

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE
CAMPUS DE TOLEDO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL E
AGRONEGÓCIO – MESTRADO

FERNANDA CRISTINA FERRO MALACOSKI

A PERCEPÇÃO DE SAÚDE DE HOMENS E MULHERES: UMA ANÁLISE PARA AS
ÁREAS RURAIS DO NORDESTE E SUL DO BRASIL

TOLEDO
2019

FERNANDA CRISTINA FERRO MALACOSKI

A PERCEPÇÃO DE SAÚDE DE HOMENS E MULHERES: UMA ANÁLISE PARA AS
ÁREAS RURAIS DO NORDESTE E SUL DO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional e Agronegócio - Mestrado, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – *Campus* Toledo, como requisito PARCIAL à obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional e Agronegócio.

Orientador: Prof. Dr. Jefferson Andronio Ramundo
Staduto.

TOLEDO

2019

FERNANDA CRISTINA FERRO MALACOSKI

**A PERCEPÇÃO DE SAÚDE DE HOMENS E MULHERES: UMA ANÁLISE PARA
AS ÁREAS RURAIS DO NORDESTE E SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional e Agronegócio - Mestrado, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – *Campus* Toledo, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional e Agronegócio.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dra. Katy Maia
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dra. Rosangela Maria Pontili
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Dra. Zelimar Soares Bidarra
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Dr. Jefferson Andronio Ramundo Staduto
Universidade Estadual do Oeste do Paraná
(orientador)

TOLEDO, 13 DE JUNHO DE 2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por todas as oportunidades concedidas, em especial, à mais esta etapa concluída em minha carreira profissional.

Agradeço imensamente ao Prof. Dr. Jefferson Andronio Ramundo Staduto, que com dedicação orientou este trabalho, não poupando esforços para aperfeiçoar e contribuir com a realização desta pesquisa.

Agradeço meu esposo Célio Willian Malacoski, que me incentivou e apoiou desde o momento da inscrição para a seletiva do mestrado, bem como, no desenvolvimento do curso de mestrado e desta pesquisa.

Agradeço minha família, em especial minha mãe e meu pai, pelos ensinamentos recebidos ao longo da minha vida que propiciou que eu tivesse condições físicas e emocionais de concretizar mais essa etapa em minha vida.

Agradeço aos ensinamentos recebidos da Bruna Naiara de Castro, que foram fundamentais para a concretização dessa pesquisa.

Agradeço à toda equipe do Programa de Desenvolvimento Regional e Agronegócio. Em especial, aos professores, em razão de todo conhecimento ofertado e a Clarice e a Rose por todo apoio administrativo durante a realização do curso.

Agradeço a CAPES, pelo auxílio financeiro, pois o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Por fim, agradeço ainda todos os colegas da turma de mestrado Anyelly Cristina Cruz, Natalia Guzela Perin e Victoria Maria Ferreira Diniz, com os quais dividi alegrias e dificuldades do curso e compartilhei momentos de parceria, amizade e incentivo.

MALACOSKI, Fernanda Cristina Ferro. A percepção de saúde de homens e mulheres: uma análise para as áreas rurais do Nordeste e Sul do Brasil. Dissertação. Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional e Agronegócio, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, *Campus* de Toledo, 2019.

RESUMO

A saúde é um conceito que foi incorporado às análises econômicas, pois transcende as questões biológicas e abrange todas as esferas da vida do indivíduo e da sociedade em que o mesmo está inserido. As várias dimensões, tais como, tipo de emprego, renda, escolaridade, idade e sexo, são fatores importantes na explicação do estado de saúde do indivíduo. Isso porque, estudos demonstram que as condições socioeconômicas interferem no resultado da avaliação subjetiva do estado de saúde que o indivíduo faz de si mesmo. A saúde permite que o indivíduo invista mais em si mesmo e tenha maior nível de bem-estar; seja mais produtivo; aufera maior renda e, também, tenha mais anos disponíveis para o trabalho. Todos esses fatores contribuem para a economia, o desenvolvimento, a redução da pobreza e o aumento do bem-estar da nação. O presente trabalho teve como objetivo principal a análise da percepção do estado de saúde de homens e mulheres residentes nas áreas rurais do Sul e Nordeste brasileiro a partir de dados da PNS (2013) - que fornece informações sobre a avaliação subjetiva de saúde para todo o Brasil. A escolha dessas regiões se justifica pelos contrastes socioeconômicos que impactam na percepção do estado de saúde. Acrescenta-se que uma análise regional sobre o tema é ainda pouco explorada no Brasil. A metodologia contou com uma análise descritiva, como também com a aplicação dos modelos *Logit* e *Logit Ordinal*, para elucidar o efeito das características socioeconômicas no resultado da percepção do estado de saúde da população estudada. Os principais resultados apontaram para a importância das variáveis idade, cor branca, chefe de família, renda, ocupação agrícola, quantidade de consultas médicas, ter sido diagnosticado com alguma doença e ter plano de saúde. Assim, além das variáveis que estão diretamente relacionadas com a saúde biológica do indivíduo, outras variáveis socioeconômicas foram significativas. Por fim, os resultados estimados estão em conformidade com a produção teórica sobre o tema. Em ambas as estimações os sinais e as variáveis foram semelhantes, sinalizando que há coerência nas variáveis utilizadas neste estudo. Ainda assim, a educação e a renda, amplamente tratadas na literatura como relacionadas a autoavaliação de saúde, não foram significativas como esperado.

Palavras-chave: Características socioeconômicas. Desigualdade. Percepção de Saúde. Região Nordeste. Região Sul.

MALACOSKI, Fernanda Cristina Ferro. The perception of health of men and women: an analysis for the rural areas of Northeast and Southern Brazil. Dissertation. Postgraduate Program in Regional Development and Agribusiness, State University of Western Parana - UNIOESTE, Campus de Toledo, 2019.

ABSTRACT

Health is a concept that has been incorporated into economic analysis because it transcends biological issues and covers all spheres of life of the individual and the society in which it is inserted. The various dimensions, such as type of employment, income, schooling, age and sex, are important factors in explaining the individual's state of health. This is because, studies show that the socioeconomic conditions interfere in the result of the subjective evaluation of the state of health that the individual makes of itself. Health allows the individual to invest more in himself and has a higher level of well-being; be more productive; earn more income, and also have more years available for work. All of these factors contribute to the economy, development, poverty reduction and enhancement of the nation's well-being. The main objective of the present study was to analyze the perception of the health status of men and women living in rural areas of the South and Northeast of Brazil, based on data from the PNS (2013) - which provides information on the subjective health assessment for all Brazil. The choice of these regions is justified by the socioeconomic contrasts that affect the perception of health status. It is added that a regional analysis on the subject is still little explored in Brazil. The methodology had a descriptive analysis, as well as the application of Logit and Logit ordinal models, to elucidate the effect of socioeconomic characteristics on the result of the perception of health status of the population studied. The main results pointed to the importance of the variables age, white color, head of household, income, agricultural occupation, number of medical appointments, have been diagnosed with any disease and have health insurance. Thus, in addition to the variables that are directly related to the individual's biological health, other socioeconomic variables were significant. Finally, the estimated results are in accordance with the theoretical production on the subject. In both estimates the signs and variables were similar, indicating that there is consistency in the variables used in this study. Still, education and income, widely discussed in the literature as related to health self-assessment, were not significant as expected.

Keywords: Socioeconomic characteristics. Inequality. Health Perception. Northeast Region. South region.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura do Trabalho	20
Figura 2 - Estrutura do Referencial Teórico	21
Figura 3 - Resumo dos condicionantes e das consequências do estado de saúde ..	48
Figura 4 - Representação da metodologia da Dissertação	49
Figura 5 - Representação da sequência da realização das atividades de análise dos dados	56
Figura 6 - Percentual de população rural por região do Brasil em 2013.	62
Figura 7 - Percentual da população da área rural do Nordeste e Sul do Brasil de acordo com o sexo em 2013.	63
Figura 8 - Percentual da população brasileira de acordo com o estado de saúde e que reside no Nordeste e Sul do Brasil, de acordo com a condição censitária em 2013.	65
Figura 9 - Percentual da população brasileira de acordo com a autoavaliação de saúde e residência na área rural do Nordeste e do Sul do Brasil, de acordo com o sexo em 2013.....	67
Figura 10 - Percentual da população rural brasileira e a autoavaliação de acordo com o sexo, tipo de ocupação e residência no Nordeste e Sul do Brasil em 2013. ..	69
Figura 11 - Percentual da população rural brasileira e a autoavaliação de acordo com a idade, sexo e residência no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.....	71
Figura 12 - Percentual da população rural que se autoavalia saudável* e trabalha, de acordo com o sexo, cor e ser residente no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.	72
Figura 13 - Percentual da população rural que trabalha e que se autoavalia saudável*, de acordo com o sexo, escolaridade e residência no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.	74
Figura 14 - Percentual da população rural que trabalha e se autoavalia saudável* de acordo com o sexo, a renda e ser residente no Nordeste e Sul do Brasil em 2013. .	77
Figura 15 - Percentual da população rural que trabalha e se autoavalia saudável* de acordo com o sexo, ter sido diagnosticado com doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração) e ser residente no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resumo das variáveis utilizadas na estatística descritiva, número de observações, média, desvio padrão, máximo e mínimo.....	54
Tabela 2 - Resumo das variáveis utilizadas na etapa econométrica, número de observações, média, desvio padrão, máximo e mínimo.....	55
Tabela 3 - Percentual da população brasileira que se autoavalia como saudável* e reside no Nordeste e Sul do Brasil, de acordo com a condição censitária em 2013.	64
Tabela 4 - Percentual da população brasileira que se autoavalia como saudável* e reside na área rural do Nordeste e do Sul do Brasil, de acordo com o sexo em 2013.	65
Tabela 5 - Percentual da população brasileira que se autoavalia como saudável* e reside na área rural do Nordeste e do Sul do Brasil, de acordo com o sexo em 2013.	66
Tabela 6 - Percentual da população rural brasileira que se autoavalia como saudável* e trabalha, de acordo com o sexo, tipo de ocupação e residência no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.....	69
Tabela 7 - Percentual da população rural que se autoavalia como saudável* e trabalha, de acordo com o sexo, idade e ser residente no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.	70
Tabela 8 - Percentual da população rural que se autoavalia saudável* e trabalha, de acordo com o sexo, estado civil e ser residente no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.	73
Tabela 9 - Percentual da população feminina rural que trabalha e se autoavalia saudável*, de acordo com o número de filhos e ser residente no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.	75
Tabela 10 - Percentual da população rural que trabalha e se autoavalia saudável* de acordo com o sexo, a renda e ser residente no Nordeste e Sul do Brasil em 2013. .	76
Tabela 11 - Percentual da população rural que trabalha e se autoavalia saudável* de acordo com o sexo, carga horária semanal de trabalho e ser residente no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.	78
Tabela 12 - Percentual da população rural que trabalha e se autoavalia saudável* de acordo com o sexo, ter sido diagnosticado com doença crônica, física ou mental, ou	

doença de longa duração (com mais de 6 meses de duração) e ser residente no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.....	79
Tabela 13 - Estimativa das razões de chance (<i>oddsratio</i>) auto declarado de saudável e não saudável para as áreas rurais para o Brasil, mulheres e homens por meio da aplicação do modelo <i>Logit</i> ¹	85
Tabela 14- Estimativa das razões de chance (<i>oddsratio</i>) autodeclarado de saudável e não saudável para as áreas rurais do Sul e Nordeste do Brasil, considerando mulheres e homens por meio da aplicação do modelo <i>Logit</i> ¹	87
Tabela 15 - Estimativa das razões de chance (<i>oddsratio</i>) de autoavaliação de saúde para as áreas rurais do Brasil, mulheres e homens por meio da aplicação do modelo <i>Logit Ordinal</i> ¹	92
Tabela 16 - Estimativa das razões de chance (<i>oddsratio</i>) de autoavaliação de saúde para as áreas rurais do Sul e Nordeste do Brasil, considerando mulheres e homens por meio da aplicação do modelo <i>Logit Ordinal</i> ¹	95

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	FORMULAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DA PESQUISA.....	14
1.2	OBJETIVOS DA PESQUISA	19
1.2.1	Objetivo Geral.....	19
1.2.2	Objetivos Específicos	19
1.3	ESTRUTURA DO TRABALHO	19
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E EMPÍRICA	21
2.1	AMPLIANDO O CONCEITO DE SAÚDE.....	22
2.2	ABORDAGEM TEÓRICA SOBRE O INVESTIMENTO EM SAÚDE E SEUS IMPACTOS: TEORIA DO CAPITAL HUMANO	24
2.3	ESTUDOS EMPÍRICOS SOBRE SAÚDE	34
2.3.1	Autoavaliação subjetiva da saúde: definição e conceitos	36
2.3.2	A saúde de homens e mulheres	39
2.3.3	A saúde dos trabalhadores.....	43
2.3.4	A saúde dos trabalhadores rurais.....	46
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	49
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	50
3.2	DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	51
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	52
3.4	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	53
3.5	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	56
3.6	ESTRATÉGIA METODOLÓGICA: ETAPA ECONOMÉTRICA.....	57
3.6.1	Distribuição binária: O modelo <i>Logit</i>	57
3.6.2	Distribuição escalar: O modelo <i>Logit</i> Ordinal.....	59
3.6.3	Análise dos resultados binários e escalar: <i>oddsratio</i> - OR	60
4	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS EMPÍRICOS.....	61
4.1	ANÁLISE DA ESTATÍSTICA DESCRITIVA.....	61
4.2	ANÁLISE DAS ESTIMATIVAS ECONOMÉTRICAS PARA A AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE PARA AS ÁREAS RURAIS DO NORDESTE E SUL DO BRASIL EM 2013.....	80
4.2.1	Distribuição dicotômica: O modelo <i>Logit</i>	81
4.2.2	Distribuição normal: O modelo <i>Logit</i> Ordinal	88

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS.....	99
	APÊNDICE.....	110
	ANEXO	125

1 INTRODUÇÃO

Um bom estado de saúde corresponde a viver uma vida saudável e longa, no qual o indivíduo possa aperfeiçoar as suas capacidades e realizar escolhas de vida. É um conceito próximo ao da dignidade e cidadania para os seres humanos (GLOBEKNER, 2009). A boa saúde é um fator capaz de viabilizar o desenvolvimento humano. Adicionalmente, possibilita que as pessoas compareçam no trabalho rotineiramente; apresentem maior produtividade no trabalho; e maior quantidade de anos trabalhados. As pessoas com boa saúde auxiliam a manutenção de outras pessoas saudáveis ao seu redor (BLOOM, 2006).

A saúde é influenciada pelas condições sociais dos indivíduos, pois a maioria das doenças é resultante das condições do local onde o indivíduo nasce, vive, trabalha e envelhece. Assim, essa realidade onde está inserido o indivíduo é chamada de Determinantes Sociais da Saúde que envolve os determinantes ambientais, culturais, sociais, econômicos e políticos que impactam na saúde. Os determinantes mais importantes da saúde são os que favorecem a estratificação social, tais como: sexo, etnia, política, distribuição de renda, deficiências. Isto porque, induzem as diferenças econômicas entre os cidadãos (OMS, 2011).

De acordo com Mushkin (1958) a saúde é um dos fatores responsáveis pelo desempenho da economia, pois ela aumenta ou diminui a produtividade do trabalhador individual. Para Marshall (1996)¹, o alicerce da eficiência industrial, responsável por produzir a riqueza material, é a saúde, força física e mental. Desta forma, a riqueza material produzida, deveria ser empregada na saúde dos trabalhadores. Além disso, de acordo com Winslow (1951) o proveito de uma vida saudável é uma questão moral e um direito fundamental de cada pessoa.

Assim, o crescimento econômico não pode ser considerado apenas pelo capital físico representado pelos equipamentos, bens e estruturas. Uma análise que considere apenas esse tipo de capital exclui a vertente representada pelo capital humano que é constituído principalmente por educação formal, conhecimento adquirido no local de trabalho, evolução no campo da saúde e o estoque de informações sobre a economia (SCHULTZ, 1973).

¹ Primeira edição em inglês é de 1890.

Para Mushkin (1958), desde a década de 1950 já se registrava que estudar a saúde inclui considerar os impactos que os serviços de saúde causam no tamanho, nas características e eficiência da força de trabalho e, também, da população. Inclui preocupar-se com a interação entre os níveis de produção e bem-estar físico e mental. Isso porque, a saúde tem impacto na falta de trabalho, na aposentadoria, na quantidade de negócios, na qualidade do desempenho no trabalho e na satisfação no trabalho.

Mais recentemente, autores como Stiglitz, Sen e Fitoussi (2009) passaram a defender que é necessário modificar o foco da mensuração de bem-estar pela produção econômica para as medições sobre o bem-estar das pessoas sob o ponto de vista multidimensional, isto é, não exclusivamente pela dimensão renda e consumo, a qual perdurou no *mainstream* da teoria econômica por muitos anos. Tal tarefa não é simples porque o bem-estar multidimensional é constituído por várias dimensões como: saúde, o consumo de bens convencionais, padrão de vida, entre outros.

Na esfera da saúde, destaca-se que ela está condicionada ao momento histórico em que o indivíduo vive (VINIEGRA, 1985) e afeta a qualidade de vida das pessoas, já que esta “é determinada pelas condições econômicas de seu país, condições de emprego, habitação, educação e saúde” (SILVA, 2004, p.135). Muitos reduzem a análise das desigualdades, às condições biológicas (BARATA, 2012). Porém, a saúde é resultado da interligação entre aspectos culturais, sociais, psicossociais, econômicos, ambientais e comunitários (GALLAGHER et al., 2016). Os fatores de determinação social da saúde são os: culturais, psicológicos, comportamentais, sociais, econômicos e étnicos/raciais, estes induzem na população a ocorrência de distúrbios de saúde e seus fatores de risco (FIOCRUZ, 2018).

Para alcançar a equidade em saúde necessita-se do entendimento que parte da iniquidade em saúde, é um retrato da desigualdade da sociedade (FERNANDES et al., 2012). Essa definição complementa a adotada pela Organização Mundial da Saúde – OMS (2017), na qual se defende que a saúde não pode ser restrita a ausência de doenças, mas sim como a integração entre o bem-estar social, mental e físico.

A economia aplicada à saúde busca preocupar-se, por exemplo, se a saúde ou o desenvolvimento vem primeiro, no entanto, com o passar dos anos, optou-se

pela visão de “saúde como parte do processo de desenvolvimento, sobretudo estudando-se a organização do trabalho e os modos de produção” (NERO, 1995, p.7). Ademais, para a economia aplicada à saúde, por meio dessa relação interdisciplinar, a percepção dos processos patológicos é distinta de acordo com o grupo social (NERO, 1995).

Muitas das formas de avaliar a saúde foram criadas para identificar a falta de saúde. Essas medidas não eram capazes de identificar uma boa saúde ou suas nuances (BERGNER; ROTHMAN, 1987). Isso porque, a saúde é um conceito complexo que inclui fatores subjetivos e objetivos, o que aumenta a dificuldade de sua mensuração. Além disso, o estudo da saúde não compreende apenas o processo da incidência ou não de doença, mas, também, fatores psicológicos, sociais e culturais (VINIEGRA, 1985; PEDROSO, 2015; GALLAGHER et al., 2016). Uma alternativa para sintetizar todos esses fatores diz respeito à autoavaliação do estado de saúde com base na classificação do próprio indivíduo (PEDROSO, 2015). Dessa forma, oferece-se um indicativo que contempla uma visão de várias áreas que impactam na saúde e que vai além da visão biológica (COTT; GIGNAC; BADLEY, 1999).

Estudar a percepção que as pessoas têm a respeito da própria saúde se justifica, na medida em que autores como Mushkin (1958), se preocuparam em como medir o rendimento líquido do investimento em saúde e os efeitos do estado de saúde sobre a produtividade e, conseqüentemente, no crescimento econômico.

As autoavaliações são realizadas pelos censos e pesquisas para mensurar a morbidade de uma população. Atualmente, existem também outras fontes de dados sobre morbidade, as quais influenciam diretamente a saúde, tais como, registros de altura e peso das pessoas, registros de doenças e diagnósticos elaborados por profissionais de saúde (STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009).

A autoavaliação do estado de saúde envolve diferentes dimensões da vida de uma pessoa, logo, pode sofrer diferentes níveis de influência das diversas características: de morbidade, sociodemográficas, comportamentais, de estilo de vida, psicossociais e funcionais (PAVÃO, 2012). Ainda que não exista a doença, a saúde pode ser autoavaliada como baixa. Porque, a autoavaliação compreende emoções relacionadas à satisfação de vida e bem-estar (BLANK; DIDERICHSEN, 1996).

A autoavaliação de saúde dos brasileiros pode ser afetada de acordo com a região de residência. De acordo com Pavão, Werneck e Campos (2013), os residentes do Norte e Nordeste brasileiros possuíam a maior incidência de respostas de autoavaliação do estado de saúde como ruim. Para o restante do Brasil, as chances de as pessoas se autoavaliarem com estado de saúde ruim era menor. Esse cenário poderia ser atribuído à estrutura de cada região e à qualidade da assistência em saúde.

1.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Para Noronha (2005), em diversas economias os responsáveis pelas políticas públicas têm direcionado mais atenção para o estado de saúde da população, visto que isso resulta em um impacto sobre o bem-estar das pessoas. Isso porque, aquelas que apresentam maior saúde, estarão mais dispostas ao trabalho, representando “uma correlação positiva entre o nível de saúde individual e sua capacidade de geração de rendimentos” (NORONHA, 2005, p.1). Apesar dessa importância, quando se trata de países em desenvolvimento, existem poucas, ou até mesmo, são raras as formas apropriadas de mensuração do estado de saúde, em particular para adultos (MURRUGARRA; VALDIVIA, 1999). A avaliação da saúde, item que condiciona a qualidade e a vida das pessoas, necessita de medidas adequadas de morbidade e mortalidade, embora a realidade seja de falta de dados em ambos os temas, especialmente quando se trata de adultos que estão em países em desenvolvimento (STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009). Soma-se a isso o fato de que quando se trata de estudos sobre os resultados do investimento realizados em saúde para o trabalho, as pesquisas são realizadas em menor quantidade. Existem dificuldades conceituais e de banco de dados limitado sobre a variável saúde (MURRUGARRA; VALDIVIA, 1999), o que limita a realização de pesquisas sobre o tema.

Para Stiglitz, Sen e Fitoussi (2009), o acesso aos dados relacionados à desigualdade em saúde é escasso - ainda que exista amplo conhecimento sobre o seu impacto na qualidade de vida - impedindo a comparação entre países, a exemplo do que acontece com os estudos sobre renda e educação. Isso implica em uma necessidade de investimento em medições sobre a desigualdade encontrada no campo da saúde, principalmente, apresentando as inter-relações entre esta

desigualdade e o *status* socioeconômico, sendo esse tema prioridade para estudos estatísticos nos próximos anos (STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009).

Os indivíduos que se autoavaliaram com percepção de saúde negativa no momento da realização da entrevista para a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS (2013), estavam predispostos a integrarem a demanda por atendimento médico e de cuidado com a saúde. E este sistema de cuidado, deveria estar preparado para prestar esse atendimento, sendo necessário conhecimento prévio das características das pessoas que demandariam esses cuidados (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013).

A boa saúde demanda um sistema de saúde de qualidade, ágil, efetivo, universal, abrangente, acessível e equitativo. Além disso, demanda a participação de outros setores, pois a saúde também é impactada por eles. Dessa forma, a promoção da saúde oriunda de um envolvimento interssetorial tem como efeito a promoção de sociedades produtivas e inclusivas, e a equidade em saúde (WHO, 2011).

Existe uma relação positiva entre a economia e a saúde (BASOV, 2002), pois a riqueza e a distribuição de renda permitem a boa saúde (DEATON, 2002) principalmente em países com menores recursos, onde a doença é considerada uma consequência da pobreza (BLEAKLEY, 2010). A relação entre indicadores econômicos e sociais e o estado de saúde da população pode ser comprovada por meio de dados (BARATA, 2012). Os Estados Unidos são um exemplo de disparidade entre gastos em saúde e efetividade da saúde da população. Nesse país o gasto de saúde *per capita* é maior do que países da Europa, entretanto, esse gasto não representa que os indicadores de saúde americanos são melhores do que os europeus. É necessário entender que a saúde responde não apenas a quantidade de recursos investidos, mas, também, depende de uma construção multidimensional que engloba, por exemplo, o estilo de vida e o tempo que os pais possuem para ficar com os filhos. Atribuir a saúde exclusivamente ao gasto em hospitais é negligenciar outros fatores importantes para a saúde (STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009).

A declaração sobre o estado de saúde “é induzida por fatores demográficos e socioeconômicos. Assim, a identificação e análise de diferenças de sexo em resultados de saúde e suas covariáveis teriam implicações cruciais para a política de saúde pública” (SOYTAS; KOSE, 2014, p.1).

De acordo com Noronha (2005), apesar de não ser encontrada nas áreas rurais a agitação, o nível de *stress* e a poluição sonora típica das áreas urbanas, o perfil do trabalho e as condições sanitárias interferem na avaliação de saúde dos trabalhadores dessas áreas (NORONHA, 2005). Para Dias (2006), a saúde do trabalhador das áreas rurais é pior do que a dos que estão nas áreas urbanas, esse fato decorre de características que estão além do uso do agrotóxico, englobando problemas de infra-estrutura (habitação, transporte, saneamento básico), os riscos da ocupação dos trabalhadores da área rural e os problemas econômicos e sociais.

Soma-se a peculiaridade da realidade rural o fato de ser morador do Nordeste. Essa região, de acordo com Lima (1995), possui singularidades que são capazes de a distinguir do restante do país, como menores níveis de qualificação da mão de obra, de escolarização e de renda, bem como maior suscetibilidade à variação climática, menor elasticidade emprego /produto e, também, existência de maiores áreas que estão pouco integradas à economia nacional.

O universo dessa dissertação é composto pela população que reside na área rural e trabalha. Estudar esses trabalhadores se fundamenta no fato que: em primeiro lugar, de acordo com a PNAD (2015), no Nordeste cerca de 48% da população está localizada na área rural. Assim, percebe-se que as demais regiões apresentam um percentual bem menor de população rural: o Sudeste possui 18%, o Sul 13%, o Norte 13%, e o Centro Oeste com 5%. Deve-se destacar que, ser originário da zona rural pode interferir para um estado de saúde menos favorável (MURRUGARRA; VALDIVIA, 1999) bem como, o fato de morar na zona rural faz com que grande parte dos trabalhadores que compõe a amostra estudada tenha como ocupação a agrícola. Ser trabalhador rural pode ter um efeito negativo quando comparado com outros estratos ocupacionais, apesar de maior probabilidade de se declarar saudável. O resultado irá depender da interação com outros fatores (RODRIGUES; MAIA, 2010).

A divisão entre as regiões é necessária, uma vez que “as desigualdades sociais em saúde se repetem também no interior dos países, entre suas regiões e cidades” (BARATA, 2012, p. 36). O Sul é uma das regiões mais saudáveis, enquanto o Nordeste está entre as regiões brasileiras com o pior estado de saúde autoavaliado (RODRIGUES; MAIA, 2010). De modo que, ascende a necessidade de verificar, quais características socioeconômicas determinam essa disparidade. Para Noronha (2005), as regiões do Brasil oferecem serviços de saúde de maneira

desigual em favor das regiões mais ricas. Isso implica que, grande parte desses serviços, principalmente os mais avançados, estão localizados em regiões mais desenvolvidas e ricas.

Há uma relação entre saúde e impacto econômico (MUSHKIN, 1958; BASOV, 2002; STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009; BARATA, 2012; LEITE, 2015), assim como está presente também uma relação entre os fatores que interferem na qualidade de vida (STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009). A educação, por exemplo, possui influência sobre a saúde (BASOV, 2002; GROSSMAN, 2005; BLOOM; 2006; STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009; PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013), sobre as conexões sociais (STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009), e sobre a renda auferida (SCHULTZ, 1973; MURRUGARRA; VALDIVIA, 1999; DEATON, 2003; NORONHA, 2005; STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009). Enquanto essas relações não forem compreendidas, desconsiderando-se as consequências cumulativas, resultarão em políticas pouco eficientes. Uma vez que, o efeito negativo de ser pobre e doente é mais intenso do que o que aconteceria se esses fatos ocorressem separados. Portanto, há demandas de políticas específicas para as pessoas que se encontram em situação de acumulação de desvantagens (STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009).

Esta dissertação estuda os trabalhadores, de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde, vinculada a Organização Mundial da Saúde PAHO-OMS (2018), 58% das pessoas com mais de 10 anos e aproximadamente 45% de todas as pessoas do mundo participam da força de trabalho. São essas pessoas que dão suporte

a base econômica e material das sociedades que por outro lado são dependentes da sua capacidade de trabalho. Desta forma, a saúde do trabalhador e a saúde ocupacional são pré-requisitos cruciais para a produtividade e são de suma importância para o desenvolvimento socioeconômico e sustentável (PAHO-OMS, s.p., 2018).

Para Rodrigues e Maia (2010), análises mais minuciosas sobre o estado de saúde entre os grupos distintos ajudam tanto a elucidar as razões para as desigualdades encontradas quanto fornecem informações para possíveis intervenções voltadas para a saúde do trabalhador.

Hosseinpoor et al. (2012) entendem que a promoção e a proteção da saúde dos homens e das mulheres é um direito, além de ser crucial para o desenvolvimento da economia em todos os países. Para Barata (2012), a distinção é

também necessária porque o comportamento de ambos os sexos são diferentes, e isso, reflete na utilização de serviços de saúde e também no estado de saúde do indivíduo. Fernandes et al. (2012) destacaram que a perspectiva de gênero na análise da saúde deve ser adotada porque as mulheres são em maior número; vivem mais tempo; e estão mais expostas à pobreza e à precariedade.

Essa pesquisa também se justifica por estudar a percepção de saúde da população trabalhadora que está residindo na área rural, essa dissertação integra o programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Agronegócio - PGDRA, na linha “Economia Regional e Sociedade”, sendo que esse estudo se preocupa em analisar elementos que favoreçam o desenvolvimento regional. Isso porque aborda “temas relativos aos processos sócio-territoriais, culturais, econômicos e políticas públicas para o desenvolvimento regional” (PGDRA, 2018, s.p.).

Assim, diante de algumas ausências de repostas para alguns questionamentos a partir das experiências empíricas, emerge o problema dessa pesquisa: **Quais fatores socioeconômicos afetam a percepção de saúde de homens e mulheres que trabalham e residem nas áreas rurais do Nordeste e do Sul do Brasil?** Ademais, esse estudo pretende realizar uma contribuição para revisão de literatura sobre os estudos da subjetividade da autoavaliação do estado de saúde, possibilitando a ampliação dos estudos nesse campo. Deve-se considerar que no Brasil ainda são escassos os trabalhos que discutam o estado de saúde da população, principalmente quando relacionados aos fatores socioeconômicos. Outro fator levado em consideração é a importância desse estudo para a formulação de políticas públicas que entendam a saúde do ponto de vista multidimensional, para que assim, realizem uma coordenação de esforços em mais de uma esfera na vida do cidadão. Pois, as informações disponibilizadas por este estudo permitirão a compreensão da interferência que as condições socioeconômicas de um indivíduo representam sobre o estado de saúde e, também, a tomada de medidas para enfrentar os futuros problemas de saúde que um grupo populacional e/ou região específica possam ter. A autoavaliação de saúde ruim detectada no presente pode acarretar problemas de saúde nos anos seguintes.

A fim de responder a questão dessa pesquisa, foram elaborados alguns objetivos, conforme apresentado na próxima seção.

1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar os fatores socioeconômicos que afetam a percepção de saúde de homens e mulheres que são residentes na área rural do Brasil e nas regiões Nordeste e do Sul do Brasil no ano de 2013.

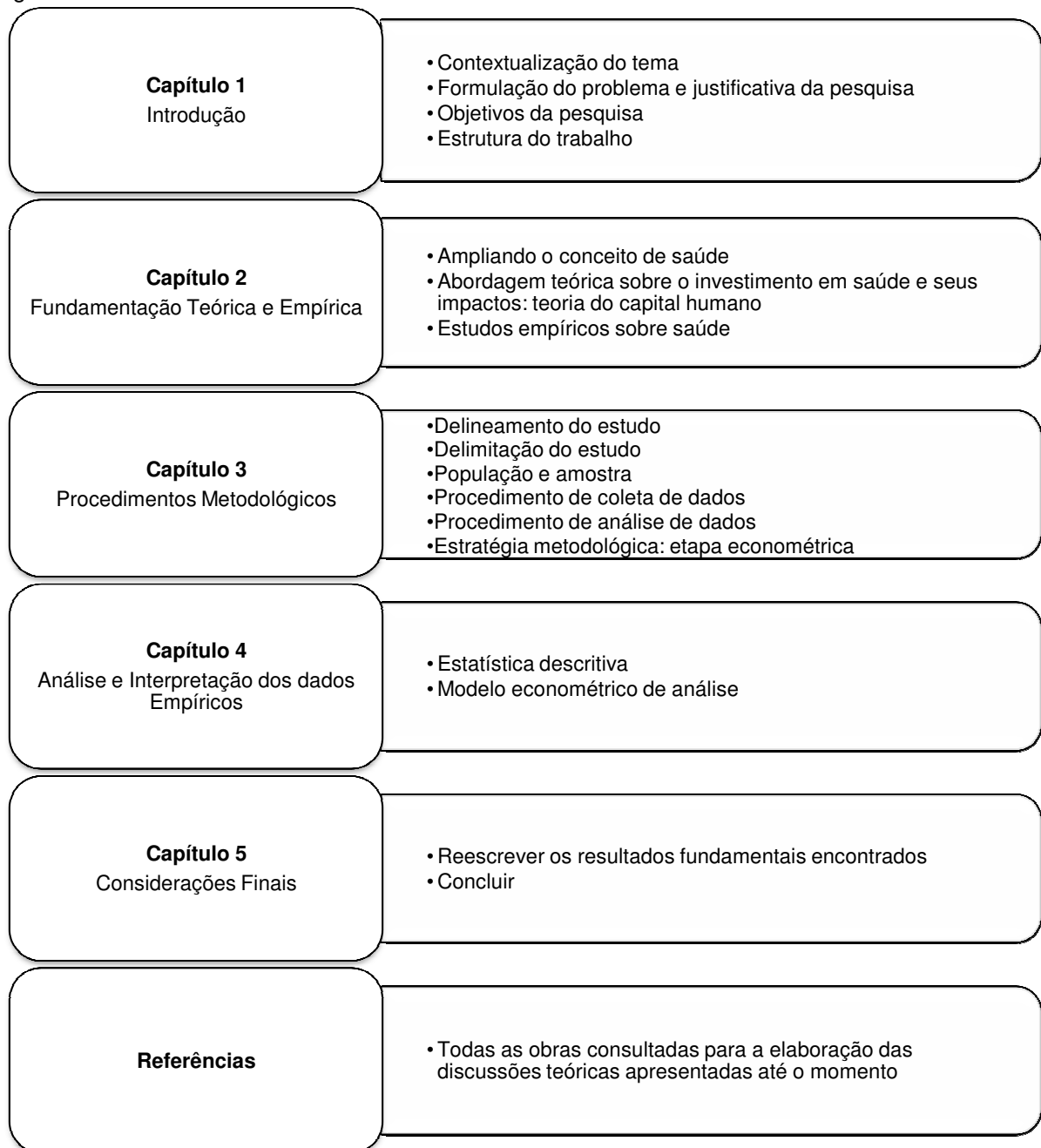
1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Revistar a literatura teórica e empírica sobre autoavaliação de saúde;
- b) Identificação dos fatores socioeconômicos que afetam a percepção de saúde;
- c) Analisar de forma descritiva o comportamento de saúde de homens e mulheres residentes nas áreas rurais do Nordeste e Sul do Brasil; e
- d) Estimar e analisar a chance de o trabalhador ou trabalhadora residente na área rural autoavaliar-se como saudável para o Brasil e para as regiões Sul e Nordeste do Brasil.

1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho é constituído por cinco partes centrais, compreendendo esta introdução, de acordo com a Figura 1.

Figura 1 - Estrutura do Trabalho

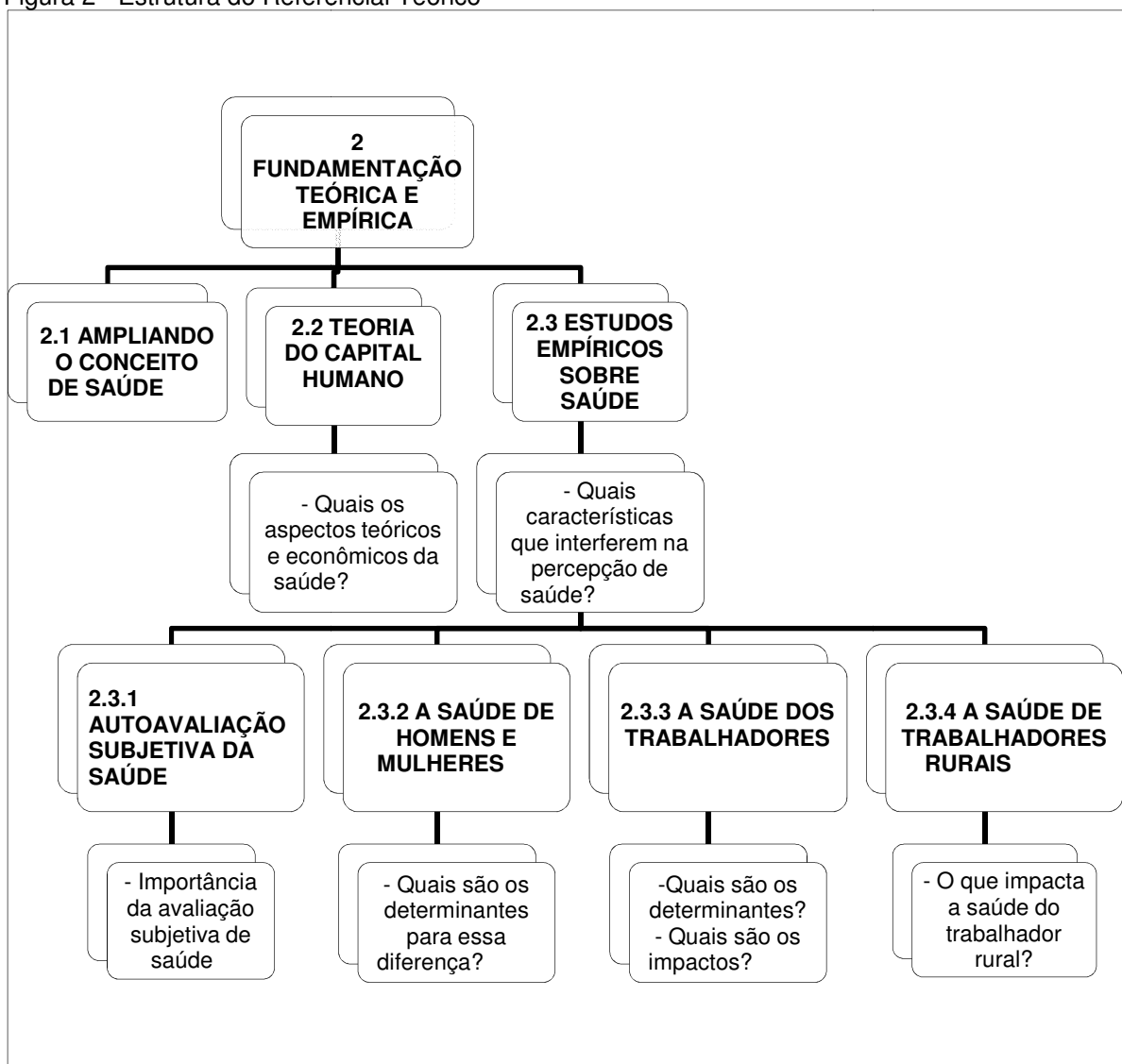


Fonte: Elaborado pela autora (2018).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E EMPÍRICA

Durante as últimas décadas vários economistas têm procurado identificar fatores que influenciam o crescimento da economia; a manutenção do trabalhador nos postos de trabalho; que expliquem o aumento da produtividade de algumas empresas ou países; bem como outros temas inerentes à economia e à saúde. Assim, na próxima seção serão apresentadas algumas reflexões oriundas de obras relacionadas ao tema saúde que possibilitarão melhor entendimento, quanto ao enfoque teórico que será utilizado para a abordagem da percepção da saúde dos trabalhadores rurais do Nordeste e Sul do Brasil. A construção dessa etapa está de acordo com a Figura 2.

Figura 2 - Estrutura do Referencial Teórico



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

2.1 AMPLIANDO O CONCEITO DE SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) foi constituída em 7 de abril de 1948, mesma data em que passou a ser celebrado todos os anos o Dia Mundial da Saúde. A OMS é uma autoridade direcionadora e coordenadora da saúde internacional das Nações Unidas. A OMS adota desde 1948 a definição de saúde como sendo:

um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. O gozo do mais alto padrão possível de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, religião, crença política, condição econômica ou social (OMS, s.p., 2017).

Dalmolin et al. (2011) ao realizarem um estudo sobre o conceito de saúde para docentes de graduação de ensino superior na área da saúde, questionaram a amplitude do conceito elaborado pela OMS. Isso devido à dificuldade de se definir o que é um estado de completo bem-estar. Isto, pois, para os autores, a sociedade é marcada por desigualdades e que não está em perfeito equilíbrio, mas sim, está sendo marcada por impulsos contraditórios. O aspecto social, de acordo com Ware et al., (1981), permite que o conceito de saúde seja transcendido para além do indivíduo, pois engloba os recursos sociais e a qualidade e quantidade de contato social. Dessa forma, mudanças no aspecto social implicam em mudança no estado de saúde do indivíduo.

Para Dalmolin et al. (2011), a presença ou a ausência de saúde depende da realidade sociocultural e do sentido que o indivíduo confere ao seu modo de viver. Sendo assim, saúde não é um conceito objetivo, evidente e de equilíbrio, reduzido a realidade orgânica do indivíduo. Ou seja, “a saúde envolve modos de ser e produzir e/ou recriar a vida em sua singularidade e multidimensionalidade” (DALMOLIN et al., 2011, p. 390). A saúde não é apenas não estar doente, mas antes disso, é um processo que depende das análises objetivas e também das evidências estruturais constituídas pelo entorno social no qual o indivíduo está inserido. Logo, a saúde deve ser entendida mais do que o oposto da doença, pois de outro modo, a sociedade estaria em busca apenas da sobrevivência ao invés de buscar viver bem (VINIEGRA, 1985).

A partir da leitura das definições sobre o conceito de saúde, eis que surge um impasse: saúde é um termo abrangente e é condicionado por diversas variáveis, algumas inerentes ao indivíduo, enquanto outras, inerentes ao entorno social. Então, a questão que emerge é: o que caracteriza o entorno social que condiciona a percepção de saúde do indivíduo? Para Scliar (2007), tanto a saúde quanto a doença devem ser entendidas por meio do progresso histórico “em seu relacionamento com o contexto cultural, social, político e econômico” (SCLIAR, 2007, p. 29). De acordo com Gallagher et al. (2016, p. 2), “os resultados de saúde são multideterminados e resultam de interações complexas de fatores sociais, culturais, econômicos, psicossociais, fatores ambientais e comunitários.”

A saúde é condicionada pela situação histórica da sociedade em que o indivíduo está inserido (VINIEGRA, 1985). Assim, a saúde não possui o mesmo significado para todas as pessoas porque “reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural... Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas” (SCLIAR, 2007, p. 30).

Scliar (2007) mostrou que o conceito de saúde elaborado pela OMS tem origem de alguns movimentos sociais que aconteceram no pós-guerra, por isso a saúde, em uma situação ideal, deveria representar o gozo de uma vida plena. Logo, dada a amplitude do conceito, a saúde completa do indivíduo é difícil de ser alcançada e, algumas vezes, permitiu que o Estado agisse de forma autoritária, quando a ação fosse justificada pela promoção da saúde.

Dessa forma, a partir das leituras dos conceitos da OMS (2017), de Dalmolin et al. (2011), Scliar (2007), Viniegra (1985) e Ware et al. (1981), é possível inferir que a concepção de saúde para cada indivíduo é diferente. Isso porque, o contexto no qual cada indivíduo está inserido é diferente, com limitações e condições que favorecem a ocorrência de uma percepção de saúde desigual por parte do indivíduo.

No Brasil, a saúde é um direito de todos, garantido pela Constituição Federal por meio do artigo 196 “é dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Assim, por meio do Congresso, a saúde passa a ser um direito de toda a população, a possuir um conceito amplo e ser executável por meio de políticas públicas. Além do mais, por meio do instrumento legal, estabeleceu-se que

o sistema de saúde nacional precisava contemplar: equidade, integralidade e universalidade (BARATA, 2012).

É compreensível que, diante das diferentes fontes de origem da saúde e da doença, o Estado vise tanto o tratamento de doenças, a promoção da saúde, quanto, a redução de agravantes sociais e econômicos que afetam o estado de saúde do indivíduo. Nesse contexto, para Barata (2012), os debates sobre a desigualdade social em saúde trouxeram à tona o direito a saúde como agenda no mundo todo.

Assim, o conceito de saúde como um processo objetivo e biológico é complementado pela compreensão de que é também um processo de interpretação individual condicionado pelo contexto em que cada um está inserido. Isso demanda políticas e atuação do Estado em mais de uma esfera da vida dos cidadãos.

Por meio de medidas obrigatórias, o governo impõe padrões de saúde pública. Alguns exemplos são a vacinação; o padrão para distribuir o leite; para manipular alimentos e para abastecimento de água (MUSHKIN, 1958). As medidas de promoção da saúde têm como escopo “diminuir os níveis de doença, mortalidade, discriminação, injustiça social e expandir o bem estar biológico, físico, emocional e social entre as pessoas” (GARBIN, 2007, p. 147).

Em síntese, dada a amplitude assumida pelo conceito de saúde e de seus condicionantes, o próximo tópico se dedica a apresentar os aspectos teóricos construídos pela Teoria Econômica sobre o assunto.

2.2 ABORDAGEM TEÓRICA SOBRE O INVESTIMENTO EM SAÚDE E SEUS IMPACTOS: TEORIA DO CAPITAL HUMANO

Avanços em termos de produtos e técnicas médicas possibilitaram que os médicos passassem a lidar de maneira mais eficaz com as doenças. Com isso, surgiram questões como o aumento da capacidade de lidar com as doenças, a capacidade instalada para atender as pessoas, as variações da demanda por esses serviços, e, também, a capacidade de aumentar a expectativa de vida das pessoas (MUSHKIN, 1958).

Schultz (1973), certo de que os ganhos de produtividades não poderiam ser totalmente explicados pelos progressos da ciência, começou a partir de 1940, a buscar outras explicações mais amplas e que contemplassem também a capacidade

adquirida dos homens. Assim, o Capital Humano esteve suprimido da teoria econômica até então. Nesse momento é que se passou a considerar o investimento que era realizado no homem, para explicar o que havia de ganho de produtividade ainda sem explicação. Dessa forma, o conceito de capital ampliou-se.

O Capital Humano inclui a saúde, as habilidades, os conhecimentos e as ideias, sendo que o investimento dos indivíduos nesses fatores é que determinam o próprio sucesso e o sucesso das economias. O Capital Humano é o combustível da economia, sendo o mais significativo tipo de capital. O desempenho da economia global depende do investimento que é feito em Capital Humano. Ainda que países ricos tenham um nível tecnológico superior e que demandem esse tipo de conhecimento, os países pobres só conseguirão escapar da pobreza investindo em Capital Humano. Isso, devido à relação entre o crescimento econômico, a educação, a saúde e a esperança de vida (BECKER, 2002).

Assim, a vertente teórica seguida nessa dissertação é de que a Teoria do Capital Humano inclui, entre outros, os investimentos em saúde além dos investimentos em educação. Ambos se complementam para formar o Capital Humano, que afeta o rendimento individual e o desenvolvimento da economia. De acordo com o Becker (1975), o efeito da educação só pode ser analisado isolado se as demais quantidades de capital humano estiverem constantes. Ainda para Becker (1975), melhorar a saúde é uma forma importante de investimento em Capital Humano.

Stiglitz, Sen e Fitoussi (2009) elucidaram a necessidade de ampliação de outros conceitos como ativos, gastos e investimentos. Para eles, o gasto realizado com a saúde deve ser contabilizado como investimento em capital humano e, não apenas, considerado um gasto. Da mesma forma, quando uma atividade econômica prejudica um ativo – como saúde ou qualidade ambiental - tem-se uma externalidade negativa que gera depreciação, com a respectiva diminuição da medida da renda e produtividade daquela localidade, o que deveria ser levado em consideração nos cálculos econômicos. São essas medidas líquidas que levam em consideração a qualidade de vida das pessoas.

Para muitos economistas, a importância das pessoas para a riqueza de um país estava limitada à sua contribuição por meio do trabalho para o montante produzido. “O que os economistas não puseram em relevo é a verdade simples de que as pessoas investem em si mesmas, e que tais investimentos são muito

grandes” (SCHULTZ, 1973, p. 32). Essa quantidade de investimento em acúmulo de conhecimento e de saúde faz com que as pessoas tenham produtividade diferente (BECKER, 1975). Além disso, são os investimentos em saúde, educação e treinamento que produzem Capital Humano. Este é um tipo de capital, pois a pessoa é indissociável da sua saúde, do seu conhecimento e de suas habilidades (BECKER, 1994). Certamente, outros tipos de capitais são importantes, como as máquinas. Porém, o crescimento não é totalmente explicado por esse tipo de ativo. As máquinas sofisticadas demandam trabalhadores, empreendedores e gestores competentes para manuseá-las e criar produtos e processos. Os conhecimentos desses agentes econômicos também são importantes para replicar inovações utilizadas em outros países (BECKER, 2002).

Os investimentos no homem podem acontecer por meio de aquisição de conhecimento nas tarefas que realiza; no acompanhamento de informações sobre economia; na migração ou nas ações que afetam positivamente a saúde. Os investimentos realizados em capital humano, principalmente em atividades sanitárias, podem melhorar a qualidade desse recurso por meio, por exemplo, de mais alimentação ou condição de moradia melhor, especialmente quando se fala em países subdesenvolvidos (SCHULTZ, 1973).

Promover a saúde compreende mais do que o serviço da saúde. Compreende o vestuário, a recreação, a habitação e a alimentação (MUSHKIN, 1958). Principalmente, quando se trata de trabalho que exige maior força muscular, existe uma correlação entre a quantidade de alimento que a pessoa dispõe e a sua força. Além disso, acrescenta-se a necessidade para viver e para trabalhar, de habitação, roupas, aquecimento, descanso, trabalho na quantidade adequada à capacidade do homem (MARSHALL, 1996). Assim, o investimento em Capital Humano é constituído por “gastos diretos com a educação, com a saúde, e com a migração interna para a consecução de vantagens oferecidas por melhores empregos” (SCHULTZ, 1973, p.31). Esses fatores são considerados investimento em capital porque “a qualidade do esforço humano pode ser grandemente ampliada e melhorada e sua produtividade incrementada” (SCHULTZ, 1973, p.32).

Grossman (1972) elaborou um modelo de demanda por saúde - baseado na Teoria do Capital Humano, no qual afirmou que um indivíduo nasce com um determinado estoque de saúde o qual será depreciado ao longo dos anos, podendo ser elevado ou mantido no mesmo nível por meio de investimentos. O modelo inclui

como insumo a possibilidade de “escolha” do tempo que o indivíduo quer viver. Isso pode ser exemplificado pelo vício em cigarros, em que o indivíduo, mesmo sabendo dos malefícios, escolhe o prazer imediato em relação à saúde futura.

Murrugarra e Valdivia (1999) demonstraram que quando a saúde é excluída da equação de salários, parte da variação da renda que seria resultado do aumento da saúde e da produtividade a ela associada, é atribuída à educação. Eis que assim, surge uma oportunidade de investimento em outra variável do capital humano: a saúde. Os formuladores de políticas públicas devem investir nesse fator porque seus efeitos são representativos principalmente entre os que possuem menor capital humano. Além disso, de acordo com WHO (2011, p. 1) “a promoção da equidade em saúde é fundamental ao desenvolvimento sustentável e a uma melhor qualidade de vida e bem-estar para todos, o que, por sua vez, contribui para a paz e a segurança.”

Uma visão abrangente para estudar a saúde precisa levar em consideração

a interação dos serviços de saúde e produção, crescimento da população e desenvolvimento econômico, e produtividade das forças de trabalho; problemas de saúde associados ao desenvolvimento industrial; oferta de serviços de saúde; utilização de serviços e seus preços...(MUSHKIN, 1958, p. 792)².

Existe um legado de pesquisa econômica que demonstra a relevância da educação para a formação das habilidades e competências dos trabalhadores, que são necessários para a manutenção da produção (SCHULTZ, 1973; STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009; SMITH; IKOMA; BAKER, 2016). No entanto, o maior nível de educação está também intensamente relacionado com menor índice de desemprego, mais conexão social (STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009), melhor estado de saúde (BASOV, 2002; GROSSMAN, 2005; BLOOM; 2006; STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009; PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013) e envolvimento político e cívico (STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009).

Grossman (2005) ao estudar as repercussões que a educação representa para aspectos não relacionados ao mercado, dedicou maior atenção ao efeito que a educação gera na saúde porque estas são as principais fontes de capital humano: capital do conhecimento e capital da saúde. De acordo com Smith, Ikoma e Baker (2016), o modelo de Capital Humano em Saúde conceitua a educação e a saúde como parcialmente associadas, na condição de dois fatores independentes que

² Traduzido pela autora.

afetam a oferta e a produtividade da mão de obra. Murrugarra e Valdivia (1999) identificaram um forte efeito positivo do estado de saúde para a produtividade e assim, sobre os salários. Para Becker (1994), a educação proporciona melhor saúde, menor propensão ao tabagismo e melhor controle de natalidade, por exemplo.

Nesse momento, a discussão será sobre a interrelação entre educação e saúde. Ao ampliar a análise da educação para além do mercado, Grossman (2005) elucidou que a educação formal adquirida por um indivíduo o acompanha onde ele estiver: no trabalho, no médico, no tempo dedicado à recreação e prática de esportes. Assim, a educação produz efeitos em vários aspectos como: padrão de consumo; poupança; crescimento do consumo; saúde e insumo para a promoção da própria saúde; fertilidade, e bem-estar resultante da própria saúde e desenvolvimento cognitivo.

A correlação positiva entre a saúde e a educação existe, pois, o investimento em saúde tem como objetivo auferir maiores chances de sobrevivência para que o indivíduo possa se beneficiar do investimento realizado em educação. Além disso, pessoas com maior saúde, investem mais na educação devido a maiores expectativas de sobrevivência para desfrutar dos resultados relativos a um maior estoque de capital humano (BASOV, 2002). A correlação positiva entre saúde e educação se estende aos resultados na escola. Isso porque, os alunos saudáveis são mais eficientes ao estocar conhecimento adquirido pela educação formal e pelo fato de registrarem menor ausência das salas de aula por motivos de saúde (GROSSMAN, 2005). Além disso, pessoas com maior nível de escolaridade adotam hábitos de vida mais saudáveis (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013).

Os benefícios obtidos por possuir maior educação geram implicações em fatores que afetam a qualidade de vida, sendo alguns desses monetários, enquanto outros, não-monetários. O primeiro, diz respeito ao aumento de renda e riqueza proveniente de maior escolaridade. Já o segundo, afeta o indivíduo e a sociedade, pois indícios mostraram que as pessoas que permaneceram na escola por mais tempo estão propensas a: autoavaliar-se com maior bem-estar subjetivo; ter melhor saúde; e ser mais ativa na sociedade (STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009).

Do mesmo modo, Grossman (2005) identificou a possibilidade de que pais com maior nível de instrução tenham maior eficácia em incentivar a curiosidade e processo de aprendizado dos filhos. Ou seja, prevê-se que o aumento na

escolaridade dos pais irá influenciar positivamente o bem-estar de seus filhos por meio da saúde e do desenvolvimento cognitivo dos filhos, pois estas crianças estão mais propensas a completarem mais anos de estudos.

A desvantagem encontrada por alguns trabalhadores pode ter como consequência a manutenção de vantagens ou desvantagens por mais de uma geração, uma vez que existem indícios de que elementos que compõem a qualidade de vida podem ser transmitidos para a próxima geração, principalmente quando se refere às características socioeconômicas. Ou seja, as características dos pais impactam no desempenho educacional dos filhos, bem como, a saúde dos pais é um fator que também determinará a probabilidade maior ou menor de ocorrência de problemas de saúde para os filhos (GROSSMAN, 2005; NORONHA, 2005; STIGLITZ; SEM; FITOUSSI, 2009).

Os diferenciais observados na saúde e na educação dos trabalhadores repercutem, por sua vez, em diferenças de rendimentos. Isso porque, entre os trabalhadores que auferem menores rendimentos, estes apresentam em comum a ausência de “escolaridade, têm saúde precária, não apresentam quaisquer capacidade específica qualificada e tem pouca habilidade para executar trabalho útil” (SCHULTZ, 1973, p. 36).

Nesse momento, será aprofundada a discussão sobre a relação existente entre a saúde e a desigualdade de renda. Pois, o baixo nível de saúde representa *déficits* nos rendimentos individuais, enquanto que, a maior parte dos estudos sobre desigualdade de renda busca mostrar a escolaridade como principal determinante da desigualdade de renda. Quando não se considera o efeito da saúde, pode-se superestimar o efeito da escolaridade como determinante da desigualdade de renda, já que existe relação entre saúde e capital humano (NORONHA, 2005).

Os retornos oriundos do investimento em educação dependem da saúde, uma vez que as pessoas saudáveis possuem vida mais longa e não perdem muito tempo do trabalho por causa de doença (GROSSMAN, 2005). Mesmo que os jovens entrem mais tarde no mercado de trabalho, e haja saída prematura da força de trabalho por parte de pessoas situadas nas faixas etárias de maior idade, o trabalhador dedica mais anos ao trabalho do que há 50 anos (MUSHKIN, 1958). A saúde é um bem que pode ser demandado pelos indivíduos por dois motivos: primeiro, porque gera bem-estar, competindo com o consumo de outros bens e, segundo, porque é um investimento que influencia o tempo disponível para as

atividades de mercado. Então, a saúde afeta a renda do indivíduo porque aumenta o tempo disponível para o trabalho e lazer (GROSSMAN,1972).

Desse modo, é possível induzir que a saúde precária, assim como a educação são elementos de desigualdade de renda. Em seu estudo sobre a relação entre desigualdade de renda e saúde no Brasil, Noronha (2005) mostrou que existem dois custos oriundos da desigualdade de renda. Em um deles a desigualdade de renda impacta a saúde, destarte, regiões que apresentam essa desigualdade oferecem perda de bem-estar para as pessoas. Em outro a saúde possui relação com a geração de renda. Então, sociedades desiguais possuem indivíduos com estado de saúde precário, o que resulta em menor riqueza para a região e também para os indivíduos.

O estudo da relação existente entre a saúde e a desigualdade de renda ganhou maior destaque porque a igualdade da renda promove a saúde. A renda é mais relevante principalmente na promoção da saúde dos mais pobres. Além disso, sociedades igualitárias têm mais solidariedade, mais coesão social, mais apoio social, mais capital social e menos stress (DEATON, 2003).

O estado de saúde no Brasil, de acordo com Noronha (2005), reforça a desigualdade de rendimentos entre as pessoas, ao passo que essa desigualdade é predeterminada pela saúde. Esse efeito de causalidade de ambas as variáveis, saúde e desigualdade de rendimentos, afeta negativamente a economia e também o bem-estar da população. Assim, existe um ciclo vicioso entre saúde e desigualdade de renda. Sendo que, os efeitos negativos desse ciclo, atingem de forma distinta os pobres e os ricos, reforçando a desigualdade de renda (NORONHA, 2005). Os níveis de bem-estar e satisfação, se comparados aos países igualmente ricos, são mais elevados entre os países que possuem menor diferença na distribuição de renda (BARATA, 2012). Dessa forma, “a ação sobre os determinantes sociais da saúde deve ser adaptada aos contextos nacionais e subnacionais de cada país e região para que sejam levados em consideração os diferentes sistemas sociais, culturais e econômicos” (WHO, 2011, p. 2).

Ao estudar a relação entre a saúde e a renda, Deaton (2003) observou que caso haja redistribuição da renda dos ricos (cuja saúde é menos afetada pela renda) para os pobres (cuja saúde é mais afetada pela renda) a saúde média será melhor. Tudo mais constante, as nações com distribuição mais igualitária de renda apresentam uma melhor saúde média da população. Da mesma forma que, uma

variação positiva do PIB dos países pobres faria com que a média de saúde do mundo melhorasse.

Para Leite (2015), o aumento do PIB de um país foi considerado por anos como suficiente para aumentar a expectativa de vida média da população. A desigualdade entre os ricos e pobres vai determinar a tendência de crescimento dessa relação. Assim, em países mais equitativos como o Japão, a esperança de vida é maior se comparado aos Estados Unidos cuja distribuição é menos equitativa – ou seja, a esperança de vida nesse último é maior entre os ricos. De acordo com Deaton (2002), alguns elementos que compõem a estrutura social, tais como: a baixa renda, a desigualdade de renda, a exclusão e a discriminação social são determinantes da doença e da morte. Ao contrário, a redistribuição de renda e a riqueza são elementos que contribuem para a boa saúde.

Isto porque, em uma economia, quando alguém se depara com um investimento lucrativo, se não possuir recursos financeiros suficientes, existe a possibilidade de emprestar esse dinheiro. Por outro lado, quando o investimento é em educação ou em saúde a falta de acesso a empréstimos evita que as pessoas mais pobres (principalmente porque em muitos casos não possuem ativos para oferecer em garantia) invistam em si mesmas ou nos próprios filhos. Assim, a distribuição de renda (ou outros bens) aumenta os níveis de saúde e educação (DEATON, 2003).

Sociedades que possuem maior equidade social são consideradas mais justas, assim, elas desenvolvem igualdade de oportunidades de acesso a saúde; serviços sociais e educação. Porém, equidade não é apenas garantir mesmas condições no ponto de partida, uma vez que algumas pessoas têm dificuldades de aproveitar as oportunidades. O desenvolvimento conjunto necessita da participação de todos os indivíduos. Então, a equidade deve ser pensada de forma horizontal (tratamento igualitário a todos) e de forma vertical (tratamento específico para determinados grupos). Assim, equidade de participação em saúde inclui pensar na inclusão desse indivíduo na cultura, no saneamento, na educação e na habitação, por exemplo (LEITE, 2015).

As sociedades igualitárias possuem maior coesão social. “A saúde é produzida socialmente e algumas formas de organização social são mais saudáveis do que outras” (BARATA, 2012, p. 50). Pessoas que estão residindo em regiões mais desiguais têm maiores chances de apresentarem menor nível de saúde. Isto

ocorre como resultado de um conjunto que representa o contexto em que o mesmo encontra-se inserido. Ou seja, indivíduos que possuam características socioeconômicas idênticas, ao residirem em regiões com desigualdade de renda poderão apresentar estado de saúde diferente (NORONHA, 2005). Isso porque, em todos os povos, “as situações de risco, os comportamentos relacionados à saúde e o estado de saúde físico e mental tendem a variar entre os grupos sociais. Observa-se um gradiente entre as posições sociais e os efeitos sobre a saúde” (BARATA, 2012, p. 13). Por isso, os estudos sobre estado de saúde buscam identificar a desigualdade da saúde entre grupos com características sociais distintas, como por exemplo: “riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho” (BARATA, 2012, p.12).

Para Barata (2012), os dados apontam para a relação entre indicadores sociais e econômicos com o estado de saúde da população. A desigualdade social refere-se

a situações que implicam algum grau de injustiça, isto é, diferenças que são injustas porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio (BARATA, 2012, p.12).

O argumento de que a desigualdade social tem um papel importante para explicar a saúde pública de maior qualidade é o argumento no qual se demonstra que as sociedades mais iguais garantem o crescimento da economia global. Então, “a construção de sociedades mais equitativas é uma prática que deve ser incluída nos determinantes sociais dos sistemas de saúde global” (LEITE, 2015, s.p.).

Tem-se, assim, que

as iniquidades em saúde são causadas pelas condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as quais recebem a denominação de determinantes sociais da saúde. Esses determinantes incluem as experiências do indivíduo em seus primeiros anos de vida, educação, situação econômica, emprego e trabalho decente, habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças. Estamos convencidos de que as intervenções sobre esses determinantes — para os grupos vulneráveis e a população como um todo — são essenciais para que as sociedades sejam inclusivas, equitativas, economicamente produtivas e saudáveis (WHO, 2011, p.1).

Os fatores socioeconômicos são utilizados, uma vez que a discussão sobre a desigualdade social em saúde precisa levar em consideração a condição do indivíduo na estrutura produtiva. Porém, é difícil encontrar dados que tratam sobre

esses registros em pesquisas que fazem levantamento sobre saúde. Então, utilizam-se alguns indicadores como: renda, ocupação, escolaridade e local de moradia, buscando levar em consideração as características do espaço geográfico como indício da conjuntura de vida dos cidadãos. Esses indicadores são potentes ao tratar sobre o que condiciona o estado de saúde das pessoas, ajuda a traçar um perfil da morbidade, mortalidade e acesso ao serviço de saúde (BARATA, 2012).

Alguns países que possuíam recursos financeiros investiram em saúde. No entanto, outros, que não possuíam excedentes e assim, não investiram em saúde, presenciaram a pobreza e a doença ficarem sem controle (WINSLOW, 1951). Nesse sentido, era possível observar que os nascidos na Ásia ou na África contavam com uma expectativa de vida de aproximadamente 30 anos, ao passo que nos Estados Unidos essa expectativa era de 70 anos. A capacidade de aumentar a expectativa de vida envolve “problemas de equilíbrio entre população e recursos, entre forças de trabalho e produção, nações industrialmente subdesenvolvidas, mas nações densamente povoadas do mundo” (MUSHKIN, 1958, p. 785)³.

Emerge, pois a discussão entre doença e pobreza, nesse sentido, Winslow (1951) aponta que o inter-relacionamento desses dois fatores forma um círculo vicioso, pois constatou que “men and women were sick because they were poor; they became poorer because they were sick, and sicker because they were poor”⁴ (WINSLOW, 1951, p. 9). Assim, em países onde os recursos são escassos, a pobreza pode ser considerada como um fator importante para a doença (BLEAKLEY, 2010). Em um estudo realizado no Brasil, Pavão, Werneck e Campos (2013, p. 727) afirmam que “para cada incremento na faixa de renda, observou-se uma redução de 21% na chance de relatar autoavaliação de saúde ruim”.

É importante perceber que os programas de saúde geram consequências sobre a mão de obra e a produção. Em relação à produtividade, os efeitos dos serviços de saúde podem igualar ou superar em certo período de tempo os recursos investidos em saúde (MUSHKIN, 1958).

Basov (2002) elaborou um modelo simples de investimento em saúde durante a vida do indivíduo. Com isso, concluiu que existe uma interdependência

³ Traduzido pela autora.

⁴homens e mulheres estavam doentes porque eram pobres; eles ficaram mais pobres porque estavam doentes e mais doentes porque eram pobres.

entre poupança, saúde e educação tanto para países de alta renda quanto para países pobres.

Visto que a saúde foi incorporada na Teoria Econômica, a próxima seção busca apresentar alguns resultados já encontrados sobre o tema.

2.3 ESTUDOS EMPÍRICOS SOBRE SAÚDE

A pesquisa de autoavaliação do estado de saúde realizada por Rodrigues e Maia (2010) apontou para o crescimento da diferença do estado de saúde entre os grupos socioeconômicos. Assim, aumentou o percentual de pessoas que se consideravam saudáveis nas classes que estão no topo da pirâmide social, como por exemplo, os profissionais e empregadores. Por outro lado, diminuiu o percentual de saudáveis nos grupos mais vulneráveis, que correspondem aos trabalhadores agrícolas, sem remuneração e àqueles que não possuíam ocupação.

Para Blank e Diderichsen (1996), o real desconforto que uma pessoa sente como consequência de uma doença é condicionado pelo contexto social e pelo transtorno que a doença representa para a sua vida. Dito isto, poderia se afirmar que uma dor nas costas é percebida por trabalhadores braçais com maior expressividade. Essa dor representa uma possível incapacidade para o trabalho, o que condiciona de forma negativa a autoavaliação de saúde. Existe relação entre a autoavaliação do estado de saúde com o trabalho físico. Nesse sentido, Blank e Diderichsen (1996), apontaram que há uma relação entre o tipo de trabalho (braçal) e fatores individuais (principalmente socioeconômicos), que tornam essas pessoas mais suscetíveis à experiência da doença em longo prazo.

Pesquisas também identificaram uma relação entre autoavaliação do estado de saúde e nível educacional (COTT; GIGNAC; BADLEY, 1999; SOYTAS; KOSE, 2014; PIKHART et al., 2001; MURRUGARRA; VALDIVIA, 1999; RODRIGUES; MAIA, 2010; BARATA, 2012), privação material (PIKHART et al., 2001), sensação de controle sobre a vida (COTT; GIGNAC; BADLEY, 1999; PIKHART et al., 2001), renda (COTT; GIGNAC; BADLEY, 1999; RODRIGUES; MAIA, 2010; SOYTAS; KOSE, 2014), possuir uma casa própria e viver em uma casa maior (SOYTAS; KOSE, 2014), auto-estima, estresse crônico, dor, aflição (COTT; GIGNAC; BADLEY, 1999). Os resultados dessas pesquisas demonstraram a influência dos fatores socioeconômicos para a qualidade da saúde declarada pelos indivíduos.

Szwarcwald et al. (2005) observaram que a percepção de saúde é pior entre as pessoas com os níveis mais baixos de educação. Isto porque, 41% dos que possuíam educação primária incompleta consideram como “boa” ou “muito boa” sua condição de saúde, ao passo que entre aqueles com ensino médio ou superior esse percentual passa para 72%. Destacou-se que a posse de ativos é um elemento que contribuiu para a melhor percepção de saúde entre homens e mulheres.

Rodrigues e Maia (2010) encontraram prevalência de pessoas saudáveis entre o sexo masculino, brancos e amarelos, jovens, com maior escolaridade e que residem em regiões mais desenvolvidas do país, sendo a idade um fator que está negativamente relacionado com o estado de saúde. Acrescenta-se que as regiões com diminuição no percentual de pessoas saudáveis foram o Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste do Brasil, e as regiões com aumento do percentual de pessoas saudáveis foram Norte e Sul (RODRIGUES; MAIA, 2010).

Murrugarra e Valdivia (1999) já haviam encontrado indícios de que o fator de ser migrante da zona rural pode captar indícios de um pior estado de saúde devido a uma condição sanitária ou econômica mais desfavorável no passado do que a condição que pode ser encontrada na área urbana. Soyta e Kose (2014) encontraram relação entre a saúde relatada e o fato de se ter filhos, até mesmo porque, a própria existência de filhos, é um indicativo de que o indivíduo possui saúde.

Houve também diferencial de percepção de saúde entre faixas etárias diferentes. Entre as pessoas com 60 anos ou mais, 28% se autoavaliaram com saúde “boa” ou “muito boa”, idade em que as pessoas são geralmente mais acometidas por doenças. Já entre aqueles com idade entre 18 e 29 anos, 70% se autoavaliaram como saúde “boa” ou “muito boa” (SZWARCWALD et al., 2005). Assim, quanto maior a idade, pior é o estado de saúde percebido (RODRIGUES; MAIA, 2010; SOYTAS; KOSE, 2014).

O estado de saúde das pessoas com idade mais avançada demonstra o que foi investido em saúde durante toda a vida da pessoa. Em virtude disso, a política pública deve levar em consideração o processo de envelhecimento da população que o país tem observado nos últimos anos, o que implica em maior importância da saúde na vida das pessoas. Ainda mais, no Brasil, onde existe uma tendência de transferência de renda no sentido das pessoas idosas para os mais novos. Portanto,

problemas de saúde afetam tanto o bem-estar dos mais velhos quanto dos membros da família mais jovens (NORONHA, 2005).

Acrescenta-se ainda o fator étnico como um elemento que possui um efeito sobre o estado de saúde. Isso pode ser explicado pelo estoque de desvantagem que se acumulou ao longo da vida; pelo efeito da concentração de determinados grupos étnicos em locais mais pobres; e pelos efeitos nocivos de se perceber inserido em uma sociedade racista. No Brasil, a população negra encontra-se em locais mais pobres, possui menor alcance a educação, a saneamento básico e a postos de trabalho (BARATA, 2012). A diferença de saúde percebida pelos grupos étnicos distintos pode ser associada a peculiaridades socioeconômicas, bem como, a diferentes acessos aos serviços de saúde (RODRIGUES; MAIA, 2010).

Salienta-se ainda que, de acordo com resultados apresentados por Szwarcwald et al., (2005), as pessoas que possuem doenças de longo prazo autoavaliam-se com menor condição de saúde do que outras pessoas do mesmo sexo e idade. No entanto, a doença não foi suficiente para explicar a pior autoavaliação do estado de saúde, visto que algumas pessoas têm uma má percepção da saúde ainda que não possuam doença. Possivelmente, tal percepção seja resultado das diferenças de acesso ao diagnóstico médico da sua condição de saúde. Nesse sentido, Cott, Gignac e Badley (1999) apontaram que as doenças crônicas e a incapacidade funcional são relevantes para a construção da autopercepção de saúde. Porém, não são suficientes uma vez que mesmo na presença da doença e da incapacidade, grande parte dessas pessoas se autoavaliaram com uma saúde positiva.

Dada a importância de se pesquisar e discutir a autoavaliação do estado de saúde dos indivíduos, será apresentada a definição associada a este conceito no próximo tópico.

2.3.1 Autoavaliação subjetiva da saúde: definição e conceitos

As pesquisas de autoavaliação do estado de saúde geralmente contam com a pergunta: “Como está, no geral, a sua saúde?” As respostas prenunciam a mortalidade, além de elucidar algumas características da população. Quando se trata das comparações das respostas entre os diferentes países, é importante ressaltar que, o ambiente cultural em que o respondente está inserido interfere na

resposta e, eventualmente, alguns países podem utilizar escalas distintas para diferentes padrões de respostas (STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009).

Para Pavão (2012), as vantagens oriundas da utilização do indicador de autoavaliação do estado de saúde são: custo; facilidade de aplicação, pois não necessita pessoal especializado; possibilidades de comparações internacionais; contém apenas uma pergunta; abrange múltiplas dimensões, ou seja, muito sensível; preditivo de morbi-mortalidade; preditivo de problemas de saúde futuros e de uso de serviços de saúde; bom ajuste com avaliação médica; associação com condições clínicas.

A análise da percepção de saúde deve considerar que os indivíduos entendem de forma singular o que é saúde, dado o contexto cultural e psicossocial. Por exemplo, no Brasil, sexo, bem-estar material, escolaridade, idade e, entre os homens, a posição no trabalho são importantes para explicar essa percepção. Existe relação entre elementos sociodemográficos, socioeconômicos e a avaliação de percepção de saúde como boa entre os brasileiros. Porém, no Brasil pesquisas sobre a percepção de saúde ainda são raras (SZWARCOWALD et al., 2005). Ferreira e Santana (2003) apontaram que comumente, o fato de ser jovem, solteiro, do sexo masculino, possuir nível de educação formal maior, morar em área urbana e não ser trabalhador manual impacta positivamente sobre a autoavaliação do estado de saúde. Assim,

A precariedade da própria percepção de saúde pode ser vista, portanto, como resultado de dor ou desconforto em interação com fatores sociais, culturais, psicológicos e ambientais, que modificam a maneira em que a vida de alguém é afetada por problemas de saúde (SZWARCOWALD et al., 2005, p. S62)⁵.

Assim, a autoavaliação do estado de saúde reflete na sensação de ânimo e bem-estar para realizar as atividades do dia-a-dia (PIKHART *et al.*, 2001). Essas pesquisas realçam a definição de saúde apresentada pela OMS, porque contemplam para além do bem-estar físico, também o social e mental (IDLER; BENYAMINI, 1997). Constitui-se, desse modo, a autoavaliação do estado de saúde, um indicador multidimensional da saúde (COTT; GIGNAC; BADLEY, 1999).

A percepção de saúde proporciona uma forma global, simples e direta de identificar a autoavaliação de saúde a partir de critérios que são amplos e inclusivos.

⁵ Traduzido pela autora.

A autoavaliação de saúde é uma fonte valiosa sobre o estado de saúde porque proporciona o acesso sobre o ponto de vista do indivíduo em relação ao seu estado de saúde geral que nenhuma outra forma permite (IDLER; BENYAMINI, 1997). Uma maior atenção tem sido empregada em medir a percepção de saúde das pessoas tanto em pesquisas clínicas, programas de reabilitação, quanto em pesquisas de saúde (ERIKSSON; UNDÉN; ELOFSSON, 2001).

medir o estado de saúde de populações permite-nos definir níveis de comparação entre grupos, detectar iniquidade em relação a condições de saúde (por exemplo, entre diferentes patologias ou tipos de cronicidade), às áreas geográficas (entre regiões, países ou zonas dentro dos países), às condições sociais (por exemplo, entre grupos populacionais socialmente excluídos e os restantes), a condições econômicas (por exemplo, entre várias classes de rendimento e/ou de ocupação), ou ainda relativas ao gênero e à idade (FERREIRA; SANTANA, 2003, p. 15).

Ainda outras variáveis podem ser inseridas na equação de estado de saúde. Elementos como: idade, escolaridade, infraestrutura da casa, tempo de espera e distância para ter acesso ao serviço de saúde (MURRUGARRA; VALDIVIA, 1999). Estudar a autoavaliação do estado de saúde de acordo com as características socioeconômicas colabora com o entendimento da relevância dos aspectos sociais para a saúde. Permite ainda, que se tornem conhecidos os mecanismos sociais e os cenários que afetam a saúde das pessoas (RODRIGUES; MAIA, 2010).

Estudos apontaram para uma relação entre autoavaliação geral de saúde e mortalidade, pois juntamente com essas novas pesquisas sobre a autoavaliação do estado de saúde, vêm à tona indícios de sintomas que não foram relatados e nem tratados no sistema de saúde convencional (IDLER; BENYAMINI, 1997). Por meio dessas pesquisas é possível captar o estado de saúde a partir do conhecimento dos fatores de risco e quanto ao nível de satisfação que o respondente possui em relação ao contexto social ao qual pertence (RODRIGUES; MAIA, 2010).

Para Stiglitz, Sen e Fitoussi (2009) as medidas de qualidade de vida estão atreladas a juízo de valor – logo também são subjetivas, pois, representam o conjunto de opções e a possibilidade de escolha individual da vida que cada indivíduo estima. Apesar da qualidade de vida estar dependente de fatores subjetivos, é unânime que esta depende inevitavelmente de saúde, educação, atividades cotidianas, participação na política, do desenvolvimento social e ambiental, além de fatores como interesse pessoal e segurança. Sendo assim, é necessário, de fato, fonte de dados objetivos e subjetivos para que possam ser

observadas as deficiências de informações atualmente acessíveis e investir em performances estatísticas em outras áreas, outrora deficientes.

Embora a autoavaliação do estado de saúde apresente inúmeras vantagens, é necessário destacar algumas de suas fraquezas. Por ser um indicador que assimila os vários conceitos de saúde, o pesquisador não tem conhecimento de quais os aspectos estão sendo levados em consideração. Também, existem dificuldades de comparar esse indicador entre indivíduos de faixa etária ou cultura muito diferente (PAVÃO, 2012). Os fatores culturais e sociais podem influenciar o resultado desse indicador de saúde limitando a validade do mesmo para comparação entre subpopulações ou entre países (BARROS et al., 2009). Principalmente quando a população possui menor renda, existe um desconhecimento sobre o real estado de saúde, em razão da menor possibilidade de acesso ao serviço de saúde. Dessa maneira, nas camadas mais pobres da população, a condição de saúde é superestimada (NORONHA, 2005).

Os respondentes de pesquisas de autoavaliação subjetiva de saúde podem ainda ser influenciados a avaliarem-se de maneira positiva, pois podem comparar a sua saúde com a de pessoas que estão em um estado pior de saúde (SIMON et al., 2005). A percepção de saúde do indivíduo é afetada pela saúde dos demais membros da comunidade e pelas características do ambiente onde o mesmo se encontra. Regiões com marcadas diferenças culturais, sociais e econômicas apresentam diferenças no estado de saúde que pode ser tanto consequência de uma condição de saúde pior ou reflexo do contexto onde o indivíduo está inserido (NORONHA, 2005).

Outro problema atribuído a pesquisas sobre declaração de saúde é que nem sempre, se pode garantir que as respostas foram feitas pelo próprio indivíduo. Isso porque, no momento da entrevista alguns moradores do domicílio podem estar ausentes, ficando essa avaliação sob responsabilidade de outra pessoa (RODRIGUES; MAIA, 2010).

2.3.2 A saúde de homens e mulheres

Na análise da equidade em saúde, vem ganhando destaque as desigualdades entre homens e mulheres, sejam essas diferenças no âmbito econômico, social, cultural, ou em outras áreas. Isso, porque, os homens e as

mulheres possuem características atribuídas socialmente que são importantes para determinar a interação desses entre si dentro da sociedade e com a saúde (FERNANDES et al., 2012).

A distinção entre homens e mulheres é necessária porque os sujeitos possuem comportamentos distintos oriundos do contraste entre o masculino e o feminino. Assim, o objetivo é encontrar algumas relações que caracterizam essa distinção entre os sexos e que acabam por refletir no estado de saúde e utilização do serviço de saúde (BARATA, 2012). Hosseinpoor et al., (2012) ao estudarem quais fatores sociais afetavam a percepção de saúde de homens e mulheres, salientaram que ambos assumem distintos comportamentos, atividades e normas. Quando se trata de sociedades em que existe desigualdade de gênero, favorecendo os homens em relação às mulheres, conseqüentemente a saúde das mulheres é afetada.

O diferencial de percepção de saúde entre homens e mulheres pode ser atribuído: à diferença de demandas e obrigações dos papéis que ambos assumem na sociedade; à menor disponibilidade de recursos para enfrentar essa situação; a possibilidade de respostas que as mulheres apresentam diante de eventos e tensões da vida; ao fato de que indivíduos com a mesma saúde física utilizar-se-iam de estruturas diferentes para interpretar seu estado de saúde, resultando em uma percepção diferente entre indivíduos com a mesma saúde objetiva. Porém essas explicações não são suficientes (SOYTAS; KOSE, 2014).

As diferenças entre homens e mulheres se manifestam na divisão sexual do trabalho e no poder na sociedade (isso pode ser visualizado por meio do número de políticos, congressistas e em todas as esferas da sociedade, onde há presença maciça de homens, principalmente em posição de liderança). Acontece nas vertentes econômicas, sociais, culturais ou políticas, onde, o que se verifica é o protagonismo do homem em relação à mulher. A luta pela igualdade entre homens e mulheres baseou-se na importância do trabalho remunerado, contudo, o que ainda acontece é que as mulheres ocupam os postos de trabalho que: exigem pouca qualificação; oferecem salários inferiores; e, dupla jornada por meio do trabalho realizado na residência (BARATA, 2012).

As mulheres possuem uma percepção de saúde pior do que a dos homens, segundo uma pesquisa que utilizou os dados da Pesquisa Mundial de Saúde, realizada no Brasil, em 2003. O resultado aponta que, enquanto 60% dos homens se consideraram com saúde “boa” ou “muito boa”, entre as mulheres, esse número era

de 47% (SZWARCOWALD et al., 2005). A diferença de percepção de saúde entre os sexos está presente nos mesmos grupos etários. Mas deve ser ressaltado que a diferença está presente, principalmente, nos grupos mais jovens, nos quais as mulheres se autoavaliaram com saúde pior do que a dos homens (ERIKSSON; UNDÉN; ELOFSSON, 2001), mas a diferença de percepção entre os sexos tende a diminuir com a idade (SOYTAS; KOSE, 2014).

O estudo realizado por Ferreira e Santana (2003) destacou que os homens possuem resultado melhor do que o das mulheres no que diz respeito a percepção do estado de saúde. Assim, baseados na análise do resultado das limitações em saúde, levando em consideração as seguintes dimensões: função física; problemas físicos; problemas emocionais; dor; saúde em geral; vitalidade; função social; saúde mental, os autores inferiram que o fato de ser do sexo feminino condiciona a uma pior avaliação do estado de saúde.

As mulheres autoavaliam-se com saúde pior do que os homens. Embora as mulheres tendem a viver mais que os homens (SZWARCOWALD et al., 2005; STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009; SOYTAS; KOSE, 2014; CASTRO, 2017). A justificativa está no papel atribuído às mulheres, bem como na menor presença delas no mercado de trabalho. Já em relação aos homens

a situação do trabalho, incluindo o tipo de ocupação e o desemprego, bem como a posse de bens materiais, foram fatores essenciais para explicar as diferenças na percepção da saúde entre os níveis socioeconômicos. Para as mulheres, a educação incompleta e as dificuldades materiais foram as variáveis mais fortemente associadas (SZWARCOWALD et al., 2005, p. S61).

O índice de mortalidade é maior entre os homens. Esse fato decorre das diferentes formas de exposição ao risco a que os homens e as mulheres se submetem ao longo da vida (BARATA, 2012). Os homens geralmente estão mais expostos a trabalho insalubre, comportamento nocivo à saúde (álcool, cigarros e drogas), acidentes e violência (BARATA, 2012; CASTRO, 2017). O comportamento dos homens em relação à saúde resulta da sua experiência de padrão de masculinidade (FERNANDES et al., 2012). Ou seja, não há razão biológica que explique a diferença de mortalidade entre homens e mulheres. Mesmo assim, em qualquer estudo feito até aqui e disseminado, as mulheres são as que relatam pior estado de saúde e morbidade. Pode ser interpretado a partir da visão biológica, pelas diferenças genéticas e hormonais (RODRIGUES; MAIA, 2010; BARATA,

2012). Ou ainda, do ponto de vista do papel social, por assumirem diferentes papéis na sociedade (BARATA, 2012; FERNANDES et al., 2012).

O trabalho remunerado é primordial para o bem-estar dos homens. A autoavaliação do estado de saúde como ruim entre os homens está relacionado com a ocupação em trabalho não-qualificado e com o desemprego. Enquanto que entre “as mulheres, a qualidade de vida não depende apenas do trabalho, mas também do apoio de um companheiro ou família, fornecendo as necessidades para o conforto material” (SZWARCOWALD et al., 2005, p. S61). Para Pedroso (2015), a aposentadoria representa para os homens um estado de saúde pior, para as mulheres o que condiciona a pior autoavaliação do estado de saúde é residir na zona rural. Para Hosseinpoor et al., (2012) o emprego remunerado apresentou consequência positiva maior para a saúde dos homens.

os empregos femininos, além dos salários menores, geralmente são mais monótonos, com pequeno ou nenhum grau de autonomia na execução das tarefas, menores perspectivas de progressão, vínculos trabalhistas mais precários, movimentos repetitivos, contato com o público e outras características de desgaste psicológico e emocional. Eventualmente as trabalhadoras ainda estão sujeitas a assédio psicológico ou sexual, agravando as condições de precariedade e desgaste. Às condições muitas vezes nocivas no trabalho remunerado acrescentam-se às demandas do trabalho doméstico não pago (BARATA, 2012, p. 84).

Apesar desses estudos sobre as diferenças entre os sexos estarem presentes na literatura, não existe uma resposta conclusiva sobre os motivos que justifiquem essa diferença. Dois são os maiores elementos explicativos para a desigualdade na percepção de saúde entre homens e mulheres: o fator biológico e as diferenças sociais (SOYTAS; KOSE, 2014; CASTRO, 2017), como resultado de a mulher fazer uma dupla jornada de trabalho e ter menor presença no mercado de trabalho remunerado (CASTRO, 2017). Mas, o ponto de vista social possui ainda outra vertente: a mulher é responsável por cuidar dos membros da família, o que “determina a maior atenção para as questões de saúde e doença e, portanto, percepção mais aguçada para os próprios problemas” (BARATA, 2012, p. 82; RODRIGUES; MAIA, 2010).

2.3.3 A saúde dos trabalhadores

Durante a década de 1980, algumas empresas desenvolviam projetos de Qualidade de Vida voltados para a prevenção, buscando diminuir o absenteísmo e garantir que o trabalho fosse seguro. No entanto, com o tempo, essa concepção de programa foi evoluindo de forma que se passou a respeitar a visão holística de saúde utilizada pela OMS. Isso acontece porque existe uma associação “entre custo e benefício no desenvolvimento de políticas de segurança, meio ambiente e recursos humanos” (SILVA, 2004, p. 134). Assim, espera-se que a empresa obtenha uma resposta positiva desses programas

em se tratando de pessoa jurídica, as empresas que compram os planos de assistência médica para seus funcionários estão apostando fortemente na Promoção de Saúde objetivando retorno financeiro a partir de investimentos que resultem na qualidade de vida, performance pessoal e produtividade de seus funcionários (SILVA, 2004, p. 135).

Outras empresas realizam investimento por meio da inserção da prática de atividade física ou ginástica laboral na carga horária de trabalho da empresa. Dessa forma, é possível diminuir os efeitos negativos de doenças ocupacionais e de outras relacionadas ao sedentarismo. Assim, esses investimentos buscam reduzir o absenteísmo, a incidência de doenças, as despesas com médicos e a fadiga para aumentar a produtividade (SCHIEHL, et al., 2012).

Uma pesquisa realizada por Mäkinen e Hassi (2009) sobre os efeitos negativos da exposição do trabalhador ao frio ressaltou que, quando a saúde do trabalhador é afetada de forma negativa, isso representa elevação de custos, porque representa menor produtividade e maiores gastos para cuidados relacionados à saúde.

um trabalhador com problemas de saúde representa custo elevado às empresas, pois a incapacidade temporária, faltas excessivas, baixa produtividade, inadequação ao ambiente de trabalho, geram custos à empresa. Os estudos mostram que com a presença de quatro ou cinco fatores de risco associados em um empregado os gastos com sua saúde podem duplicar, influenciando os níveis de produtividade do trabalhador (GARBIN, 2007, p.146).

Os problemas de saúde do trabalhador estão relacionados com menor produtividade e desempenho e, por outro lado, com o aumento de acidentes e ausência ou licença do trabalho (MÄKINEN; HASSI, 2009). Por isso, as empresas

envolvem-se com atividades de promoção de saúde e esperam a diminuição do absenteísmo e do custo da assistência médica. Ademais, a promoção da saúde representa uma imagem positiva da empresa tanto internamente quanto para a sociedade (SILVA, 2004).

“Quando um funcionário não está bem de saúde, todos perdem, desde o funcionário, como o seu chefe, quanto a empresa no geral” (SCHIEHL, et al., 2012, p.121). Quando uma empresa realiza investimento em saúde, os funcionários tendem a ficar menos doentes e não faltam ao trabalho por motivo de saúde. “Dessa forma, a empresa apresenta aumento da lucratividade, pois a produção desse funcionário será total, sem a necessidade de despesas com funcionários afastados por razões de saúde” (SCHIEHL, et al., 2012, p. 121).

As empresas buscam aumentar a sua produtividade por meio de avanços tecnológicos, porém, por outro lado, esses avanços precisam da atuação do ser humano. Dessa forma, as empresas devem investir no homem por meio da promoção do bem-estar, da saúde e da qualidade de vida buscando como resultado pessoas mais produtivas (SGANZERLA, 2007). Isso porque, os trabalhadores com fatores de riscos ou problemas de saúde acabam por comprometer a produtividade e geram um custo maior para a empresa relacionado à sua ausência no trabalho, resultando em sobrecarga nos demais trabalhadores da empresa (SCHIEHL, et al., 2012).

O estado de saúde ruim acaba por excluir do mercado de trabalho algumas pessoas, principalmente adultos e idosos. O efeito da exclusão para o idosos são os mais proeminentes, pois, nessa idade, existe maior proporção de doentes, com doenças mais graves que, por sua vez, geram inaptidão física ou cognitiva (NORONHA, 2005).

Do ponto de vista dos fatores ocupacionais que podem determinar a percepção do estado de saúde por parte dos trabalhadores, Ferreira e Santana (2003) afirmam que trabalhadores manuais apresentam uma tendência mais negativa de autoavaliação de saúde do que aqueles que trabalham com atividades que não são manuais. Inferem que, o tipo de ocupação manual age negativamente sobre a percepção de saúde do indivíduo.

Stiglitz, Sen e Fitoussi (2009) destacaram que alguns padrões foram encontrados em pesquisas sobre a diferença de estado de saúde. As pessoas inseridas em classes ocupacionais mais baixas, com menor educação formal e com

menor renda estão propensas a morrerem mais jovens e apresentarem maior incidência de problemas de saúde.

Acrescenta-se ainda, de acordo com Murrugarra e Valdivia (1999) que as pessoas mais saudáveis conseguem produzir mais na escola ou no trabalho, o que tem como resultado salários mais altos no futuro. Porém, as pessoas ricas normalmente são mais saudáveis, ora por terem condições financeiras de despender recursos para a saúde, ora porque possuem mais informações sobre os impactos das suas opções sobre a sua saúde. Assim como Noronha (2005), que estudou a relação entre a distribuição de renda e o estado de saúde. Isso porque, os impactos negativos dos problemas relacionados à saúde sobre o rendimento são diferentes de acordo com o grupo socioeconômico em que o indivíduo está inserido.

O trabalhador que se encontra em uma pior condição de saúde percebe que essa condição afeta a sua predileção por determinado trabalho, a chance de auferir determinado salário, o tempo de trabalho e a disposição em se aposentar (DWYER; MITCHELL, 1998). Soma-se ainda que, de acordo com uma pesquisa realizada com russos, as pessoas que receberam menores rendimentos, apresentaram pior saúde e maior ocorrência de desemprego (STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009).

Assim, ao eliminar a diferença existente entre os que estão doentes e saudáveis das chances de participar da oferta de trabalho, produtividade e força de trabalho, a redução da desigualdade de renda seria de 2,08%. Esse valor correspondeu a 69,33% da variação do coeficiente de Gini em 1990 no Brasil (NORONHA, 2005).

Murrugarra e Valdivia (1999) encontraram indícios de que as consequências da saúde são mais robustas para trabalhadores independentes do que comparados aos assalariados do sexo masculino. Tal indício pode ser explicado pela complexidade de algum empregador notar a produtividade individual. Assim, o efeito da saúde no salário está mais relacionado com ocupações onde exista uma correlação entre o salário e a produtividade, seja porque existe observação ou por que é a política de remuneração da empresa. Assim, o impacto negativo na renda oriundo de problemas de saúde reforça a concentração de renda. Principalmente quando, uma pessoa por ter menor renda, como consequência de menor escolaridade, ocupa postos de trabalho que utilizam maior esforço físico. A doença nesse caso pode limitar o acesso dessas pessoas ao mercado de trabalho (NORONHA, 2005).

O status de saúde como “pobre” acaba por afetar a produtividade e diminuir os ganhos, influenciar as escolhas, por exemplo, entre consumo e lazer, já que o trabalho torna-se mais árduo e menos gratificante. Dessa forma, acabam por influenciar a escolha pelo lazer ou aposentadoria, diminuindo a quantidade de anos trabalhados e com isso a restrição orçamentária (DWYER; MITCHELL, 1998). A diminuição dos ganhos originários do salário como consequência de um pior nível de saúde influencia o bem-estar individual e de toda a sociedade. Isto, resultando em efeitos sobre indicadores macroeconômicos, como distribuição de renda e riqueza da população (NORONHA, 2005).

2.3.4 A saúde dos trabalhadores rurais

O cenário da agricultura brasileira está envolvido com a concentração fundiária, ganhos de produtividade, uso de tecnologias que causam grande impacto na saúde humana e no meio ambiente, uso de mão de obra escrava e da mão de obra infantil, elementos que permitem uma situação desfavorável da saúde desses trabalhadores (SILVA et al., 2005). Uma conclusão oriunda de uma pesquisa que analisou dados de 57 países de todas as regiões do mundo, que participaram da Pesquisa Mundial em Saúde conduzida pela OMS, identificou que as pessoas residentes na área urbana apresentam melhor saúde do que os moradores de áreas rurais (HOSSEINPOOR et al., 2012).

O estado de saúde diferenciado pode ser atribuído ao fato de que a oferta de serviços de saúde, principalmente os mais avançados, está concentrada em regiões mais ricas do Brasil e também nas regiões urbanas. Porém, a heterogeneidade no estilo de vida da população rural e urbana pode condicionar a desigualdade do estado de saúde (NORONHA, 2005). As pessoas ocupadas no setor agrícola são caracterizadas como: mais velhas; com maior percentual de negros; situação mais precária no que se refere à jornada de trabalho e renda; e menor quantidade de anos de estudo (MAIA; RODRIGUES, 2010).

O meio rural brasileiro tem passado por uma mudança no modo de produção que, inicialmente, era predominantemente familiar, para a agricultura voltada à exportação como, por exemplo, a monocultura do algodão, milho e soja (PERES, 2009). Esse processo de mudança que pode ser chamado de “modernização agrícola” teve como resultado o aumento de produtividade. Por outro lado, teve

como consequência danos à saúde e ao meio ambiente, concentração de renda e empobrecimento da população rural, entre outros (SILVA et al., 2005). A população rural passou a ficar exposta a riscos como: perfil do trabalho (uso inapropriado de agrotóxico) e condições de saneamento básico. Enquanto isso, a população urbana, com um estilo de vida mais agitado, está exposta a maior poluição sonora e do ar, assim como a maior nível de *stress* (NORONHA, 2005). Para Rodrigues e Maia (2010), as diferenças de saúde entre trabalhadores agrícolas e não agrícolas pode estar relacionada ainda com o *stress* e necessidade física para a realização de atividades, e ainda, com o hábito e estilo de vida do campo e da cidade.

Os principais riscos no qual os agricultores estão acometidos são acidentes causados por animais peçonhentos; animais, máquinas, equipamentos ou ferramentas manuais agrícolas; exposição à radiação solar; agentes infecciosos e parasitários; ruído e vibração de equipamentos agrícolas; ação de microrganismos; resíduo animal; fertilizantes; agrotóxicos e ritmo intensivo de trabalho. Somam-se a esses riscos, aqueles no qual os trabalhadores em geral estão suscetíveis, tais como: insuficiência alimentar, déficits do serviço de saúde, salários baixos e condições sanitárias inadequadas (SILVA et al., 2005).

A saúde do trabalhador rural é determinada pela junção de fatores ocupacionais, tecnológicos, organizacionais, sociais e econômicos. Elementos como dificuldade em ir à escola, de acesso a serviços de saúde, habitação, transporte, saneamento básico e pior condição de vida (DIAS, 2006). Apenas o fato de trabalhar ou residir na zona rural ou urbana não é definitivo para a conclusão sobre o efeito (positivo ou negativo) sobre o estado de saúde. A análise dessa informação deve ser associada com outros fatores, como as características socioeconômicas (MAIA; RODRIGUES, 2010). Assim, os problemas de saúde desses trabalhadores não podem ser reduzidos à exposição a agrotóxicos (DIAS, 2006).

Visto que os problemas inerentes ao estado de saúde da população estão relacionados a causas biológicas, socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, a Figura 3 apresenta um resumo dos condicionantes e das consequências tanto para o indivíduo quanto para a sociedade, do investimento em saúde.

Figura 3 - Resumo dos condicionantes e das consequências do estado de saúde

FATORES QUE CONDICIONAM O ESTADO DE SAÚDE	ESTADO DE SAÚDE: CONSEQUÊNCIAS PARA O INDIVÍDUO:	ESTADO DE SAÚDE: CONSEQUÊNCIAS PARA A SOCIEDADE:
<ul style="list-style-type: none"> • Oferta de serviço de saúde • Preço do serviço de saúde • Escolaridade • Pobreza • Desigualdade de renda • Ocupação • Etnia • Sexo • Local e condição em que mora • Local e condição em que trabalha • Privação material • Controle sobre a vida • Renda familiar • Ter casa própria • Número de filhos • Idade • Possuir doença crônica • Divisão Sexual do Trabalho • Exposição aos riscos • Fatores biológicos • Papel social • Atividade manual • Auto-estima • Estresse crônico • Dor • Aflição • Meio ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade do recurso humano • Esforço • Produtividade • Escolhas disponíveis • Bem-estar • Decisão de se aposentar • Satisfação • Desempenho • Renda • Investimento em educação • Os anos dedicados ao trabalho • Ausência no trabalho • Acidentes • Escolha de determinado emprego • Acesso ao mercado de trabalho • Qualidade de vida • Inclusão 	<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento econômico • Produção • Segmentação da força de trabalho • Tamanho da população • Tamanho da força de trabalho • Desigualdade de renda • Riqueza/pobreza das regiões • Desenvolvimento econômico • Coesão social • Custo envolvido no processo saúde/doença • Concentração de renda • Bem-estar

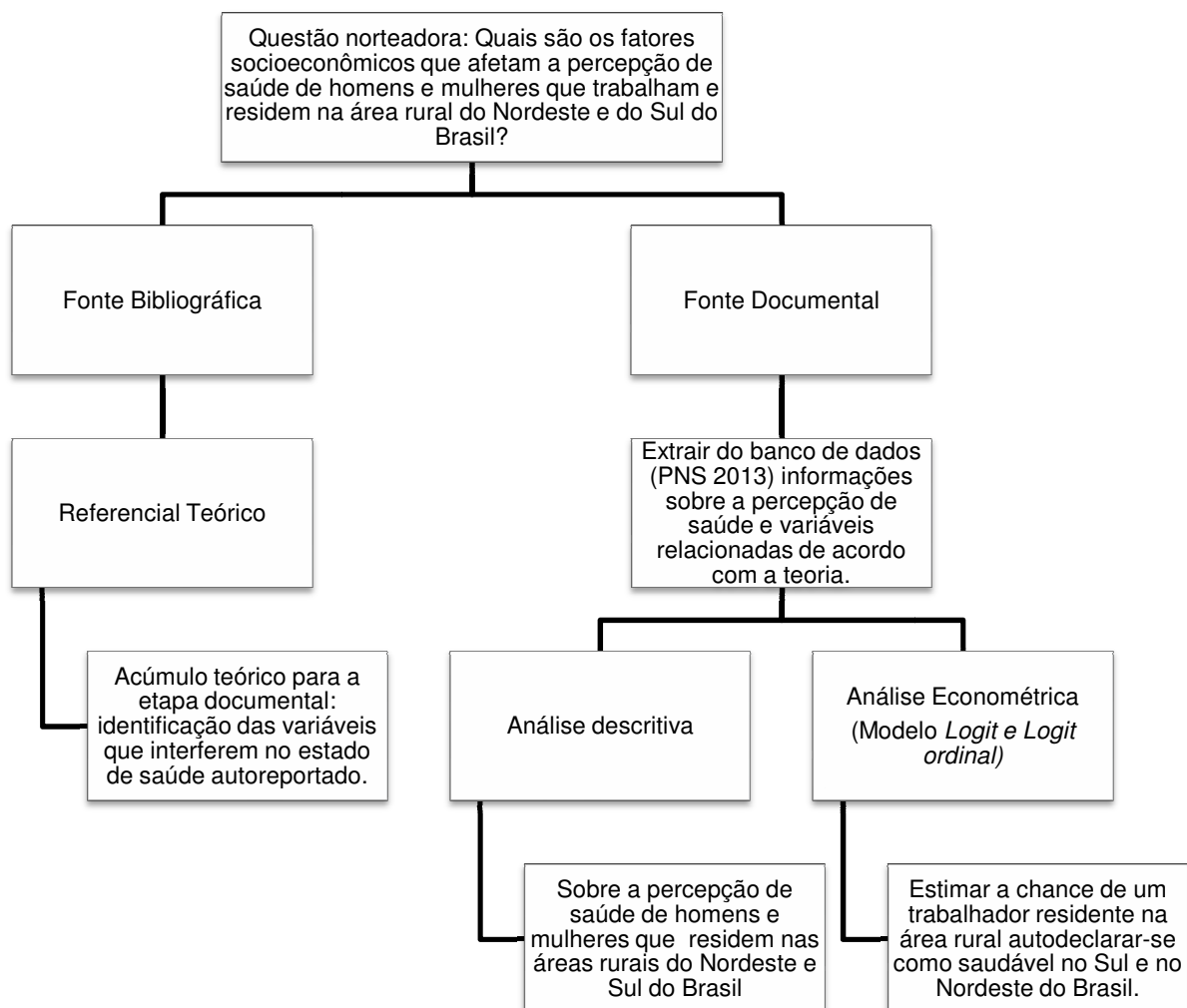
Fonte: Elaborado pela autora, a partir do referencial teórico (2018).

Destarte, com o levantamento dessas informações, é possível inferir que a saúde é um elemento que integra a análise econômica e que distintos aspectos socioeconômicos influenciam a percepção de saúde das pessoas. Faz-se necessário, portanto, a explicação dos procedimentos metodológicos (capítulo 3) que serão utilizados no levantamento de informações sobre a influência dos fatores socioeconômicos na percepção de saúde de homens e mulheres trabalhadores e residentes das áreas rurais do Sul e Nordeste do Brasil, no ano de 2013.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo são apresentados os procedimentos que foram adotados para a execução da pesquisa. Os procedimentos são necessários, de acordo com Minayo (2002, p.16), porque a “metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. Ou seja, é por meio da metodologia que o desenvolvimento do estudo é estruturado de forma lógica e consistente para que a sua realização possa contribuir com a realidade estudada. Para melhor compreensão por parte do leitor, segue a Figura 4 que demonstra a metodologia adotada na pesquisa e descrita nas próximas seções.

Figura 4 - Representação da metodologia da Dissertação



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Para responder à questão proposta por esta pesquisa, será utilizada a abordagem qualitativa e quantitativa. Para Minayo (2002) a pesquisa qualitativa se preocupa com os significados dos fenômenos, das ações e relações humanas que não podem ser captadas por meio de tratamentos estatísticos. A pesquisa quantitativa por sua vez é definida por Prodanov e Freitas (2013) como aquela em que é empregado procedimento estatístico, porque a representação de opiniões e das informações por meio de números e classes é viável para a análise.

Apesar da diferença existente entre ambas as abordagens, a utilização delas é possível em um mesmo estudo. Segundo Minayo (2002) existe entre a abordagem qualitativa e quantitativa um efeito de complementação, porque a realidade compreendida por elas relaciona-se de forma dinâmica. Sendo assim, ambas as abordagens estão relacionadas e são complementares (PRODANOV; FREITAS, 2013).

O procedimento adotado para a coleta de dados é a pesquisa bibliográfica – para ter acesso à literatura sobre o tema, e documental – para ter acesso aos dados que permitem a realização da presente pesquisa. De acordo com Gil (2008) a pesquisa bibliográfica é construída a partir de materiais já publicados, compostos essencialmente por materiais científicos como livros e artigos. Por meio dessa pesquisa, pode-se ter contato com muitos outros acontecimentos que não seriam possíveis de o pesquisador ter acesso.

A pesquisa documental por sua vez, é definida por Prodanov e Freitas (2013, p.102) como aquela em que estavam disponíveis os dados, mas “que não foram coletados especificamente para o nosso trabalho em particular”. A escolha da fonte de dados secundária levou em consideração algumas premissas apontadas pelo autor, são elas: se os dados estavam disponíveis; se são confiáveis; se a fonte é confiável; e se os dados atendiam os objetivos da pesquisa.

Os documentos podem ter como fontes, de acordo com Marconi e Lakatos (2003) os arquivos públicos, arquivos particulares e fontes estatísticas – onde o presente estudo buscará as informações necessárias. As fontes estatísticas são elaboradas geralmente por órgãos oficiais. Por meio desse tipo de fonte pode-se ter acesso a informações sobre características e distribuição da população, moradia, entre outros. Essas informações são colhidas regularmente em lugares diferentes,

quer sobre forma de censo (total da população) ou sobre amostragem (amplia-se o resultado sobre toda a população).

A análise dos dados requer que os mesmos tenham sido previamente organizados, sejam interpretados e analisados buscando atingir os objetivos propostos pela pesquisa. Além do mais, “a análise e a interpretação desenvolvem-se a partir das evidências observadas, de acordo com a metodologia, com relações feitas através do referencial teórico e complementadas com o posicionamento do pesquisador” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p.112).

Marconi e Lakatos (2003) resumem a construção da análise dos dados em três categorias: Em um primeiro momento a interpretação: identificação da associação entre a variável dependente e independente. Em um segundo momento, a explicação: explicação da origem das variáveis. Por fim, a especificação: delimita até que ponto as relações entre as variáveis são legítimas.

Dito isso, faz-se necessário apresentar as delimitações concernentes ao desenvolvimento deste estudo.

3.2 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

A presente pesquisa estudou a percepção do estado de saúde de trabalhadores residentes na área rural do Nordeste e do Sul do Brasil, no ano de 2013, utilizando a categoria homem e mulher no momento da análise. O banco de dados utilizado foi o PNS – Pesquisa Nacional de Saúde, o qual se refere a uma pesquisa amostral que integra o SIPD - Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares do IBGE. O objetivo da PNS é produzir:

[...] dados em âmbito nacional sobre a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira, bem como sobre a atenção à saúde, no que se refere ao acesso e uso dos serviços de saúde, às ações preventivas, à continuidade dos cuidados, e ao financiamento da assistência de saúde (PNS, 2014, p.3).

Soma-se ainda, como sendo um dos objetivos específicos da PNS, o de permitir a identificação de “determinantes que influenciam a estratificação social das condições de saúde, das exposições a fatores de risco à saúde, bem como a capacidade de resposta do sistema de saúde brasileiro” (PNS, 2018, s.p.). Além disso, pretende-se, a partir das informações reunidas com a PNS, contribuir com a formulação de políticas públicas do SUS – Sistema Único de Saúde, engajada com

as metas traçadas para enfrentar as doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, entre os anos de 2011 e 2022 (IBGE, 2014).

A PNS foi desenvolvida para reunir informações sobre a saúde da população brasileira, mantendo muitos dos indicadores encontrados na PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios, contidas no seu suplemento de saúde. Acrescenta-se que a PNS apresenta maior abrangência geográfica e maior exatidão nas estimativas (IBGE, 2014).

A PNS contou com uma pergunta que contempla a saúde de maneira multidimensional por meio da percepção individual de saúde, a resposta a esse questionamento permite a descrição da condição de saúde dos brasileiros. A autoavaliação de saúde permite identificar as diferenças existentes entre os subgrupos da população – a nível nacional ou internacional - no que diz respeito à morbidade, à demanda de recursos e serviços de saúde e à esperança de vida saudável (IBGE, 2014).

A PNS é uma pesquisa domiciliar em parceria com o IBGE e com o Ministério da Saúde, realizada pela última vez em 2013 e que deverá ser realizada a cada 5 anos, assim, a versão mais recente dessa pesquisa é a do ano de 2013. A PNS conta com três questionários, sendo que um é o domiciliar, que procura levantar as especificidades do domicílio; outro que abrange todos os que moram no domicílio; e o terceiro é individual e destinado aos residentes do domicílio a partir dos 18 anos, sendo realizado por meio de equiprobabilidade no caso em que há mais de um residente com 18 anos ou mais (PNS, 2018).

A coleta de dados da PNS esteve sob responsabilidade do IBGE. De antemão, foi realizado contato com algum dos moradores do domicílio e todas as entrevistas foram agendadas previamente em horários mais propícios para os entrevistados. Em seguida, a pessoa responsável pela coleta de dados apresentou a PNS ao morador e fez uma lista de todos os adultos que moravam no domicílio. Uma pessoa respondeu todas as questões para todos os moradores do domicílio, questionário domiciliar, e por fim, o adulto selecionado respondeu as questões individuais (IBGE, 2014).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da PNS é constituída

por moradores em domicílios particulares permanentes à área de abrangência geográfica da pesquisa...excluídas áreas com características especiais e com pouca população... como aldeias indígenas, quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, asilos, orfanatos, conventos e hospitais. Também foram excluídos os setores censitários localizados em Terras Indígenas (PNS, 2014, p. 3).

A seleção da amostra foi feita pelo órgão que elaborou a pesquisa, obedecendo os seguintes critérios: primeiramente as pesquisas foram realizadas em unidades primárias de amostragem (UPAs) selecionadas por método probabilístico. Em um segundo momento, foi feita a seleção no Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos (CNEFE) de um número fixo de domicílios de cada UPA por meio de amostragem simples. Por fim, foram levantadas informações desses domicílios a respeito de suas características, de seus moradores e dos idosos. Um morador, com 18 anos ou mais, foi escolhido para a aplicação de um questionário específico (PNS, 2014). O resultado do número de domicílios pesquisados encontra-se no Anexo A. Como se trata de uma amostra, o resultado da pesquisa é expandido a partir de uma ponderação probabilística para o restante da população.

Ademais, apesar da abrangência da pesquisa ser o território nacional, a presente pesquisa de mestrado estudou apenas as regiões rurais do Nordeste e do Sul do Brasil. Assim, estão compreendidos na análise os seguintes estados brasileiros: Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia (Nordeste); Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (Sul).

Cabe ressaltar ainda que foram selecionados, dentre aqueles que participaram da pesquisa, todas as pessoas do Sul e Nordeste do Brasil que trabalhavam e eram residentes nas áreas rurais dessas localidades. Em alguns momentos foram realizadas análises comparativas com as áreas urbanas, porém o foco desta pesquisa é o estudo das áreas rurais. Ou seja, a presente pesquisa não elaborou a amostra, mas sim, coletou os dados a partir do plano amostral da PNS 2013.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a análise descritiva foi necessária a utilização das variáveis listadas no Apêndice A. Assim, a presente pesquisa contará com as categorias de análise, para

analisar algumas variáveis e sua possível relação com a percepção de saúde dos trabalhadores residentes na zona rural das regiões acima citadas.

A Tabela 1 apresenta todas as variáveis utilizadas na análise descritiva; o número de observações para cada região; a média dos resultados, desvio padrão em torno da média de respostas das observações e por fim o valor mínimo e máximo encontrado.

Tabela 1 - Resumo das variáveis utilizadas na estatística descritiva, número de observações, média, desvio padrão, máximo e mínimo.

Variável	Rural									
	Nordeste					Sul				
	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Idade	4543	36,8560	12,3167	14	65	1415	38,9428	12,9806	14	65
Ocupado	4543	1,0000	0,0000	1	1	1415	1,0000	0,0000	1	1
ocupacaagricola	4543	0,4453	0,4971	0	1	1415	0,4375	0,4962	0	1
ocupacaourbana	4543	0,5547	0,4971	0	1	1415	0,5625	0,4962	0	1
Masculino	4543	0,6960	0,4600	0	1	1415	0,6636	0,4726	0	1
Feminino	4543	0,3040	0,4600	0	1	1415	0,3364	0,4726	0	1
Branco	4543	0,2181	0,4130	0	1	1415	0,7866	0,4099	0	1
Nãobranco	4543	0,7819	0,4130	0	1	1415	0,2134	0,4099	0	1
Casado	4543	0,3506	0,4772	0	1	1415	0,5194	0,4998	0	1
Separado	4543	0,0247	0,1551	0	1	1415	0,0389	0,1934	0	1
Viúvo	4543	0,0150	0,1214	0	1	1415	0,0184	0,1343	0	1
Solteiro	4543	0,6097	0,4879	0	1	1415	0,4233	0,4943	0	1
Seminstrucao	4543	0,2729	0,4455	0	1	1415	0,0834	0,2766	0	1
Fundamentalincompleto	4543	0,3601	0,4801	0	1	1415	0,4283	0,4950	0	1
Fundamentalcompleto	4543	0,1004	0,3005	0	1	1415	0,1385	0,3456	0	1
Medioincompleto	4543	0,0462	0,2100	0	1	1415	0,0452	0,2079	0	1
Mediocompleto	4543	0,1543	0,3613	0	1	1415	0,1852	0,3886	0	1
Superiorincompleto	4543	0,0315	0,1746	0	1	1415	0,0424	0,2016	0	1
Superiorcompleto	4543	0,0346	0,1827	0	1	1415	0,0770	0,2667	0	1
Terfilho*	418	2,8828	2,1543	0	22	117	2,1111	1,3247	0	10
Saudável	4543	0,6124	0,4873	0	1	1415	0,7223	0,4480	0	1
Nãosaude	4543	0,3876	0,4873	0	1	1415	0,2777	0,4480	0	1
Renda	4543	585,7028	660,5752	5	20000	1415	1230,3940	1559,7080	30	26000
Cargahora	4543	37,1506	14,6020	1	120	1415	41,1293	14,9598	1	105
Diagnosticado	4543	0,0991	0,2988	0	1	1415	0,1661	0,3723	0	1
semdiagnostico	4543	0,9009	0,2988	0	1	1415	0,8339	0,3723	0	1

* variável apenas para mulheres. Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

A Tabela 2 apresenta todas as variáveis utilizadas na análise econométrica; o número de observações que totalizaram; a média dos resultados, desvio padrão em torno da média de respostas das observações e por fim o valor mínimo e máximo encontrado.

Tabela 2 - Resumo das variáveis utilizadas na etapa econométrica, número de observações, média, desvio padrão, máximo e mínimo.

Variable	Rural									
	Nordeste					Sul				
	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Idade	4356	37,5604	11,9046	18	65	1372	39,5503	12,5974	18	65
ocupacaagricola	4356	0,4428	0,4968	0	1	1372	0,4417	0,4968	0	1
ocupacaourbana	4356	0,5572	0,4968	0	1	1372	0,5583	0,4968	0	1
homem	4356	0,6949	0,4605	0	1	1372	0,6589	0,4743	0	1
mulher	4356	0,3051	0,4605	0	1	1372	0,3411	0,4743	0	1
saude2	4356	0,6054	0,4888	0	1	1372	0,7172	0,4505	0	1
saude3	4356	3,5877	0,6762	1	5	1372	3,7959	0,6783	1	5
branco	4356	0,2215	0,4153	0	1	1372	0,7901	0,4074	0	1
Negro	4356	0,7785	0,4153	0	1	1372	0,2099	0,4074	0	1
Seminstru	4356	0,2780	0,4481	0	1	1372	0,0853	0,2794	0	1
Fund_incompleto	4356	0,3522	0,4777	0	1	1372	0,4308	0,4954	0	1
Fund_completo	4356	0,0989	0,2986	0	1	1372	0,1363	0,3432	0	1
Medioincompleto	4356	0,0450	0,2073	0	1	1372	0,0364	0,1875	0	1
Mediocompleto	4356	0,1575	0,3643	0	1	1372	0,1895	0,3921	0	1
Sup_incompleto	4356	0,0326	0,1776	0	1	1372	0,0430	0,2029	0	1
Sup_completo	4356	0,0358	0,1858	0	1	1372	0,0787	0,2694	0	1
quant_cons_med	2421	3,2515	3,6591	1	50	863	3,2190	3,5451	1	36
renda_meiosal	4356	0,3607	0,4802	0	1	1372	0,1006	0,3009	0	1
renda_ate1sal	4356	0,4006	0,4901	0	1	1372	0,2187	0,4135	0	1
renda_ate1e5sal	4356	0,1329	0,3395	0	1	1372	0,3090	0,4623	0	1
renda_ate2sal	4356	0,0482	0,2142	0	1	1372	0,1224	0,3279	0	1
renda_ate3sal	4356	0,0404	0,1969	0	1	1372	0,1436	0,3508	0	1
renda_ate4sal	4356	0,0069	0,0827	0	1	1372	0,0379	0,1910	0	1
renda_mais4sal	4356	0,0103	0,1011	0	1	1372	0,0678	0,2515	0	1
horas35	4356	0,3161	0,4650	0	1	1372	0,2194	0,4140	0	1
horas45	4356	0,2287	0,4200	0	1	1372	0,3448	0,4755	0	1
horas44	4356	0,4552	0,4980	0	1	1372	0,4359	0,4960	0	1
Chefe	4356	0,5225	0,4996	0	1	1372	0,5007	0,5002	0	1
temfilho	4356	0,2757	1,0792	0	22	1372	0,1778	0,7004	0	10
diagnosticado	4356	0,1028	0,3038	0	1	1372	0,1698	0,3756	0	1
plano_saude	4356	0,0512	0,2204	0	1	1372	0,1487	0,3559	0	1

Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

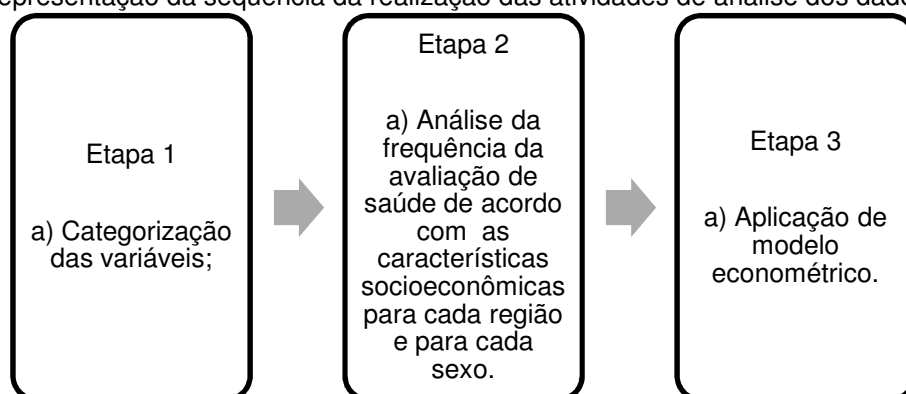
3.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Esta etapa compreende a descrição dos procedimentos adotados para a análise descritiva e econométrica dos dados. A realização da análise dos dados demanda leitura prévia de pesquisas sobre o tema, assim, foi realizada inicialmente, a revisão de literatura sobre autoavaliação de saúde, permitindo que os objetivos “a” e “b” fossem atingidos. Depois, foi realizada a análise descritiva, que para Prodanov e Freitas (2013, p. 52) ocorre quando “os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira sobre eles”. Essas pesquisas buscam traçar um perfil por idade, procedência, sexo, escolaridade, condição de saúde de determinado grupo. Esse perfil, também chamado de características socioeconômicas dos indivíduos e as informações sobre a percepção de saúde foram retirados da PNS (2013), permitindo assim, que o objetivo específico “c” fosse atingido. A análise descritiva contou com o auxílio de tabelas para melhor visualização dos dados obtidos:

Para além da análise descritiva, foi realizada uma análise econométrica sobre a amostra selecionada. Para isso foi utilizado o modelo *Logit* e também o modelo *Logit* Ordinal. Como essa análise econométrica atingiu-se o objetivo específico “d”:

A Figura 5 representa a sequência de atividades que foram desempenhadas para a realização da análise dessa dissertação.

Figura 5 - Representação da sequência da realização das atividades de análise dos dados



Fonte: elaborado pela autora (2018).

Visto as etapas que constituem esse estudo, será abordada a estratégia metodológica utilizada na aplicação do modelo econométrico.

3.6 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA: ETAPA ECONOMETRICA

Foram adotadas duas distribuições: dicotômicas e a escalar da variável dependente para estimar a probabilidade de as características sociais e econômicas aumentarem o nível de autoavaliação do estado de saúde dos grupos estudados. Desta forma, se testou-se a robustez das estimativas.

No questionário da PNS (2013) para a variável dependente -“autoavaliação do estado de saúde” - foi feita a seguinte pergunta ao entrevistado: “De um modo geral, como é o estado de saúde de (nome do entrevistado)? O entrevistado possuía cinco possibilidades de resposta: “1 = Muito bom; 2 = Bom; 3 = Regular; 4 = Ruim; 5 = Muito ruim”. Para a distribuição binária o indivíduo foi considerado saudável = 1, quando respondeu 1 e 2 e não-saudável = 0, para quando a resposta foi 3, 4 e 5. No caso do modelo *Logit* Ordinal, recodificou-se as respostas da seguinte forma: 5 = Muito bom; 4 = Bom; 3 = Regular; 2 = Ruim; 1 = Muito ruim. Dessa forma, para a distribuição escalar valores maiores mostram maiores níveis de autoavaliação de saúde.

3.6.1 Distribuição binária: O modelo *Logit*

Quando a variável dependente é dicotômica, dois modelos podem ser utilizados: *Logit* e *Probit*. Segundo Pindyck e Rubinfeld (2004), o modelo *Logit* foi adotado, pois, apesar da semelhança entre os modelos, o *Logit* também é baseado em uma função de probabilidade acumulada e apresenta como diferencial, em relação ao *Probit*, caudas mais largas.

O fato de se tratar de uma variável qualitativa dicotômica traz implicações no momento da escolha do modelo. Com isso, é necessário escolher uma regressão binária para tratamento dos dados a qual apresenta melhor ajuste se comparada a um modelo linear. Além disso, a utilização da regressão binária permite a estimação da probabilidade de um evento ocorrer. A estimação dos parâmetros é realizada pelo Método da Máxima Verossimilhança (FREITAS, 2013).

Wooldridge (2015) aponta que quando a variável dependente é binária apresenta a ocorrência das respostas como zero ou um. Assim como para Freitas (2013), para Wooldridge (2015) o tratamento dessa variável pelo modelo *Logit*

compensa algumas desvantagens encontradas no modelo linear⁶, porém, apresenta a desvantagem de ser mais difícil de interpretar. Acrescenta ainda que, a principal meta do modelo de escolha binária é explicar os efeitos de x sobre a probabilidade de resposta.

O modelo econométrico que representa o *Logit* é dado pela equação 1

$$L_i = \ln\left(\frac{P_i}{1-P_i}\right) = \beta_1 + \beta_2 X_i + \dots + \mu \quad (1)$$

A equação (1) é baseada em Gujarati e Porter (2011), onde

L_i = Logaritmo da razão de chances

$\frac{P_i}{1-P_i}$ = razão de chances de um evento ocorrer menos a razão da

probabilidade de um evento ocorrer contra a probabilidade que o evento não ocorra.

β_1 = coeficiente linear

$\beta_2 + \dots$ = coeficientes angulares

X_i = variáveis explicativas

μ = erro estocástico

Dessa forma, o modelo pode fornecer informações para o estado de saúde da população, a partir de uma variável dependente dicotomizada em saudável ($y = 1$) e não-saudável ($y = 0$). Diante das pesquisas elaboradas na fase teórica, espera-se que um conjunto de características socioeconômicas, tais como: idade, sexo, renda, situação censitária, escolaridade, dentre outras, aglomeradas em um fator de efeito x forneça a probabilidade de uma pessoa se declarar saudável, de acordo com o que pode ser observado na fórmula de probabilidade 2:

$$\begin{aligned} \text{Prob}(Y = 1 | x) &= F(x, \beta) \\ \text{Prob}(Y = 0 | x) &= 1 - F(x, \beta) \end{aligned} \quad (2)$$

⁶Os modelos de probabilidade linear podem ser tendenciosos, pois, a estimação dos parâmetros é baseada no método dos Mínimos Quadrados Ordinários, que pode, em algumas situações, subestimar a distribuição dos dados referentes às variáveis explicativas. Uma alternativa a esse problema é a utilização do modelo *Logit* ou *Probit*. Ambos se baseiam em uma função de probabilidade acumulada, fornecendo estimadores que não são tendenciosos (BETARELLI JUNIOR, 2015).

Logo, o conjunto dos parâmetros, representados por β , indicam o impacto das mudanças em x nas probabilidades (GREENE, 2003).

3.6.2 Distribuição escalar: O modelo *Logit* Ordinal

No modelo *Logit* Ordinal a variável dependente não pode ser expressa numa escala de intervalo como foi feita para dicotômicas, mas, sim, em uma hierarquia entre as possibilidades de respostas, onde, por exemplo, não se pode dizer que a resposta 2 (Ruim) equivale a duas vezes a resposta 1 (muito ruim) (GUJARATI; PORTER, 2011). Para Abreu et al. (2008), os modelos de regressão logística ordinal são adequados para estudos sobre a qualidade de vida da população, porque as pesquisas desse tipo contam com padrões de respostas ordinais.

A relação entre as variáveis dependente (y = estado de saúde) e os determinantes socioeconômicos do estado de saúde (x) também foi analisada por meio do *Logit* Ordinal, ou também chamado de modelo de probabilidade acumulada, conforme equação 3, a seguir

$$\text{Logit} (\Pr(y \leq j)) = \log\left(\frac{\Pr(y \leq j)}{1 - \Pr(y \leq j)}\right) = \alpha_j + \beta'x + \varepsilon, \quad j = 2, \dots, k \quad (3)$$

sendo que k é o número de categorias ordinais, x é o conjunto de variáveis explicativas e ε é o erro estocástico. Neste modelo as probabilidades do evento j são independentes da categoria j , dessa forma, considera-se que as probabilidades são constantes para todas as categorias. Os valores dos pontos de corte α_j são diferentes para cada *logit*, já que as probabilidades cumulativas calculadas são distintas para cada conjunto de valores x .

De acordo com Mendonça (2012), em modelos de probabilidade o efeito das variáveis explicativas sobre a variável dependente não retrata diretamente – como no caso dos modelos lineares - as respostas marginais. Em muitos casos, se interpreta os resultados desses modelos pelo efeito marginal, mas, existe a possibilidade de se analisar pelo *odds ratio* ou razão de chance.

3.6.3 Análise dos resultados binários e escalar: *odds ratio* - OR

As Razões de Chances, denominadas de *odds ratio* (OR), podem ser aplicadas tanto em variável dependente binária, quanto em variável dependente ordinal (WHITEHEAD, 1993), representando a medida da probabilidade de um evento ocorrer, preservando as mesmas condições dele não ocorrer (PINO, 2007), sendo calculada por:

$$rc = e^{\beta_i}, i = 1, 2, \dots, k \quad (4)$$

Onde β_i representa a estimativa do parâmetro da i -ésima variável explicativa.

A interpretação do *odds ratio* quando se trata de variáveis *dummy* é feita por meio da comparação entre duas categorias. Quando se trata de uma variável quantitativa a análise deve levar em consideração o incremento em unidades. Mas, a interpretação nessa dissertação foi feita por meio da conversão do *odds ratio* em incremento percentual. Assim, analisou-se a probabilidade de mudança da categoria base para a categoria analisada em razão de variações encontradas nas características individuais da população estudada (MENDONÇA et al., 2012). O cálculo é feito da seguinte forma:

$$(odds - 1) * 100 \quad (9)$$

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS EMPÍRICOS

Essa seção apresenta os resultados empíricos dessa pesquisa com a teoria do capital humano, especialmente capital saúde. A fim de tornar mais didática a apresentação dos resultados, optou-se por dividi-los em dois tópicos centrais: 4.1 Análise da Estatística Descritiva e 4.2 Análise das Estimativas Econométricas. Cada um desses tópicos será abordado na sequência.

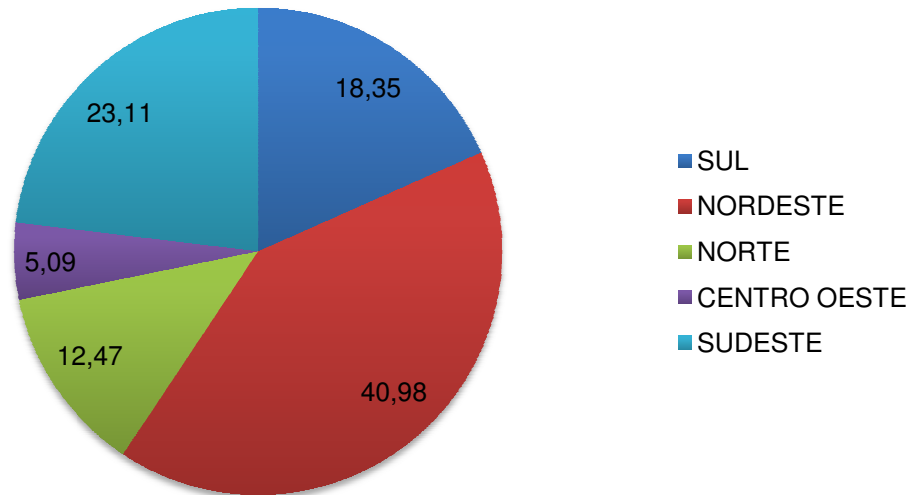
4.1 ANÁLISE DA ESTATÍSTICA DESCRITIVA

A população rural brasileira está distribuída em cinco macrorregiões: Centro Oeste, Norte, Sudeste, Sul e Nordeste, conforme é apresentado na Figura 6. O Centro Oeste apresenta o menor percentual de população rural, 5%, seguido pelo Norte do Brasil com 13% de população rural e o sudeste com 23% da população rural. O Sul apresenta 18%, apesar disso, a atividade rural está bastante presente nessa região. O maior percentual de moradores da área rural está no Nordeste representando 41%. O foco deste estudo é trabalhadores residentes nas áreas rurais do Sul e do Nordeste brasileiro, juntos, esses dois estados somam cerca de 59% de população rural.

O fato de estudar a população rural traz implicações para o momento da análise, pois além de outros fatores de risco relacionados a exposição ao trabalho, de acordo com Dias (2006), é mais difícil aos moradores da área rural ter acesso a habitação, escola, transporte, serviços de saúde e saneamento básico, além disso, devido à dispersão e à heterogeneidade da área rural, é mais difícil também realizar ações de fiscalização e vigilância da saúde dessa população.

De maneira semelhante, o relatório publicado em 2006 pelo Instituto Canadense de Informação em Saúde mostrou que os habitantes da área rural do Canadá apresentavam maiores probabilidades de serem mais pobres, com menor nível de escolaridade e desempenharem atividades que apresentam maiores riscos à saúde. Isso, somado ao fato de ter menor acesso a diagnóstico precoce, prevenção, tratamento e até mesmo serviços de apoio que possibilitem um *status* melhor de saúde para as áreas rurais.

Figura 6 - Percentual de população rural por região do Brasil em 2013.

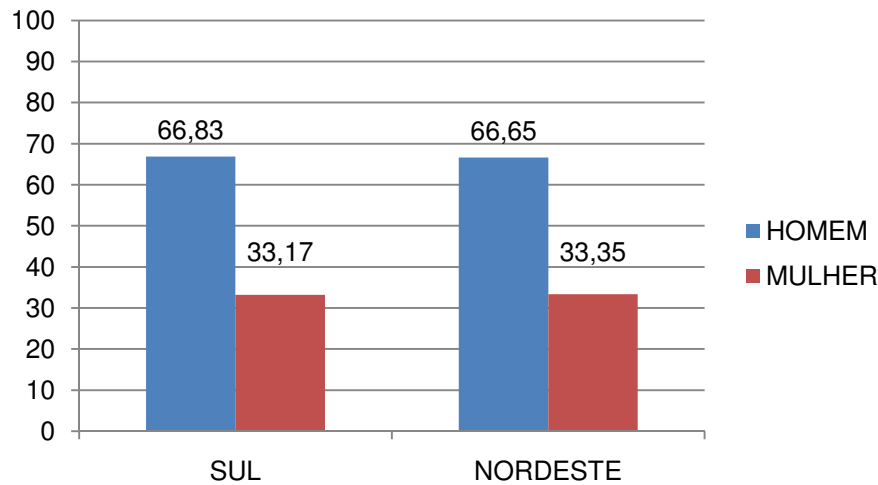


Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

De acordo com a Figura 7, dentre os participantes da PNS, 33,17% da população do Sul é formada por mulheres e 66,83% por homens. Em relação ao Nordeste, a composição é de 33,35% de mulheres e 66,65% de homens. A queda do percentual de mulheres nas áreas rurais, de acordo com Camarano e Abramovay (1999) e Castro e Aquino (2008), aconteceu nas últimas duas décadas, devido a uma intensificação da migração de jovens do sexo feminino da área rural para a área urbana, resultando em uma masculinização e envelhecimento da população rural do Brasil.

Para Staduto, Nascimento e Souza (2013) deve-se a isso algumas consequências, tais como, desequilíbrio demográfico entre homens e mulheres que residem no meio rural, esse fato pode levar à ocorrência de prejuízos sociais devido a maior incidência de desagregação familiar. Associado a esse fenômeno, existe o problema de sucessão familiar, que contribui para a redução do número de propriedades familiares, incluindo ainda perdas na renda familiar, pois muitos trabalhadores acabam deixando de ser proprietários agrícolas.

Figura 7 - Percentual da população da área rural do Nordeste e Sul do Brasil de acordo com o sexo em 2013.



Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

Na análise de percepção de saúde e suas nuances, a Tabela 3 permite observar a diferença de autoavaliação de saúde entre os residentes na área rural e urbana. O fato de ser residente na área urbana implica em ter uma melhor autoavaliação de saúde, tanto no Nordeste quanto no Sul do Brasil, assim, a condição censitária no Brasil condiciona uma diminuição ou elevação no percentual de pessoas que se consideraram como saudáveis. Ou seja, enquanto na área urbana do Sul cerca de 82% se consideravam saudáveis, o percentual na área rural era de cerca de 68%.

No Nordeste, tanto a área urbana quanto a área rural apresentam um percentual menor de pessoas que se autoavaliaram como saudáveis em comparação com o Sul. Ainda assim, a diferença oriunda da condição censitária persiste, pois, aproximadamente 70% da população urbana se consideravam saudáveis ao passo que na área rural esse valor caiu para aproximadamente 56%.

Uma forma de enxergar essa realidade pode ser pelo viés da mudança ocorrida na forma de produção agrícola, pois ao longo dos anos intensificou-se o uso de agroquímicos, o que acarretou impactos sobre vários aspectos da vida social e econômica, inclusive a saúde desses moradores e trabalhadores da área rural (SILVA et al., 2005), eles ficaram mais expostos a riscos relacionados ao trabalho e às condições de saneamento básico da área rural (NORONHA, 2005) mais precárias que àquelas da área urbana.

A análise da saúde entre rural *versus* urbano deve ser entendida, de acordo com o Instituto Canadense de Informação em Saúde (2006), de maneira mais ampla dentro do contexto dos determinantes sociais de saúde. Uma vez que, o lugar de residência se constitui de uma série de interações entre fatores, como por exemplo, renda, trabalho e escolaridade que são predominantes em uma localidade seja ela rural, pequena ou grande cidade e que acabam por impactar na saúde do indivíduo.

Tabela 3 - Percentual da população brasileira que se autoavalia como saudável* e reside no Nordeste e Sul do Brasil, de acordo com a condição censitária em 2013.

Região/Cond. Censitária	Rural %	Urbano %
Sul	67,43	81,78
Nordeste	55,78	69,34

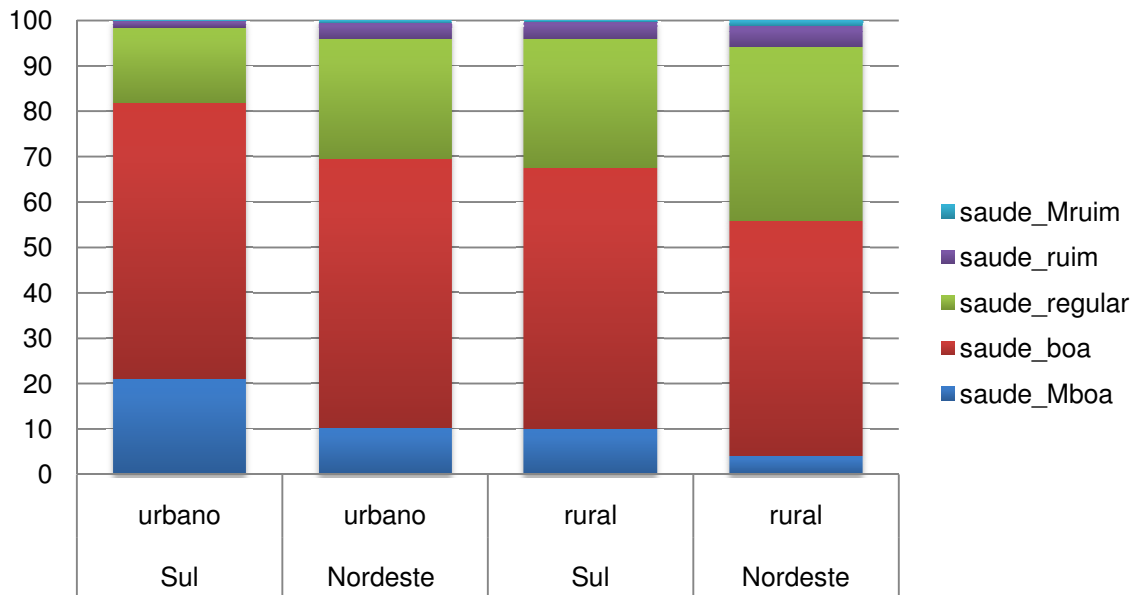
Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

* saudável = saúde muito boa ou boa.

A Figura 8 permite observar com maiores detalhes que no Nordeste, a avaliação de saúde como muito boa ou boa na área rural é consideravelmente menor do que a avaliação de saúde feita com os indivíduos residentes nas áreas urbanas tanto do Sul quanto do Nordeste. Murrugarra e Valdivia (1999) ser originário da zona rural pode interferir para um estado de saúde menos favorável. Do mesmo modo, Noronha (2005) elucida que a oferta de serviços de saúde está concentrada em regiões mais ricas e nas áreas urbanas, além disso, os estilos de vida da população urbana e rural são heterogêneos, fatos que possivelmente condicionam a desigualdade no estado de saúde desses indivíduos.

A distinção entre sexos é necessária para a análise de autoavaliação de saúde. Para Barata (2012), o comportamento de homens e mulheres é diferente, refletindo na utilização de serviços de saúde e no estado de saúde do indivíduo. Para Fernandes et al. (2012) a perspectiva de análise da saúde para homens e mulheres deve ser adotada porque as mulheres vivem mais tempo e estão mais expostas à pobreza e à precariedade.

Figura 8 - Percentual da população brasileira de acordo com o estado de saúde e que reside no Nordeste e Sul do Brasil, de acordo com a condição censitária em 2013.



Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

O reflexo dessas diferenças pode ser visualizado na Tabela 4, onde a avaliação de acordo com o sexo é analisada separada do viés regional. Entre os moradores da área rural (das regiões Nordeste e Sul) e homens, cerca de 65% se consideraram saudáveis. Nessa mesma condição, morador da área rural e mulher, cerca de 59% se consideraram saudáveis.

Tabela 4 - Percentual da população brasileira que se autoavalia como saudável* e reside na área rural do Nordeste e do Sul do Brasil, de acordo com o sexo em 2013.

Sexo/Cond. Censitária	Rural %
Homem	65,06
Mulher	58,72

Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

* saudável = saúde muito boa ou boa.

A Tabela 5 permite visualizar a diferença de avaliação de saúde entre moradores da área rural, de acordo com os sexos, nas regiões Nordeste e Sul do Brasil. Com isso, percebe-se que além do fato de ser morador da área rural e mulher, ser morador no Nordeste, também, condiciona a um menor percentual de saudáveis. No Sul, o percentual de homens e mulheres saudáveis é praticamente igual. Porém, no Nordeste cerca de 48% das mulheres se consideraram saudáveis, em contrapartida, cerca de 60% dos homens se avaliaram na mesma condição.

Esses resultados estão de acordo com a pesquisa de Szwarcwald et al., (2005), a qual apontou que 60% dos homens se consideraram com saúde “boa” ou “muito boa”, já entre as mulheres, esse número era de 47% para o ano de 2003. Assim, as mulheres possuem uma percepção de saúde pior do que a dos homens.

Tabela 5 - Percentual da população brasileira que se autoavalia como saudável* e reside na área rural do Nordeste e do Sul do Brasil, de acordo com o sexo em 2013.

Sexo/Região	Nordeste %	Sul %
Homem	59,66	67,31
Mulher	48,04	67,66

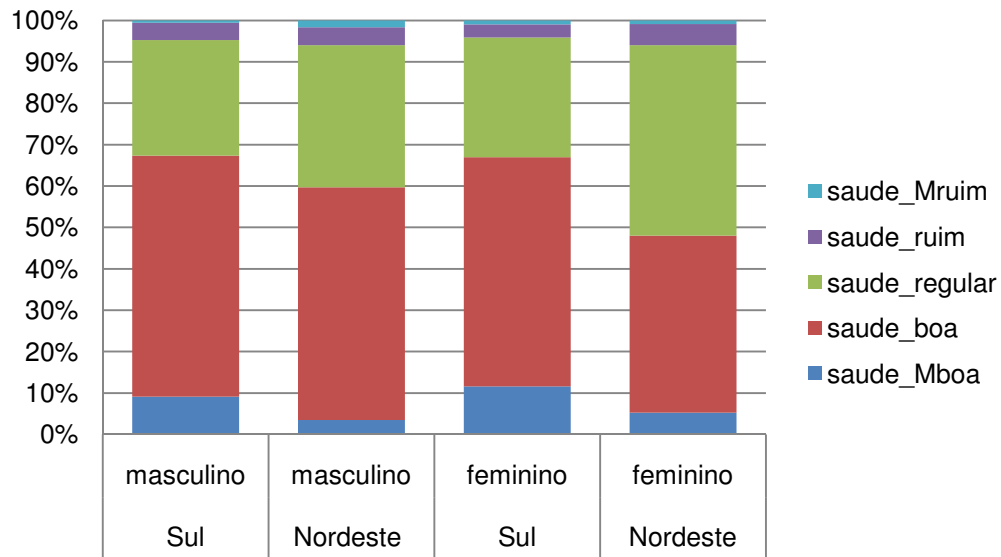
Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

* saudável = saúde muito boa ou boa.

Visualiza-se uma situação de desvantagem para a realidade do Nordeste e especialmente para a mulher nordestina. A Figura 9 demonstra a heterogeneidade na autoavaliação de saúde em decorrência da região de residência, bem como pelo fato de ser mulher nordestina. Apesar dos estudos sobre as diferenças entre os sexos estarem presentes na literatura, não existe uma resposta conclusiva sobre os motivos dessa diferença (SOYTAS; KOSE, 2014; CASTRO, 2017). Alguns elementos como, por exemplo, a mulher fazer uma dupla jornada de trabalho e ter menor presença no mercado de trabalho remunerado (CASTRO, 2017), bem como, a mulher ser responsável por cuidar dos membros da família, tornando-a mais atenta aos próprios problemas (BARATA, 2012; RODRIGUES; MAIA, 2010) são utilizados para interpretar essa realidade.

Assim, muitas vezes as mulheres são as que relatam pior estado de saúde e morbidade. Portanto, pode ser interpretado a partir da visão biológica, pelas diferenças genéticas e hormonais (RODRIGUES; MAIA, 2010; BARATA, 2012). Ou ainda, do ponto de vista do papel social, por assumirem diferentes papéis na sociedade (BARATA, 2012; FERNANDES et al., 2012).

Figura 9 - Percentual da população brasileira de acordo com a autoavaliação de saúde e residência na área rural do Nordeste e do Sul do Brasil, de acordo com o sexo em 2013.



Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

O papel do tipo de trabalho sobre a saúde ou qualidade vida vem sendo analisados por outros autores no Brasil, como Dias (2006) e Rodrigues e Maia (2010). Para a presente pesquisa, a Tabela 6 permite a comparação entre o percentual de pessoas que se autoavaliaram como saudáveis e o tipo de atividade produtiva: agrícola ou não agrícolas. No Sul, a diferença do estado de saúde autoavaliado para o homem inserido em atividades agrícolas e não-agrícolas era pouco expressiva, sendo que em atividades agrícolas 67,33% se consideraram saudáveis e em atividades não agrícolas foram 67,29%. Por outro lado, o percentual de mulheres do Sul que se avaliaram como saudáveis é de cerca de 78% para as inseridas em atividades não-agrícolas e cerca de 54% para as inseridas em atividades agrícolas. Observa-se também que a mulher inserida em atividade agrícola tinha a saúde mais afetada do que o homem inserido na mesma atividade. Isso pois, 53,87% delas se autoavaliaram como saudáveis, enquanto que entre os homens foram 67,33%. Ainda, sobre o Sul, a atividade não-agrícola permite que um maior percentual de mulheres se autoavaliarem como saudáveis em relação aos homens. Pois, 77,2% delas se autoavaliaram como saudáveis e 67,29% dos homens se autoavaliaram como saudáveis.

No Nordeste, diferente do Sul, o homem se autoavaliou como saudável em maior percentual em atividades não-agrícolas, cerca de 65%, enquanto que a diferença para as mulheres nessa região é bem menor, cerca de 48% para as inseridas em atividades não-agrícolas e 47% para as que trabalhavam em atividade

agrícola. Contrário ao que foi verificado no Sul, no Nordeste, a mulher apresentou menor autoavaliação como saudável em ambas as atividades produtivas – agrícolas ou não. A atividade não-agrícola representou uma elevação no percentual de homens saudáveis maior do que o verificado entre as mulheres no Nordeste. Em atividades agrícolas, 56,04% dos homens eram saudáveis, enquanto que 46,86% das mulheres se autoavaliaram da mesma forma. Em atividades não-agrícolas, 64,74% dos homens eram saudáveis e apenas 48,47% das mulheres.

Em um estudo realizado na Finlândia, que analisava a saúde dos trabalhadores rurais, feito por Notkola et al. (1992), houve prevalência de autodeclaração de doenças crônicas entre os agricultores, além de observarem que entre homens e mulheres com mais 40 anos de idade, a morbidade relatada dos agricultores foi maior.

Moreira et al. (2015) estudaram a saúde de trabalhadores agrícolas ou não agrícolas no Brasil, utilizando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD (2008). Foi possível demonstrar que entre os trabalhadores agrícolas, 65,3% se autoavaliaram com saúde boa, mas entre os trabalhadores não agrícolas esse percentual subia para 78,3%.

Para Noronha (2005), o perfil do trabalho e as condições sanitárias interferem na avaliação de saúde dos trabalhadores das áreas rurais. Para Dias (2006), a saúde do trabalhador das áreas rurais é pior do que a dos que estão nas áreas urbanas. Esse fato decorre de características que estão além do uso do agrotóxico, englobando problemas de infraestrutura (habitação, transporte, saneamento básico), os riscos da ocupação dos trabalhadores da área rural e os problemas econômicos e sociais.

O resultado da autoavaliação de saúde irá depender da interação com outros fatores (RODRIGUES; MAIA, 2010). Por exemplo, a associação entre sexo e região de moradia, pois, um dos fatores que condicionam um pior estado de saúde para as mulheres de acordo com Pedrosa (2015) é residir na zona rural.

Moreira et al. (2015) também verificaram diferenças entre a autopercepção de saúde de trabalhadores agrícolas e não agrícolas. Essa diferença é oriunda, possivelmente, de fatores como o risco do tipo de trabalho ao qual o trabalhador agrícola está sujeito, condicionando esses trabalhadores a referirem estado de saúde pior.

Tabela 6 - Percentual da população rural brasileira que se autoavalia como saudável* e trabalha, de acordo com o sexo, tipo de ocupação e residência no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.

Região	Nordeste	Sul	Nordeste	Sul
Sexo/Atividade	Agrícola %	Agrícola %	Não-agrícola %	Não-agrícola %
Homem	56,04	67,33	64,74	67,29
Mulher	46,86	53,87	48,47	77,2

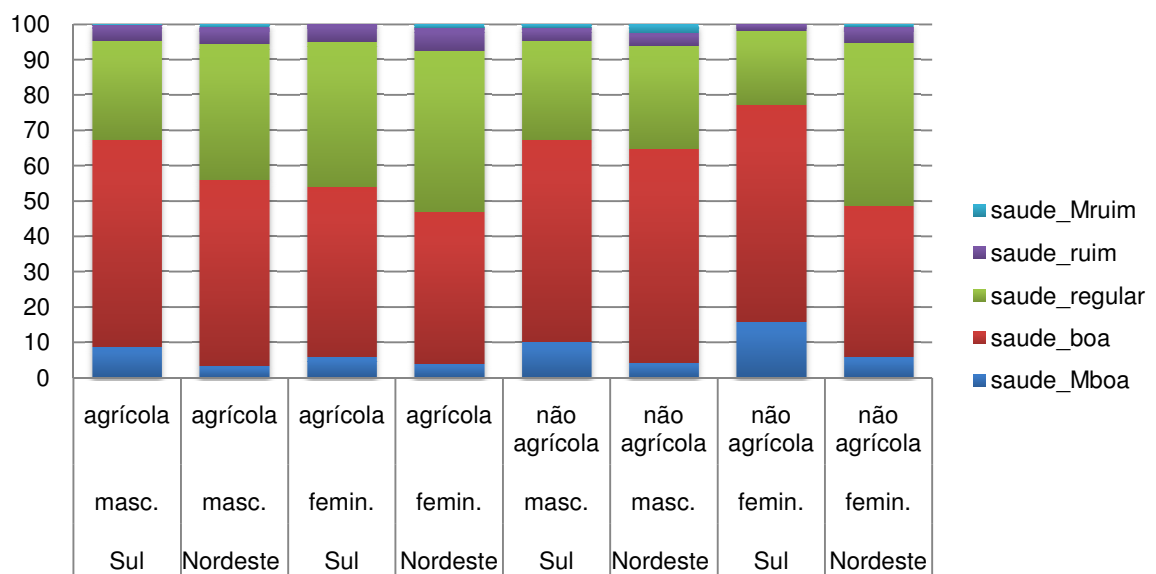
Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

* saudável = saúde muito boa ou boa.

A Figura 10 permite uma melhor visualização dessa realidade, e é possível verificar o impacto da atividade agrícola na saúde do homem do Nordeste e da Mulher do Sul especialmente. Com a modernização agrícola, problemas relacionados à saúde, meio ambiente, concentração de renda e empobrecimento da população rural intensificaram-se (SILVA et al., 2005). Assim, alguns grupos passaram a ficar mais vulneráveis a esses riscos, além daqueles riscos que foram citados por Noronha (2005) como o perfil do trabalho (uso inapropriado de agrotóxico) e condições de saneamento básico.

Moreira et al. (2015) verificaram que independente da ocupação, a maior parte da população possui autoavaliação de saúde como boa ou muito boa, concluíram porém, que a autoavaliação de saúde é ainda melhor entre os ocupados em atividades não agrícolas.

Figura 10 - Percentual da população rural brasileira e a autoavaliação de acordo com o sexo, tipo de ocupação e residência no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.



Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

Outros autores, tais como, Szwarcwald et al., (2005), Rodrigues e Maia (2010), Soytaş e Kose (2014), apontaram indícios de que a autoavaliação de saúde sofre influência da idade. A Tabela 7, mostra um comparativo entre o percentual de pessoas que se consideraram saudáveis e as variáveis idade, sexo e região de residência.

Na região Nordeste, observa-se que dos 18 aos 25 anos, o percentual de saudáveis em ambos os sexos é basicamente o mesmo, cerca de 74%. Porém, dos 26 aos 55 anos, os homens apresentaram um percentual maior de saudáveis do que o apresentado pelas mulheres. Essa faixa etária corresponde ao período em que geralmente as tarefas domésticas, dentre delas os cuidados com os filhos, refletem em uma sobrecarga sobre a mulheres e, assim, negativamente na saúde das mesmas. Este fato que sofre alteração somente a partir dos 56 anos, idade em que as mulheres passaram a apresentar um percentual maior de saudáveis do que os homens, 42% e 40% respectivamente.

Por outro lado, na região Sul, o cenário é um pouco diferente, pois, as mulheres somente se autoavaliaram mais saudáveis na faixa etária de 26 aos 35 anos. Nas demais faixas de idade, o homem apresentou um maior percentual de saudáveis nessa região.

Na comparação entre os grupos de mesmo sexo e por região de residência percebe-se que o percentual, tanto para homens quanto para as mulheres, que estão residindo no Sul do Brasil, que se autoavaliaram como saudáveis é maior do que os que estão no Nordeste, para todas as faixas etárias.

Tabela 7 - Percentual da população rural que se autoavalia como saudável* e trabalha, de acordo com o sexo, idade e ser residente no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.

Região	Nordeste	Nordeste	Sul	Sul
Idade/Sexo	Homem %	Mulher %	Homem %	Mulher %
>=18 & <=25	73,98	73,93	95,87	90,67
>=26 & <=35	67,38	53,32	72,46	90,86
>=36 & <=45	59,44	41,05	68,54	51,1
>=46 & <=55	46,51	30,11	54,28	45,5
>=56 & <=65	40,09	41,99	53,03	51,75

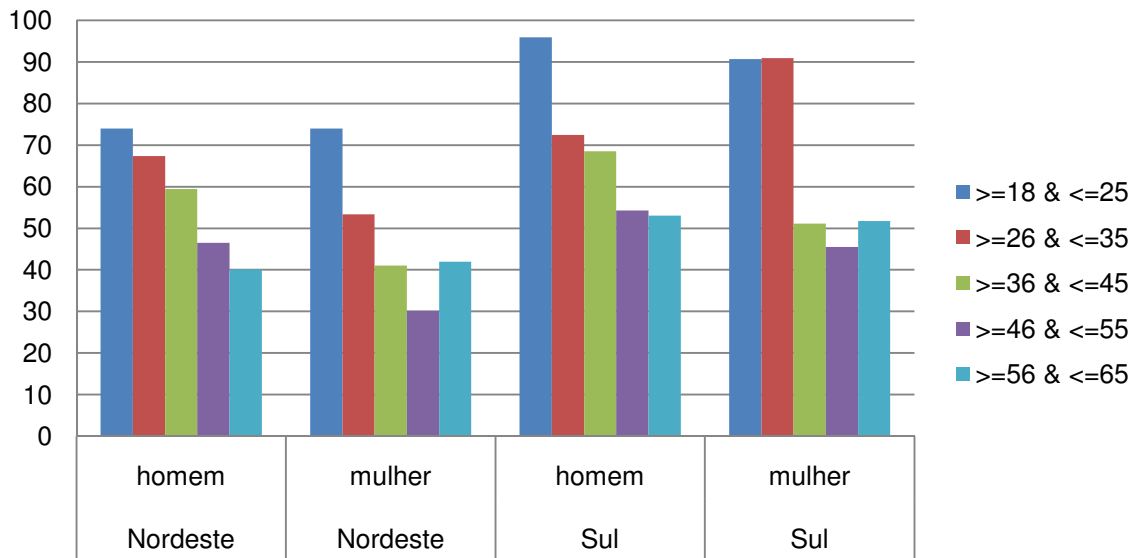
Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

* saudável = saúde muito boa ou boa.

O aumento da idade piora o estado de saúde percebido (RODRIGUES; MAIA, 2010; SOYTAS; KOSE, 2014), fato que no geral converge com os resultados

encontrados nessas pesquisas e que pode ser melhor visualizado na Figura 11. Noronha (2005) destaca que o estado de saúde das pessoas com idade mais avançada demonstra o quanto foi investido em saúde durante toda a vida da pessoa.

Figura 11 - Percentual da população rural brasileira e a autoavaliação de acordo com a idade, sexo e residência no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.

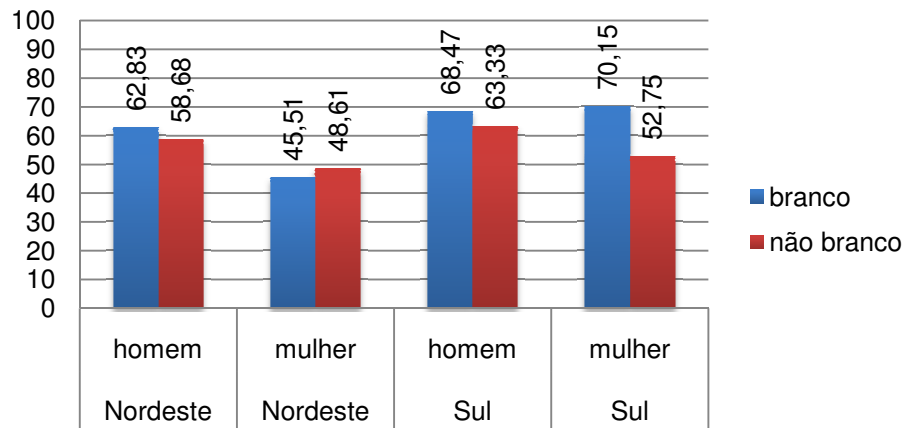


Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

A análise da Figura 12 permite comparar a autoavaliação de saúde entre brancos e não brancos. Para Barata (2012), a etnia ou cor é um fator que gera efeito sobre o estado de saúde do indivíduo, porque alguns grupos estão mais concentrados em lugares pobres, conseqüentemente, possuem menor alcance à educação formal, emprego e saneamento básico. Rodrigues e Maia (2010) associam as diferenças em saúde entre os grupos étnicos às características socioeconômicas e acesso heterogêneo a serviços de saúde.

Dessa forma, percebe-se que o homem e a mulher, brancos ou não-brancos, residentes no Nordeste, apresentaram menor autoavaliação boa ou muito boa de saúde. Chama atenção ainda, o fato de apenas entre as mulheres nordestinas não branca houve uma autoavaliação positiva maior de saúde do que a categoria de comparação branca. As demais categorias de análise ilustram o que foi encontrado na teoria, o fator étnico ou cor é um elemento que influencia na autoavaliação de saúde e o fato de ser branco gera uma melhora nessa avaliação.

Figura 12 - Percentual da população rural que se autoavalia saudável* e trabalha, de acordo com o sexo, cor e ser residente no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.



Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

* saudável = saúde muito boa ou boa.

A Tabela 8 apresenta o percentual da população rural que se autoavaliou como saudável de acordo com o estado civil. Entre as mulheres do Nordeste, o menor percentual de saudáveis são as viúvas, 9,84%, seguido das casadas, que representou 35,86%. No Sul, a realidade é semelhante, pois, 38,84% das viúvas e 59,68% das casadas se autoavaliaram como saudáveis. Os mesmos estados civis representaram decréscimo na saúde da mulher em duas regiões distintas.

Entre os homens, ser separado na região Sul impacta de forma negativa sobre a saúde, pois foi o estado civil com menor percentual de saudáveis, 55%, seguido do homem casado, com 64,07%. Para os homens do Nordeste, assim como para as mulheres, ser viúvo (42,86%) e casado (51,85%) foram os estados civis com menor percentual de saudáveis.

Além disso, no Nordeste, quando se observa a diferença entre os sexos, visto que foram os mesmos estados civis que representaram os menores percentuais de saudáveis, a mulher ainda representa o menor percentual de saudáveis tanto no caso que eram viúvas (9,84% das mulheres; 42,86% dos homens) quanto quando eram casadas (35,86% das mulheres; 51,85% dos homens). No Sul, os estados civis que possuíam menor percentual de saudáveis eram distintos entre os sexos – viúva e casada para a mulher e separado e casado para o homem.

Uma alternativa para explicar esse impacto negativo de ser viúva e casada para as mulheres é que elas possuem dupla jornada de trabalho e menor presença no mercado de trabalho remunerado (CASTRO, 2017). Assim, elas se encontram

mais exaustas quando casadas e, também, mais vulneráveis economicamente em caso de se tornarem viúvas.

Tabela 8 - Percentual da população rural que se autoavalia saudável* e trabalha, de acordo com o sexo, estado civil e ser residente no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.

Região Est. Civil/Sexo	Nordeste		Sul	
	Homem%	Mulher%	Homem%	Mulher%
Casado	51,85	35,86	64,07	59,68
Separado	63,79	54,36	55	62,11
Viúvo	42,86	9,84	93,53	38,84
Solteiro	64,76	56,69	72,76	83,26

Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

* saudável = saúde muito boa ou boa.

A educação possui influência sobre a saúde (BASOV, 2002; GROSSMAN, 2005; BLOOM; 2006; STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009; PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013). Para Becker (1994), a educação proporciona melhor saúde. Para Grossman (2005) a educação formal acompanha onde o indivíduo estiver, assim, a educação produz efeitos em vários aspectos, sendo um deles a saúde. Basov (2002) destaca que existe uma correlação positiva entre a saúde e a educação.

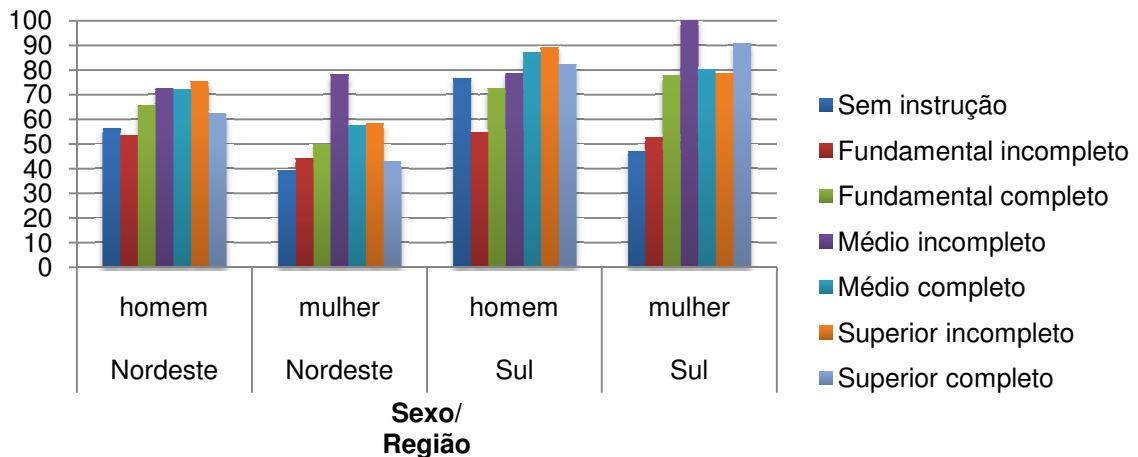
Os benefícios obtidos por possuir maior educação geram implicações em fatores que afetam a qualidade de vida, sendo alguns desses monetários, enquanto outros, não-monetários. Entre os efeitos não monetários, indícios mostraram que as pessoas que permaneceram na escola por mais tempo estão propensas a: autoavaliar-se com maior bem-estar subjetivo; ter melhor saúde; e ser mais ativo na sociedade (STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009). Além disso, pessoas com maior nível de escolaridade adotam hábitos de vida mais saudáveis (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013).

A Figura 13 apresenta o percentual de pessoas saudáveis que vivem na área rural e que trabalham, de acordo com o sexo e escolaridade. Entre as mulheres, o ensino médio incompleto se destaca em relação a autoavaliação positiva de saúde. Entre as mulheres do Sul, o aumento de escolaridade possui um impacto positivo discreto sobre a saúde da mulher. Fato esse, não observado entre as mulheres nordestinas.

Entre os homens, a diferença é ainda mais sutil. Entre a população masculina do Sul, existe um efeito positivo modesto na saúde de acordo com o aumento nos anos de estudos, sendo ainda mais discreto esse efeito no Nordeste.

Apesar do consenso existente entre vários autores sobre o impacto da escolaridade sobre o estado de saúde, os dados apontaram um impacto mais discreto do que o esperado. Isso porque, existe um aumento modesto entre o percentual de pessoas que se autoavaliaram saudáveis e não possuíam instrução para aqueles que possuíam ensino superior completo.

Figura 13 - Percentual da população rural que trabalha e que se autoavalia saudável*, de acordo com o sexo, escolaridade e residência no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.



Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

* saudável = saúde muito boa ou boa.

A Tabela 9 mostra a relação entre saúde e o fato de ter filho. No questionário da PNS (2013), essa pergunta foi direcionada apenas para as mulheres. Os resultados indicam que dentre as que não possuíam filhos, todas se consideraram saudáveis. E que, o aumento no número de filhos não implica em uma diminuição expressiva na percepção positiva de saúde da mulher. Isso leva a reflexão sobre quando as mulheres possuem número maior de filhos, elas passam a ter maior ajuda dentro de casa para as atividades domésticas e para o cuidado dos filhos mais novos. Também Soyta e Kose (2014) encontraram relação entre a saúde relatada e o fato de se ter filhos, até mesmo porque, a própria existência de filhos, é um indicativo de que o indivíduo possui saúde. Já o percentual das mulheres residentes na área rural do Sul do Brasil que se consideram saudáveis é maior do que o de nordestinas para todos os números de filhos.

Tabela 9 - Percentual da população feminina rural que trabalha e se autoavalia saudável*, de acordo com o número de filhos e ser residente no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.

Região	Nordeste	Sul
Núm. De Filhos	Mulher%	Mulher%
0	100	100
>= 1 & <= 3	47,68	70,87
>= 4 & <= 6	32,34	42,45
>= 7 & <= 9	56,14	-
>= 10	52,58	67,39

Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

* saudável = saúde muito boa ou boa.

Existe relação entre estado de saúde e renda (COTT; GIGNAC; BADLEY, 1999; RODRIGUES; MAIA, 2010; SOYTAS; KOSE, 2014). Essa relação pode ser verificada na Tabela 10, a relação existente entre a saúde e a desigualdade de renda ganhou maior destaque porque a igualdade da renda promove a saúde (DEATON, 2003). De acordo com Deaton (2002), elementos que compõem a estrutura social, tais como, a baixa renda, a desigualdade de renda, a exclusão e a discriminação social são determinantes da doença e da morte. Ao contrário, a redistribuição de renda e a riqueza são elementos que contribuem para a boa saúde.

A Tabela 10 e Figura 14 mostram uma relação positiva entre saúde e renda principalmente para a população nordestina. Ou seja, na região mais pobre se comparado a região sul do Brasil. Para Deaton (2003) a renda é mais relevante principalmente na promoção da saúde dos mais pobres. Já Stiglitz, Sen e Fitoussi (2009) encontraram alguns padrões em pesquisas sobre a diferença de estado de saúde, por exemplo, as pessoas inseridas em classes ocupacionais mais baixas, com menor educação formal e com menor renda têm mais chances de morrerem mais jovens e apresentarem maior incidência de problemas de saúde. Em um estudo realizado no Brasil, Pavão, Werneck e Campos (2013, p. 727) estimaram que o incremento na renda, implica em uma redução de 21% na chance de relatar autoavaliação de saúde ruim.

Tabela 10 - Percentual da população rural que trabalha e se autoavalia saudável* de acordo com o sexo, a renda e ser residente no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.

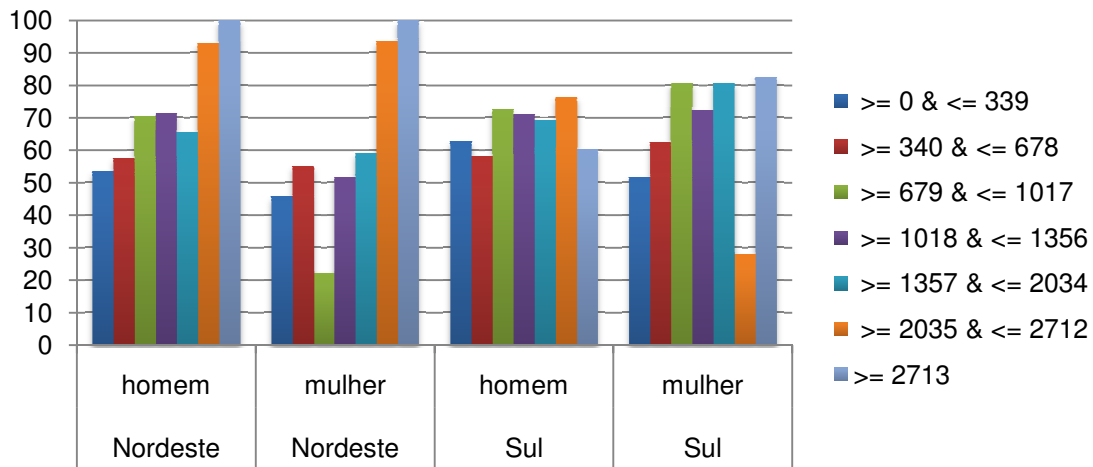
Região	Nordeste	Nordeste	Sul	Sul
Renda R\$**/Sexo	Homem%	Mulher%	Homem%	Mulher%
>= 0 & <= 339	53,57	45,75	62,7	51,81
>= 340 & <= 678	57,63	55,17	58,2	62,6
>= 679 & <= 1017	70,61	22,08	72,54	80,64
>= 1018 & <= 1356	71,51	51,87	71,08	72,48
>= 1357 & <= 2034	65,54	59,16	69,31	80,76
>= 2035 & <= 2712	92,95	93,61	76,38	27,87
>= 2713	1	1	60,2	82,5

Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

* saudável = saúde muito boa ou boa. ** Os intervalos de renda foram feitos baseados no salário mínimo vigente no ano de 2013 (R\$ 678,00).

Para o homem residente na região do Sul do Brasil a renda apresentou um ganho de saúde até a faixa de R\$ 1.017,00. Porém, o maior percentual de avaliação como saudável esteve na faixa de R\$ 2.035,00 até R\$ 2.712,00. Para a mulher do Sul, a renda possui um efeito positivo, porém mais discreto do que o efeito encontrado para a população nordestina. Esse efeito mais discreto que o esperado pode ser resultado da pequena amostra que o banco de dados disponibiliza para as mulheres do Sul, principalmente na faixa de renda que vai de R\$ 2.035,00 até R\$ 2.712,00. Importante lembrar que no Brasil, de acordo com Noronha (2005), existem marcantes diferenças socioeconômicas entre indivíduos e regiões e que o atendimento de saúde pode ser feito via SUS ou privado. Assim, a população mais pobre teria acesso apenas ao sistema público. De acordo com Pavão, Werneck e Campos (2013), os residentes do Norte e Nordeste brasileiros possuíam a maior incidência de respostas de autoavaliação do estado de saúde como ruim. Enquanto que, para o restante do Brasil, as chances de se autoavaliarem com estado de saúde ruim é menor. Esse cenário poderia ser atribuído à estrutura de cada região e à qualidade da assistência em saúde.

Figura 14 - Percentual da população rural que trabalha e se autoavalia saudável* de acordo com o sexo, a renda e ser residente no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.



Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

A Tabela 11 apresenta a relação entre saúde e a carga horária semanal de trabalho. Existe uma relação positiva, ou seja, à medida que aumenta a carga horária, aumenta no geral, o percentual de pessoas que se consideram saudáveis. Esse efeito pode ter duas vertentes de análise. Primeiro, a maior carga horária implica em remuneração maior. Como já visto, existe um efeito positivo de maiores rendimentos sobre a saúde. Ou seja, a relação positiva entre saúde e carga horária capta o efeito da renda associada a maior carga horária. Segundo, para Grossman (1972) a saúde é um bem que pode ser demandado pelos indivíduos porque gera bem-estar, competindo com o consumo de outros bens e porque é um investimento que influencia o tempo disponível para as atividades de mercado. Então, a saúde afeta a renda do indivíduo e aumenta o tempo disponível para o trabalho, o que pode favorecer o recebimento de maiores rendimentos por esse indivíduo.

Por se tratar de uma população rural, vale ressaltar que, de acordo com o que Moreira et al. (2015), existem notáveis diferenças entre o perfil demográfico e comportamental de trabalhadores agrícolas e não agrícolas. Em 2008 no Brasil, a composição dos trabalhadores agrícolas era principalmente de homens, jovens, com menor nível de escolaridade e de renda, não brancos e que residiam em regiões onde os indicadores de saúde e sociais eram inferiores a outras regiões do país.

Tabela 11 - Percentual da população rural que trabalha e se autoavalia saudável* de acordo com o sexo, carga horária semanal de trabalho e ser residente no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.

Região Carga Hrs./Sexo	Nordeste	Nordeste	Sul	Sul
	Homem%	Mulher%	Homem%	Mulher%
>= 0 & <= 30	59,41	40,87	55	56,89
>= 31 & <= 60	58,95	53,59	70,48	71,39
>= 61 & <= 90	80,5	81,59	58,14	89,32
>= 91 & <= 120	100	92,83	100	100

Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

* saudável = saúde muito boa ou boa.

A Tabela 12 apresenta a relação entre percepção de saúde e ter sido diagnosticado com doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (com mais de 6 meses de duração) ou não. Sob a análise regional, os dados apontam que dos diagnosticados ou não diagnosticados do Nordeste, homens e mulheres apresentam autoavaliação de saúde pior do que os indivíduos do Sul do Brasil. Os dados apontam também para a relevância do diagnóstico sobre a percepção de saúde, já que as pessoas que não tem nenhum diagnóstico possuem maior incidência de respondentes que se autoavaliaram como saudáveis. Mas, em contrapartida, chama atenção o fato que mesmo entre os que não possuem diagnóstico de doença, grande percentual, principalmente no Nordeste ainda não se consideraram saudáveis.

Para os indivíduos diagnosticados com alguma doença crônica, existem aqueles que mesmo assim se consideraram saudáveis. A autoavaliação do estado de saúde reflete na sensação de ânimo e bem-estar para realizar as atividades do dia-a-dia (PIKHART et al., 2001) contemplam para além do bem-estar físico, também o social e mental (IDLER; BENYAMINI, 1997). Ainda que não exista a doença, a saúde pode ser autoavaliada como baixa, pois, a autoavaliação compreende emoções relacionadas à satisfação de vida e bem-estar (BLANK; DIDERICHSEN, 1996). Por isso, a autoavaliação do estado de saúde é um indicador multidimensional da saúde (COTT; GIGNAC; BADLEY, 1999).

Tabela 12 - Percentual da população rural que trabalha e se autoavalia saudável* de acordo com o sexo, ter sido diagnosticado com doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (com mais de 6 meses de duração) e ser residente no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.

Região	Nordeste	Nordeste	Sul	Sul
Diagnóstico/Sexo	Homem%	Mulher%	Homem%	Mulher%
Diagnosticado	16,49	17,34	39,32	31,09
Não diagnosticado	63,03	55,66	75,31	76,84

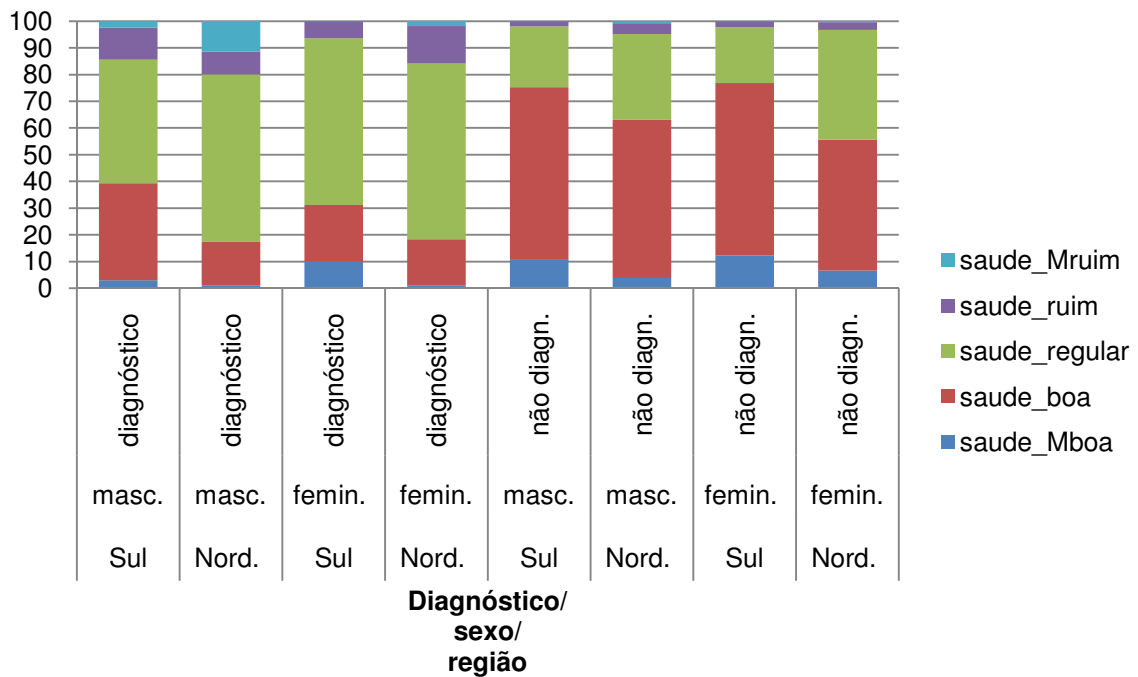
Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

* saudável = saúde muito boa ou boa.

A Figura 15 permite uma melhor percepção dessa realidade, pois, é possível verificar que as pessoas que não foram diagnosticadas relataram melhor estado de saúde. E, entre os que foram diagnosticados, muito consideram a própria saúde regular. Nesse sentido, percebe-se a saúde como um conceito complexo já que engloba fatores subjetivos e objetivos dificultando sua mensuração, uma vez que a saúde não compreende apenas o processo da incidência ou não de doença, mas, também, fatores psicológicos, sociais e culturais (VINIEGRA, 1985; PEDROSO, 2015; GALLAGHER et al., 2016), a autoavaliação oferece um indicativo que contempla uma visão de várias áreas que impactam na saúde, que vão além da visão biológica (COTT; GIGNAC; BADLEY, 1999), envolvendo diferentes dimensões da vida de uma pessoa: morbidade, sociodemográfica, comportamental, de estilo de vida, psicossocial e funcional (PAVÃO, 2012).

A Figura 15 permite a observação da diferença de percepção de saúde entre os diagnosticados por sexo e região. Entre os não diagnosticados com doença, tanto homens quanto as mulheres do Sul se autoavaliam com melhor saúde do que os homens e mulheres residentes no Nordeste. Fato que se repete entre os diagnosticados, existe uma tendência de melhor autoavaliação de saúde entre os moradores do Sul do que entre os moradores do Nordeste. Ainda entre os diagnosticados, os homens relatam melhor estado de saúde que as mulheres.

Figura 15 - Percentual da população rural que trabalha e se autoavalia saudável* de acordo com o sexo, ter sido diagnosticado com doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração) e ser residente no Nordeste e Sul do Brasil em 2013.



Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

* saudável = saúde muito boa ou boa.

Encerra-se a análise descritiva dos dados considerando que o estudo da autoavaliação de saúde envolve muitas relações que o indivíduo estabelece com a realidade na qual está inserido, muitas dessas relações são cumulativas. Para Stiglitz, Sen e Fitoussi (2009) as relações geram consequências cumulativas, uma vez que, o efeito negativo de ser pobre e doente é mais intenso do que o que aconteceria se esses fatos ocorressem separados. Isto demanda políticas específicas para as pessoas que se encontram em situação de acumulação de desvantagens.

A análise da autoavaliação de saúde continua na próxima sessão com a apresentação dos resultados do modelo econométrico: *Logit* e *Logit Ordinal*.

4.2 ANÁLISE DAS ESTIMATIVAS ECONOMÉTRICAS PARA A AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE PARA AS ÁREAS RURAIS DO NORDESTE E SUL DO BRASIL EM 2013

Como foram aplicadas duas estratégias de estimação, uma para a variável qualitativa de distribuição dicotômica e outra para a distribuição ordinal, a análise do

modelo econométrico foi dividida em duas etapas, sendo primeiro os resultados do *Logit* e em seguida do *Logit* Ordinal. Dessa forma, pode-se aumentar a consistência dos coeficientes estimados por meio da aplicação de dois modelos econométricos.

4.2.1 Distribuição dicotômica: O modelo *Logit*

Os resultados completos das estimações das razões de chances (*oddsratios*) obtidas pelo modelo *Logit* estão disponíveis nos Apêndices B, C, D, E e F. Para efeitos de análise foram apresentados os resultados das estimações das razões de chances do modelo *Logit* na forma percentual de acordo com a seguinte expressão: $(oddsratio - 1) * 100$.

A Tabela 13 mostra a estimação da distribuição dual de saudável e não saudável por meio do modelo para toda população do Brasil, por homens e mulheres. No geral, as medidas de ajuste de qualidade das estimações sugerem ajustes razoáveis. O teste LR χ^2 foi significativo a 1%, indicando que conjuntamente os coeficientes são diferentes de zero, tanto para os modelos estimados para o Brasil, quanto para os homens e mulheres.

Foram selecionados os indivíduos que possuíam entre 18 e 65 anos. Os resultados mostram que o aumento de um ano na idade reduz em 4,17% na chance de o indivíduo se declarar saudável. O sentido do sinal e a magnitude foram similares para homens (-4,18%) e mulheres (-4,03%), não apresentando grandes disparidades em relação ao total da população. Esse comportamento está de acordo com a abordagem teórica proposta por Grossman (1972), em que o avanço da idade reduz o estoque do capital saúde. Os trabalhos de Rodrigues e Maia (2010) e Soyta e Kose (2014) também demonstraram a relação negativa entre saúde e idade.

Os resultados também apontam que ser branco aumenta a chance de se declarar saudável em 21,32%, o efeito positivo de ser branco está de acordo com Rodrigues e Maia (2010). Os resultados foram semelhantes para os homens (25,39%), mas essa variável não foi significativa para as mulheres. Em relação a renda, os valores indicam que as chances de se declarar saudável diminuem quando se reduz o salário recebido. Outros autores já escreveram sobre a relação entre saúde e renda (SCHULTZ, 1973; MURRUGARRA; VALDIVIA, 1999; DEATON,

2003; NORONHA, 2005; STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009). A renda é relevante especialmente na promoção da saúde dos mais pobres (DEATON, 2003).

Pode-se observar na primeira regressão que a chance de os homens se declararem saudável não foi estatisticamente significativa, considerando as variáveis de controles introduzidas no modelo. De qualquer forma, quando esses dois grupos são estimados em separado, algumas variáveis apresentam respostas diferentes, tal como ocupação agrícola, que será examinada com mais detalhes.

Outra variável que diminui a chance de se declarar saudável de acordo com a Tabela 13 é a ocupação agrícola. Sendo que para o Brasil diminuiu em 17,06% e para os homens em -17,81%. Porém, para as mulheres essa variável não foi significativa, pois em muitas atividades agrícolas ainda é predominante a presença masculina, principalmente, porque estão associadas ao esforço físico, bem como, para Silva et al. (2005) estão sujeitas à exposição dos agroquímicos, ao ritmo intensivo de trabalho, entre outros.

A carga horária de trabalho semanal de moradores na área rural é uma variável que impacta a saúde diminuindo as chances de se autodeclarar saudável no Brasil. Quando a jornada de trabalho é até 35 horas semanais, o impacto negativo é de 11,65% e acima de 45 horas semanais o impacto negativo é de 12,45% nas chances de se declarar saudável. Apesar do sinal ser o mesmo para as mulheres, a magnitude do efeito é bem maior entre elas. Para os homens não foi significativo. Isso indica que existe um desgaste da saúde da mulher influenciada pela carga horária mais extensa. Assim, a carga horária é uma variável significativa para as mulheres porque as mulheres possuem outros afazeres exceto os que estão relacionados ao trabalho e possuem menor remuneração do que os homens. De acordo com Prus e Gee (2003) a forma de inserção diferenciada no mercado de trabalho, a independência financeira e os afazeres domésticos influenciam as diferenças entre os sexos no estado de saúde ao longo da vida. Para Areias e Guimarães (2004) e Castro (2017), a mulher faz uma dupla jornada de trabalho. Dessa forma, as chances de se autoavaliarem como saudáveis com o aumento da jornada de trabalho estaria relacionado a sobrecarga de trabalho sobre as mulheres.

As variáveis associadas à prevalência de doença, quantidade de consultas médicas e ter sido diagnosticado com alguma doença crônica, foram inseridas no modelo para captar o efeito do aspecto biológico na percepção de saúde. Os resultados sugerem que há uma diminuição nas chances de se declarar saudável

com o aumento no número de consultas médicas e devido a um diagnóstico anterior. Assim como para Szwarcwald et al. (2005) e Cott, Gignac e Badley (1999) o diagnóstico médico é um elemento que condiciona a pior autoavaliação de saúde, apesar de não ser suficiente para entender a autoavaliação.

Para os moradores das áreas rurais no Brasil ter plano de saúde aumentam as chances de se declarar saudável em 74,41%, também aumenta em 88,37% para os homens e em 58,62% para as mulheres. Para Noronha (2005), existem diferenças socioeconômicas entre indivíduos, regiões e quando o atendimento de saúde pode ser feito via SUS⁷ ou privado, pois a população mais pobre, sem plano de saúde, tem o acesso limitado ao sistema público.

No Brasil, não ser morador do Sudeste impacta em uma diminuição das chances de se declarar saudável, especialmente se for morador do Norte (47,01%) ou Nordeste (46,35%). Para os homens, ser morador do Norte representa uma diminuição de 48,10% nas chances de se declararem saudáveis e ser morador do Nordeste representa uma diminuição de 43,11%. Para as mulheres ser moradora do Nordeste impacta numa diminuição maior nas chances de se declarar saudável (51,55%) do que ser moradora do Norte (45,43%). Destaca-se que em todos os casos, o Norte e o Nordeste representaram as maiores diminuições nas chances de pessoas das áreas rurais se declararem saudáveis.

Um estudo feito por Travasso, Oliveira e Viacava (2006) estimou que ser residente do Sul e do Sudeste impacta em uma maior chance de usar serviços de saúde do que os moradores do Norte, Nordeste e Centro Oeste. Observaram ainda que o acesso ao serviço de saúde é impactado positivamente de acordo com o local de residência, e ainda, melhora quanto melhor a realidade socioeconômica da região, sendo os moradores do Sul e do Sudeste os que apresentaram maior acesso aos serviços de saúde. Fato que pode impactar na qualidade do atendimento que a população rural do Sul e do Nordeste recebem ao lidar com problemas de saúde interferindo na autoavaliação de saúde. De acordo com Pavão, Werneck e Campos (2013), os residentes do Norte e Nordeste brasileiros possuíam a maior incidência de respostas de autoavaliação do estado de saúde como ruim. Autores como Lima (1995) também destacaram o efeito negativo que ser morador do Nordeste gera sobre a saúde. De acordo com Pavão, Werneck e Campos (2013), os residentes do

⁷Sistema Único de Saúde.

Norte e Nordeste brasileiros e o restante do Brasil, possuíam diferentes autoavaliações de estado de saúde, esse cenário poderia ser atribuído à estrutura de cada região e à qualidade da assistência em saúde.

Ser chefe de família para os homens impacta em uma diminuição de 14,83% na chance de se autoavaliar como saudável. Essa variável não foi significativa para o Brasil e para as mulheres. Ressalta-se que para Szwarcwald et al. (2005), o tipo de ocupação, o desemprego e a posse de bens materiais, foram fatores essenciais para explicar as diferenças na percepção da saúde entre os níveis socioeconômicos dos homens. Dessa forma, infere-se que ser chefe de família implica em um ônus ao homem dentro da estrutura familiar patriarcal, na qual a responsabilidade da manutenção financeira da família pode contribuir para redução do seu estado de saúde.

A Tabela 14 apresenta as estimativas do modelo *Logit* para homens e mulheres das regiões Sul e Nordeste. O teste LR χ^2 foi significativo a 1%, indicando que conjuntamente os coeficientes são diferentes de zero para as quatro equações.

Para a idade, assim como o foi para o Brasil, foram considerados aqueles que possuíam entre 18 e 65 anos. Percebe-se que para as regiões Sul e Nordeste e para homens e mulheres o sinal é o mesmo e a magnitude semelhante. A idade diminui as chances de se declarar saudável quando homem do Sul em 4,58% e quando mulher no Sul em 3,25%. Para o Nordeste, o resultado das estimações apontam para a diminuição das chances de se declarar saudável em 3,98% para os homens e 3,85% para as mulheres. Porém, percebe-se que para os homens, especialmente os do Sul, o efeito negativo da idade é maior comparado aos demais. O estado de saúde das pessoas com idade mais avançada demonstra o que foi investido em saúde durante toda a vida da pessoa (NORONHA, 2005). Assim, infere-se que os homens, ao longo da vida, investem menos em cuidados com a saúde do que as mulheres, o que acaba por gerar um efeito negativo maior da idade sobre a própria avaliação do estado de saúde. Segundo o IBGE (2018), a esperança de vida ao nascer das pessoas que vivem na região Sul, ultrapassa os 77,4 anos, sendo superior ao das pessoas que vivem no Nordeste, onde em alguns estados pode chegar a apenas 70,9 anos.

Tabela 13 - Estimativa das razões de chance (*oddsratio*) auto declarado de saudável e não saudável para as áreas rurais para o Brasil, mulheres e homens por meio da aplicação do modelo *Logit*¹

Variável	Brasil		Homem		Mulher	
	(OR-1) *100	Std. Err.	(OR-1) *100	Std. Err.	(OR-1) *100	Std. Err.
Idade	-4,17*	0,002509	-4,18*	0,00324	-4,03*	0,004076
Branco	21,32*	0,077284	25,39*	0,10471	16,19	0,115528
Homem	2,39	0,066885	-	-	-	-
Seminstru	-13,95	0,125718	-9,82	0,20068	-17,29	0,172602
Fund_incompleto	-18,30	0,112021	-12,42	0,18750	-25,21	0,142353
Fund_completo	-20,28	0,119234	-3,38	0,22307	-36,96**	0,130938
Medioincompleto	-22,70	0,139291	-28,44	0,18864	-15,09	0,222558
MedioCompleto	-1,42	0,138090	-5,38	0,21060	1,54	0,192282
Sup_incompleto	-13,67	0,167823	-4,52	0,28683	-20,93	0,204877
Chefe	-6,43	0,056130	-14,83**	0,06904	8,57	0,102142
Temfilho	-	-	-	-	-2,62	0,025644
renda_meiosal	-62,48*	0,066937	-62,94*	0,07848	-65,25*	0,126287
renda_até1sal	-52,15*	0,081171	-52,28*	0,09427	-56,73**	0,154083
renda_até1e5sal	-39,44*	0,102370	-37,72**	0,12210	-47,63***	0,186674
renda_ate2sal	-31,97**	0,123767	-30,36***	0,14620	-42,58	0,219761
renda_ate3sal	-29,16***	0,127214	-22,82	0,16020	-46,71***	0,199598
renda_ate4sal	-6,80	0,239352	-2,41	0,29607	-21,94	0,386368
ocupacaagricola	-17,06*	0,050941	-17,81**	0,06397	-14,28	0,090349
horas35	-11,65***	0,059938	-7,91	0,08851	-15,99***	0,082853
horas45	-12,43**	0,058774	-5,81	0,07566	-26,05**	0,091687
quant_cons_med	-9,47*	0,008589	-10,20*	0,01314	-8,76*	0,011483
Diagnosticado	-70,55*	0,023391	-70,81*	0,03063	-70,78*	0,035912
plano_saude	74,41*	0,170507	88,37*	0,25089	58,62*	0,230683
SUL	-18,93**	0,086846	-32,83*	0,09475	3,55	0,172619
NORDESTE	-46,35*	0,045813	-43,11*	0,06458	-51,55*	0,063761
CENTROOESTE	-23,38**	0,082107	-20,94***	0,10962	-28,07***	0,122995
NORTE	-47,01*	0,046884	-48,10*	0,06015	-45,43*	0,075846

Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013). Apêndices A, B e C.¹(*oddsratio* - 1). * 100; * Significativo a 1%, ** significativo 5%, *** significativo a 10%.

As pessoas da cor branca têm uma característica pessoal que explica a maior chance de se declarar saudável no Sul do Brasil. Para os homens aumenta em 134,87% e para as mulheres em 106,30% a chance de se autoavaliar como saudável. Esse fator não foi significativo para os homens e mulheres do Nordeste. Vale lembrar que parte da diferença de saúde percebida pelos diferentes grupos étnicos pode ser associada a peculiaridades socioeconômicas e a diferentes acessos aos serviços de saúde (RODRIGUES; MAIA, 2010).

O coeficiente da variável chefe de família foi significativo apenas para o homem nordestino, diminuindo a sua chance de se autoavaliar como saudável em 34,03% em relação àquele que não era chefe de família. Ressalta-se que de acordo com a PNAD (2015), no Nordeste cerca de 48% da população está localizada na área rural. Para Murrugarra e Valdivia (1999), ser originário da zona rural pode interferir para um estado de saúde menos favorável. De acordo com Pavão, Werneck e Campos (2013), os residentes do Norte e Nordeste brasileiros possuíam a maior incidência de respostas de autoavaliação do estado de saúde como ruim, podendo estar relacionado com a estrutura de cada região e com a qualidade da assistência em saúde. Além disso, para Szwarcwald et al. (2005), o tipo de ocupação, o desemprego e a posse de bens materiais foram fatores essenciais para explicar as diferenças na percepção da saúde entre os níveis socioeconômicos dos homens. Dessa forma, infere-se que ser chefe de família implica em promover o sustento do núcleo familiar por meio do trabalho agrícola em uma região que apresenta desvantagens que implicam em pior avaliação de saúde da população.

Nem todos os diferentes estratos de renda foram significativos para os homens e mulheres do Sul e Nordeste do Brasil. O que se verifica é a presença do sinal negativo em todos os estratos inferiores a quatro salários mínimos, indicando que existe uma diminuição das chances de se autoavaliar como saudável nesses grupos em comparação com aqueles que recebem mais de quatro salários mínimos. Percebe-se ainda que a magnitude desse efeito negativo diminui à medida que a renda aumenta, sendo mais significativo entre as mulheres do Nordeste. Existe uma relação positiva entre a economia e a saúde (BASOV, 2002), pois a riqueza e a distribuição de renda permitem a boa saúde (DEATON, 2002) principalmente em países com menores recursos, onde a doença é considerada uma consequência da pobreza (BLEAKLEY, 2010). A renda é mais relevante principalmente na promoção da saúde dos mais pobres (DEATON, 2003).

A ocupação agrícola foi significativa apenas para explicar a diminuição da chance de se declarar saudável em 44,99% para as mulheres do Nordeste do Brasil. O trabalho agrícola passou por um processo de mudança que pode ser chamado de “modernização agrícola” e teve como resultado o aumento de produtividade, o qual foi mais intenso nas regiões Centro Sul do Brasil. Por outro lado, teve como consequência danos à saúde e ao meio ambiente, concentração de renda e empobrecimento da população rural, entre outros (SILVA et al., 2005). Lembrando

que, a renda foi mais significativa para explicar a autoavaliação de saúde das nordestinas. Fato que pode estar relacionado com o tipo de trabalho que elas desempenham por serem moradoras da área rural, ou seja, o agrícola, que oferece menores remunerações.

Tabela 14- Estimativa das razões de chance (*oddsratio*) autodeclarado de saudável e não saudável para as áreas rurais do Sul e Nordeste do Brasil, considerando mulheres e homens por meio da aplicação do modelo Logit¹

Variável	Logit Sul				Logit Nordeste			
	Homem		Mulher		Homem		Mulher	
	(OR-1) *100	Std. Err.	(OR-1) *100	Std. Err.	(OR-1) *100	Std. Err.	(OR-1) *100	Std. Err.
Idade	-4,58 *	0,010649	-3,25 **	0,013001	-3,98 *	0,005654	-3,85 *	0,007160
Branco	134,87 *	0,650915	106,30 **	0,672213	21,39	0,175060	23,15	0,210627
Seminstru	80,73	1,190302	-29,47	0,445060	40,55	0,575747	0,36	0,361597
Fund_incompleto	-1,78	0,535720	-21,18	0,392571	14,20	0,457854	5,88	0,361807
Fund_completo	54,51	0,912984	-42,84	0,332045	6,94	0,462398	-1,10	0,365594
Medioincompleto	3,63	0,858622	7,68	0,889989	16,89	0,559934	42,57	0,657524
Mediocompleto	43,80	0,818317	72,41	0,950950	-20,20	0,333419	35,18	0,453111
Sup_incompleto	-5,49	0,853477	-39,28	0,411734	-8,55	0,465003	19,08	0,510988
Chefe	25,58	0,348429	-3,72	0,311066	-34,03 *	0,088928	6,72	0,164211
Temfilho	-	-	-12,02	0,110266	-	-	-2,61	0,039417
renda_meiosal	-41,98	0,329700	-84,71 **	0,145966	-67,94 **	0,183220	-83,93 ***	0,176774
renda_até1sal	-47,65	0,241507	-84,64 **	0,140586	-57,94	0,235849	-78,53	0,235989
renda_até1e5sal	-26,84	0,319017	-68,15	0,291201	-49,46	0,286071	-84,80 ***	0,168288
renda_ate2sal	-31,16	0,352286	-81,54 ***	0,179341	-31,40	0,407677	-65,20	0,398621
renda_ate3sal	-7,02	0,419277	-73,65	0,257273	-26,17	0,449893	-75,61	0,275660
renda_ate4sal	-38,27	0,371803	-79,54	0,247841	39,64	1,190808	-21,58	1,263078
Ocupacaagricola	-32,72	0,171123	-44,90 **	0,167430	-11,39	0,123910	-23,66	0,134670
horas35	-29,87	0,234152	9,10	0,365245	7,14	0,164819	-15,75	0,138316
horas45	-32,58	0,166880	-7,53	0,339244	-7,84	0,130504	-16,35	0,187200
quant_cons_med	-11,96 *	0,036350	-6,08 ***	0,031138	-8,24 *	0,023401	-6,33 *	0,018743
Diagnosticado	-64,24 *	0,091045	-74,15 *	0,080049	-73,85 *	0,051043	-68,69 *	0,067942
plano_saude	157,80 *	0,917811	-23,52	0,272256	113,23 *	0,575645	105,54 **	0,636641

Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013). Apêndices D e E. ¹(*oddsratio* - 1). * Significativo a 1%, ** significativo 5%, *** significativo a 10%.

A maior quantidade de consultas médicas resulta em uma diminuição nas chances de se autoavaliar como saudável para os homens e mulheres do Sul e Nordeste do Brasil em 11,96 %, 6,08%, 8,24% e 6,33%, respectivamente. Destaca-se a magnitude maior entre os homens, em especial entre os residentes no Sul do Brasil. Assim como, já ter sido diagnosticado com alguma doença também impacta

numa diminuição de chance de se declarar como saudável. A magnitude da variável diagnóstica é maior para a mulher do Sul e para o homem do Nordeste. Para Szwarcwald et al. (2005), as pessoas que possuem doenças de longo prazo autoavaliam-se com menor condição de saúde do que outras pessoas do mesmo sexo e idade.

A variável ter plano de saúde implica em um aumento de 157,80% para os homens do Sul, de 113,23% para o homem do Nordeste e de 105,54% para a mulher do Nordeste na chance de se autoavaliar como saudável. Para as mulheres do Sul não foi significativo, portanto não afeta elas se declararem saudável. Assim, quando o plano de saúde afeta a chance de autoavaliação, pode ir ao encontro com Pavão, Werneck e Campos (2013), devido à estrutura de cada região e à qualidade da assistência em saúde. Ou, pode ser associado ainda com a renda auferida por esses indivíduos e, até mesmo, de acordo com Noronha (2005), ter plano de saúde implica que o atendimento de saúde pode ser feita via SUS ou sistema privado, enquanto que, para a população mais pobre o acesso é limitado ao sistema público.

Finalizada a análise do *Logit* para os homens e mulheres moradores da área rural do Brasil, inicia-se na próxima seção a análise do *Logit Ordinal*.

4.2.2 Distribuição normal: O modelo *Logit Ordinal*

Os resultados completos das estimações obtidas por meio do modelo *Logit Ordinal* com *odds ratio* estão disponíveis nos Apêndices G, H, I, J e L. Para efeitos de análise, nesse momento serão discutidos apenas os resultados das estimações *Logit Ordinal* com $(odds\ ratio - 1) * 100$. A Tabela 15 mostra as estimativa das razões de chance (*odds ratio*) de autoavaliação de saúde para as áreas rurais do Brasil, mulheres e homens por meio da aplicação do modelo *Logit Ordinal*, lembrando que recodificamos as respostas, da seguinte forma: 5 = Muito bom; 4 = Bom; 3 = Regular; 2 = Ruim; 1 = Muito ruim. Dessa forma, para a distribuição escalar valores maiores mostram maiores níveis de autoavaliação de saúde, ou seja, muito bom. A análise *odds ratio* do *Logit ordinal* faz a comparação de todas as outras opções de resposta (bom, regular, ruim e muito ruim) em relação ao muito bom.

A Tabela 15 mostra a estimação da distribuição ordinal de avaliação de saúde por meio do modelo para toda população do Brasil, por homens e mulheres. No geral, as medidas de ajuste de qualidade das estimações sugerem ajustes

razoáveis. O teste LR χ^2 foi significativo a 1%, indicando que conjuntamente os coeficientes são diferentes de zero, tanto para os modelos estimados para o Brasil, quanto para os homens e mulheres do Brasil. Nos modelos *logit* ordinal há mais de um intercepto, os quais são pontos de cortes, que representam valores diferentes de cada *logit* depois de manter variáveis independentes constantes. Para as três estimações os pontos de corte estavam no intervalo de confiança de 95%. Assim, é considerado que o modelo com cinco categorias se ajusta bem aos dados. Como o maior nível de saúde é usado como referência, ou seja, muito bom, os coeficientes positivos significam que um aumento no preditor tende a aumentar as chances de ser muito boa a saúde versus saúde muito ruim.

Assim como no *Logit*, um ano a mais de idade diminui as chances de autoavaliar-se com saúde muito boa no Brasil (3,79%), entre os homens (3,89%) e entre as mulheres (3,53%). Autores como Grossman (1972) já haviam relacionado o avanço da idade com a redução do estoque do capital saúde.

O fato de ser branco aumenta a chance de autoavaliar-se com saúde muito boa no Brasil em 21,64%, entre os homens em 26,54% e entre as mulheres em 15,59%. Isso vai ao encontro com Barata (2012), pois, o fator étnico é um elemento que possui um efeito sobre o estado de saúde. Isso pode ser explicado pelo estoque de desvantagem que se acumulou ao longo da vida; pelo efeito da concentração de determinados grupos étnicos em locais mais pobres; e pelos efeitos nocivos de se perceber inserido em uma sociedade racista. No Brasil, a população negra encontra-se em locais mais pobres, possui menor alcance à educação, saneamento básico e postos de trabalho.

Pode-se observar na primeira regressão que a chance de os homens se declararem com saúde muito boa não foi estatisticamente significativa, considerando as variáveis de controles introduzidas no modelo. De qualquer forma, quando esses dois grupos são estimados em separado algumas variáveis apresentam respostas diferentes, como é o caso da variável educação. A educação possui influência sobre a saúde (BASOV, 2002; GROSSMAN, 2005; BLOOM; 2006; STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009; PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013). Apesar da ampla influência relatada na literatura, as estimativas são menos precisas no que se refere à influência da educação formal sobre a autoavaliação de saúde no Brasil. Vale ressaltar que são duas variáveis que atuam em um círculo vicioso, em que uma afeta a outra, isso pode interferir nas estimativas, porque em amostras pequenas

como a do caso deste estudo, causa a endogeneidade . Mesmo assim, percebe-se que, especialmente entre as mulheres, os menores níveis de educação impactam negativamente na chance de autoavaliar-se com nível de saúde muito boa.

Quanto a relação entre saúde e renda auferida (SCHULTZ, 1973; MURRUGARRA; VALDIVIA, 1999; DEATON, 2003; NORONHA, 2005; STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009) as estimativas do *Logit* Ordinal apontam para um efeito negativo presente nas menores faixas salariais sobre as chances de se autoavaliar com nível de saúde muito bom. Essa relação é verificada no Brasil, entre os homens e entre as mulheres. Percebe-se também que ao subir para outras faixas de salário a magnitude do efeito negativo diminui gradativamente. De forma que, no Brasil, enquanto ganhar até meio salário mínimo diminui 67,39% a chance de se autoavaliar com nível de saúde muito bom, ganhar até três salários diminui essa chance para 39,58%. Comportamento semelhante é verificado entre os homens, pois, até meio salário as chances de reportar nível de saúde muito bom são diminuídas em 69,74%, e ao receber até 3 salários mínimos as chances são diminuídas em 42,85%. Entre as mulheres a relação foi significativa em apenas três níveis de renda. O efeito para as mulheres acompanha o que acontece no Brasil e entre os homens, já que, com até meio salário mínimo as chances são diminuídas em 60,88% e até um salário e meio, as chances são diminuídas em 42,33%. De acordo com Murrugarra e Valdivia (1999) as pessoas mais saudáveis conseguem produzir mais na escola ou no trabalho, o que tem como resultado salários mais altos no futuro. Porém, as pessoas ricas normalmente são mais saudáveis, ora por terem condições financeiras de despender recursos para a saúde, ora porque possuem mais informações sobre os impactos das suas opções sobre a sua saúde.

A ocupação agrícola diminui as chances de autoavaliar-se com nível de saúde muito bom no Brasil (15,18%) e entre os homens (15,29%). As pessoas ocupadas no setor agrícola são caracterizadas como mais velhas; com maior percentual de negros; situação mais precária no que se refere à jornada de trabalho e renda; e menor quantidade de anos de estudo (MAIA; RODRIGUES, 2010). As pessoas que vivem na área urbana apresentam melhor saúde do que os que estão nas áreas rurais (HOSSEINPOOR et al., 2012). Assim, atribui-se a predominância masculina nesse tipo de atividade para explicar porque essa variável não foi significativa entre as mulheres.

Encontrou-se na literatura a relação entre carga horária de trabalho e saúde, uma vez que carga horária maior implica geralmente em remuneração maior, retomando a relação positiva existente entre maiores rendimentos e a saúde. Ou seja, a relação positiva entre saúde e carga horária de trabalho capta o efeito da renda associada a maior carga horária. Segundo Grossman (1972) a saúde é um bem que pode ser demandado pelos indivíduos porque gera bem-estar, competindo com o consumo de outros bens e porque é um investimento que influencia o tempo disponível para as atividades de mercado. Então, a saúde afeta a renda do indivíduo e aumenta o tempo disponível para o trabalho o que pode favorecer o recebimento de maiores rendimentos por esse indivíduo. Mesmo assim, no Brasil, a carga horária diminui as chances de autoavaliar-se com nível de saúde muito bom em 13,23% quando trabalha-se até 35 horas e em 15,28% quando se trabalha acima de 45 horas semanais.

Para os homens, a relação também foi significativa e negativa quando se trabalha até 35 horas semanais (14,54%). Em relação aos homens, a situação do trabalho, incluindo o tipo de ocupação e o desemprego, bem como a posse de bens materiais, foram fatores essenciais para explicar as diferenças na percepção da saúde (SZWARCOWALD et al., 2005, p. S61). Espera-se que ao enfrentar jornadas reduzidas de trabalho, essa relação fiquem prejudicadas o que acaba por interferir na renda, posse de bens materiais, tipo de ocupação e na autoavaliação de saúde. Entre as mulheres a relação foi significativa e negativa quando se trabalha acima de 45 horas (27,09%). Percebe-se que para as mulheres existe um desgaste da saúde influenciada pela carga horária mais extensa, para Castro (2017), a mulher faz uma dupla jornada de trabalho.

As estimativas apontam para a diminuição das chances de se autoavaliar com nível de saúde muito bom quanto maior o número de consultas médicas. Uma consulta médica diminui em 8,81% as chances de autoavaliar-se com nível de saúde muito bom no Brasil; diminui em 9,54% para os homens em 8,16% para as mulheres. Ter sido diagnosticado com alguma doença também diminui as chances de se autoavaliar com nível de saúde muito bom em 68,21%, 68,94% e 67,83% no Brasil, para homens e mulheres respectivamente. Assim como para Szwarcwald et al., (2005) e Cott, Gignac e Badley (1999) o diagnóstico médico é um elemento que condiciona a pior autoavaliação de saúde. Para Szwarcwald et al., (2005), as

peças que possuem doenças de longo prazo autoavaliam-se como menor condição de saúde do que outras peças do mesmo sexo e idade.

Tabela 15 - Estimativa das razões de chance (*oddsratio*) de autoavaliação de saúde para as áreas rurais do Brasil, mulheres e homens por meio da aplicação do modelo *Logit* Ordinal¹

Variável	Brasil		Homem		Mulher	
	(OR-1) *100	Std. Err.	(OR-1) *100	Std. Err.	(OR-1) *100	Std. Err.
Idade	-3,79 *	0,002251	-3,89 *	0,002914	-3,53 *	0,003653
Branco	21,64 *	0,068547	26,54 *	0,093322	15,59 ***	0,101616
Homem	-0,91	0,057090	-	-	-	-
Seminstru	-18,56	0,103773	-10,40	0,171444	-26,43 ***	0,135835
Fund_incompleto	-19,05 ***	0,096206	-11,40	0,162158	-25,63 ***	0,124477
Fund_completo	-14,44	0,111240	0,54	0,198501	-28,26 ***	0,131611
Medioincompleto	-15,20	0,133119	-15,43	0,192489	-12,82	0,200577
Mediocompleto	0,00	0,119564	5,13	0,198119	-3,06	0,158123
Sup_incompleto	1,01	0,171421	7,69	0,276661	-3,36	0,223130
Chefe	-2,45	0,052135	-9,90	0,064777	12,84	0,095354
Temfilho	-	-	-	-	-2,42	0,022873
renda_meiosal	-67,39 *	0,049934	-69,74 *	0,055856	-60,88 *	0,114503
renda_até1sal	-59,22 *	0,059129	-62,70 *	0,064126	-50,18 **	0,142072
renda_até1e5sal	-48,71 *	0,073580	-50,45 *	0,083965	-42,33 ***	0,163640
renda_ate2sal	-42,27 *	0,088796	-48,15 *	0,093128	-27,61	0,223372
renda_ate3sal	-39,58 *	0,091577	-42,85 *	0,101275	-30,28	0,209630
renda_ate4sal	-20,72	0,168384	-25,35	0,189044	-7,27	0,368539
Ocupacaagricola	-15,18 *	0,046962	-15,29 **	0,059225	-11,85	0,084497
horas35	-13,23 **	0,052399	-14,54 ***	0,072700	-12,93	0,076724
horas45	-15,28 *	0,050363	-9,87	0,064134	-27,09 *	0,079806
quant_cons_med	-8,81 *	0,006876	-9,54 *	0,010432	-8,16 *	0,009258
Diagnosticado	-68,21 *	0,022002	-68,94 *	0,028379	-67,83 *	0,034468
plano_saude	67,43 *	0,136186	77,98 *	0,193906	54,32 *	0,190348
SUL	-21,05	0,072702	-33,71 *	0,080781	-1,00	0,140080
NORDESTE	-47,70 *	0,039192	-45,70 *	0,053865	-51,77 *	0,055880
CENTROOESTE	-26,89 *	0,068810	-25,85 **	0,089961	-29,43 **	0,106880
NORTE	-51,64	0,037905	-53,21	0,048063	-49,49 *	0,062004

Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013). Apêndices F, G e H. ¹(*oddsratio* - 1). * Significativo a 1%, ** significativo 5%, *** significativo a 10%.

O sinal da variável plano de saúde indica que esta variável aumenta as chances de autoavaliação de nível de saúde como muito bom. No Brasil, as chances aumentam em 67,43%, entre os homens em 77,98% e entre as mulheres em

54,32%. Para Noronha (2005), o atendimento de saúde pode ser feito via SUS ou privado, mas para a população mais pobre o acesso é limitado ao sistema público.

Residir fora do Sudeste do Brasil é um elemento que diminui as chances de autoavaliar-se com nível de saúde muito bom. Principalmente ser residente no Nordeste (diminui em 47,70%, 45,70% e 51,77% para o Brasil, homens e mulheres respectivamente). Autores como Pavão, Werneck e Campos (2013) e Lima (1995) já haviam destacado o efeito negativo de ser residente do Nordeste do Brasil. Mas essas estimativas apresentam também a região Centro-Oeste como um elemento que contribui para a diminuição das chances de autoavaliar-se com maior nível de saúde tanto no Brasil (26,89%), quanto para homens (25,85%) e mulheres (29,43%).

De acordo com a Tabela 16 o sinal das estimativas para a idade apontam que a cada ano a mais de idade diminui as chances de um indivíduo autoavaliar-se com saúde muito boa, em 4,11% para o homem e em 2,47% para a mulher do Sul. Tais percentuais são de 3,67% para o homem e de 3,41% para a mulher do Nordeste. Esse resultado vai de encontro com Grossman (1972), que o avanço da idade reduz o estoque do capital saúde, com Rodrigues e Maia (2010) e Soyta e Kose (2014) que também encontraram uma relação negativa entre saúde e idade.

De acordo com o sinal das estimativas, para os homens e mulheres do Sul e para os homens do Nordeste, ser branco aumenta as chances de autoavaliar-se com nível de saúde muito bom. Aumentando em 104,43%, 94,37% e 33,64% respectivamente. Barata (2012) apontou que o fator étnico afeta o estado de saúde, pois, alguns grupos étnicos acumulam desvantagens, moram em determinados locais desfavoráveis e possuem menor alcance à educação e ao emprego formal e até mesmo ao saneamento básico. Rodrigues e Maia (2010) destacaram também que parte da diferença de saúde percebida pelos diferentes grupos étnicos pode ser associada à peculiaridades socioeconômicas e a diferentes acessos aos serviços de saúde.

Ser chefe de família para o homem nordestino impacta na diminuição de 28,77% na chance de autoavaliar-se com saúde muito boa. Para autores como Szwarcwald et al. (2005), o tipo de ocupação, o desemprego e a posse de bens materiais, são relevantes para entender a diferença na percepção da saúde entre os níveis socioeconômicos dos homens. Infere-se que o estado de saúde tem aspectos subjetivos, dentre os quais a posição na família. Nas sociedades patriarcais a responsabilidade com o bem estar dos demais membros da família é do homem.

Além disso, as áreas rurais da região Nordeste as pessoas são extremamente pobres e, por outro lado, possuem baixa disponibilidade de serviços públicos, aumentando o peso social de ser chefe de família para os homens.

A renda mensal mais alta para as mulheres não as afeta em se autoavaliarem com saúde muito boa e praticamente não afeta o homem no Nordeste. Por outro lado, para a região Sul há uma relação um pouco mais clara entre as duas variáveis. Tal resultado pode ser atribuído ao fato de que a renda média das famílias que trabalham em atividades agrícolas, para Staduto, Nascimento e Souza (2017) é menor quando comparada com os demais tipos de ocupação. Por isso, a relação entre a variável autoavaliação de saúde e renda não fica tão clara para essa análise.

A cada consulta médica a mais, diminui as chances de autoavaliação com nível de saúde muito boa, em 10,27% para homens do Sul, 8,34% para homens do Nordeste e 5,50% para as mulheres do Nordeste. Já ter sido diagnosticado com alguma doença impacta em uma diminuição ainda mais intensa nas chances de se autoavaliar com nível de saúde muito bom. Os percentuais são de 67,20% para homens do Sul, 71,82% para mulheres do Sul, 67,15% para homens do Nordeste e 63,69% para mulheres do Nordeste. Esses resultados são semelhantes aos encontrados em Szwarcwald et al. (2005), assim como em Cott, Gignac e Badley (1999).

O plano de saúde é uma variável que aumenta as chances de alguém declarar-se com nível de saúde muito bom. Os resultados apontam uma chance de 178,43% para homens do Sul, 111,58% para homens do Nordeste e 110,89% para mulheres do Nordeste. Como o plano de saúde é uma forma de acesso privada ao sistema de saúde, essa relação pode ser encontrada também em Pavão, Werneck e Campos (2013).

Tabela 16 - Estimativa das razões de chance (*oddsratio*) de autoavaliação de saúde para as áreas rurais do Sul e Nordeste do Brasil, considerando mulheres e homens por meio da aplicação do modelo *Logit Ordinal*¹

Variável	<i>Ologit Sul</i>				<i>Ologit Nordeste</i>			
	Homem		Mulher		Homem		Mulher	
	(OR-1) *100	Std. Err.	(OR-1) *100	Std. Err.	(OR-1) *100	Std. Err.	(OR-1) *100	Std. Err.
Idade	-4,11 *	0,00901	-2,47 **	0,011501	-3,67 *	0,005227	-3,41 *	0,006471
Branco	104,43 *	0,48818	94,37 **	0,548360	33,64 **	0,176712	15,60	0,178708
Seminstru	-12,96	0,47378	-31,61	0,365476	46,91	0,546950	-9,93	0,296804
Fund_incompleto	-44,70	0,25356	-23,05	0,313224	24,75	0,453845	9,92	0,342499
Fund_completo	-13,04	0,42725	-33,90	0,320974	38,27	0,544367	26,87	0,428838
Medioincompleto	-55,50	0,29633	9,97	0,727865	61,29	0,710221	61,45	0,690180
Mediocompleto	-4,11	0,44987	15,79	0,478987	5,37	0,399311	36,34	0,414340
Sup_incompleto	-33,72	0,46909	3,38	0,603945	5,26	0,482888	38,55	0,561200
Chefe	15,99	0,27002	18,62	0,317981	-28,77 *	0,089567	3,81	0,144159
Temfilho	-	-	1,23	0,111468	-	-	-2,43	0,033980
renda_meiosal	-73,36 *	0,12814	-79,35 **	0,138030	-62,83 **	0,187949	-68,68	0,228465
renda_até1sal	-53,07 ***	0,18414	-74,95 **	0,157653	-54,71	0,224346	-57,03	0,312564
renda_até1e5sal	-44,56	0,20308	-58,44	0,256453	-41,75	0,291415	-65,51	0,254377
renda_ate2sal	-53,96 ***	0,19241	-62,50	0,252918	-40,74	0,308719	-31,79	0,529811
renda_ate3sal	-44,33	0,20814	-50,74	0,333099	-34,99	0,346952	-52,50	0,361427
renda_ate4sal	-51,29	0,24592	-7,17	0,840346	76,50	1,282671	47,15	1,870948
Ocupacaagricola	-18,68	0,17684	-34,96	0,173080	-9,39	0,118679	-15,61	0,136076
horas35	-34,84	0,18942	3,21	0,289407	-1,26	0,137674	-8,21	0,137193
horas45	-21,47	0,16361	-14,80	0,258421	-12,29	0,113395	-16,68	0,169497
quant_cons_med	-10,27 *	0,02976	-4,22	0,029137	-8,34 *	0,017785	-5,50 *	0,014208
Diagnosticado	-67,20 *	0,07545	-71,82 *	0,082096	-67,15 *	0,052743	-63,69 *	0,064684
plano_saude	178,43 *	0,76472	4,29	0,313704	111,58 *	0,493607	110,89 *	0,590430

Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013). Apêndices I e J. ¹(*oddsratio* - 1). * Significativo a 1%, ** significativo 5%, *** significativo a 10%.

Portanto, de um modo geral, as estimativas realizadas nesse estudo estão em conformidade com o que a literatura sobre o tema vem produzindo. O sinal das variáveis que foram significativas tanto para o *Logit* quanto para o *Logit Ordinal* foram iguais, apontando o mesmo efeito sobre a saúde nas duas formas de estimativa. Além disso, não houve grandes mudanças nas variáveis significativas, quando se compara as duas formas de estimação adotadas, o que indica uma consistência das variáveis explicativas e seu efeito sobre as chances de uma pessoa autodeclarar-se saudável ou com nível de saúde muito bom. Finalizada a etapa da análise, a próxima seção é composta pelas considerações finais sobre este estudo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo central deste estudo foi analisar os fatores socioeconômicos que afetam a percepção de saúde de homens e mulheres residentes na área rural do Nordeste e do Sul do Brasil no ano de 2013. O interesse surgiu a partir de leituras sobre pesquisas de autoavaliação de saúde realizadas em outros países alinhado à dificuldade em encontrar materiais sobre o tema que explore as particularidades regionais brasileiras e as características socioeconômicas dos indivíduos para o entendimento da saúde como um conceito multidimensional. Possibilita-se com isso, a ampliação de estudos sobre a subjetividade da autoavaliação de saúde no Brasil. Além disso, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é um banco de dados sobre saúde pouco explorado quando comparado a outras pesquisas domiciliares realizadas em âmbito nacional. O estudo da população das áreas rurais do Sul e Nordeste do Brasil é motivado pelo expressivo percentual de população rural residente nessas regiões. Na literatura sobre os estudos de saúde, ser morador de áreas rurais impacta negativamente sobre o estado de saúde do indivíduo. Além disso, são duas regiões com contrastes socioeconômicos capazes de distingui-las, principalmente em termos de renda e serviços de saúde.

Foi realizada uma estatística descritiva e foram aplicados dois modelos econométricos para estimar as chances de um indivíduo se declarar saudável, dadas determinadas características socioeconômicas. Os modelos utilizados foram *Logit* e *Logit* Ordinal por apresentarem melhor nível de adequação com a variável dependente (binária no caso *Logit* – saudável e não saudável; com cinco categorias no *Logit* Ordinal – muito ruim, ruim, regular, bom, muito bom).

Os resultados das estimativas *Logit* para os homens e mulheres do Nordeste e Sul do Brasil indicaram que a idade é um variável que diminui a chance de o indivíduo se autoavaliar como saudável, especialmente para os homens do Sul. As pessoas da cor branca possuem maiores chances de se declararem saudáveis no Sul do Brasil. A variável chefe de família foi significativa apenas para o homem nordestino, diminuindo sua chance de se declarar saudável.

As chances diminuem de se autoavaliar como saudável para as pessoas que recebem menos de quatro salários mínimos em comparação com aqueles que recebem mais de quatro salários mínimos, sendo que para as mulheres do Nordeste a renda foi bastante importante para autoavaliarem-se como saudáveis. A ocupação

agrícola representa uma diminuição da chance de se declarar saudável entre as mulheres do Nordeste do Brasil.

A maior quantidade de consultas médicas gera um efeito de diminuição nas chances de se autoavaliar como saudável para os homens e mulheres do Sul e Nordeste do Brasil. E, ter sido diagnosticado com alguma doença também diminuía chance de se declarar como saudável, principalmente para a mulher do Sul e para o homem do Nordeste. Por fim, ter plano de saúde implica em um aumento na chance de se autoavaliar como saudável, entre as mulheres do Sul não foi significativo.

Enquanto que os resultados das estimativas *Logit* Ordinal para os homens e mulheres do Nordeste e Sul do Brasil indicaram que quanto maior a idade a tendência é diminuir as chances de se autoavaliar com saúde como muito boa. O fato de ser branco aumenta a chance de autoavaliar-se com nível de saúde muito bom. Ser chefe de família para o homem nordestino impacta na diminuição da chance de autoavaliar-se com saúde muito boa. Também indicou que cada consulta médica a mais diminui as chances de autoavaliar-se com nível de saúde muito bom e ter sido diagnosticado impacta em uma diminuição ainda mais intensa nas chances de se autoavaliar com nível de saúde muito bom. Já ter plano de saúde é uma variável que aumenta as chances de declarar-se com nível de saúde muito bom.

Em geral, as estimativas deste estudo estão de acordo com o que a literatura sobre o tema vem produzindo, apresentando variáveis significativas com sinais semelhantes ao que é esperado. Os sinais das variáveis que foram significativas, tanto para o *Logit* quanto para o *Logit* Ordinal foram iguais, indicando que nas duas estimações a variável mantém o mesmo efeito sobre a saúde. Vale ressaltar que nas duas formas de estimar não houve grandes mudanças nas variáveis significativas, indicando uma consistência das variáveis utilizadas e do seu efeito sobre a análise das chances de se declarar saudável ou com nível de saúde muito bom.

Mesmo assim, a educação e a renda nas áreas rurais do Nordeste e do Sul do Brasil, duas importantes variáveis encontradas na literatura, não se comportam de forma nítida como as pesquisas mostravam, principalmente no modelo econométrico. Por meio da estatística descritiva, foi possível inferir que existe uma relação positiva entre saúde e renda principalmente para a população nordestina, região mais pobre se comparada à região Sul do Brasil. Ainda com a estatística descritiva foi possível observar que entre as mulheres do Sul, o aumento de

escolaridade possui um impacto positivo discreto sobre a saúde da mulher. Fato esse, não observado entre as mulheres nordestinas, possivelmente por ser uma região mais pobre.

No geral, as duas variáveis não terem se comportado com a clareza esperada reforça a subjetividade que é característica desse tipo de mensuração de saúde, fazendo com que determinados grupos façam sua autoavaliação de saúde levando em consideração, além dos fatores objetivos e observáveis, outros que são próprios do contexto e do momento histórico no qual os indivíduos estão inseridos. Refletem as particularidades regionais, marcadas pela escassez de recursos monetários, naturais e bens públicos.

Assim, é possível concluir que, além de variáveis que estão diretamente relacionadas com a saúde biológica do indivíduo (consultas médicas e ter sido diagnosticado), outras variáveis socioeconômicas foram significativas. Isso, indicando que, assim como discutido na literatura, o estado de saúde é mais do que estar ou não doente. A autoavaliação de saúde é impactada pelas características individuais e regionais, demandando que o tema seja tratado de forma interdisciplinar.

Por fim, cabe ainda apontar a principal limitação desta dissertação, bem como, sugestões para estudos futuros. Esta pesquisa limitou-se ao estudo de duas macrorregiões do Brasil, de forma que outras macrorregiões podem ainda ser exploradas no sentido de coletar informações sobre a autoavaliação de saúde de homens e mulheres residentes na área rural de outras localidades. Além disso, outras fontes de dados podem ser utilizadas para auxiliar na compreensão do cenário da autoavaliação de saúde no Brasil, PNAD, pesquisas de campo ou levantamento de informações sobre a estrutura dos serviços de saúde dessas regiões, por exemplo. Estudos futuros podem ainda utilizar-se de outras formas de categorização das variáveis renda e escolaridade, na tentativa de aproximar os resultados do que é amplamente retratado na literatura. Enfim, ressalta-se que as contribuições desta pesquisa são mais de cunho empírico teórico, apresentando, principalmente, lacunas passíveis de preenchimento por pesquisadores da área de autoavaliação de saúde e saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. N. S. et al. Ordinal logistic regression models: application in quality of life studies. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p.581-591, jan. 2008.

AREIAS, M. E. Q.; GUIMARÃES, L. A. M.. Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. **Psicologia**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 255-262, mai./ago. 2004.

BARATA, R. B.. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

BARROS, M. B. de A. et al.. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Revista Saúde Pública**, [S.l.], 43 (Supl. 2), p.27-37, 2009.

BASOV, S.. Heterogenous human capital: Life cycle investment in health and education. **Economics - research publications**: University of Melbourne, Austrália, p.1-22, fev. 2002.

BECKER, G. S.. **Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education**,. 2. ed. [S.l.] National Bureau of Economic Research, 1975.

BECKER, G. S.. **Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education**. 3. ed. [S.l.]: The University of Chicago Press, 1994.

BECKER, G. S.. **The Age of Human Capital**. 2002. Disponível em: <http://media.hoover.org/sites/default/files/documents/0817928928_3.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2018.

BERGNER, M.; ROTHMAN, M L. Health status measures: An overview and guide for selection. **Annual review of public health**, [S.l.], v. 8, n. 1, p.191-210, maio 1987. Annual Reviews.

BETARELLI JUNIOR, A. A.. Custo de acessibilidade entre residência e trabalho: um enfoque das características individuais, familiares e locais. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p.369-386, ago. 2015.

BLANK, N.; DIDERICHSEN, F.. The prediction of different experiences of longterm illness: a longitudinal approach in Sweden. **Journal of epidemiology & community health**, [S.l.], v. 50, n. 2, p.156-161, abr. 1996.

BLEAKLEY, H.. Health, human capital, and development. **Annual review of economics**, [S.l.], v. 2, n. 1, p.283-310, set. 2010.

BLOOM, D. E.. Education, health, and development. **American academy of arts & sciences**, Cambridge, p.1-20, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição Federal nº 196, de 1988. **Da Ordem Social**. Brasília. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/atividade/const/con1988/con1988_15.12.2016/art_196_.asp1>. Acesso em: 14 nov. 2017.

BRASIL. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2008

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. **How healthy are rural Canadians?** an assessment of their health status and health determinants. Canadá, 2006.

CAMARANO, A. A.; ABRAMOVAY, R. Êxodo rural, envelhecimento e masculinização no Brasil: panorama dos últimos 50 anos. Brasília: **IPEA**. Rio de Janeiro, p. 23, jan. 1999. (texto para discussão, 621).

CASTRO, J. A. de; AQUINO, L. M. C. de. (Orgs.). Juventude e políticas sociais no Brasil. Brasília: **IPEA**. Brasília abr. 2008. (texto para discussão, 1335).

CASTRO, B. N.. **Percepção de saúde no Brasil: uma análise das diferenças por sexo dos trabalhadores**. 2017. 80f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo.

COTT; A, C.; GIGNAC, M. A. M.; BADLEY, E. M.. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. **J Epidemiol community health**, [S.l.], v. 53, n. 11, p.731-736, mar. 1999.

COUTO, A. C. L.. **Pobreza entre os ocupados agrícolas no Brasil rural: uma análise de suas características e principais determinantes (2004-2012)**. 2014.

194 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Econômicas, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2014.

DALMOLIN, B. B. *et al.* Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-394, jun. 2011.

DEATON, A.. Policy implications of the gradient of health and wealth: An economist asks, Would redistributing income improve population health? **Health affairs**, [S.l.], v. 21, n. 2, p.13-30, mar. 2002.

DEATON, A.. Health, inequality, and economic development. **Journal of economic literature**: National bureau of economic research, Cambridge, v. 41, n. 1, p.113-158, mar. 2003.

DIAS, E. C.. Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. In: Pinheiro, T. M. M. (org.). **Saúde do trabalhador rural – RENAST**. 2006. p. 1-27.

DWYER, D. S.; MITCHELL, O. S.. Health problems as determinants of retirement: Are self-rated measures endogenous? **Population aging research center: PARC Working paper series WPS 98-02**, Pennsylvania, v. 2, n. 98, p.1-31, mar. 1998.

ERIKSSON, I.; UNDÉN, Anna-lena; ELOFSSON, S.. Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. **International journal of epidemiology**, Grã-Bretanha, v. 30, n. 2, p.326-333, abr. 2001.Oxford University Press (OUP).

FERNANDES, A. A. *et al.* **Envelhecimento e saúde: uma análise de gênero**. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 2012. 86 p.

FERREIRA, P. L.; SANTANA, P.. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. **Revista portuguesa de saúde pública**. Lisboa, v. 21, n. 2, p.15-30, jul. 2003.

FIOCRUZ. **Determinantes sociais**. 2018. Ministério da Saúde, Parceria: Abrasco e Cebes. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

FIOCRUZ. **Direito à saúde**. 2018. Ministério da Saúde, Parceria: Abrasco e Cebes. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

FREITAS, L. dos R.. **Comparação das funções de ligação logit e probit em regressão binária considerando diferentes tamanhos amostrais**. 2013. 54 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Estatística Aplicada e Biometria, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2013.

FOLLAND, S.; GOODMAN, A. C.; STANO, M.. **A economia da saúde**. 5 ed, Porto Alegre: Bookman, 2008.

GALLAGHER, J. E. et al. Factors associated with self-reported health: implications for screening level community-based health and environmental studies. **Bmc public health**, [S. l.], v. 16, n. 1, p.1-15, jul. 2016.

GARBIN, L. S. Apoio educacional e psicológico no controle ao tabagismo. In: VILARTA, R.; GUTIERREZ, G. L. (Org.). **Qualidade de vida em propostas de intervenção corporativa**. Campinas: Ipes Editorial, 2007. p.143-150.

GLOBEKNER, O. A. A construção social do conceito de saúde e de direito à saúde e a participação cidadã. In: Congresso Nacional do Conpedi, 18, 2009, São Paulo. **Anais...** . São Paulo: Conpedi, 2009. p. 5952 - 5980.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2008.

GREENE, W. **Econometric analysis**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 2003. 828 p.

GROSSMAN, M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. **The Journal of Political Economy**, v. 80, n. 2, p. 223-255, mar./abr. 1972.

GROSSMAN, M. **The human capital model**. New York: Elsevier Science, 2000.

GROSSMAN, M. Education and nonmarket outcomes. **National Bureau of economic research**, Cambridge, p.1-98, ago. 2005. Working Paper 11582.

GUJARATI, D. N.; PORTER, D. C.. **Econometria básica**. 5. ed. São Paulo: Amgh Editora LTDA, 2011.

HOSSEINPOOR, A. R. et al.. Social determinants of self-reported health in women and men: understanding the role of gender in population health. **Plos one**, [S.l.], v. 7, n. 4, p.1-9, abr. 2012.

IDLER, E. L.; BENYAMINI, Y.. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **Journal of health and social behavior**, [S.l.], v. 38, n. 1, p.21-37, mar. 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas**. Disponível em: <https://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm>. Acesso em: 19 abr. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Municípios do Brasil: Situação domiciliar / Rural**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/pesquisa/23/25207?tipo=cartograma&indicador=25199>>. Acesso em: 02 fev. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População rural e urbana**. Disponível em: <<https://teen.ibge.gov.br/sobre-o-brasil/populacao/populacao-rural-e-urbana.html>>. Acesso em: 01 fev. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2017**: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

LARA, E. de Á. e. **Regressão logística politômica ordinal: avaliação do potencial de *clonostachys rosea* no biocontrole de *botrytis cinerea***. 2012. 52 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Estatística Aplicada e Biometria, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2012

LEITE, P. P.. **Economia da saúde e equidade**: saúde global VI. 2015. Disponível em: <<https://globalherit.hypotheses.org/2287>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

LIMA, R. R. A.. Projeto Áridas — Nordeste: Uma Estratégia para Geração de Emprego e Renda. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea**, [S.l.], p. 49, out. 1995. Texto para discussão nº 387.

MAIA, A. G.; RODRIGUES, C. G.. Saúde e mercado de trabalho no Brasil: diferenciais entre ocupados agrícolas e não agrícolas. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 48, n. 4, p. 737-765, dez. 2010.

MÄKINEN, T. M.; HASSI, J. Health problems in cold work. **Industrial health**, [S.l.], v. 47, n. 3, p.207-220, jan. 2009. National Institute of Industrial Health.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M.. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2003.

MARSHALL, A.. **Princípios de economia**: tratado introdutório. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MENDONÇA, G. M. et al. Determinantes da inserção de mulheres jovens no mercado de trabalho nordestino. **Revista de Economia do Nordeste**, v. 43, n. 4, p. 161-174, 2012.

MINAYO, M. C. de S.. Ciência, Técnica e Arte: O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. de S. et al.. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 9-29.

MOREIRA, J. P. de L. et al. A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p.1698-1708, ago. 2015.

MURRUGARRA, E.; VALDIVIA, M.. The returns to health for peruvian urban adults: differentials across genders, the life cycle and the wage distribution. **SSRN electronic journal**, Washington, p.1-47, mar. 1999.

MUSHKIN, S. J.. Toward a definition of health economies. **Public health reports**, [S.l.], v. 73, n. 9, p.785-794, set. 1958.

NERO, C. R. del. O que é economia da saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.). **Economia da saúde**: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: Ipea, 1995. p. 5-23.

NORONHA, K. V. M. de S. **A relação entre o estado de saúde e a desigualdade de renda no Brasil**. 2005. 203 f. Tese (Doutorado) - Curso de Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

NOTKOLA, V. et al. Morbidity and risk factors of Finnish farmers. **Scand J Work Environ Health**, Kuopio, v. 18, n. 2, p.51-54, fev. 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diminuindo diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Rio de Janeiro: Oms, 2011. Documento De Discussão.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **O conceito de saúde**. 2017. Disponível em:

<https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2019.

PAHO-OMS (Brasil). **Saúde do trabalhador**. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=378:saud-e-do-trabalhador&Itemid=595>. Acesso em: 01 fev. 2018.

PAVÃO, A. L. B. **Autoavaliação do estado de saúde: associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida, morbidade e experiência de discriminação racial em inquérito populacional no Brasil**. 2012. 144 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

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

PEDROSO, M. R. de O. **Estado de saúde autoavaliado: fatores associados e tendência temporal em países com dados disponíveis para o período de 1990 a 2015**. 2015. 84 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Nutrição em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

PERES, F.. Saúde, trabalho e ambiente no meio rural brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**. 2009, vol.14, n.6, pp.1995-2004

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde: Plano Amostral**. Rio de Janeiro: Ibge - Coordenação de Métodos e Qualidade, 2014.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. **Apresentação**. PNS. Disponível em: <<https://www.pns.iciet.fiocruz.br/>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS – 2015. **Microdados**. PNAD. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/microdados.shtm>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL E AGRONEGÓCIO. Unioeste. **Linhas de pesquisa**. Disponível em: <<http://portalpos.unioeste.br/index.php/links-des-reg-agronegocio>>. Acesso em: 27 jan. 2018.

PIKHART, H. et al. Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries. **J epidemiol community health**, Londres, n. 55, p.624-630, jan. 2001.

PINDYCK, R. S.; RUBINFELD, D. L.. **Econometria: Modelos e Previsões**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2004.

PINO, F. A. Modelos de decisão binários. **Revista de Economia Agrícola**. São Paulo, v. 54, n. 1, p. 43-57, jan/jun. 2007.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de.. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PRUS, S. G.; GEE, E. Gender Differences in the Influence of Economic, Lifestyle, and Psychosocial factors on Later-life Health. **Can J Public Health**, v. 94, n. 4, p. 1-14, jul-agos 2003.

RODRIGUES, C. G.; MAIA, A. G.. Como a posição social influencia a autoavaliação do estado de saúde? Uma análise comparativa entre 1998 e 2003. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.762-774, abr. 2010.

SCHIEHL, A. R. et al.. Qualidade de vida no trabalho e saúde. **Evolução histórica e perspectivas de inovação**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p.113-127, jan. 2012.

SCHULTZ, T. W.. **O capital humano**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1973. Tradução: Marcos Aurélio de Moura Matos.

SCLIAR, M.. História do conceito de saúde. **Physis: rev. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p.29-41, mar. 2007.

SGANZERLA, S. S. de A.. Relatório e proposta de programa para grupos corporativos: atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida. In: VILARTA, R.; GUTIERREZ, G. L. (Org.). **Qualidade de vida em propostas de intervenção corporativa**. Campinas: Ipês Editorial, 2007. p. 211-218.

SILVA, J. M. da et al. Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 10, n. 4, p.891-903, dez. 2005.

SILVA, T. T. R. da. Qualidade de vida e promoção de saúde: uma visão estratégica para empresas. In: VILARTA, R. (Org.). **Qualidade de vida e políticas públicas: saúde, lazer e atividade física**. Campinas: Ipês Editorial, 2004. p. 133-156.

SIMON, J. G. et al. How is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. **European Journal of Public Health**, Ss.l.], v. 15, n. 2, p.200-208, abr. 2005.

SMITH, W. C.; IKOMA, S.; BAKER, D. P.. Education, health, and labor force supply: broadening human capital for national development in Malawi. **Cogent education**, [S.l.], v. 3, n. 1, p.1-14, 29 fev. 2016.

SOYTAS, M. A.; KOSE, T. Gender differences in self-reported health status: cross-country evidence from turkey and the united. **Job market paper**, S.l., p.1-30, nov. 2014.

STADUTO, J. A. R.; NASCIMENTO, C. A.; SOUZA, M. de. Ocupações e renda das mulheres e homens no rural do estado do Paraná, Brasil: uma perspectiva de gênero. **Cuad. Desarro. Rural**, Bogota, v. 10, n. 72, p.91-115, jul. 2013.

STADUTO, J. R.; NASCIMENTO, C. A. do; SOUZA, M. de. Ocupações e Rendimentos de Mulheres e Homens nas Áreas Rurais no Nordeste do Brasil: uma

análise para primeira década do século XXI. **Mundo Agrario**, [S.l.], v. 18, n. 38, p.1-18, 21 ago. 2017.

STIGLITZ, J. E.; SEN, A.; FITOUSSI, J. P. **Report by the commission on the measurement of economic performance and social progress**. [S.l.]: Cmepsp, 2009. Disponível em: <<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/118025/118123/Fitoussi+Commission+report>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

SZWARCWALD, C. L. et al.. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.S54-S64, set. 2005.

TRAVASSO, C.; OLIVEIRA, E. X. G. de; VIACAVA, F.. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 11, n. 4, p.975-986, 2006.

WARE, J. e, et al. Choosing measures of health status for individuals in general populations. **American journal of public health**, [S.l.], v. 71, n. 6, p.620-625, jun. 1981. American Public Health Association.

WHITEHEAD, J.. Sample size calculations for ordered categorical data. **Statistics In Medicine**, [S.l.], v. 12, n. 24, p.2257-2271, 30 dez. 1993.

WHO. **Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde**: World Conference on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro: Who, 2011.

WHO. **Constitution of WHO: principles**. Disponível em: <<http://www.who.int/about/mission/en/>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

WINSLOW, C. E. A. **The cost of sickness and the price of health**. 7. ed. Geneva: World Health Organization, 1951. 106 p.

WOOLDRIDGE, J. M..**Introdução à Econometria**:Uma abordagem moderna. 4. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

VIDAL, R. D. Q. S.; SILVANY-NETO, A. M. S.. Trabalhadoras brasileiras: características socioeconômicas e ocupacionais e perfil de saúde, Brasil, 2003. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 120, n. 34, p. 115-127, jun. 2009.

VINIEGRA, L. Hacia un concepto de salud colectiva. **Salud pública de México**, México, v. 27, n. 5, p.410-418, set. 1985.

APÊNDICE

Apêndice A: Resumo das variáveis utilizadas nas análises

Variáveis do Modelo Empírico	Variáveis da PNS	Nome no Modelo Econométrico	Pergunta na PNS	Como se apresenta a resposta na PNS	Como será utilizada a resposta da PNS para a análise descritiva	Como será utilizada a resposta da PNS para a análise econométrica
Estado de Saúde	J001	saude2 (logit); saude3 (logit ordinal)	Em geral, como o(a) sr(a) avalia a sua saúde?	1: muito bom; 2: bom; 3: regular; 4: ruim; 5: muito ruim	saudável: 1, 2; não saudável: 3, 4, 5	Logit: saude2: 1, 2 (saudável); Logit Ordinal: saude3: 5: muito bom; 4: bom; 3: regular; 2: ruim; 1: muito ruim
Região	V0001	Sul, Nordeste	Unidade da Federação	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 41, 42, 43, 50, 51, 52, 53	Centro-Oeste: 50, 51, 52, 53; Nordeste: 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29; Norte: 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17; Sudeste: 31, 32, 33, 35; Sul: 41, 42, 43.	Centro-Oeste: 50, 51, 52, 53; Nordeste: 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29; Norte: 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17; Sudeste: 31, 32, 33, 35; Sul: 41, 42, 43.
Local de moradia	V0026	urban, rural	Tipo de situação censitária	1: urbano; 2: rural	1: urbano; 2: rural	1: urbano; 2: rural
Trabalha	VDE002	Ocupado	Condição de ocupação na semana de referência para pessoas de 14 anos ou mais de idade	1: Pessoas ocupadas; 2: Pessoas não ocupadas	1: Pessoas ocupadas	1: Pessoas ocupadas
Setor de atividade	E01201	ocupacaagricola, ocupacaourbana	Qual era a ocupação (cargo/função) que _ tinha nesse trabalho?	Código CNAE de 0000 até 9629 (em anexo descrição das atividades)	agrícola: >=6111 & 6225=<; urbana: >=0000 & 5419=<; >=7111 & 9629=<	agrícola: >=6111 & 6225=<; urbana: >=0000 & 5419=<; >=7111 & 9629=<

Variáveis do Modelo Empírico	Variáveis da PNS	Nome no Modelo Econométrico	Pergunta na PNS	Como se apresenta a resposta na PNS	Como será utilizada a resposta da PNS para a análise descritiva	Como será utilizada a resposta da PNS para a análise econométrica
Idade	C008	idade	Idade	variável contínua	C008>=14 & C008<=17; C008>=18 & C008<=25; C008>=26 & C008<=35; C008>=36 & C008<=45; C008>=46 & C008<=55; C008>=56 & C008<=65	variável contínua, dos 18 até aos 65 anos.
Sexo	C006	homem, mulher	Sexo	1: masculino; 2: feminino	masculino: 1; feminino: 2	homem: 1; mulher: 2
Cor	C009	branco, negro	Cor ou raça	1: branco; 2: preta; 3: amarela; 4: parda; 5: indígena; 9: ignorado	branco: 1; não-branco: 2, 3, 4, 5	branco: 1; negro: 2 e 4.
Estado conjugal	C011	-	Qual o estado civil de _____?	1: casado; 2: separado; 3: divorciado; 4: viúvo; 5: solteiro	casado: 1; separado: 2, 3; viúvo: 4; solteiro: 5.	-
Escolaridade	VDD004	sem instrução; fundamental incompleto; fundamental completo; médio incompleto; médio completo; superior incompleto; superior completo:7	Nível de instrução mais elevado alcançado (pessoas de 5 anos ou mais de idade)	1: sem instrução; 2: fundamental incompleto; 3: fundamental completo; 4: médio incompleto; 5: médio completo; 6: superior incompleto; 7: superior completo	sem instrução: 1; fundamental incompleto: 2; fundamental completo: 3; médio incompleto: 4; médio completo: 5; superior incompleto: 6; superior completo:7	sem instrução: 1; fundamental incompleto: 2; fundamental completo: 3; médio incompleto: 4; médio completo: 5; superior incompleto: 6; superior completo:7

Variáveis do Modelo Empírico	Variáveis da PNS	Nome no Modelo Econométrico	Pergunta na PNS	Como se apresenta a resposta na PNS	Como será utilizada a resposta da PNS para a análise descritiva	Como será utilizada a resposta da PNS para a análise econométrica
Ter filhos	R045	temfilho	Quantos filhos nasceram vivos (ou seja, que apresentaram algum sinal de vida ao nascer)?	variável contínua	R045== 0; R045 >= 1 & R045<= 3; R045 >= 4 & R045<= 6; R045 >= 7 & R045<= 9; R045 >= 10	variável contínua >=1
Rendimento	E01602	renda_meiosal renda_até1sal renda_até1e5sal renda_ate2sal renda_ate3sal renda_ate4sal renda_mais4sal	Qual era o rendimento bruto mensal ou retirada que _____ fazia normalmente nesse trabalho? Valor em dinheiro (R\$)	variável contínua	E01602 >= 0 & E01602<= 339; E01602 >= 340 & E01602<= 678; E01602 >= 679 & E01602<= 1017; E01602 >= 1018 & E01602<= 1356; E01602 >= 1357 & E01602<= 2034; E01602 >= 2035 & E01602<= 2712; E01602 >= 2713.	renda_meiosal = E01602 >= 0 & E01602<= 339 renda_até1sal = E01602 >= 340 & E01602<= 678 renda_até1e5sal = E01602 >= 679 & E01602<= 1017 renda_ate2sal = E01602 >= 1018 & E01602<= 1356 renda_ate3sal = E01602 >= 1357 & E01602<= 2034 renda_ate4sal = E01602 >= 2035 & E01602<= 2712 renda_mais4sal = E01602 >= 2713
Jornada de Trabalho	E017	horas35; horas45; horas44	Quantas horas _____ trabalhava normalmente, por semana, nesse trabalho	variável contínua	E017 >= 0 & E017<= 30; E017 >= 31 & E017<= 60; E017 >= 61 & E017<= 90; E017 >= 91 & E017<= 120	horas35= (E017<=35) horas45= (E017>=45) horas44= (horas45==0 & horas35==0)

Variáveis do Modelo Empírico	Variáveis da PNS	Nome no Modelo Econométrico	Pergunta na PNS	Como se apresenta a resposta na PNS	Como será utilizada a resposta da PNS para a análise descritiva	Como será utilizada a resposta da PNS para a análise econométrica
Baseado no fato que a saúde não é apenas não estar doente, mas, uma junção entre aspecto biológico (ter diagnóstico) e multimensional (como se autoavalia)	J007	diagnosticado	Algum médico já deu o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração)?	1: sim; 2: não	diagnosticado: 1; semidiagnostico: 2	diagnosticado: 1
<i>proxy</i> para esfera biológica da saúde	J012	quant_cons_med	Quantas vezes _____ consultou o médico nos últimos 12 meses?	variável contínua	-	variável contínua
	C004	Chefe	Condição no domicílio:	1: Pessoa responsável pelo domicílio; 2: Cônjuge ou companheiro(a) de sexo diferente; 3: Cônjuge ou companheiro(a) do mesmo sexo; 4: Filho(a) do responsável e do cônjuge; 5: Filho(a) somente do responsável; 6: Enteado(a); 7: Genro ou nora; 8: Pai, mãe, padrasto ou madrasta; 9: Sogro(a); 10: Neto(a); 11: Bisneto(a); 12: Irmão ou irmã; 13: Avô ou avó; 14: outro parente; 15: Agregado(a) – Não parente que não compartilha despesas; 16: Convivente – Não parente que	-	1: Pessoa responsável pelo domicílio

Variáveis do Modelo Empírico	Variáveis da PNS	Nome no Modelo Econométrico	Pergunta na PNS	Como se apresenta a resposta na PNS	Como será utilizada a resposta da PNS para a análise descritiva	Como será utilizada a resposta da PNS para a análise econométrica
				compartilha despesas ; 17: Pensionista; 18: Empregado(a) doméstico(a); 19: Parente do(a) empregado(a) doméstico(a)		
	I001	plano_saude	_____ tem algum plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público?	1: sim; 2: não	-	1: sim

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Apêndice B – Estimativas do modelo *Logit* com *OddsRatio* para as regiões rurais
brasileiras

Iteration0:	loglikelihood	=	-4815,5185				
Iteration1:	loglikelihood	=	-4094,9406				
Iteration2:	loglikelihood	=	-4088,5905				
Iteration3:	loglikelihood	=	-4088,5737				
Iteration4:	loglikelihood	=	-4088,5737				
LogisticRegression				Numb. of obs	7107		
				LR chi2(25)	1453.89		
				Prob> chi2	0.0000		
Log likelihood				-4088,5737	Pseudo R2	0.1510	
saude2	OddsRatio	Std. Err.	Z	P> z	[95% Conf. Interval]		(OR-1) *100
Idade	0,958338	0,002509	-16,26	0,000	0,953434	0,963268	-4,17
Branco	1,213209	0,077284	3,03	0,002	1,070809	1,374545	21,32
Homem	1,023926	0,066885	0,36	0,717	0,900879	1,163780	2,39
Seminstru	0,860493	0,125718	-1,03	0,304	0,646230	1,145796	-13,95
Fund_incompleto	0,817027	0,112021	-1,47	0,141	0,624496	1,068913	-18,30
Fund_completo	0,797166	0,119234	-1,52	0,130	0,594612	1,068722	-20,28
Medioincompleto	0,773001	0,139291	-1,43	0,153	0,542998	1,100430	-22,70
Mediocompleto	0,985765	0,138090	-0,10	0,918	0,749089	1,297219	-1,42
Sup_incompleto	0,863346	0,167823	-0,76	0,450	0,589823	1,263710	-13,67
Chefe	0,935711	0,056130	-1,11	0,268	0,831919	1,052453	-6,43
renda_meiosal	0,375188	0,066937	-5,49	0,000	0,264477	0,532243	-62,48
renda_até1sal	0,478474	0,081171	-4,35	0,000	0,343127	0,667209	-52,15
renda_até1e5sal	0,605556	0,102370	-2,97	0,003	0,434768	0,843434	-39,44
renda_ate2sal	0,680289	0,123767	-2,12	0,034	0,476246	0,971752	-31,97
renda_ate3sal	0,708352	0,127214	-1,92	0,055	0,498174	1,007204	-29,16
renda_ate4sal	0,932009	0,239352	-0,27	0,784	0,563405	1,541771	-6,80
Ocupacaagricola	0,829441	0,050941	-3,04	0,002	0,735375	0,935541	-17,06
horas35	0,883464	0,059938	-1,83	0,068	0,773463	1,009110	-11,65
horas45	0,875652	0,058774	-1,98	0,048	0,767713	0,998767	-12,43
quant_cons_med	0,905284	0,008589	-10,49	0,000	0,888605	0,922275	-9,47
Diagnosticado	0,294499	0,023391	-15,39	0,000	0,252045	0,344105	-70,55
plano_saude	1,744061	0,170507	5,69	0,000	1,439940	2,112413	74,41
SUL	0,810682	0,086846	-1,96	0,050	0,657149	1,000086	-18,93
NORDESTE	0,536541	0,045813	-7,29	0,000	0,453860	0,634285	-46,35
CENTROOESTE	0,766166	0,082107	-2,49	0,013	0,621017	0,945241	-23,38
NORTE	0,529915	0,046884	-7,18	0,000	0,445549	0,630254	-47,01
_cons	45,535390	10,798350	16,10	0,000	28,608390	72,477750	4453,54

Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

Apêndice C – Estimativas do modelo *Logit* com *OddsRatio* para as mulheres das regiões rurais brasileiras

Iteration0:	loglikelihood	=	-1957,4111				
Iteration1:	loglikelihood	=	-1659,8533				
Iteration2:	loglikelihood	=	-1656,9805				
Iteration3:	loglikelihood	=	-1656,9718				
Iteration4:	loglikelihood	=	-1656,9718				
Logisticregression					Numb. of obs	2880	
					LR chi2(26)	600.88	
					Prob> chi2	0.0000	
Log likelihood				-1656,9718	Pseudo R2	0.1535	
saude2	OddsRatio	Std. Err.	Z	P> z	[95% Conf. Interval]		(OR-1) *100
Idade	0,959709	0,004076	-9,68	0,000	0,951754	0,967731	-4,03
Branco	1,161904	0,115528	1,51	0,131	0,956172	1,411903	16,19
Seminstru	0,827115	0,172602	-0,91	0,363	0,549463	1,245070	-17,29
Fund_incompleto	0,747883	0,142353	-1,53	0,127	0,515008	1,086057	-25,21
Fund_completo	0,630375	0,130938	-2,22	0,026	0,419558	0,947123	-36,96
Medioincompleto	0,849135	0,222558	-0,62	0,533	0,508016	1,419306	-15,09
Mediocompleto	1,015418	0,192282	0,08	0,936	0,700583	1,471738	1,54
Sup_incompleto	0,790698	0,204877	-0,91	0,365	0,475836	1,313906	-20,93
Chefe	1,085692	0,102142	0,87	0,382	0,902871	1,305533	8,57
Temfilho	0,973778	0,025644	-1,01	0,313	0,924792	1,025358	-2,62
renda_meiosal	0,347499	0,126287	-2,91	0,004	0,170456	0,708427	-65,25
renda_até1sal	0,432679	0,154083	-2,35	0,019	0,215299	0,869542	-56,73
renda_até1e5sal	0,523697	0,186674	-1,81	0,070	0,260415	1,053161	-47,63
renda_ate2sal	0,574179	0,219761	-1,45	0,147	0,271180	1,215727	-42,58
renda_ate3sal	0,532911	0,199598	-1,68	0,093	0,255766	1,110365	-46,71
renda_ate4sal	0,780564	0,386368	-0,50	0,617	0,295853	2,059403	-21,94
Ocupacaagricola	0,857189	0,090349	-1,46	0,144	0,697203	1,053888	-14,28
horas35	0,840125	0,082853	-1,77	0,077	0,692465	1,019271	-15,99
horas45	0,739500	0,091687	-2,43	0,015	0,579965	0,942920	-26,05
quant_cons_med	0,912384	0,011483	-7,29	0,000	0,890154	0,935169	-8,76
Diagnosticado	0,292162	0,035912	-10,01	0,000	0,229613	0,371751	-70,78
plano_saude	1,586238	0,230683	3,17	0,002	1,192834	2,109388	58,62
SUL	1,035493	0,172619	0,21	0,834	0,746879	1,435635	3,55
NORDESTE	0,484459	0,063761	-5,51	0,000	0,374306	0,627027	-51,55
CENTROOESTE	0,719326	0,122995	-1,93	0,054	0,514495	1,005703	-28,07
NORTE	0,545694	0,075846	-4,36	0,000	0,415567	0,716567	-45,43
_cons	52,532470	21,893360	9,51	0,000	23,210380	118,897700	5153,25

Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

Apêndice D – Estimativas do modelo *Logit* com *OddsRatio* para os homens das regiões rurais brasileiras

Iteration0:	loglikelihood	=	-2857,7397				
Iteration1:	loglikelihood	=	-2422,4420				
Iteration2:	loglikelihood	=	-2418,5028				
Iteration3:	loglikelihood	=	-2418,4915				
Iteration4:	loglikelihood	=	-2418,4915				
Logisticregression					Numb. of obs	4227	
					LR chi2(25)	878.50	
					Prob> chi2	0.0000	
Log likelihood				-2418,4915	Pseudo R2	0.1537	
saude2	OddsRatio	Std. Err.	Z	P> z	[95% Conf. Interval]		(OR-1) *100
Idade	0,95820	0,00324	-12,61	0,000	0,95186	0,96458	-4,18
Branco	1,25391	0,10471	2,71	0,007	1,06460	1,47690	25,39
Seminstru	0,90184	0,20068	-0,46	0,642	0,58307	1,39489	-9,82
Fund_incompleto	0,87585	0,18750	-0,62	0,536	0,57571	1,33245	-12,42
Fund_completo	0,96623	0,22307	-0,15	0,882	0,61456	1,51913	-3,38
Medioincompleto	0,71557	0,18864	-1,27	0,204	0,42683	1,19964	-28,44
Mediocompleto	0,94619	0,21060	-0,25	0,804	0,61167	1,46365	-5,38
Sup_incompleto	0,95484	0,28683	-0,15	0,878	0,52995	1,72040	-4,52
Chefe	0,85170	0,06904	-1,98	0,048	0,72659	0,99836	-14,83
renda_meiosal	0,37056	0,07848	-4,69	0,000	0,24467	0,56123	-62,94
renda_até1sal	0,47719	0,09427	-3,74	0,000	0,32399	0,70284	-52,28
renda_até1e5sal	0,62276	0,12210	-2,42	0,016	0,42407	0,91456	-37,72
renda_ate2sal	0,69644	0,14620	-1,72	0,085	0,46152	1,05092	-30,36
renda_ate3sal	0,77182	0,16020	-1,25	0,212	0,51385	1,15928	-22,82
renda_ate4sal	0,97586	0,29607	-0,08	0,936	0,53844	1,76864	-2,41
Ocupacaagricola	0,82193	0,06397	-2,52	0,012	0,70565	0,95737	-17,81
horas35	0,92091	0,08851	-0,86	0,391	0,76279	1,11180	-7,91
horas45	0,94193	0,07566	-0,74	0,456	0,80472	1,10254	-5,81
quant_cons_med	0,89800	0,01314	-7,35	0,000	0,87261	0,92414	-10,20
Diagnosticado	0,29187	0,03063	-11,73	0,000	0,23760	0,35853	-70,81
plano_saude	1,88369	0,25089	4,75	0,000	1,45090	2,44558	88,37
SUL	0,67168	0,09475	-2,82	0,005	0,50943	0,88561	-32,83
NORDESTE	0,56888	0,06458	-4,97	0,000	0,45539	0,71064	-43,11
CENTROOESTE	0,79061	0,10962	-1,69	0,090	0,60249	1,03748	-20,94
NORTE	0,51899	0,06015	-5,66	0,000	0,41353	0,65135	-48,10
_cons	45,73760	14,22834	12,29	0,000	24,85858	84,15317	4473,76

Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

Apêndice E – Estimativas do modelo *Logit* com *OddsRatio* para os homens e mulheres das regiões rurais do Sul do Brasil

saude2	SUL													
	HOMEM							MULHER						
	Numb. ofobs 491							Numb. ofobs 372						
LR chi2(21) 132.97							LR chi2(22) 93.70							
Prob> chi2 0.0000							Prob> chi2 0.0000							
Pseudo R2 0.2032							Pseudo R2 0.2016							
Log likelihood -260,7276							Log likelihood -185,55670							
OddsRatio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	(OR-1) *100		OddsRatio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	(OR-1) *100		
Idade	0,954207	0,010649	-4,20	0,000	0,933562	0,975310	-4,58	0,967521	0,013001	-2,46	0,014	0,942372	0,993341	-3,25
Branco	2,348737	0,650915	3,08	0,002	1,364387	4,043255	134,87	2,062956	0,672213	2,22	0,026	1,089248	3,907090	106,30
Seminstru	1,807349	1,190302	0,90	0,369	0,497106	6,571054	80,73	0,705342	0,445060	-0,55	0,580	0,204788	2,429375	-29,47
Fund_incompleto	0,982194	0,535720	-0,03	0,974	0,337229	2,860685	-1,78	0,788201	0,392571	-0,48	0,633	0,296953	2,092118	-21,18
Fund_completo	1,545120	0,912984	0,74	0,462	0,485291	4,919511	54,51	0,571591	0,332045	-0,96	0,336	0,183068	1,784676	-42,84
Medioincompleto	1,036304	0,858622	0,04	0,966	0,204282	5,257068	3,63	1,076775	0,889989	0,09	0,929	0,213098	5,440899	7,68
Mediocompleto	1,437958	0,818317	0,64	0,523	0,471348	4,386826	43,80	1,724124	0,950950	0,99	0,323	0,584903	5,082217	72,41
Sup_incompleto	0,945097	0,853477	-0,06	0,950	0,160988	5,548307	-5,49	0,607163	0,411734	-0,74	0,462	0,160725	2,293659	-39,28
Chefe	1,255800	0,348429	0,82	0,412	0,729038	2,163172	25,58	0,962785	0,311066	-0,12	0,907	0,511110	1,813611	-3,72
Temfilho								0,879765	0,110266	-1,02	0,307	0,688146	1,124742	-12,02
renda_meiosal	0,580197	0,329700	-0,96	0,338	0,190492	1,767155	-41,98	0,152893	0,145966	-1,97	0,049	0,023537	0,993172	-84,71
renda_até1sal	0,523498	0,241507	-1,40	0,161	0,211947	1,293012	-47,65	0,153567	0,140586	-2,05	0,041	0,025530	0,923736	-84,64
renda_até1e5sal	0,731572	0,319017	-0,72	0,474	0,311224	1,719653	-26,84	0,318548	0,291201	-1,25	0,211	0,053095	1,911176	-68,15
renda_ate2sal	0,688356	0,352286	-0,73	0,466	0,252456	1,876895	-31,16	0,184560	0,179341	-1,74	0,082	0,027480	1,239557	-81,54
renda_ate3sal	0,929821	0,419277	-0,16	0,872	0,384214	2,250221	-7,02	0,263478	0,257273	-1,37	0,172	0,038868	1,786074	-73,65
renda_ate4sal	0,617265	0,371803	-0,80	0,423	0,189566	2,009941	-38,27	0,204633	0,247841	-1,31	0,190	0,019057	2,197383	-79,54
ocupacaagricola	0,672790	0,171123	-1,56	0,119	0,408675	1,107595	-32,72	0,551003	0,167430	-1,96	0,050	0,303741	0,999547	-44,90
horas35	0,701305	0,234152	-1,06	0,288	0,364508	1,349294	-29,87	1,091029	0,365245	0,26	0,795	0,566081	2,102780	9,10
horas45	0,674162	0,166880	-1,59	0,111	0,415012	1,095135	-32,58	0,924728	0,339244	-0,21	0,831	0,450551	1,897946	-7,53
quant_cons_med	0,880396	0,036350	-3,09	0,002	0,811957	0,954603	-11,96	0,939244	0,031138	-1,89	0,059	0,880155	1,002300	-6,08
diagnosticado	0,357649	0,091045	-4,04	0,000	0,217156	0,589038	-64,24	0,258460	0,080049	-4,37	0,000	0,140852	0,474267	-74,15
plano_saude	2,577985	0,917811	2,66	0,008	1,283029	5,179933	157,80	0,764758	0,272256	-0,75	0,451	0,380622	1,536575	-23,52
_cons	15,248230	11,691450	3,55	0,000	3,392874	68,528490	1424,82	61,020750	69,59728	3,60	0,000	6,525873	570,57980	6002,08

Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

Apêndice F – Estimativas do modelo *Logit* com *Odds Ratio* para os homens e mulheres das regiões rurais do Nordeste do Brasil

saude2	NORDESTE															
	HOMEM							MULHER								
	Log likelihood						Numb. ofobs	1416	Log likelihood						Numb. ofobs	1005
							LR chi2(21)	265.36							LR chi2(22)	182.00
							Prob> chi2	0.0000							Prob> chi2	0.0000
							Pseudo R2	0.1362							Pseudo R2	0.1307
	OddsRatio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	(OR-1) *100			OddsRatio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	(OR-1) *100		
Idade	0,960226	0,005654	-6,89	0,000	0,949209	0,971372	-3,98		0,961526	0,007160	-5,27	0,000	0,947594	0,975663	-3,85	
Branco	1,213906	0,175060	1,34	0,179	0,915021	1,610419	21,39		1,231524	0,210627	1,22	0,223	0,880770	1,721961	23,15	
Seminstru	1,405479	0,575747	0,83	0,406	0,629701	3,137000	40,55		1,003570	0,361597	0,01	0,992	0,495280	2,033502	0,36	
Fund_incompleto	1,142046	0,457854	0,33	0,740	0,520513	2,505739	14,20		1,058811	0,361807	0,17	0,867	0,541943	2,068629	5,88	
Fund_completo	1,069446	0,462398	0,16	0,877	0,458272	2,495712	6,94		0,989044	0,365594	-0,03	0,976	0,479264	2,041066	-1,10	
Medioincompleto	1,168922	0,559934	0,33	0,745	0,457136	2,988998	16,89		1,425650	0,657524	0,77	0,442	0,577339	3,520428	42,57	
Mediocompleto	0,797999	0,333419	-0,54	0,589	0,351848	1,809881	-20,20		1,351849	0,453111	0,90	0,368	0,700848	2,607549	35,18	
Sup_incompleto	0,914528	0,465003	-0,18	0,861	0,337593	2,477428	-8,55		1,190799	0,510988	0,41	0,684	0,513542	2,761218	19,08	
Chefe	0,659693	0,088928	-3,09	0,002	0,506521	0,859183	-34,03		1,067161	0,164211	0,42	0,673	0,789315	1,442813	6,72	
Temfilho									0,973906	0,039417	-0,65	0,514	0,899636	1,054307	-2,61	
renda_meiosal	0,320609	0,183220	-1,99	0,047	0,104601	0,982690	-67,94		0,160747	0,176774	-1,66	0,096	0,018624	1,387434	-83,93	
renda_até1sal	0,420628	0,235849	-1,54	0,122	0,140160	1,262330	-57,94		0,214709	0,235989	-1,40	0,162	0,024905	1,851034	-78,53	
renda_até1e5sal	0,505449	0,286071	-1,21	0,228	0,166694	1,532624	-49,46		0,151973	0,168288	-1,70	0,089	0,017346	1,331524	-84,80	
renda_ate2sal	0,685970	0,407677	-0,63	0,526	0,214008	2,198773	-31,40		0,347972	0,398621	-0,92	0,357	0,036851	3,285808	-65,20	
renda_ate3sal	0,738272	0,449893	-0,50	0,619	0,223617	2,437405	-26,17		0,243892	0,275660	-1,25	0,212	0,026615	2,234973	-75,61	
renda_ate4sal	1,396385	1,190808	0,39	0,695	0,262493	7,428346	39,64		0,784152	1,263078	-0,15	0,880	0,033367	18,428030	-21,58	
ocupacaagricola	0,886129	0,123910	-0,86	0,387	0,673707	1,165529	-11,39		0,763444	0,134670	-1,53	0,126	0,540290	1,078765	-23,66	
horas35	1,071394	0,164819	0,45	0,654	0,792509	1,448420	7,14		0,842544	0,138316	-1,04	0,297	0,610738	1,162332	-15,75	
horas45	0,921606	0,130504	-0,58	0,564	0,698250	1,216410	-7,84		0,836549	0,187200	-0,80	0,425	0,539527	1,297089	-16,35	
quant_cons_med	0,917646	0,023401	-3,37	0,001	0,872908	0,964677	-8,24		0,936668	0,018743	-3,27	0,001	0,900643	0,974135	-6,33	
diagnosticado	0,261496	0,051043	-6,87	0,000	0,178366	0,383369	-73,85		0,313143	0,067942	-5,35	0,000	0,204672	0,479100	-68,69	
plano_saude	2,132311	0,575645	2,80	0,005	1,256196	3,619457	113,23		2,055376	0,636641	2,33	0,020	1,120048	3,771779	105,54	
_cons	22,835110	15,119140	4,72	0,000	6,237665	83,595710	2183,51		34,045760	38,305800	3,14	0,002	3,752782	308,867900	3304,58	

Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

Apêndice G – Estimativas do modelo *Logit* Ordinal com *Odds Ratio* para as regiões rurais brasileiras

Iteration0:	loglikelihood	=	-7716,83960				
Iteration1:	loglikelihood	=	-6898,76650				
Iteration2:	loglikelihood	=	-6874,67400				
Iteration3:	loglikelihood	=	-6874,65250				
Iteration4:	loglikelihood	=	-6874,65250				
Orderedlogisticregression						Numberofobs	7107
						LR chi2(26)	1684.37
						Prob> chi2	0.0000
						Pseudo R2	0.1091
Log likelihood	-6874,65250						
saude3	OddsRatio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]		(OR-1) *100
Idade	0,962077	0,002251	-16,52	0,000	0,957675	0,966500	-3,79
Branco	1,216438	0,068547	3,48	0,001	1,089242	1,358487	21,64
Homem	0,990926	0,057090	-0,16	0,874	0,885119	1,109381	-0,91
Seminstru	0,814360	0,103773	-1,61	0,107	0,634379	1,045405	-18,56
Fund_incompleto	0,809469	0,096206	-1,78	0,075	0,641261	1,021800	-19,05
Fund_completo	0,855644	0,111240	-1,20	0,230	0,663180	1,103965	-14,44
Medioincompleto	0,847968	0,133119	-1,05	0,293	0,623380	1,153469	-15,20
Mediocompleto	1,000048	0,119564	0,00	1,000	0,791139	1,264121	0,00
Sup_incompleto	1,010149	0,171421	0,06	0,953	0,724332	1,408749	1,01
Chefe	0,975499	0,052135	-0,46	0,643	0,878486	1,083227	-2,45
renda_meiosal	0,326146	0,049934	-7,32	0,000	0,241597	0,440286	-67,39
renda_até1sal	0,407773	0,059129	-6,19	0,000	0,306895	0,541810	-59,22
renda_até1e5sal	0,512922	0,073580	-4,65	0,000	0,387209	0,679450	-48,71
renda_ate2sal	0,577258	0,088796	-3,57	0,000	0,427007	0,780378	-42,27
renda_ate3sal	0,604220	0,091577	-3,32	0,001	0,448936	0,813216	-39,58
renda_ate4sal	0,792832	0,168384	-1,09	0,274	0,522879	1,202158	-20,72
ocupacaagricola	0,848156	0,046962	-2,97	0,003	0,760931	0,945379	-15,18
horas35	0,867658	0,052399	-2,35	0,019	0,770803	0,976683	-13,23
horas45	0,847196	0,050363	-2,79	0,005	0,754020	0,951886	-15,28
quant_cons_med	0,911938	0,006876	-12,23	0,000	0,898560	0,925516	-8,81
diagnosticado	0,317868	0,022002	-16,56	0,000	0,277542	0,364054	-68,21
plano_saude	1,674307	0,136186	6,34	0,000	1,427576	1,963681	67,43
SUL	0,789469	0,072702	-2,57	0,010	0,659095	0,945633	-21,05
NORDESTE	0,522969	0,039192	-8,65	0,000	0,451529	0,605711	-47,70
CENTROOESTE	0,731094	0,068810	-3,33	0,001	0,607937	0,879201	-26,89
NORTE	0,483631	0,037905	-9,27	0,000	0,414764	0,563933	-51,64
/cut1	-8,814601	0,250135			-9,304857	-8,324345	
/cut2	-6,527259	0,213867			-6,946430	-6,108088	
/cut3	-3,817183	0,202517			-4,214109	-3,420256	
/cut4	-0,333364	0,198054			-0,721543	0,054815	

Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

Apêndice H – Estimativas do modelo *Logit* Ordinal com *Odds Ratio* para as mulheres das regiões rurais brasileiras

Iteration0:	loglikelihood	=	-3099,63430				
Iteration1:	loglikelihood	=	-2770,26630				
Iteration2:	loglikelihood	=	-2760,65000				
Iteration3:	loglikelihood	=	-2760,64220				
Iteration4:	loglikelihood	=	-2760,64220				
Orderedlogisticregression						Numberofobs	2880
						LR chi2(26)	677.98
						Prob> chi2	0.0000
						Pseudo R2	0.1094
Log likelihood	-2760,64220						
saude3	OddsRatio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]		(OR-1) *100
Idade	0,964672	0,003653	-9,50	0,000	0,957538	0,971859	-3,53
Branco	1,155902	0,101616	1,65	0,099	0,972952	1,373254	15,59
Seminstru	0,735716	0,135835	-1,66	0,096	0,512335	1,056494	-26,43
Fund_incompleto	0,743724	0,124477	-1,77	0,077	0,535731	1,032469	-25,63
Fund_completo	0,717407	0,131611	-1,81	0,070	0,500737	1,027830	-28,26
Medioincompleto	0,871806	0,200577	-0,60	0,551	0,555371	1,368536	-12,82
Mediocompleto	0,969446	0,158123	-0,19	0,849	0,704185	1,334629	-3,06
Sup_incompleto	0,966413	0,223130	-0,15	0,882	0,614658	1,519469	-3,36
Chefe	1,128372	0,095354	1,43	0,153	0,956139	1,331630	12,84
Temfilho	0,975759	0,022873	-1,05	0,295	0,931943	1,021636	-2,42
renda_meiosal	0,391155	0,114503	-3,21	0,001	0,220382	0,694260	-60,88
renda_até1sal	0,498248	0,142072	-2,44	0,015	0,284926	0,871285	-50,18
renda_até1e5sal	0,576677	0,163640	-1,94	0,052	0,330669	1,005709	-42,33
renda_ate2sal	0,723851	0,223372	-1,05	0,295	0,395347	1,325318	-27,61
renda_ate3sal	0,697249	0,209630	-1,20	0,230	0,386786	1,256910	-30,28
renda_ate4sal	0,927271	0,368539	-0,19	0,849	0,425501	2,020750	-7,27
ocupacaagricola	0,881473	0,084497	-1,32	0,188	0,730490	1,063663	-11,85
horas35	0,870670	0,076724	-1,57	0,116	0,732563	1,034814	-12,93
horas45	0,729144	0,079806	-2,89	0,004	0,588367	0,903605	-27,09
quant_cons_med	0,918418	0,009258	-8,44	0,000	0,900451	0,936743	-8,16
diagnosticado	0,321708	0,034468	-10,59	0,000	0,260773	0,396882	-67,83
plano_saude	1,543215	0,190348	3,52	0,000	1,211811	1,965251	54,32
SUL	0,990050	0,140080	-0,07	0,944	0,750278	1,306447	-1,00
NORDESTE	0,482269	0,055880	-6,29	0,000	0,384292	0,605226	-51,77
CENTROOESTE	0,705712	0,106880	-2,30	0,021	0,524460	0,949603	-29,43
NORTE	0,505093	0,062004	-5,56	0,000	0,397081	0,642486	-49,49
/cut1	-8,874318	0,425171			-9,707637	-8,040999	
/cut2	-6,385936	0,356652			-7,084961	-5,686911	
/cut3	-3,585388	0,340047			-4,251868	-2,918908	
/cut4	-0,110343	0,333697			-0,764376	0,543691	

Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

Apêndice I – Estimativas do modelo *Logit* Ordinal com *Odds Ratio* para os homens das regiões rurais brasileiras

Iteration0:	loglikelihood	=	-4615,54830				
Iteration1:	loglikelihood	=	-4114,25640				
Iteration2:	loglikelihood	=	-4098,77990				
Iteration3:	loglikelihood	=	-4098,76670				
Iteration4:	loglikelihood	=	-4098,76670				
Orderedlogisticregression					Numberofobs	4227	
					LR chi2(25)	1033.56	
					Prob> chi2	0.0000	
					Pseudo R2	0.1120	
Log likelihood	-4098,76670						
saude3	OddsRatio	Std. Err.	Z	P> z	[95% Conf. Interval]		(OR-1) *100
Idade	0,961112	0,002914	-13,08	0,000	0,955417	0,966841	-3,89
Branco	1,265356	0,093322	3,19	0,001	1,095054	1,462144	26,54
Seminstru	0,896003	0,171444	-0,57	0,566	0,615797	1,303711	-10,40
Fund_incompleto	0,885979	0,162158	-0,66	0,508	0,618915	1,268283	-11,40
Fund_completo	1,005436	0,198501	0,03	0,978	0,682816	1,480489	0,54
Medioincompleto	0,845700	0,192489	-0,74	0,462	0,541346	1,321166	-15,43
Mediocompleto	1,051304	0,198119	0,27	0,791	0,726639	1,521030	5,13
Sup_incompleto	1,076867	0,276661	0,29	0,773	0,650844	1,781750	7,69
Chefe	0,901025	0,064777	-1,45	0,147	0,782602	1,037366	-9,90
renda_meiosal	0,302588	0,055856	-6,48	0,000	0,210729	0,434488	-69,74
renda_até1sal	0,372981	0,064126	-5,74	0,000	0,266282	0,522434	-62,70
renda_até1e5sal	0,495542	0,083965	-4,14	0,000	0,355511	0,690729	-50,45
renda_ate2sal	0,518538	0,093128	-3,66	0,000	0,364677	0,737316	-48,15
renda_ate3sal	0,571510	0,101275	-3,16	0,002	0,403818	0,808838	-42,85
renda_ate4sal	0,746526	0,189044	-1,15	0,248	0,454459	1,226297	-25,35
ocupacaagricola	0,847116	0,059225	-2,37	0,018	0,738640	0,971524	-15,29
horas35	0,854612	0,072700	-1,85	0,065	0,723368	1,009668	-14,54
horas45	0,901316	0,064134	-1,46	0,144	0,783988	1,036203	-9,87
quant_cons_med	0,904604	0,010432	-8,69	0,000	0,884388	0,925282	-9,54
diagnosticado	0,310581	0,028379	-12,80	0,000	0,259656	0,371493	-68,94
plano_saude	1,779847	0,193906	5,29	0,000	1,437635	2,203520	77,98
SUL	0,662862	0,080781	-3,37	0,001	0,522022	0,841699	-33,71
NORDESTE	0,543031	0,053865	-6,16	0,000	0,447086	0,659567	-45,70
CENTROOESTE	0,741503	0,089961	-2,47	0,014	0,584578	0,940552	-25,85
NORTE	0,467946	0,048063	-7,39	0,000	0,382620	0,572299	-53,21
/cut1	-8,738880	0,320587			-9,367219	-8,110540	
/cut2	-6,559564	0,280178			-7,108703	-6,010425	
/cut3	-3,898679	0,265808			-4,419652	-3,377706	
/cut4	-0,392710	0,259833			-0,901974	0,116554	

Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

Apêndice J – Estimativas do modelo *Logit* Ordinal com Odds Ratio para os homens e mulheres das regiões rurais do Sul do Brasil

saude3	SUL												
	HOMEM						MULHER						
	Log likelihood						Log likelihood						
						Numb. ofobs 491						Numb. ofobs 372	
						LR chi2(21) 160.98						LR chi2(22) 87.62	
						Prob> chi2 0.0000						Prob> chi2 0.0000	
						Pseudo R2 0.1468						Pseudo R2 0.1162	
	OddsRatio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	(OR-1) *100	OddsRatio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	(OR-1) *100	
Idade	0,95888	0,00901	-4,47	0,000	0,941372 0,976706	-4,11	0,975253	0,011501	-2,12	0,034	0,952969 0,998057	-2,47	
Branco	2,04434	0,48818	2,99	0,003	1,280228 3,264509	104,43	1,943655	0,548360	2,36	0,018	1,118075 3,378837	94,37	
Seminstru	0,87045	0,47378	-0,25	0,799	0,299527 2,529597	-12,96	0,683926	0,365476	-0,71	0,477	0,239963 1,949280	-31,61	
Fund_incompleto	0,55295	0,25356	-1,29	0,196	0,225089 1,358373	-44,70	0,769461	0,313224	-0,64	0,520	0,346488 1,708774	-23,05	
Fund_completo	0,86956	0,42725	-0,28	0,776	0,331943 2,277884	-13,04	0,661026	0,320974	-0,85	0,394	0,255212 1,712125	-33,90	
Medioincompleto	0,44496	0,29633	-1,22	0,224	0,120626 1,641335	-55,50	1,099661	0,727865	0,14	0,886	0,300503 4,024096	9,97	
Mediocompleto	0,95890	0,44987	-0,09	0,929	0,382328 2,404993	-4,11	1,157930	0,478987	0,35	0,723	0,514725 2,604887	15,79	
Sup_incompleto	0,66280	0,46909	-0,58	0,561	0,165559 2,653457	-33,72	1,033758	0,603945	0,06	0,955	0,328948 3,248706	3,38	
Chefe	1,15986	0,27002	0,64	0,524	0,734922 1,830492	15,99	1,186197	0,317981	0,64	0,524	0,701419 2,006025	18,62	
Temfilho							1,012346	0,111468	0,11	0,911	0,815840 1,256185	1,23	
renda_meiosal	0,26642	0,12814	-2,75	0,006	0,103791 0,683879	-73,36	0,206489	0,138030	-2,36	0,018	0,055706 0,765403	-79,35	
renda_até1sal	0,46930	0,18414	-1,93	0,054	0,217504 1,012605	-53,07	0,250454	0,157653	-2,20	0,028	0,072932 0,860070	-74,95	
renda_até1e5sal	0,55436	0,20308	-1,61	0,107	0,270379 1,136625	-44,56	0,415610	0,256453	-1,42	0,155	0,124008 1,392907	-58,44	
renda_ate2sal	0,46044	0,19241	-1,86	0,063	0,202986 1,044441	-53,96	0,375005	0,252918	-1,45	0,146	0,099989 1,406435	-62,50	
renda_ate3sal	0,55669	0,20814	-1,57	0,117	0,267518 1,158431	-44,33	0,492575	0,333099	-1,05	0,295	0,130875 1,853913	-50,74	
renda_ate4sal	0,48714	0,24592	-1,42	0,154	0,181108 1,310290	-51,29	0,928293	0,840346	-0,08	0,934	0,157444 5,473228	-7,17	
ocupacaagricola	0,81319	0,17684	-0,95	0,342	0,530986 1,245381	-18,68	0,650382	0,173080	-1,62	0,106	0,386052 1,095699	-34,96	
horas35	0,65164	0,18942	-1,47	0,141	0,368617 1,151973	-34,84	1,032083	0,289407	0,11	0,910	0,595701 1,788136	3,21	
horas45	0,78527	0,16361	-1,16	0,246	0,521991 1,181324	-21,47	0,851964	0,258421	-0,53	0,597	0,470145 1,543871	-14,80	
quant_cons_med	0,89728	0,02976	-3,27	0,001	0,840814 0,957543	-10,27	0,957796	0,029137	-1,42	0,156	0,902357 1,016640	-4,22	
diagnosticado	0,32805	0,07545	-4,85	0,000	0,209005 0,514895	-67,20	0,281835	0,082096	-4,35	0,000	0,159238 0,498818	-71,82	
plano_saude	2,78430	0,76472	3,73	0,000	1,625286 4,769836	178,43	1,042881	0,313704	0,14	0,889	0,578348 1,880533	4,29	
/cut1	-8,64966	0,90321			-10,419920 -6,879393		-8,645878	1,327037			-11,246820 -6,044934		
/cut2	-6,14765	0,70689			-7,533132 -4,762158		-6,285317	0,926522			-8,101266 -4,469368		
/cut3	-3,31166	0,65941			-4,604078 -2,019232		-3,083997	0,860807			-4,771148 -1,396846		
/cut4	0,04426	0,63865			-1,207474 1,295996		0,397051	0,836337			-1,242140 2,036242		

Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

Apêndice L – Estimativas do modelo *Logit* Ordinal com *Odds Ratio* para os homens e mulheres das regiões rurais do Nordeste do Brasil

saude3	NORDESTE													
	HOMEM							MULHER						
	Log likelihood							Log likelihood						
							Numb. Ofobs 1416							Numb. ofobs 1005
							LR chi2(21) 283.07							LR chi2(22) 194.07
							Prob> chi2 0.0000							Prob> chi2 0.0000
							Pseudo R2 0.0963							Pseudo R2 0.0909
	-1328,16880							-970,47392						
	OddsRatio	Std. Err.	Z	P> z	[95% Conf. Interval]	(OR-1) *100		OddsRatio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	(OR-1) *100	
Idade	0,963329	0,005227	-6,89	0,000	0,953138 0,973628	-3,67		0,965914	0,006471	-5,18	0,000	0,953314 0,978680	-3,41	
Branco	1,336419	0,176712	2,19	0,028	1,031311 1,731791	33,64		1,155964	0,178708	0,94	0,349	0,853791 1,565082	15,60	
Seminstru	1,469108	0,546950	1,03	0,302	0,708192 3,047590	46,91		0,900718	0,296804	-0,32	0,751	0,472174 1,718208	-9,93	
Fund_incompleto	1,247533	0,453845	0,61	0,543	0,611491 2,545153	24,75		1,099240	0,342499	0,30	0,761	0,596867 2,024454	9,92	
Fund_completo	1,382654	0,544367	0,82	0,411	0,639125 2,991174	38,27		1,268672	0,428838	0,70	0,481	0,654071 2,460784	26,87	
Medioincompleto	1,612934	0,710221	1,09	0,278	0,680469 3,823183	61,29		1,614496	0,690180	1,12	0,262	0,698485 3,731787	61,45	
MedioCompleto	1,053705	0,399311	0,14	0,890	0,501359 2,214570	5,37		1,363402	0,414340	1,02	0,308	0,751524 2,473462	36,34	
Sup_incompleto	1,052634	0,482888	0,11	0,911	0,428346 2,586779	5,26		1,385537	0,561200	0,81	0,421	0,626392 3,064714	38,55	
Chefe	0,712263	0,089567	-2,70	0,007	0,556675 0,911336	-28,77		1,038059	0,144159	0,27	0,788	0,790702 1,362797	3,81	
Temfilho								0,975730	0,033980	-0,71	0,480	0,911353 1,044654	-2,43	
renda_meiosal	0,371659	0,187949	-1,96	0,050	0,137940 1,001380	-62,83		0,313226	0,228465	-1,59	0,111	0,074989 1,308336	-68,68	
renda_até1sal	0,452884	0,224346	-1,60	0,110	0,171524 1,195770	-54,71		0,429750	0,312564	-1,16	0,246	0,103306 1,787754	-57,03	
renda_até1e5sal	0,582501	0,291415	-1,08	0,280	0,218502 1,552881	-41,75		0,344869	0,254377	-1,44	0,149	0,081246 1,463874	-65,51	
renda_ate2sal	0,592570	0,308719	-1,00	0,315	0,213441 1,645135	-40,74		0,682134	0,529811	-0,49	0,622	0,148849 3,126044	-31,79	
renda_ate3sal	0,650066	0,346952	-0,81	0,420	0,228379 1,850371	-34,99		0,475023	0,361427	-0,98	0,328	0,106922 2,110387	-52,50	
renda_ate4sal	1,764985	1,282671	0,78	0,434	0,424762 7,333922	76,50		1,471482	1,870948	0,30	0,761	0,121752 17,784180	47,15	
Ocupacaagricola	0,906074	0,118679	-0,75	0,451	0,700927 1,171264	-9,39		0,843856	0,136076	-1,05	0,292	0,615188 1,157520	-15,61	
horas35	0,987372	0,137674	-0,09	0,927	0,751265 1,297681	-1,26		0,917903	0,137193	-0,57	0,567	0,684815 1,230326	-8,21	
horas45	0,877096	0,113395	-1,01	0,310	0,680768 1,130041	-12,29		0,833223	0,169497	-0,90	0,370	0,559251 1,241411	-16,68	
quant_cons_med	0,916603	0,017785	-4,49	0,000	0,882399 0,952132	-8,34		0,945018	0,014208	-3,76	0,000	0,917577 0,973279	-5,50	
Diagnosticado	0,328481	0,052743	-6,93	0,000	0,239794 0,449970	-67,15		0,363132	0,064684	-5,69	0,000	0,256119 0,514858	-63,69	
plano_saude	2,115822	0,493607	3,21	0,001	1,339366 3,342403	111,58		2,108928	0,590430	2,67	0,008	1,218298 3,650649	110,89	
/cut1	-7,654122	0,652647			-8,933287 -6,374957			-8,009749	0,855299			-9,686104 -6,333394		
/cut2	-5,506720	0,596953			-6,676726 -4,336713			-5,349328	0,772225			-6,862862 -3,835794		
/cut3	-2,723575	0,577468			-3,855391 -1,591758			-2,540258	0,756252			-4,022485 -1,058031		
/cut4	1,148828	0,584899			0,002447 2,295210			1,145547	0,760660			-0,345320 2,636413		

Fonte: Resultados da pesquisa (2018) – Dados PNS (2013).

ANEXO

Anexo A – Número de domicílios na amostra planejada, número de domicílios selecionados por situação de coleta (em UPAs não coletadas, fora do âmbito, no âmbito com entrevista realizada e sem entrevista realizada), taxas de perda total, de excesso de cobertura e de resposta, segundo Unidades da Federação – PNS (2013)

Unidade da Federação	Número de domicílios na amostra planejada	Número de domicílios selecionados						Taxa de perda total (%) ((A+B+C3)/T)	Taxa de excesso de cobertura (%) (B/T)	Taxa de resposta (%) (C2/C1)
		Total (T)	Em UPAs com amostra não coletada (A)	Fora do âmbito (B)	No âmbito (ocupados)					
					Total (C1)	Com entrevista realizada (C2)	Sem entrevista realizada (C3)			
Brasil	81.357	81.254	67	11.193	69.994	64.348	5.646	20,8	13,8	91,9
Rondônia	2.322	2.322	0	361	1.961	1.849	112	20,4	15,5	94,3
Acre	2.340	2.340	0	305	2.035	1.892	143	19,1	13,0	93,0
Amazonas	3.365	3.352	18	388	2.946	2.795	151	16,6	11,6	94,4
Roraima	2.232	2.226	18	373	1.835	1.749	86	21,4	16,9	94,5
Pará	3.438	3.429	18	529	2.882	2.438	444	28,9	15,5	84,1
Amapá	1.926	1.918	0	281	1.637	1.522	115	20,6	14,7	93,0
Tocantins	1.930	1.930	0	192	1.738	1.601	137	17,0	9,9	92,1
Maranhão	2.353	2.353	0	281	2.072	1.882	190	20,0	11,9	90,8
Piauí	2.340	2.340	0	383	1.957	1.859	98	20,6	16,4	95,0
Ceará	3.770	3.770	0	546	3.224	2.793	431	25,9	14,5	86,6
Rio Grande do Norte	2.327	2.327	0	340	1.987	1.807	180	22,3	14,6	90,9
Paraíba	2.366	2.366	0	366	2.000	1.960	40	17,2	15,5	98,0
Pernambuco	3.627	3.598	0	555	3.043	2.719	324	24,4	15,4	89,4
Alagoas	2.340	2.340	0	342	1.998	1.901	97	18,8	14,6	95,1
Sergipe	2.327	2.327	0	372	1.955	1.734	221	25,5	16,0	88,7
Bahia	3.458	3.458	13	565	2.880	2.776	104	19,7	16,4	96,0
Minas Gerais	4.758	4.749	0	639	4.110	3.932	178	17,2	13,5	95,7
Espírito Santo	2.353	2.351	0	320	2.031	1.894	137	19,4	13,6	93,3
Rio de Janeiro	4.745	4.737	0	592	4.145	3.801	344	19,8	12,5	91,7
São Paulo	7.007	7.007	0	798	6.209	5.623	586	19,8	11,4	90,6
Paraná	3.731	3.723	0	466	3.257	3.122	135	16,1	12,5	95,9
Santa Catarina	2.418	2.415	0	440	1.975	1.721	254	28,7	18,2	87,1
Rio Grande do Sul	3.822	3.814	0	500	3.314	2.996	318	21,4	13,1	90,4
Mato Grosso do Sul	2.327	2.327	0	311	2.016	1.914	102	17,7	13,4	94,9
Mato Grosso	2.106	2.106	0	279	1.827	1.621	206	23,0	13,2	88,7
Goiás	3.289	3.289	0	458	2.831	2.548	283	22,5	13,9	90,0
Distrito Federal	2.340	2.340	0	211	2.129	1.899	230	18,8	9,0	89,2

Fonte: PNS (2014)

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Malacoski, Fernanda Cristina Ferro

A PERCEPÇÃO DE SAÚDE DE HOMENS E MULHERES : UMA ANÁLISE PARA AS ÁREAS RURAIS DO NORDESTE E SUL DO BRASIL /
Fernanda Cristina Ferro Malacoski; orientador(a),
Jefferson Andronio Ramundo Staduto, 2019.

127 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Toledo, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Agronegócio, 2019.

1. Características socioeconômicas. 2. Desigualdade. 3. Percepção de Saúde. 4. Região Nordeste e Sul. I. Staduto, Jefferson Andronio Ramundo . II. Título.