixo no trabalho?		
308. Foi humilhado, insultado ou discriminado	()1.sim ()2.Não ()888 NSA	
309. Exerceu função diferente daquela do contrato	()1.sim ()2.Não ()888 NSA	
310. Demissão sem justa causa	()1.sim ()2.Não ()888 NSA	
311. Salário inferior dos colegas da mesma função	()1.sim ()2.Não ()888 NSA	
312. Nos últimos 12 meses o (a) Sr.(a) ou alguém que mora com o (a) Sr.(a) teve alguma doença relacionada ao seu trabalho?		
()1. Sim ()2. Não ()888. NSA		
313. Se respondeu sim à questão anterior, qual?		

314. O(a) Sr.(a) ou alguém da sua família tem um trabalho que exige cumprimento de metas (produzir um mínimo estipulado pela empresa ou estabelecimento)		
()1. Sim ()2 Não ()3 Não sei ()888.NSA		

TRÂNSITO	
Nos últimos 12 meses, quais meios de transporte abaixo o Sr.(a) utilizou várias vezes por semana?	
315. Carro (sendo o motorista)	<input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não
316. Carro (sendo passageiro)	<input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não
317. Motocicleta (sendo o condutor)	<input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não
318. Motocicleta (sendo o passageiro)	<input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não
319. Ônibus	<input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não
320. Veículos pesados (motorista ou passageiro)	<input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não
321. Bicicleta	<input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não
322. Sai a pé	<input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.não
323. Outro	<input type="checkbox"/> 1sim <input type="checkbox"/> 2.não
324. Nos últimos 12 meses O (a) Sr.(a) se envolveu em algum acidente de trânsito? (<input type="checkbox"/>) 1. Sim e houve vítimas (<input type="checkbox"/>) 2. Sim, mas não houve vítimas (<input type="checkbox"/>) 3. Não	
ATENÇÃO: Caso a resposta tenha sido "Não", pule para a questão 331	
325. O (a) Sr.(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, afazeres domésticos, ir à escola) por causa deste acidente de trânsito? (<input type="checkbox"/>) 1. Sim (<input type="checkbox"/>) 2. Não (...) 888.NSA	
326. O (a) Sr.(a) precisou de atendimento de profissionais da saúde por causa deste acidente? (<input type="checkbox"/>) 1. Sim (<input type="checkbox"/>) 2. Não (<input type="checkbox"/>) 888.NSA	
327. Onde o (a) Sr.(a) recebeu o primeiro atendimento de profissionais da saúde ? (<input type="checkbox"/>) 1. No local do acidente (<input type="checkbox"/>) 2. Unidade básica de saúde (posto/centro de saúde/saúde da família) (<input type="checkbox"/>) 3. Policlínica pública ou PAM (Posto de Assistência Médica) (<input type="checkbox"/>) 4. Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (<input type="checkbox"/>) 5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público (<input type="checkbox"/>) 6. Ambulatório de hospital público (<input type="checkbox"/>) 7. Consultório médico particular (<input type="checkbox"/>) 8. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado (<input type="checkbox"/>) 9. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato (<input type="checkbox"/>) 10. No domicílio, com médico particular (<input type="checkbox"/>) 11. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família (<input type="checkbox"/>) 12. Outro (<input type="checkbox"/>) 888. NSA	
328. Quem lhe prestou atendimento de profissionais da saúde no local do acidente? (<input type="checkbox"/>) 1. Não tive atendimento no local do acidente (<input type="checkbox"/>) 2. Ambulância/Resgate do SAMU (<input type="checkbox"/>) 3. Moto do SAMU (<input type="checkbox"/>) 4. Ambulância/Resgate dos Bombeiros (<input type="checkbox"/>) 5. Ambulância/resgate do setor privado (particular ou convênio) (<input type="checkbox"/>) 6. Ambulância/Resgate da concessionária da rodovia (<input type="checkbox"/>) 7. Outro (<input type="checkbox"/>) 888. NSA	
329. Quanto tempo após o acidente o (a) Sr.(a) recebeu o primeiro atendimento de profissionais da saúde no local ? _____ horas _____ minutos (<input type="checkbox"/>) 1. Não sei (<input type="checkbox"/>) 888.NSA	
330. O (a) Sr.(a) teve ou tem alguma sequela e/ou incapacidade decorrente deste acidente? (<input type="checkbox"/>) 1. Sim (<input type="checkbox"/>) 2. Não (<input type="checkbox"/>) 888.NSA	

Com relação às situações de trânsito abaixo, você pode me informar se nos últimos 12 meses adotou os comportamentos descritos e se eles são arriscados.					
	1. Faço, é arriscado	2. Faço, não é arriscado	3. Não faço, é arriscado	4. Não faço, não é arriscado	888.NSA
331. Atravessar a rua após consumir medicamentos sedativos, tranquilizantes ou qualquer outra droga					
332. Atravessar a rua fora da faixa de pedestre					
333. Atravessar a rua falando ao celular ou digitando no aparelho					
334. Atravessar a via fora da passarela apesar de sua existência					
335. Ser passageiro de veículo cujo condutor tenha ingerido bebida alcoólica					
336. Deixar de usar cinto de segurança no banco da frente do veículo					
337. Deixar de usar cinto de segurança no banco de trás do veículo					
338. Deixar de fazer as revisões no veículo					
339. Dirigir ou pilotar após ingerir bebida alcoólica					
340. Dirigir sem carteira de habilitação ou permissão para dirigir					
341. Dirigir/pilotar após tomar sedativos e/ou tranquilizantes					
342. Mudar de faixa sem ligar a seta					
343. Andar de moto sem utilizar o capacete					
344. Usar o celular enquanto dirige ou pilota					
345. Dirigir/pilotar com velocidade acima do limite permitido					
346. Discutir no trânsito					
347. Fazer ultrapassagem em local proibido					
348. Avançar o sinal vermelho					
349. Ficar muito próximo do veículo da frente					
350. Transportar criança no carro sem a cadeirinha adequada (bebê conforto, cadeirinha ou assento de elevação)					

Nos últimos 12 meses, você vivenciou alguma das situações abaixo ao usar o ônibus como transporte público?		
351. Ofensa por parte dos operadores (motorista ou cobrador)	()1.sim ()2.não	()888. NSA
352. Queda devido à direção insegura ou agressiva do motorista	()1.sim ()2.não	()888. NSA
353. Impedimento de embarque/desembarque do veículo ocasionado pelo fechamento da porta pelo motorista	()1.sim ()2.não	()888. NSA
354. Desrespeito a sua solicitação de parada para embarque ou desembarque	()1.sim ()2.não	()888. NSA
355. Sentiu medo ou insegurança devido à direção insegura ou agressiva(perigosa) do motorista	()1.sim ()2.não	()888. NSA
356. Desrespeito a sua condição de pessoa com mobilidade reduzida ao dificultar o seu embarque ou desembarque	()1.sim ()2.não	()888. NSA.
357. Encontrou os assentos reservados ocupados indevidamente e os operadores não lhe ajudaram a garantir seu direito previsto na lei	()1.sim ()2.não	()888. NSA
358. O (a) Sr.(a) mudou algo no seu comportamento no trânsito nos últimos 12 meses? ()1. Sim ()2. Não		
ATENÇÃO: Caso a resposta tenha sido NÃO, pule para a questão 367		
Caso o (a) Sr.(a) tenha mudado algo no seu comportamento no trânsito, isso ocorreu por que?		
359. Viu campanha educativa de trânsito na TV, rádio, outdoor, revista, jornal, etc.	()1.sim ()2.não	()888NSA
360. Presenciou ou foi testemunha de algum acidente de trânsito	()1.sim ()2.não	()888NSA
361. Quase se envolveu em um acidente, escapando por um triz	()1.sim ()2.não	()888NSA
362. O Sr.(a) ou alguma pessoa próxima se envolveu em acidente de trânsito	()1.sim ()2.não	()888NSA
363. Recebeu orientação de familiar ou amigo sobre segurança no trânsito	()1.sim ()2.não	()888NSA
364. Participou de curso na área de segurança ou educação para o trânsito	()1.sim ()2.não	()888NSA
365. Foi fiscalizado por agentes ou policiais de trânsito	()1.sim ()2.não	()888NSA
366. Outros	()1.sim ()2.não	()888NSA
367. Você concorda com uma lei que pune quem dirige sob o efeito de álcool? ()1.Sim ()2.Não		
Escolha, a partir das opções abaixo, as principais medidas que podem reduzir comportamentos inadequados no trânsito e/ou transporte?		
368. Criar leis mais rígidas	()1. Sim ()2.Não	()3 Não sei
369. Punir o infrator ou agressor conforme legislação	()1. Sim ()2.Não	()3 Não sei
370. Promover cursos e campanhas educativas na TV, rádio, etc	()1. Sim ()2.Não	()3 Não sei
371. Melhorar a qualidade do transporte coletivo (ônibus, metrô)	()1. Sim ()2.Não	()3 Não sei
372. Aumentar a fiscalização por agentes, policiais de trânsito ou fiscalização eletrônica	()1. Sim ()2.Não	()3 Não sei
373. Introduzir o ensino de educação para o trânsito nas escolas	()1. Sim ()2.Não	()3 Não sei
374. Aumentar o valor das multas de trânsito	()1. Sim ()2.Não	()3 Não sei
375. Participar de um programa de tratamento do alcoolismo	()1. Sim ()2.Não	()3 Não sei
376. Criar benefícios para os motoristas que cumprem as leis de trânsito (redução ou isenção de impostos/taxas, por exemplo)	()1. Sim ()2.Não	()3 Não sei

377. O (a) Sr.(a) acredita que há em seu município preocupação das autoridades em prevenir acidentes de trânsito? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei	
O(a) Sr(a) já tomou alguma das medidas abaixo para solucionar algum problema no trânsito?	
378.Reclamou junto a órgão público responsável pelo trânsito ()1. Sim ()2.Não	
379.Reclamou junto à empresa prestadora do serviço de transporte ()1. Sim ()2.Não	
380.Mobilizou a Associação de bairro ou Organização não Governamental ou participou de reuniões ou manifestações sobre este tema ()1. Sim ()2.Não	
381.Manifestou indignação pelo(s) problema(s) de trânsito por meio de redes sociais (facebook, twitter, etc.) ()1. Sim ()2.Não	
382.Solicitou aos órgãos de imprensa (TV, rádio, jornal) que noticiem e divulguem problemas de trânsito ()1. Sim ()2.Não	
383.Xingou a(s) pessoa(s) que o(a) desrespeitou ()1. Sim ()2.Não	
384. Nunca registrou uma reclamação formal	
385. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento ou iniciativa que atue na sua região para abordagem da violência no trânsito? ()1. Sim ()2. Não	
VIOLÊNCIA	
386. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) foi fisicamente agredido dentro do serviço de saúde por algum funcionário? ()1. Sim ()2. Não	
387.Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) foi verbalmente agredido, humilhado ou ignorado dentro do serviço de saúde por algum funcionário? ()1. Sim ()2. Não	
388.O (a) Sr.(a) viu alguém ser agredido dentro do serviço de saúde por um funcionário? ()1. Sim ()2. Não	
389.O (a) Sr.(a) agrediu fisicamente algum funcionário dentro do serviço de saúde? ()1. Sim ()2. Não	
390. O (a) Sr.(a) viu alguém agredir algum funcionário dentro do serviço de saúde? ()1. Sim ()2. Não	
391. O(a) Sr.(a) já viu brigas/conflitos dentro do serviço de saúde? ()1. Sim ()2. Não	
Na sua opinião, se ocorreram brigas nos serviços de saúde, elas ocorreram por causa:	
392. Da falta de profissionais no serviço ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
393. Da superlotação ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
394. Falta de conservação dos serviços de saúde ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
395. A precariedade da estrutura física do serviço ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
396. A falta de privacidade durante o atendimento ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
397. Falta de cortesia no atendimento ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
398. Insatisfação com o atendimento ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
O (a) Sr.(a) sofreu alguma das violências abaixo, nos últimos 12 meses?	
399. Física ()1.sim ()2.Não	
400. Verbal ()1.sim ()2.Não	
401. Moral ou Psicológica ()1.sim ()2.Não	
402. Sexual ()1.sim ()2.Não	
403. Discriminação por racismo ()1.sim ()2.Não	
404. Falta de acesso a direitos sociais ()1.sim ()2.Não	
405. Falta dos cuidados necessários ()1.sim ()2.Não	
ATENÇÃO: Se a resposta for Não para todas as questões de 399 a 405, pule para 457	
Em que local esta violência ocorreu?	
406. No domicílio ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
407. No trabalho ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
408. Em estabelecimento público (saúde, educação, delegacia) ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
409. Na rua ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
410. Em clube, bar ou similar, academia ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
411. Outros ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	

412. Essa violência limitou as suas atividades habituais? ()1. Sim ()2. Não ()888. NSA	
413. O (a) Sr.(a) recebeu assistência por profissionais de saúde por causa dessa violência? ()1. Sim ()2. Não ()888. NSA	
Onde ela foi prestada?	
414. Atenção Básica (Saúde da Família, Posto de Saúde) ()1.sim ()2.Não ()888 NSA	
415. Atenção Secundária ()1.sim ()2.Não ()888 NSA	
416. Atenção Terciária (Hospital) ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
417. Serviço de emergência em geral ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
A violência SOFRIDA foi cometida com:	
418. Força corporal/espancamento (tapa, murro, beliscão, empurrão) ()1.sim ()2.Não ()888 NSA	
419. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola) ()1.sim ()2.Não ()888 NSA	
420. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado) ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
421. Objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra, outros) ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
422. Arremesso de substância/objeto ()1.sim ()2.Não ()888 NSA	
423. Envenenamento ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
424. Outra coisa ()1.sim ()2.Não ()888 NSA	
Quem o agrediu fisicamente?	
425. Pai ()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
426. Mãe ()1.sim ()2.Não ()888 NSA	
427. Tio(a) ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
428. Irmão(a) ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
429. Filho(a) ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
430. Padrasto ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
431. Madrasta ()1.sim ()2.Não ()888 NSA	
432. Parceiro(a); esposo(a) ()1.sim ()2.Não ()888 NSA	
433. Chefe ou colega de trabalho ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
434. Bandido, ladrão, assaltante ()1.sim ()2.Não ()888 NSA	
435. Policial ou guarda municipal ()1.sim ()2.Não ()888 NSA	
436. Segurança ou porteiro ()1.sim ()2.Não ()888 NSA	
437. Profissional da saúde ()1.sim ()2.Não ()888 NSA	
438. Profissional da escola ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
439. Vizinho ou conhecido ()1.sim ()2.Não ()888NSA	
440. Outros ()1.sim ()2. Não ()888NSA	
Quem o agrediu verbal, moral ou psicologicamente?	
441. Pai ()1.Sim ()2.Não ()888. NSA	
442. Mãe ()1.Sim ()2.Não ()888. NSA	
443. Tio(a) ()1.Sim ()2.Não ()888. NSA	
444. Irmão(a) ()1.Sim ()2.Não ()888. NSA	
445. Filho(a) ()1.Sim ()2.Não ()888. NSA	
446. Padrasto ()1.Sim ()2.Não ()888. NSA	
447. Madrasta ()1.Sim ()2.Não ()888. NSA	
448. Parceiro(a); esposo(a) ()1.Sim ()2.Não ()888. NSA	
449. Chefe ou colega de trabalho ()1.Sim ()2.Não ()888. NSA	
450. Bandido, ladrão, assaltante ()1.Sim ()2.Não ()888. NSA	
451. Policial ou guarda municipal ()1.Sim ()2.Não ()888. NSA	
452. Segurança ou porteiro ()1.Sim ()2.Não ()888. NSA	
453. Profissional da saúde ()1.Sim ()2.Não ()888. NSA	
454. Profissional da escola ()1.Sim ()2.Não ()888. NSA	
455. Vizinho ou conhecido ()1.Sim ()2.Não ()888. NSA	
456. Outros ()1.Sim ()2. Não ()888. NSA	

457. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) presenciou algum evento violento no seu bairro e/ou vizinhança? ()1. Sim ()2. Não	
458. O (a) Sr.(a) conhece alguém que foi assassinado no seu bairro e/ou vizinhança? ()1. Sim ()2. Não	
459. O (a) Sr.(a) considera a sua cidade violenta? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei	
460. O (a) Sr.(a) já pensou em mudar de cidade por causa da violência? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei	
461. O (a) Sr.(a) se acha violento (a)? ()1. Sim ()2. Não	
Ao longo da sua vida, o (a) Sr.(a) já agrediu alguém com:	
462. Força corporal/espancamento (tapa, murro, beliscão, empurrão) ()1.sim ()2.Não	
463. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola) ()1.sim ()2.Não	
464. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado) ()1.sim ()2.Não	
465. Objeto ou substância ()1.sim ()2.Não	
466. Envenenamento ()1.sim ()2.Não	
Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) já agrediu alguém com:	
467. Força corporal/espancamento (tapa, murro, beliscão, empurrão) ()1.sim ()2.Não	
468. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola) ()1.sim ()2.Não	
469. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado) ()1.sim ()2.Não	
470. Objeto ou substância ()1.sim ()2.Não	
471. Envenenamento ()1.sim ()2.Não	
472. O (a) Sr.(a) ou alguém que mora com o Sr.(a) possui arma de fogo em casa? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei	
Se a resposta for Não pule para a questão 474	
473. Por qual motivo o (a) Sr.(a) possui arma de fogo em casa? ()1. Medo, proteção ()2. Vingança ()3. Profissão, trabalho ()4. Status, poder ()5. Lazer, hobby ()6. Outros ()7. Não sei ()888. NSA	
474. O (a) Sr.(a) usa arma de fogo: ()1. Sempre ()2. Quase sempre ()3. Às vezes ()4. Raramente ()5. Nunca	
475. O (a) Sr.(a) é a favor do desarmamento do cidadão? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei	
476. O (a) Sr.(a) já pensou em suicídio? ()1. Sim ()2. Não	
477. O (a) Sr.(a) já tentou suicídio? ()1. Sim ()2. Não	
Se a resposta for Não pule para a questão 480	
478. Se o Sr.(a) ou alguém da sua casa ou da sua família já tentou suicídio, qual foi o meio utilizado? ()1. Envenenamento/intoxicação ()5. Pulou de lugar elevado ()2. Enforcamento ()6. Outro ()3. Arma de fogo ()7. Prefiro não responder ()4. Objeto perfuro-cortante ()888. NSA	

479. Qual foi o motivo o(a) levou a tentar suicídio?		
<input type="checkbox"/> 1. Perda financeira, dívida		
<input type="checkbox"/> 2. Desemprego		
<input type="checkbox"/> 3. Sentimento de culpa, vergonha ou vingança		
<input type="checkbox"/> 4. Briga com parceiro(a)		
<input type="checkbox"/> 5. Conflitos familiares		
<input type="checkbox"/> 6. Tristeza/Depressão		
<input type="checkbox"/> 7. Outros		
<input type="checkbox"/> 8. Sem motivo		
<input type="checkbox"/> 9. Prefiro não responder		
<input type="checkbox"/> 888. NSA		
Quando ocorre algum caso de violência contra o (a) Sr.(a) ou alguém da sua família, o (a) Sr.(a) procura ajuda em:		
480. Serviços de saúde	<input type="checkbox"/> 1.sim	<input type="checkbox"/> 2.Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
481. Escolas	<input type="checkbox"/> 1.sim	<input type="checkbox"/> 2.Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
482. Delegacias	<input type="checkbox"/> 1.sim	<input type="checkbox"/> 2.Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
483. Igreja	<input type="checkbox"/> 1.sim	<input type="checkbox"/> 2.Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
484. Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/> 1.sim	<input type="checkbox"/> 2.Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
485. Juizado	<input type="checkbox"/> 1.sim	<input type="checkbox"/> 2.Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
486. Associações em geral	<input type="checkbox"/> 1.sim	<input type="checkbox"/> 2.Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
487. Amigos	<input type="checkbox"/> 1.sim	<input type="checkbox"/> 2.Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
488. Família	<input type="checkbox"/> 1.sim	<input type="checkbox"/> 2.Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
489. Outros	<input type="checkbox"/> 1.sim	<input type="checkbox"/> 2.Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
490. Não procura ajuda	<input type="checkbox"/> 1.sim	<input type="checkbox"/> 2.Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO		
As perguntas de 491 a 516 referem-se à violência contra mulher ou contra o homem, por parceiro(a) íntimo(a) - marido ou ex, esposa ou ex, namorado(a) ou ex, companheiro(a) ou ex; ficante...		
O(a) seu(sua) atual companheiro(a), ou qualquer outro (a) companheiro(a) anterior, no último ano:		
491. Depreciou ou humilhou você?	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não
492. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não
493. Fez coisas para assustá-la(o) ou intimidá-la(o) de propósito (ex.: a forma como ele (ela) olha, grita, como quebra coisas)?	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não
494. Ameaçou machucá-la(o) ou alguém de quem você gosta?	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não
495. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão; empurrão?	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não
496. Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não
497. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não
498. Estrangulou ou queimou você de propósito?	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não
499. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não
500. Forçou-lhe a manter relações sexuais quando você não queria?	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não
501. Forçou-lhe a uma prática sexual degradante ou humilhante para você?	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não
Quantas vezes isso aconteceu?		
502. Depreciou humilhou você?	<input type="checkbox"/> 1. Uma vez <input type="checkbox"/> 2. algumas vezes <input type="checkbox"/> 3. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 888NSA	
503. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	<input type="checkbox"/> 1. Uma vez <input type="checkbox"/> 2. algumas vezes <input type="checkbox"/> 3. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 888NSA	
504. Fez coisas para assustá-la(o) ou intimidá-la(o) de propósito (ex.: a forma como ele (ela) olha, grita, como quebra coisas)?	<input type="checkbox"/> 1. Uma vez <input type="checkbox"/> 2. algumas vezes <input type="checkbox"/> 3. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 888NSA	
505. Ameaçou machucá-la (o) ou alguém de quem você gosta?	<input type="checkbox"/> 1. Uma vez <input type="checkbox"/> 2. algumas vezes <input type="checkbox"/> 3. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 888NSA	
506. Empurrou-a(o) um tranco/chacoalhão?	<input type="checkbox"/> 1. Uma vez <input type="checkbox"/> 2. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 888NSA	
507. Machucou-a(o) com um soco ou com algum objeto?	<input type="checkbox"/> 1. Uma vez <input type="checkbox"/> 2. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 888NSA	
508. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	<input type="checkbox"/> 1. Uma vez <input type="checkbox"/> 2. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 888NSA	
509. Estrangulou ou queimou você de propósito?	<input type="checkbox"/> 1. Uma vez <input type="checkbox"/> 2. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 888NSA	

510. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você? ()1. Uma vez ()2. Algumas vezes ()3. Muitas vezes ()888NSA	
511. Forçou-lhe a manter relações sexuais quando você não queria? ()1. Uma vez ()2. Algumas vezes ()3. Muitas vezes ()888NSA	
512. Forçou-lhe a uma prática sexual degradante ou humilhante para você? ()1. Uma vez ()2. Algumas vezes ()3. Muitas vezes ()888NSA	
513. Alguma destas vezes o(a) Sr(a) procurou ajuda? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não me lembro ()4. NSA	
514. Caso tenha procurado, onde foi? ()1. Setor saúde ()2. Igreja ()3. Organizações não governamentais ()4: Polícia, Delegacia, juizado ()5. Amigos, Vizinhos ()6. Familiares ()888. NSA	
515. Esta violência o(a) impossibilitou de realizar suas atividades diárias? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não me lembro ()4. NSA	
516. O(a) Sr(a) precisou de atendimento médico? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não me lembro ()4. NSA	
VIOLENCIA SEXUAL	
As perguntas de 517 a 536 referem-se à violência sexual praticada por qualquer pessoa, seja parceiro ou não, e em qualquer momento de sua vida.	
517. Alguém já o(a) forçou a fazer sexo ou alguma prática sexual? ()1. Sim, ()2. Não ()3. Não me lembro	
518. Quantos anos você tinha quando isto aconteceu pela primeira vez? _____	
Caso alguém a (o) tenha forçado a fazer sexo ou alguma prática sexual, quem foi?	
519. Pai/Mãe ()1. Sim ()2.não ()888.NSA	
520. Padrasto/Madrasta ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
521. Irmão(ã) ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
522. Filho (a) ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
523. Outro parente ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
524. Amigos(as)/conhecido(as) da família ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
525. Policial/agente da lei ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
526. Profissional de saúde ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
527. Professor(a) ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
528. Parceiro(a) ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
529. Vizinho(a) ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
530. Padre/líder religioso(a) ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
531. Alguém do trabalho ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
532. Desconhecido(a) ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
533. Outro ()1.sim ()2.não ()888.NSA	
534. A Sra ou, no caso do entrevistado ser homem, a sua parceira, já fez algum aborto previsto em lei, especificamente, no caso de gravidez decorrente de estupro? ()1.sim ()2.não	
535. A Sra ou, no caso do entrevistado ser homem, a sua parceira, já fez algum outro aborto, previsto ou não previsto em lei? ()1. Sim ()2.Não	
536. Se a Sra ou, no caso do entrevistado ser homem, a sua parceira já fez algum aborto, ele foi realizado: ()1. Dentro de serviço de saúde ()2. Fora de serviço de saúde.	

ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA	
537. O (a) Sr.(a) acha que é possível prevenir a violência? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
538. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento ou iniciativa que atue aqui na região para a abordagem e prevenção da violência? () 1. Sim () 2. Não	
539. Se sim, liste: _____	
540. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento, entidade ou grupo que atue aqui na região dando apoio e assistência a vítimas de violência? () 1. Sim () 2. Não	
541. Se sim, liste: _____	
542. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento, entidade ou grupo de recuperação de agressores que atue aqui na região? () 1. Sim () 2. Não	
543. Se conhece, liste: _____ _____ _____	
544. O (a) Sr.(a) acha que há no seu município preocupação das autoridades em combater e prevenir a violência? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
O (a) Sr.(a) participa de algum dos grupos abaixo:	
545. Associação de bairro () 1.sim () 2.Não	
546. Entidades de caridade e ajuda social (asilos, conventos) () 1.sim () 2.Não	
547. Partido político () 1.sim () 2.Não	
548. ONG () 1.sim () 2.Não	
549. Grupo de jovens, grêmios () 1.sim () 2.Não	
550. Grupo religioso () 1.sim () 2.Não	
551. Gangues () 1.sim () 2.Não	
552. Torcida organizada () 1.sim () 2.Não	
553. Grupos de esportes e artes (dança, futebol, vôlei) () 1.sim () 2.Não	
554. Grupo de autoajuda (alcoólicos anônimos) () 1.sim () 2.Não	
555. Outros grupos () 1.sim () 2.Não	
556. Não participo de nenhum grupo () 1.sim () 2.Não	
557. Redes sociais (internet) () 1. sim () 2.Não	
558. Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele 1.()Concordo Totalmente 2.()Concordo Parcialmente 3.() Discordo	
559. Os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da família. 1.()Concordo Totalmente 2.()Concordo Parcialmente 3.() Discordo	
560. É importante para o homem mostrar à sua esposa/companheira quem é que manda. 1.()Concordo Totalmente 2.()Concordo Parcialmente 3.() Discordo	
561. Uma mulher deve escolher seus próprios amigos mesmo quando seu marido não concorda 1.()Concordo Totalmente 2.()Concordo Parcialmente 3.() Discordo	
562. É obrigação da esposa manter relações sexuais com seu marido mesmo quando não estiver com vontade. 1.()Concordo Totalmente 2.()Concordo Parcialmente 3.() Discordo	
563. Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família devem intervir. 1.()Concordo Totalmente 2.()Concordo Parcialmente 3.() Discordo	

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Entrevistado no Domicílio

O senhor (a) esta sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**. Esta pesquisa pretende identificar as violências que geralmente ocorrem no dia a dia e as formas que a comunidade utiliza para lidar com elas, seja para repará-las, seja para preveni-las. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação deste problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Para participar, o sr deverá responder, aqui em seu domicílio, um formulário elaborado pelos pesquisadores. Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa. Sua recusa em participar ou a interrupção da entrevista não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.

Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a publicação do trabalho.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. As pesquisadoras estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Baseado neste termo, eu, _____, aceito participar da pesquisa intitulada **Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**, dentro das condições acima expostas.

_____, _____ de _____ de 2014.

Coordenadora:

Prof. Dra. Elza Machado de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG, Tel. 3409-9945.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592.

ANEXO A – Aprovação COEP

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

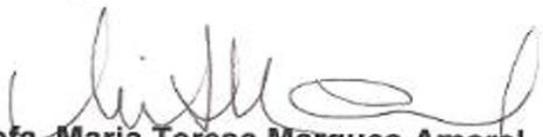
Projeto: CAAE – 02235212.2.0000.5149

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

DECISÃO

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

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


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