

SAÚDE NAS ÁREAS RURAIS DO NORDESTE E SUL DO BRASIL: UMA ANÁLISE SOCIOECONÔMICA PARA HOMENS E MULHERES

Health in rural areas of the Northeast and South of Brazil: a socio-economic analysis for the of men and women

Fernanda Cristina Ferro Malacoski

Graduada em Administração. Mestranda do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Agronegócio. Unioeste – Toledo-PR. fer-crisferro@hotmail.com

Jefferson Andronio Ramundo Staduto

Graduado em Engenharia Agrônoma. Mestre e Doutor em Economia Aplicada. Professor da Unioeste. Toledo-PR. jefferson.staduto@unioeste.br

Bruna Naiara de Castro

Graduada em Ciências Econômicas. Mestra em Economia pela Faculdade Única. Toledo-PR. bn_castro@hotmail.com

Resumo: Este trabalho analisa a autoavaliação do estado de saúde dos trabalhadores, homens e mulheres, residentes nas áreas rurais do Nordeste e do Sul brasileiro, a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. A literatura mostra que há diferenças de saúde entre os trabalhadores da área rural e urbana, bem como, entre homens e mulheres. As duas regiões estudadas têm grandes proporções de populações que moram nas áreas rurais e, também, grandes contrastes socioeconômicos que impactam na autoavaliação do estado de saúde. As equações dos determinantes dessa autoavaliação foram estimadas pelo método logit ordinal. Os resultados mostraram que a educação nas áreas rurais do Nordeste e do Sul do Brasil não se comporta de forma nítida como se esperava de acordo com a literatura. Além disso, percebe-se que para as mulheres, as variáveis socioeconômicas locais interferem na autoavaliação de saúde, sendo mais intenso para as mulheres do Sul. A pobreza, por exemplo, teve maior impacto na redução das chances de declarar estado de saúde muito bom entre as moradoras do Sul, pois aspectos sociais e econômicos das regiões são fundamentais na percepção de saúde.

Palavras-chaves: Percepção; áreas rurais; sexo.

Abstract: This paper analyzes the perception of health status of men and women living in rural areas of the South and Northeast of Brazil, based on data from the National Health Survey of 2013, which compiles data on the subjective health assessment. The health gap between rural and urban workers may be related to stress and physical exhaustion to perform activities, as well as to the habit and lifestyle. The two regions studied have large proportions of populations living in rural areas and also large socioeconomic contrasts that impact the perception of health status. The equations of the determinants of perception were estimated by the logit ordinal method. The results showed that education in the rural areas of the Northeast and South of Brazil does not behave in a clear way as expected according to the literature. In addition, it can be seen that for women, local socioeconomic variables interfere in the perception of health, and it was more intense for women in the South, such as the poverty that had the greatest impact in reducing the chances of declaring a very good state of health than in the Northeast.

Keywords: Perception; rural areas; gender.

1 INTRODUÇÃO

O objetivo central deste trabalho é analisar como as variáveis socioeconômicas interferem na percepção de saúde de homens e mulheres que residem nas áreas rurais das regiões Nordeste e do Sul do Brasil. Para isso, foram utilizados dados disponibilizados pela Pesquisa Nacional de Saúde – PNS do ano de 2013, versão mais recente desta pesquisa.

A saúde foi estudada sobre a perspectiva dos fatores socioeconômicos que a afeta, pois, de acordo com a literatura nacional e internacional, ela está condicionada ao momento histórico em que o indivíduo vive (VINIEGRA, 1985), o qual 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). As análises da desigualdade de saúde foram inicialmente abordadas apenas pelo aspecto da condição biológica (BARATA, 2012), porém, a saúde é resultado da interligação entre aspectos culturais, sociais, psicossociais, econômicos, ambientais e comunitários (GALLAGHER et al., 2016).

Para alcançar a equidade em saúde necessita-se do entendimento que parte da iniquidade nesse aspecto é o retrato da desigualdade da sociedade (FERNANDES et al., 2012). Definição essa que, complementa a adotada pela Organização Mundial da Saúde – OMS desde 1947, o qual a saúde não pode ser restrita à ausência de doença, mas, sim, como a integração entre o bem-estar social, mental e físico (OMS, 2018).

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), 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 que pode sintetizar todos esses fatores é a autoavaliação do estado de saúde com base na classificação que o próprio indivíduo faz da sua saúde (PEDROSO, 2015), dessa forma, oferece um indicativo que contempla uma visão

de várias áreas que vão além da visão biológica (COTT et al., 1999).

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). 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, socio-demográficas, comportamentais, de estilo de vida, psicossociais, funcionais (PAVÃO, 2012) e socioeconômicas (SZWARCOWALD et al., 2005).

As pesquisas destacam a definição de saúde apresentada pela OMS, porque contemplam para além do bem-estar físico, também o social e mental (IDLER; BENYAMINI, 1997). Constituindo-se, a autoavaliação do estado de saúde, um indicador multidimensional da saúde (COTT et al., 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).

As áreas rurais têm um conjunto de características socioeconômicas que as diferenciam das regiões urbanas, bem como, as macrorregiões brasileiras têm muitos outros aspectos que as diferenciam entre si. As regiões Sul e Nordeste do Brasil têm expressivo percentual de população rural residente, de acordo com a PNAD (2015), no Nordeste cerca de 48% da população está localizada na área rural, enquanto que Sul são cerca de 18%.

O meio rural brasileiro nas quatro últimas décadas passou por profundas modificações sociais e econômicas, bem como demográfica. Em termo de produção, intensificou-se a monocultura, tais como, algodão, milho e soja. Por outro lado, também teve como consequência danos à saúde e ao meio ambiente, concentração de renda e empobrecimento da população rural, entre outros (SILVA et al., 2005; PERES, 2009). A diferença de saúde entre os trabalhadores da área rural e urbana pode estar relacionada com o estresse e o desgaste físico para a realização de atividades, e ainda, com o hábito e estilo de vida do campo e da cidade e tipo de ocupação, agrícola e não agrícola (RODRIGUES, MAIA, 2010).

A literatura sobre os estudos de saúde aponta que ser morador de áreas rurais pode impactar negativamente sobre o estado de saúde do indivíduo (MURRUGARRA, VALDIVIA, 1999). Apesar de não ser encontrada nas áreas rurais a agitação, o nível de estresse 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). Porém essa realidade pode mudar nas diferentes regiões do país, pois municípios da região Sul, com forte presença da população rural, possuem elevados IDH-M's. Os resultados encontrados em Castro e Staduto (2019) sugerem que residir na área urbana diminuía a probabilidade de homens e mulheres se declararem saudáveis. Ou seja, as características socioeconômicas dos residentes das áreas urbanas nem sempre os colocam em vantagem quando o assunto é percepção de saúde.

A região onde o indivíduo mora também é uma unidade de análise porque “as desigualdades sociais em saúde repetem-se também no interior dos países, entre suas regiões e cidades” (BARATA, 2012, p. 36). O Nordeste possui algumas singularidades que são capazes de distingui-lo do restante do país, pode-se citar que em média tem 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 (LIMA, 1995; AZZONI, 1997; RUIZ, DOMIGUES, 2008). Essas marcantes características regionais da região Nordeste contribuíram para os bolsões de pobreza mais críticos do Brasil presente nessas áreas, os quais, em 2011, representavam 26% do total da população residente no meio rural daquela região (ROCHA, 2013). Por outro lado, na região Sul há problemas similares ao da região Nordeste, mas em intensidade muito menor, o que reflete em indicadores socioeconômicos melhores. Por exemplo, todos estados do Nordeste tinham índice de desenvolvimento humano (IHD-M) de 2010 para área rural menor que a média nacional (0,727), por outro lado, os estados do Sul estão acima desse valor.

Morar nas áreas rurais pode afetar negativamente a saúde dos trabalhadores, especialmente aqueles que estão envolvidos nas atividades agrícolas, pois, os esforços são mais intensos em termos físicos, principalmente nas regiões onde as

tecnologias poupadoras de mão de obra são mais escassas como o Nordeste. Além disso, o sexo também interfere na percepção de saúde, as mulheres têm a pressão da invisibilidade do trabalho realizado na esfera doméstica, o pouco reconhecimento social está associado à pouca recompensa monetária (MELLO et al., 2003), até as tarefas realizadas no entorno da casa, mesmo que seja uma atividade produtiva, é considerado como trabalho doméstico quando realizado por mulheres e que têm pouco valor social.

Neste contexto, para atingir o objetivo proposto, a estratégia metodológica baseou-se na aplicação do modelo logit ordinal para estimação do efeito das variáveis socioeconômicas sobre a saúde percebida da população estudada. Com isso, buscou-se contribuir com a revisão de literatura sobre o tema porque abordou um assunto que ainda é pouco explorado na literatura nacional, especialmente utilizando os dados da PNS (2013) e um recorte geográfico que carece de estudos a nível nacional – o rural, Nordeste x Sul do Brasil. Para tanto, esse artigo é constituído, além desta introdução, pelas seguintes subdivisões: autoavaliação subjetiva de saúde; os procedimentos metodológicos, que apresentam a fonte de dados e o modelo de estimação; os resultados empíricos e a conclusão.

2 AUTOAVALIAÇÃO SUBJETIVA DE SAÚDE

As vantagens oriundas da utilização do indicador de autoavaliação do estado de saúde são: contém apenas uma pergunta; abrange múltiplas dimensões, ou seja, muito sensível; preditivo de morbidade e mortalidade; preditivo de problemas de saúde futuros e de uso de serviços de saúde; bom ajuste com avaliação médica; associação com condições clínicas. Além disso, o custo é baixo, pela facilidade de aplicação, pois não necessita pessoal especializado; e possibilidades de comparações internacionais (PAVÃO, 2012).

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. 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). 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).

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 et al., 2001). Estudos apontaram para uma relação entre autoavaliação geral de saúde e mortalidade, 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). Uma vez que, 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).

Embora a autoavaliação do estado de saúde apresente inúmeras vantagens, também, possui fraquezas. Por ser um indicador que assimila os vários conceitos de saúde, o pesquisador não tem conhecimento de quais aspectos estão sendo levados em consideração. E, existem dificuldades de comparação entre indivíduos de faixa etária ou cultura muito diferente (PAVÃO, 2012). Pois, 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).

Os respondentes desse tipo de pesquisa de saúde podem ser influenciados a avaliar-se de maneira positiva ao comparar a sua saúde com a de pessoas que estão em pior estado (SIMON et al., 2005). A percepção de saúde do indivíduo também é afetada pela realidade das regiões, aquelas marcadas por diferenças culturais, sociais e econômicas apresentam diferenças no estado de saúde que pode ser consequência de uma condição de saúde pior ou reflexo do contexto onde o indivíduo está inserido (NORONHA, 2005). E não se pode garantir que as respostas foram feitas pelo próprio indivíduo, já que no momento da entrevista alguns moradores do domicílio podem estar ausentes, ficando essa avaliação sob responsabilidade de outra pessoa (RODRIGUES; MAIA, 2010).

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 que vivem na área urbana apresentam melhor saúde do que os que estão nas áreas rurais (HOSSEINPOOR et al., 2012). Diferente estado de saúde 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 áreas 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).

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, 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, apesar de as pesquisas sobre a percepção de saúde ainda serem escassas no Brasil (SZWARCOWALD et al., 2005).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Fonte de dados

As análises deste estudo basearam-se em dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, que é uma pesquisa amostral que integra o – Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A PNS é uma pesquisa domiciliar em parceria com o IBGE e com o Ministério da Saúde. Com desenho próprio, elaborado, especificamente, para coletar informações de saúde, a PNS foi planejada para a estimação de vários indicadores com a precisão desejada e para assegurar a continuidade no monitoramento da grande maioria dos indicadores do Suplemento Saúde da PNAD.

A questão utilizada neste estudo como variável dependente que representa a autoavaliação do estado de saúde é: Em geral, como o(a) sr(a) avalia a sua saúde? As repostas foram categorizadas como: muito bom (5); bom (4); regular (3); ruim (2);

muito ruim (1). Foram selecionadas as amostras de pessoas por sexo que trabalham, independentemente do tipo de profissão, e são residentes nas áreas rurais das regiões do Nordeste e do Sul. Assim, estão compreendidos na análise os seguintes estados brasileiros: Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia (Nordeste); e Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (Sul).

As estimativas foram realizadas para homens e mulheres ocupados, a amostra selecionada con-

templa 2.408 indivíduos com idade entre 16 e 65 anos. Tanto as estatísticas descritivas como os resultados das estimativas levam em consideração o fator de expansão para dados complexos da PNS 2013, assim os resultados apresentados são representativos para a população de 5.796.679. A Tabela 1 mostra a estatística descritiva das variáveis utilizadas nas análises, todas foram extraídas do banco de dados da PNS. A pobreza foi definida como igual ou menor a ½ salário mínimo da renda *per capita* domiciliar.

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis

Variável	Sul						Nordeste					
	Homem		Mulher				Homem		Mulher			
	Média	σ	Média	σ	Min	Max	Média	σ	Média	σ	Min	Max
Saúde contínua	3,81	0,68	3,80	0,67	1	5	3,63	0,66	3,51	0,70	1	5
Saúde binária	0,73	0,45	0,71	0,45	0	1	0,64	0,48	0,54	0,50	0	1
Idade	39,47	13,15	38,12	12,45	16	65	37,24	12,50	36,82	11,35	16	65
Branca	0,78	0,42	0,81	0,39	0	1	0,22	0,42	0,22	0,42	0	1
Não branca	0,22	0,42	0,19	0,39	0	1	0,78	0,42	0,78	0,42	0	1
Chefe de família	0,63	0,48	0,22	0,42	0	1	0,60	0,49	0,32	0,47	0	1
Pobreza	0,25	0,44	0,16	0,37	0	1	0,67	0,47	0,56	0,50	0	1
Sem instrução	0,55	0,50	0,43	0,50	0	1	0,69	0,46	0,49	0,50	0	1
Fundamental completo	0,19	0,39	0,16	0,37	0	1	0,15	0,35	0,15	0,36	0	1
Médio completo	0,20	0,40	0,29	0,46	0	1	0,14	0,35	0,29	0,45	0	1
Superior completo	0,06	0,23	0,12	0,32	0	1	0,02	0,13	0,07	0,26	0	1
Ocupação agrícola	0,49	0,50	0,34	0,47	0	1	0,52	0,50	0,26	0,44	0	1
Jornada de trabalho até 35 horas	0,16	0,37	0,35	0,48	0	1	0,25	0,43	0,50	0,50	0	1
Jornada de trabalho de 36 a 44 horas	0,44	0,50	0,44	0,50	0	1	0,49	0,50	0,36	0,48	0	1
Jornada de trabalho mais de 45 horas	0,41	0,49	0,21	0,41	0	1	0,26	0,44	0,14	0,35	0	1
Número de filhos	0,00	0,00	0,51	11,16	0	10	0,00	0,00	0,89	17,90	0	22
Consultou Médico	28,44	31,27	36,68	39,45	1	32	26,65	28,45	40,42	44,00	1	50
Diagnosticado	0,16	0,36	0,19	0,39	0	1	0,08	0,27	0,15	0,35	0	1
Plano de saúde	0,13	0,33	0,19	0,39	0	1	0,05	0,21	0,06	0,24	0	1
Saúde da família	3,93	1,47	3,94	1,48	1	5	4,08	1,33	4,05	1,35	1	5

Fonte: elaborada pelos autores com base nas análises da pesquisa com os dados PNS (2013).

3.2 Modelo de Estimação

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 (ABREU

et al., 2008). A relação entre as variáveis estado de saúde e os seus determinantes socioeconômicos foi analisada por meio do *logit* ordinal, ou também chamado de modelo de probabilidade acumulada, conforme equação (1).

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

Onde k é o número de categorias ordinais, y é o estado de saúde, x é o conjunto de variáveis explicativas e ε é o erro estocástico. 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 . Os valores limites (α_j) correspondem aos pontos de corte (*cut-offs*) onde o indivíduo se move de uma categoria relatada de autoavaliação de saúde para outra. 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 modelos de probabilidade, como o *logit* ordinal, o efeito das variáveis explicativas sobre a variável dependente não retrata diretamente, como no caso dos modelos lineares. 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 (MENDONÇA, 2012). As razões de chances representam a medida da probabilidade de um evento ocorrer, preservando as mesmas condições dele não ocorrer (PINO, 2007). A interpretação adotada 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 foi realizado de acordo com a equação (2)

$$(\text{odds} - 1) * 100 \quad (2)$$

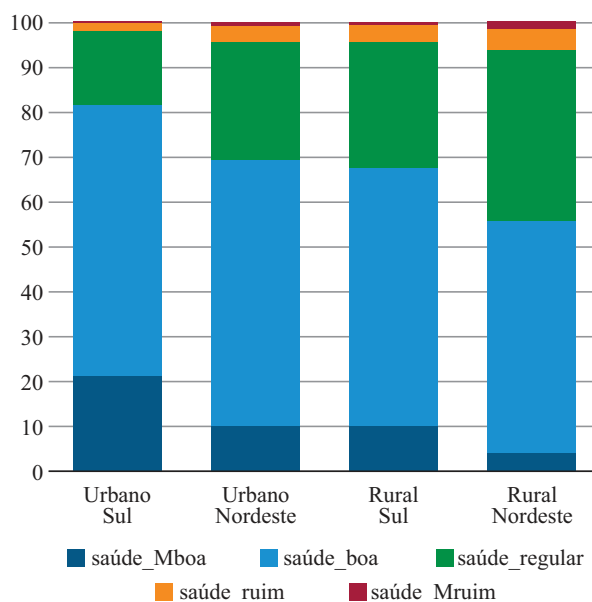
4 RESULTADOS EMPÍRICOS

4.1 Estatística Descritiva

O Gráfico 1 mostra que, a avaliação de saúde como muito boa ou boa na área rural é expressivamente menor do que a avaliação de saúde dos indivíduos residentes na área urbana tanto do Sul quanto no Nordeste, especialmente nessa última região. Para Murrugarra e Valdívica (1999), residir na zona rural pode interferir para um estado de saúde menos favorável. Noronha (2005) identificou que no Brasil a oferta de serviços de saúde

está concentrada em regiões mais ricas e nas áreas urbanas, além disso, o estilo de vida da população urbana e rural é heterogêneo, fatos que possivelmente condicionam a desigualdade no estado de saúde desses indivíduos.

Gráfico 1 – 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



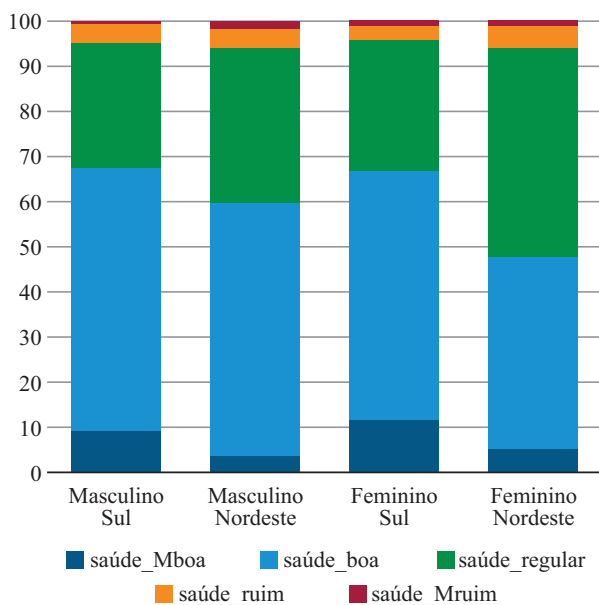
Fonte: elaborado pelos autores com base nas análises da pesquisa com os dados PNS (2013).

A autoavaliação de saúde é influenciada pelo sexo (ERIKSSON et al., 2001; FERREIRA; SANTANA, 2003; FERNANDES et al., 2012; SOYTAS; KOSE, 2014). O comportamento social e as ocupações laborais de homens e mulheres geralmente são diferentes, refletindo na utilização de serviços de saúde e no estado de saúde do indivíduo (BARATA, 2012). A perspectiva de análise da saúde para homens e mulheres deve considerar alguns aspectos desses dois grupos populacionais, tais como: as mulheres são em maior número, elas vivem mais tempo e elas estão mais expostas à pobreza e à precariedade (FERNANDES et al., 2012).

O Gráfico 2 mostra a avaliação de saúde entre os sexos e área rural das regiões Nordeste e Sul do Brasil. Percebe-se que o fato de ser mulher e morar na área rural do Nordeste condiciona a um menor

percentual de saudáveis. No Sul, o percentual de homens e mulheres saudáveis é praticamente igual, cerca de 68%. Porém, no Nordeste apenas 48% das mulheres se consideraram saudáveis, ou seja, saúde “boa” e “muito boa”, 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), no 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; Castro e Staduto (2019), também, encontraram resultados semelhantes. Assim, a literatura evidencia que, em média, as mulheres têm percepção de saúde inferior aos homens.

Gráfico 2 – 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: elaborado pelos autores com base nas análises da pesquisa com os dados PNS (2013).

O Gráfico 2 também mostra a heterogeneidade na autoavaliação de saúde em decorrência da região de residência, visualiza-se uma situação de desvantagem para a realidade do Nordeste e, especialmente, para a mulher nordestina. Portanto, esta pesquisa mostra que a região onde a mulher reside pode ser um agravante das diferenças de percepção de saúde entre homens e mulheres. Apesar de os 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; STADUTO, 2019). Alguns elementos como, por exemplo, a dupla jornada de trabalho feminina e menor presença no mercado de trabalho remunerado estão relacionados à percepção negativa de saúde (CASTRO; STADUTO, 2019), bem como, a mulher ser responsável por cuidar dos membros da família, tornando-a mais atenta aos próprios problemas (RODRIGUES; MAIA, 2010; BARATA, 2012). 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).

4.2 Estimativas Econométricas

A Tabela 2 mostra os resultados da estimação dos determinantes da autoavaliação do estado de saúde de homens e mulheres. A variável dependente é a percepção de saúde dos indivíduos de áreas rurais do Nordeste e Sul do Brasil. No geral, as medidas de ajuste de qualidade das estimativas do *logit* ordinal apresentados na Tabela 2 sugerem que estão razoáveis. O teste LR χ^2 foi significativo a 1%, indicando que, conjuntamente, os coeficientes são diferentes de zero para as estimativas das regiões Sul e Nordeste, tanto para os homens como para as mulheres. O modelo *logit* ordinal não possui intercepto, mas sim pontos de cortes. Para todos os modelos estimados, 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 declarar saúde muito boa.

A Tabela 2 apresenta as estimativas de dois modelos para homens e mulheres das regiões Sul e Nordeste, desta forma, pode-se verificar a robustez dos dados. No segundo modelo de cada equação foram adicionadas as variáveis número de consultas, prevalência de doença grave, plano de saúde e se recebeu visita de Agente Comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família. As duas primeiras variáveis revelam problemas as-

sociados à saúde, no entanto, a terceira delas está relacionada à renda e, também, ao maior valor futuro dado à saúde, pois é um gasto presente importante. Por fim, a quarta variável adicionada capta o efeito da política pública para a saúde.

O sinal das estimativas para a idade aponta que a cada ano a mais de idade diminui as chances de autoavaliar-se com saúde muito boa. No segundo modelo, as chances variam da seguinte forma: 4,67% para o homem e 3,94% para a mulher do Sul e de 4,01% para o homem e 3,48% para a mulher do Nordeste de autoavaliar-se com a saúde muito boa. Para as mulheres da região Nordeste a magnitude é maior do que dos homens, e na região Nordeste nos dois modelos também é maior do que para o Sul. Esses resultados estão de acordo com Grossman (1972), que o avanço da idade reduz o estoque do capital saúde, outros trabalhos empíricos que também encontraram essa relação negativa entre saúde e idade (SZWARCOWALD et al., 2005; NORONHA, 2005; 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 (GROSSMAN, 1972; NORONHA, 2005).

De acordo com o sinal das estimativas, ser branco aumenta as chances de autoavaliar-se com saúde muito boa. Nota-se que a razão de chances é maior para o Sul, sendo que a magnitude do homem nordestino foi de quase um terço do sulista. Para mulher nordestina a cor dela é irrelevante para sua autoavaliação de saúde muito boa de acordo com ambos os modelos. Para as mulheres do Sul, ser branca aumenta as chances de se avaliar como saudável em 109,25%, de acordo com o modelo 1, e 122,18% no segundo modelo. 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 educação e emprego formal e até mesmo a saneamento básico. Rodrigues e Maia (2010) destacaram também 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. Para a OMS (2011), a etnia/cor é um dos determinantes sociais da saúde, porque favorece a estratificação social e induz a diferença econômica entre os cidadãos.

Fuchs (2004) encontrou forte correlação entre educação e saúde nos Estados Unidos. As pessoas com maior nível educacional possuem taxas mais baixas de mortalidade, menos sintomas de doenças, tais como, alta pressão sanguínea, altos níveis de colesterol, cardiogramas anormais, e, conseqüentemente, uma maior tendência a se considerar com boa saúde. A Tabela 2 mostra que nem todas as categorias da variável educação para os modelos estimados foram significativas, como prevê a literatura teórica e empírica. Quanto ao sinal positivo, para a educação, está relacionado com o fato de todas as categoriais de escolaridade ter sido comparada com a variável de controle “sem instrução”. Assim, seguindo a literatura, maiores níveis educacionais estariam relacionados com maiores níveis de saúde.

Os pesquisadores por muitos anos assumem que há uma correlação positiva entre renda e saúde, principalmente para as populações mais pobres, porque para os níveis de renda maiores essas evidências diminuem (FUCHS, 2004). A renda é mais relevante principalmente na promoção da saúde dos mais pobres (DEATON, 2003). A linha de pobreza é importante variável para captar o impacto na autoavaliação de saúde em cada um dos grupos populacionais estudados. Para todos os modelos estimados, a variável pobreza foi negativa, portanto, as chances de se autoavaliar com saúde muito boa reduz, quando o indivíduo se encontra em situação de pobreza. No entanto, os valores significativos do modelo 2 foram para as mulheres do Sul (54,90%) e homem do Nordeste (29,99%). Desta forma, para áreas rurais da região Sul a mulher ser pobre reduz drasticamente as chances de autoavaliação de saúde muito boa. Para os homens, a condição de pobreza em áreas rurais do Nordeste reduz expressivamente as chances de se autoavaliarem com estado de saúde muito bom. Muitos fatores podem estar associados a esse comportamento, tais como, o efeito da vizinhança sobre o relato de saúde (MALMSTRÖM et al., 1999; LINDSTRÖM et al., 2004); condições de trabalho, bem-estar material em casa e quantidade de trabalho doméstico e características da família (ROSE, 2000; CUBBINS; SZAFIARSKI, 2001).

Para as mulheres nas ocupações agrícolas das regiões Sul e Nordeste, as chances de declararem percepção de saúde muito boa diminuía, respectivamente, 53,27% e 26,98%. Por outro lado, para

os homens, apenas o modelo 1 estimado para o Sul foi significativo, diminuindo em 27,76% a chance de declarar percepção de saúde muito boa. Atualmente, apesar do aumento da taxa de atividade feminina nas últimas décadas, o papel de cuidar dos filhos e da casa ainda é atribuído à mulher, isso reduz o tempo disponível para se dedicar à carreira profissional e compromete a remuneração recebida. No Nordeste, bem como no Sul, ao longo da primeira década desse século, a taxa de redução das mulheres ocupadas na área rural está reduzindo, principalmente nas atividades agrícolas em relação às ocupações não agrícolas, sendo que as atividades não relacionadas à agropecuária tornaram-se um refúgio importante para elas obterem renda fora da esfera produtiva que é liderada pelos homens (STADUTO et al., 2013; 2017). As atividades agrícolas são muito exaustivas e laboralmente intensas, por outro lado, a contribuição das mulheres são vistas apenas como ajuda, pois a produção agropecuária está na esfera masculina (MELLO et al., 2003; BRUMER, 2006). A pouca valorização das atividades reprodutivas e produtivas potencialmente reduz a percepção de saúde do ponto de vista social.

Para 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. Além da ocupação, foi avaliado uma *proxy* de precariedade de trabalho pelas variáveis relacionadas pela pouca ou excessiva carga horária de trabalho, apenas a variável que compreende a carga horária de trabalho de até 35 horas semanais foi significativa para os homens da região Nordeste (modelo 1).

Ser homem e chefe de família nordestino reduz em 29,61% as chances de autoavaliar-se com saúde muito boa. Para as demais equações não foi significativo. O estado de saúde tem aspectos subjetivos dentro dos quais a posição na família. Nas sociedades patriarcais a responsabilidade com o bem-estar material dos demais membros da família é do homem. Além disso, as áreas rurais da região Nordeste são extremamente pobres, onde ainda persistem bolsões de pobreza (ROCHA, 2013). O Nordeste tem baixa disponibilidade de serviços públicos, por outro lado, tem o maior contingente populacional de moradores na área rural brasileira (48%), o que aumenta a pressão sobre os serviços

públicos. Desta forma, aumentando o peso social de ser chefe de família para os homens.

A cada consulta médica a mais, diminui as chances de autoavaliar-se com o nível de saúde muito bom em 11,60% para homens do Sul, 8,35% para homens do Nordeste e 4,28% para as mulheres do Nordeste. E, ter sido diagnosticado impacta em uma diminuição ainda mais intensa nas chances de autoavaliar-se com nível de saúde muito bom, sendo 70,26% para homens do Sul, 79,15% para mulheres do Sul, 67,71% para homens do Nordeste e 69,12% para mulheres do Nordeste. Observa-se que para esses quatro grupos populacionais as magnitudes são muito semelhantes. De acordo com Cott et al. (1999) e Szwarcwald et al. (2005) o diagnóstico médico é um elemento que condiciona a pior autoavaliação de saúde, apesar de não ser suficiente para entender a autoavaliação.

O plano de saúde é uma variável que aumenta as chances de declarar-se com nível de saúde muito bom. Para homens do Sul são 113,87%, para homens do Nordeste 116,71% e para mulheres do Nordeste 74,05%. Exceto para as mulheres do Sul do país não foi significativo, assim como, para a consulta médica. Para Noronha (2005), existem diferenças socioeconômicas entre indivíduos, regiões e quando o atendimento de saúde pode ser feita via SUS¹ ou privado. A população mais pobre não tem plano de saúde e o acesso é limitado ao sistema público, portanto, impactando negativamente a qualidade do atendimento. De acordo com Pavão et al. (2013), os residentes do 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.

A visita de agente comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família, expressa pela variável Saúde da Família, apresentou sinal negativo para o homem da região Sul. Isso indica que quanto maior o número de visitas desse programa, menores eram as chances desses indivíduos se declararem com estado de saúde muito bom. Assim, para os homens do Sul, o programa de atenção básica da saúde tem a mesma relação da variável Consultou Médico, indicando a prevalência de doença e não a abordagem de medicina preventiva.

1 Sistema Único de Saúde.

Tabela 2 – Estimativa das razões de chance (*odds ratio*) de autoavaliação de saúde para as áreas rurais do Sul e Nordeste do Brasil, mulheres e homens por meio da aplicação do modelo

Variável	Ologit Sul				Ologit Nordeste			
	Homem		Mulher		Homem		Mulher	
	Mod 1	Mod2	Mod1	Mod2	Mod 1	Mod 2	Mod 1	Mod 2
Idade	-4,55 ***	-4,67 ***	-4,37 ***	-3,94 ***	-4,99 ***	-4,01 ***	-4,63 ***	-3,48 ***
	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Branco	27,2	80,61 **	109,25 **	122,18 **	37,96 ***	32,86 *	17,16	14,23
	0,26	0,51	0,66	0,83	0,14	0,19	0,17	0,2
Fundamental completo	25,2	-0,82	39,66	-8,33	34,67 **	16,93	9,69	23,51
	0,29	0,31	0,57	0,43	0,18	0,22	0,2	0,27
Médio completo	54,36 *	57,24	23,43	7,34	3,21	-14,42	37,07 *	24,63
	0,35	0,48	0,41	0,42	0,14	0,16	0,22	0,24
Superior completo	128,34 **	47,89	153,39 **	124,95 *	-18,31	-6,64	33,53	8,22
	0,88	0,79	1,03	1,03	0,26	0,39	0,34	0,34
Pobreza	-16,25	-34,67	-27,75	-54,90 **	-31,08 ***	-29,99 ***	-13,61	-20,6
	0,16	0,17	0,23	0,17	0,07	0,09	0,11	0,12
Ocupação agrícola	-27,76 *	-15,07	-53,27 ***	-37,84	-3,8	-9,04	-14,24	-26,98 *
	0,13	0,2	0,12	0,19	0,09	0,12	0,13	0,12
Jornada de trabalho até 35 hs	-11,15	-11,97	-1,8	15,6	-18,35 *	-1,6	-12,43	-8,3
	0,2	0,28	0,28	0,38	0,09	0,15	0,12	0,15
Jornada de trabalho mais de 45 hs	20,86	6,63	-16,97	-12,11	-10,5	8,87	-3,85	-7,1
	0,22	0,26	0,26	0,31	0,09	0,16	0,19	0,21
Chefe de família	-	26,38	-	33,51	-	-29,61 **	-	5,97
	-	0,35	-	0,44	-	0,09	-	0,16
Número de filhos	-	-	-	15,17	-	-	-	-3,22
	-	-	-	0,16	-	-	-	0,04
Consultou médico	-	-11,60 ***	-	-2,8	-	-8,35 ***	-	-4,28 **
	-	0,03	-	0,03	-	0,02	-	0,01
Diagnosticado	-	-70,26 ***	-	-79,15 ***	-	-67,71 ***	-	-69,12 ***
	-	0,08	-	0,07	-	0,05	-	0,06
Plano de saúde	-	113,87 **	-	2,92	-	116,71 ***	-	74,05 *
	-	0,72	-	0,39	-	0,58	-	0,55
Saúde da família	-	-14,29 **	-	-6,19	-	10,52 **	-	9,27
	-	0,06	-	0,09	-	0,05	-	0,06
LR chi2	92,62***	113,26***	64,62***	78,02***	271,55***	236,24***	105,15***	139,30***

Fonte: elaborada pelos autores com base nas análises da pesquisa com os dados PNS (2013).

Nota: erro-padrão robusto entre parênteses. *** Significativo a 1%, ** significativo 5%, * significativo a 10%.

Programas como a Saúde da Família têm estratégias de inclusão social dos segmentos populacionais que não têm acesso aos serviços de saúde (SISSON, 2007), porque é um direito de a população usufruir tanto dos serviços mais básicos

quanto de atendimentos específicos e complementares (SOUZA, CARVALHO, 2003). As pessoas residentes nas regiões Sul e Sudeste apresentaram maiores chances de usar os serviços de saúde público do que residentes nas demais regiões (TRA-

VASSOS et al., 2006; STOPA et al., 2017). Por sua vez, o uso do sistema de saúde está associado à sua distribuição geográfica e oferta que é mais restrita nas áreas rurais no Nordeste.

O sinal da variável Saúde da Família foi positivo para homem da região Nordeste. Assim, quanto mais visitas dos Programas de atenção básica estes homens recebiam, maiores eram as chances deles declararem estado de saúde muito bom. Indicando que para os homens do Nordeste prevaleceu a medicina preventiva ao receberem a visita do agente comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família. De acordo com Knauth et al. (2012), de modo geral, a presença dos homens nos serviços de saúde é ainda bastante limitada, sendo constituída, por dois tipos de clientela: trabalhadores e idosos. As características do comportamento masculino tais como, pressa social, medo e resistência, bem como a dificuldade dos serviços em acolher os homens foram considerados os principais fatores que afastam os homens dos serviços de saúde. Os programas de saúde que vão ao encontro das populações que têm pouco acesso aos serviços de saúde, em termos preventivos, aparentemente foram mais efetivos para população masculina do Nordeste. Por outro lado, para as mulheres da região Sul e Nordeste a variável de Saúde da Família não foi significativa, portanto, não teve impacto expressivo sobre a autoavaliação de saúde dessas mulheres.

6 CONCLUSÃO

O objetivo central deste estudo foi analisar as variáveis socioeconômicas que afetam a percepção de saúde de homens e mulheres que residem nas áreas rurais das regiões Nordeste e do Sul do Brasil, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2013. Além disso, permitiu uma análise regional de quais fatores que estavam implicando em melhora ou piora da autoavaliação de saúde dos trabalhadores residentes nas áreas rurais.

A educação nas áreas rurais do Nordeste e do Sul do Brasil não se comporta de forma nítida como se esperava de acordo a literatura teórica e empírica. Atribui-se esse comportamento em grande parte à subjetividade que é característica desse tipo de mensuração de saúde e interferência das variáveis locais e culturais, 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.

A pobreza afetou negativamente as chances de todos os grupos analisados, no entanto, para as mulheres do Sul teve maior impacto na redução das chances de declarar estado de saúde muito bom do que no Nordeste. Desta forma, refletem as particularidades regionais, como a pobreza relativa intrarregionalmente, além de outros aspectos socioeconômicos marcantes das áreas rurais, tais como, escassez de recursos monetários, naturais e bens públicos. O marcante papel das mulheres dentro da propriedade rural, ou seja, as relações de gênero contribuem negativamente para as mulheres se avaliarem com saúde muito boa.

A variável Saúde da família, que capta o efeito da política pública de saúde para a população estudada, demonstrou que para os homens sulistas, serem atendidos por esses programas diminui a chance de se autoavaliarem estado de saúde muito bom, indicando que esse atendimento está mais associado à prevalência de doença, ou seja, medicina curativa, e menos à medicina preventiva. Enquanto para os nordestinos, esses programas impactam positivamente nas chances de se autoavaliarem como estado de saúde muito bom, possivelmente, por ser uma *proxy* para saúde preventiva. Dessa forma, percebe-se que as particularidades regionais influenciam, por exemplo, a visita do agente comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família, na percepção individual sobre a própria saúde, o qual poderá estar mais associado à medicina curativa ou mais associado à medicina preventiva.

Assim, é possível concluir que, além de variáveis que estão diretamente relacionadas com a saúde biológica do indivíduo (consultas médicas e ter sido diagnosticado doente), outras variáveis socioeconômicas foram significativas. 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, ressalta-se que 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. Enfim, 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. **Cadernos Saúde Pública**, 24, n. 4, p.581-591, jan. 2008.
- AZZONI, C. R. Concentração regional e dispersão das rendas *per capita* estaduais: análise a partir das séries históricas estaduais de PIB, 1939-1995. **Estudos Econômicos**, v. 27, n. 3, p. 341-393, 1997.
- 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. Autoavaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Revista Saúde Pública**, [S.l.], 43 (Supl. 2), p.27-37, 2009.
- 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.
- 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.
- CASTRO, B. N.; STADUTO, J. A. R. Percepção de saúde no Brasil: uma análise das diferenças por sexo dos trabalhadores. **Economia e Sociedade**, 2019.
- 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.
- CUBBINS, L. A.; SZAFLARSKI, M. Family effects on self-reported health among Russian wives and husbands. **Social Science & Medicine**, v. 53, n. 12, p. 1653-1666, 2001.
- DE SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.
- 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.
- ERIKSSON, I.; UNDÉN, A.; 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.
- FERNANDES, A. A. et al. **Envelhecimento e saúde: uma análise de gênero**. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 2012.
- 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.
- FUCHS, V. R.. Reflections on the socio-economic correlates of health. **Journal of Health Economics**, Stanford, v. 23, p. 653-661, ago 2004.
- 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.
- 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.
- 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.

IBGE. 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.

_____. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2017**: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

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

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2617-2626, 2012.

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

LINDSTRÖM, M.; MOGHADDASSI, M.; MERLO, J. Individual self-reported health, social participation and neighbourhood: a multilevel analysis in Malmö, Sweden. **Preventive Medicine**, v. 39, n. 1, p. 135-141, 2004.

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.

MALMSTRÖM, M.; SUNDQUIST, J; JOHANSSON, Sven-Erik. Neighborhood environment and self-reported health status: a multilevel analysis. **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 8, p. 1181-1186, 1999.

MELLO, M.; ABRAMOVAY, R.; SILVESTRO, M.; DORIGON, C.; FERRARI, D.; TESTA, V. Sucessão hereditária e reprodução social da agricultura familiar. **Agricultura em São Paulo**, v. 50, n.1, p. 11-24, 2003.

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.

MOURA, E. C. et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 429-438, 2014.

MURRUGARRA, E.; VALDÍVIA, 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.

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.

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

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **O conceito de saúde**. 2018. 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.

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 auto-avaliado: 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. **Ciência Saúde Coletiva**, v.14, n.6, p.1995-2004, 2009.
- PIKHART, H. et al. Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries. **Journal Epidemiol Community Health**, n. 55, p.624-630, jan. 2001.
- PINO, F. A. Modelos de decisão binários. **Revista de Economia Agrícola**. São Paulo, v. 54, n. 1, p. 43-57, jan/jun., 2007.
- PNS. PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. **Apresentação**. PNS. Disponível em: <<https://www.pns.iciet.fiocruz.br/>>. Acesso em: 22 jan. 2018.
- ROCHA, S. Pobreza no Brasil – a evolução de longo prazo (1970-2011). In: Fórum Nacional – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Rio de Janeiro, RJ. 2013. **Anais...**, 2013. Disponível em: <http://www.inae.org.br/estudo/pobreza-no-brasil-a-evolucao-de-longo-prazo-1970-2011>.
- ROSE, R. How much does social capital add to individual health? **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 9, p. 1421-1435, 2000.
- RUIZ, R.; DOMINGUES, E.P. Aglomerações econômicas no Sul-Sudeste e no Nordeste Brasileiro: estruturas, escalas e diferenciais. **Estudos Econômicos**, v. 38, n. 4, p. 701-746, Dec., 2008.
- SILVA, J. M. da et al. Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, 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: Ipes 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**, v. 15, n. 2, p.200-208, abr. 2005.
- SISSON, M. C. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 16, 85-91, 2007.
- SOYTAS, M. A.; KOSE, T. Gender differences in self-reported health status: cross-country evidence from turkey and the united. **Job Market Paper**, S.I., p.1-30, nov. 2014.
- STADUTO, J. A. R.; NASCIMENTO, C. A.; DE SOUZA, M. Ocupações e renda das mulheres e homens no rural do estado do Paraná, Brasil: uma perspectiva de gênero. **Cuadernos de Desarrollo Rural**, v.10, n. 72, p.91-115. 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 Agrário**, v. 18, n. 38, p.1-18, 21 ago. 2017.
- STIGLITZ, J. E.; SEN, A.; FITOUSSI, Jean-paul. **Report by the commission on the measurement of economic performance and social progress**. [S.I.]: Cmepp, 2009. Disponível em: <<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/118025/118123/Fitoussi+Commission+report>>. Acesso em: 14 abr. 2018.
- STOPA, S. R. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n. Supl 1:3s, p. 1-11, 2017.
- SZWARCWALD, C. L. et al. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p.S54-S64, set. 2005.
- TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIA-CAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 975-986, 2006.
- VINIEGRA, L. Haciaun concepto de salud colectiva. **Salud publica de Mexico**, México, v. 27, n. 5, p.410-418, set. 1985.