



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**PATRÍCIA MALLÚ LIMA DOMINGUES**

**AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE MULHERES NEGRAS E  
BRANCAS E FATORES ASSOCIADOS**

Salvador  
2013

**PATRÍCIA MALLÚ LIMA DOMINGUES**

**AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE MULHERES NEGRAS E  
BRANCAS E FATORES ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Enilda Rosendo do Nascimento

Salvador  
2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,  
SIBI - UFBA.

D671 Domingues, Patrícia Mallú Lima

Autoavaliação do estado de saúde de mulheres brancas e negras e fatores associados / Patrícia Mallú Lima Domingues. – Salvador, 2013.

86 f.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Enilda Rosendo do Nascimento.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2013.

1. Autoavaliação. 2. Saúde das Mulheres. 3. Gênero e Saúde. 4. Racismo e Saúde. I. Nascimento, Enilda Rosendo. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 613.99

**PATRÍCIA MALLÚ LIMA DOMINGUES**

**AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE MULHERES NEGRAS E BRANCAS E FATORES ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em 16 de Abril de 2013.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

Enilda Rosendo do Nascimento Rosendo

Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia.

Maria Enoy Neves Gusmão Maria Enoy Neves Gusmão

Doutora em Saúde Pública, Professora da Universidade Federal da Bahia.

Edméia de Almeida Cardoso Coelho Edméia de A.C. Coelho

Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia.

Raquel Souza

Doutora em Saúde Pública, Professora da Universidade Federal da Bahia.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelas oportunidades que me proporcionou até hoje, por guiar meus passos e permitir o meu progresso pessoal e profissional.

A minha mãe e meu pai, pelo amor, incentivo, zelo, apoio constante e pelo empenho e dedicação à minha formação.

A minha orientadora, Enilda, pelo acolhimento, confiança, paciência que demonstra desde quando começamos a trabalhar juntas na iniciação científica. Tenho uma gratidão imensa por tudo que me proporcionou.

Às integrantes do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher (GEM), pelas contribuições, troca de conhecimentos e convivência harmoniosa.

Ao corpo docente da Pós-graduação e da Graduação da Escola de Enfermagem– UFBA, por tudo o que me foi proporcionado durante a minha trajetória nessa Escola que com certeza contribuíram para o meu amadurecimento profissional e pessoal.

Às minhas amigas e colegas do mestrado, especialmente, Amanda, Márcia, Emanuelle e Leonildo, pela convivência, incentivo, troca de ideias, pelos momentos de descontração e força nos períodos de estresse e angústia.

Às professoras que fizeram parte da comissão examinadora pelas valiosas contribuições.

A Quessia, minha amiga e tutora na Iniciação Científica, pelo incentivo e encorajamento para que eu chegasse até aqui.

Ao meu namorado, pelo companheirismo, paciência, estímulo e por sempre me fazer acreditar que eu sou capaz.

Aos meus familiares, irmãos, tias, tios, avós e avô, primas e primos pelo carinho e atenção.

A Gabriele Paixão, estudante da graduação em enfermagem, pelo ajuda no levantamento bibliográfico, construção do banco de dados e pela convivência nesses dois anos de tutoria de Iniciação Científica.

A Diorlene Oliveira e Srº Francisco Santana, pelas importantes contribuições na construção do banco de dados e análise estatística dos dados.

A Samuel, funcionário do PGENF, pela disponibilidade e celeridade para resolver nossas solicitações.

Enfim, a todas as pessoas que torceram por mim!

## RESUMO

DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima. **Autoavaliação do estado de saúde de mulheres negras e brancas e fatores associados**. 86f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

Estudos de base populacional demonstram que há diferenças na autoavaliação do estado de saúde entre os diferentes grupos de pessoas e que o contexto socioeconômico, fatores de ordem individual e a utilização de serviços de saúde estão implicados nas avaliações que as pessoas fazem da própria saúde. No caso das mulheres, não há consenso, mas as negras tendem às piores autoavaliações do estado de saúde, comparadas às brancas. Acredita-se que as desigualdades raciais e de gênero refletem esses achados. O objetivo geral do estudo é comparar a autoavaliação do estado de saúde de mulheres brasileiras segundo a raça/cor da pele; e específicos: descrever os fatores sociodemográficos e da utilização dos exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino, segundo a raça/cor da pele das mulheres; verificar a associação entre a autoavaliação do estado de saúde e fatores sociodemográficos, segundo a raça/cor da pele das mulheres; verificar a associação entre a autoavaliação do estado de saúde e a utilização dos exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino, segundo a raça/cor da pele das mulheres. Estudo transversal, exploratório, de base populacional, que utilizou dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios do ano de 2008. Foram incluídas no estudo mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 15 anos. Adotou-se como variável dependente a autoavaliação do estado de saúde e variáveis independentes as características sociodemográficas e da utilização dos exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino. Realizou-se distribuição proporcional da caracterização das mulheres mediante o uso de frequências uni/bivariadas e medidas descritivas. Utilizou-se a prevalência como medida de ocorrência e como medida de associação a Razão de Prevalência e seus respectivos intervalos de confiança a 95%, estimados em função da regressão de Poisson, pelo método de variância robusta. As mulheres negras têm menor idade média e estão sobrerrepresentadas entre aquelas com menor renda familiar *per capita*, menor escolaridade e menor utilização dos exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino. Entre as mulheres negras a prevalência da autoavaliação negativa do estado de saúde foi de 54,5% e entre as brancas 45,5%. A associação entre a autoavaliação do estado de saúde e a raça/cor da pele foi positiva e estatisticamente significativa (RP=1,19; IC95%: 1,17 - 1,21), e as mulheres negras foram as que mais autoavaliaram o seu estado de saúde como negativo. As associações entre a autoavaliação do estado de saúde e os fatores sociodemográficos e de utilização dos exames preventivos foram estatisticamente significantes e coincidiram para as mulheres negras e brancas, no entanto, as prevalências da autoavaliação do estado de saúde diferiram segundo a cor da pele. As desigualdades socioeconômicas e de utilização dos exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino encontradas neste estudo foram traduzidas em desigualdades na autoavaliação do estado de saúde de mulheres negras e brancas e, em certa medida, tem relação com as desigualdades de gênero, raça e classe social.

**Palavras-chave:** Autoavaliação. Saúde das Mulheres. Gênero e Saúde. Racismo e Saúde.

## ABSTRACT

DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima. **Self-evaluation of health status of white and black women and factors characteristics.** 86sh. Dissertation (Masters in Nursing). School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2013.

Population-based studies show that there are differences in self-assessment of health status among the different groups of people and that the socioeconomic context, factors of individual order and the use of health services are involved in the evaluations that people make of their own health. For women, there is no consensus, but the black ones tend to the worse self-evaluations of health status, compared to the white ones. It is believed that the racial and gender inequalities reflect these findings. The overall objective of the study was to compare the self-evaluation of health status of Brazilian women according to race/skin color and the specific ones were: to describe the sociodemographic factors and use of preventive exams for breast, cervical and uterine cancer, according to race/color skin of women; to verify the association between self-evaluation of health status and sociodemographic factors, according to race/skin color of women; to investigate the association between self-evaluation of health status and the use of preventive exams for breast, cervical and uterine cancer, according to race/skin color of women. This is a cross-sectional, exploratory, population-based study, which used data from the Household Sample National Survey of 2008. Were included in the study women living in Brazil aged 15 years and over. It was adopted as dependent variable the self-evaluation of the health status and as independent variables the sociodemographic characteristics and the use of preventive exams for breast, cervical and uterine cancer. It was held a proportional distribution of the characterization of women through the use of uni/bivariate frequencies and descriptive measures. The prevalence was used as a measure of occurrence and as a measure of association it was used the Prevalence Ratio and its respective confidence intervals at 95%, estimated considering the Poisson regression through the robust variance method. Black women have lower average age and are over-represented among those with the lowest *per capita* family income, less schooling and less use of preventive exams for breast, cervical and uterine cancer. Among black women the prevalence of negative self-evaluation of health status was of 54.5% and 45.5% among the white ones. The association between the self-assessment of health status and race / skin color was positive and statistically significant (PR = 1.19, CI 95%: 1.17 - 1.21), and black women had the highest self-rated their health status as negative. The associations between the self-assessment of health status and sociodemographic factors and use of preventive exams were statistically significant and coincided for black and white women, however, the prevalence of self-assessment of health status differed according to skin color. Inequalities in the socioeconomic field and in the use of preventive exams for breast, cervical and uterine cancer found in this study were translated into inequalities in the self-evaluation of health status of black and white women and, to some extent, are related to gender, race and social class inequalities.

**Key words:** Self-Assessment. Women's Health. Gender and Health. Ethnicity and Health.



## RESUMEN

DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima. **Autoevaluación del estado de salud de las mujeres negras y blancas y los factores asociados.** 86 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2013.

Los estudios basados en la población muestran que existen diferencias en la autoevaluación del estado de salud entre los diferentes grupos de personas y el contexto socioeconómico, los factores individuales y el uso de los servicios de salud están implicados en las evaluaciones que las personas hacen su propia salud. Para las mujeres, no hay consenso, pero las negras tienden a peores autoevaluaciones del estado de salud, en comparación con las blancas. Se cree que las desigualdades raciales y de género reflejan estos hallazgos. El objetivo general del estudio fue comparar la autoevaluación del estado de salud de las mujeres brasileñas por raza/color de la piel; y específicos: describir los factores sociodemográficos y la utilización de exámenes preventivos de cáncer de mama y cervical del útero, según raza/color la piel de la mujer; verificar la asociación entre la autoevaluación del estado de salud y los factores sociodemográficos de las mujeres según raza/color de la piel; verificar la asociación entre la autoevaluación del estado de salud y el uso de exámenes preventivos para el cáncer de mama y cervical del útero, según raza/color de la piel de las mujeres. Estudio transversal y exploratorio, basado en la población, que utilizó datos de la Encuesta Nacional de Hogares, Brasil, 2008. El estudio incluyó a mujeres que viven en Brasil de 15 años y más. Fue adoptado como variable dependiente la autoevaluación del estado de salud y las variables independientes las características sociodemográficas y la utilización de exámenes preventivos para el cáncer de mama y cervical del útero. Celebrada caracterización distribución proporcional de las mujeres a través del uso de las frecuencias uni/bivariado y medidas descriptivas. Se utilizó como una medida de ocurrencia la prevalencia y como una medida asociación de la razón de la prevalencia y sus intervalos de confianza al 95%, estimadas em función de la regresión de Poisson, la varianza método robusto. Las mujeres negras tienen una menor edad media y están sobre-representados entre los de menor ingreso familiar per cápita, menos educación y menos uso de exámenes preventivos para el cáncer de mama y de cuello uterino. Entre las mujeres negras de la prevalencia de la negativa de autoevaluación del estado de salud fue del 54.5% y el 45.5% de las mujeres blancas. La asociación entre la autoevaluación del estado de salud y la raza / color de la piel es positiva y estadísticamente significativa (RP = 1,19, IC 1.17-1.21 95%) y las mujeres negras tenían la más alta autopercepción su estado de salud como algo negativo. Las asociaciones entre la autoevaluación del estado de salud y los factores sociodemográficos y el uso de exámenes preventivos fueron estadísticamente significativos y coincidió para las mujeres en blanco y negro, sin embargo, la prevalencia de la autoevaluación del estado de salud distinto según el color de la piel. Las desigualdades socioeconómicas y y el uso de los exámenes preventivos del cáncer de mama y cervical del útero que se encontró en este estudio se tradujeron en desigualdades en la autoevaluación del estado de salud de la mujeres blancas y negras y en cierta medida, se relaciona con las desigualdades de género, raza y clase social.

**Palabras Clave:** Autoevaluación. Salud de la Mujer. Género y Salud. Origen Étnico y Salud.

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1.** Definições operacionais e categorização das variáveis do estudo. Salvador, 2013.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1.** Distribuição proporcional global e por cor da pele segundo características sociodemográficas de mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 15 anos. Brasil, 2008.

**Tabela 2.** Distribuição proporcional global e por cor da pele segundo a utilização de exames preventivos do câncer da mama e cervicouterino de mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 25 anos. Brasil, 2008.

**Tabela 3.** Associação entre a autoavaliação negativa do estado de saúde e as características sociodemográficas de mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 15 anos. Brasil, 2008.

**Tabela 4.** Associação entre a autoavaliação negativa do estado de saúde e as características da utilização de exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino de mulheres residentes no Brasil com 25 anos e mais de idade. Brasil, 2008.

**Tabela 5.** Distribuição proporcional global e por cor da pele segundo características sociodemográficas de mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 25 anos. Brasil, 2008.

## LISTA DE GRÁFICOS

**Gráfico 1.** Prevalências da autoavaliação do estado de saúde segundo a cor da pele de mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 15 anos. Brasil, 2008.

**Gráfico 2.** Prevalências da autoavaliação negativa do estado de saúde segundo características sociodemográficas e a cor da pele de mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 15 anos. Brasil, 2008.

**Gráfico 3.** Prevalências da autoavaliação negativa do estado de saúde segundo as características da utilização dos exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino saúde feminina de mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 25 anos. Brasil, 2008.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Deff	Design Effect
ECM	Exame Clínico das mamas
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
Ep	Erro padrão
GEM	Grupo de Estudos Sobre Saúde da Mulher
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
N	População do estudo
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCCU	Preventivo do câncer cervicouterino
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSU	Unidade Primária de Amostragem
RP	Razão de prevalência
SM	Salário Mínimo
STRAT	Identificação de estrato de município auto-representativo e não auto-Representativo
SUS	Sistema Único de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>17</b>
2.1	AUTOAVALIAÇÃO COMO MEDIDA DO ESTADO DE SAÚDE	17
2.2	GÊNERO E AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE MULHERES	20
2.3	RAÇA, RACISMO E A AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE MULHERES	26
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>30</b>
3.1	DESENHO E TIPO DE ESTUDO	30
3.2	FONTE DOS DADOS	30
3.3	PLANO AMOSTRAL DA PNAD 2008	31
3.4	POPULAÇÃO DO ESTUDO	31
3.5	DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO	32
3.6	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	34
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	35
3.8	VANTAGENS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	36
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>37</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>49</b>
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE UTILIZAÇÃO DOS EXAMES PREVENTIVOS DO CÂNCER DE MAMA E CERVICOUTERINO	49
5.2	AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS MULHERES	50
5.3	AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DOS EXAMES PREVENTIVOS DO CÂNCER DA MAMA E CERVICOUTERINO	67
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES</b>	<b>73</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>77</b>
	<b>APÊNDICE A</b>	<b>86</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde é influenciada por uma gama de fatores individuais, coletivos e macroestruturais que são delimitados pelo contexto histórico e social no qual as pessoas estão inseridas. Esse conjunto de elementos determina o estilo de vida, bem como os modos de adoecimento e morte que caracterizam o estado de saúde de uma população, cuja mensuração tem sido feita por meio dos chamados indicadores de saúde. Estes se referem a medidas que informam sobre a ocorrência de determinados eventos em dada população, tais como a taxas de morbidade, mortalidade e a esperança de vida ao nascer.

Do ponto de vista individual, a saúde pode ser avaliada por medidas objetivas tais como a pressão arterial, o índice de massa corporal, os níveis de glicemia e colesterol e um conjunto de sinais e sintomas cujos parâmetros da normalidade são aceitos mundialmente e indicam a presença ou ausência de determinadas patologias ou o risco ao qual a pessoa pode estar submetida. Contudo, o modo como cada pessoa se percebe como tendo uma saúde boa ou ruim não está atrelada apenas ao risco ou aparecimento de doenças ou de desajustes detectados através de exames, o que enseja o caráter subjetivo da saúde.

Esta dimensão subjetiva do estado de saúde tem sido estudada por meio da autoavaliação do estado de saúde que é o estado de saúde avaliado segundo o ponto de vista da própria pessoa (IBGE, 2010); envolve o conhecimento que a pessoa tem dos componentes físicos, emocionais, socioculturais e outros que influenciam a sua saúde, seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Configura, portanto, uma percepção multidimensional da saúde que não se baseia apenas na presença ou ausência objetiva de sinais e sintomas de doenças.

Além do contexto socioeconômico no qual a pessoa está inserida, fatores de ordem individual e o uso de serviços/insumos de saúde também estão implicados nas percepções que as pessoas têm de sua própria saúde.

Estudos de base populacional realizados em algumas partes do mundo evidenciam que há diferenças na autoavaliação do estado de saúde entre pessoas de acordo com o sexo e a raça/cor da pele. As mulheres tendem às piores avaliações de seu próprio estado de saúde, como demonstram estudos realizados nos Estados Unidos (PLEIS; SCHILLER; BENSON, 2003); Portugal (VINTÉM, 2008); Argentina (ALAZRAQUI, 2009), e no Brasil (BARROS et al, 2009). As pessoas negras também apresentam desvantagens em termos de autoavaliação do estado de saúde, comparadas às brancas (BARATA et al, 2007).

Embora reportem pior autoavaliação do seu estado de saúde, as mulheres apresentam maior esperança de vida, menores taxas de mortalidade e maior acesso ao cuidado preventivo em saúde, quando comparadas aos homens (BARATA, 2009). Todavia, tais problemas incidem de forma diferenciada entre as mulheres negras e brancas, como resultado das relações desiguais de gênero, raça e classe social, que são determinantes das condições de vida e experiências de busca/utilização dos serviços saúde. No entanto, nos estudos que envolvem a autoavaliação do estado de saúde das mulheres, essas desigualdades que marcam as suas condições de existência, na maioria das vezes, são naturalizadas.

A relação entre a autoavaliação do estado de saúde e a utilização de serviços de saúde foi estudada por Rodrigues et al (2008). Essa investigação mostrou que entre as pessoas idosas do Sul e Nordeste do Brasil, aquelas que autoavaliaram a sua saúde como negativa tiveram maior chance de buscar atendimento ambulatorial. No estudo de Fernandes, Bertoldi e Barros (2009) foi identificado que os indivíduos com autopercepção de saúde muito ruim tem probabilidade três vezes maior de utilizar os serviços de saúde, quando comparadas às pessoas que consideram sua saúde como muito boa.

Assim, a maior utilização dos serviços de saúde parece estar em concordância com a pior autopercepção do estado de saúde. No entanto, como mostrado por Kassouf (2005) as pessoas que fazem maior uso de exames de rotina e prevenção autoavaliam o seu estado de saúde mais positivamente. A utilização desses exames é fundamental para o diagnóstico e tratamento precoce, para cura das doenças e se mostra como um fator importante para a melhoria da qualidade de vida, do bem-estar geral bem como dos indicadores de saúde da população.

No caso específico das mulheres, alguns exames preventivos tem relevância reconhecida na comunidade científica, dentre eles destacam-se os exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino. Contudo, há desigualdades na utilização desses exames como mostrado por Bairros et al (2011) e Góes (2011). Além disso, Novaes e Mattos (2009) mostraram que existe associação entre a autoavaliação do estado de saúde e a não realização da mamografia de modo que entre as mulheres que referem estado de saúde ruim a prevalência de não realização do referido exame é maior.

Foram identificados poucos estudos dedicados à análise da autoavaliação do estado de saúde de mulheres, especialmente no Brasil. Embora alguns estudos apresentem a informação quanto à autoavaliação do estado de saúde desagregada por sexo, comparando as percepções de mulheres e homens (NUNES, 2007; BARATA, 2007; VINTÉM, 2008), as diferenças do



estado subjetivo de saúde entre as próprias mulheres tem sido pouco contempladas, especialmente com recorte racial.

Os estudos encontrados mostram-se insuficientes para captar as particularidades dos diferentes grupos de mulheres brasileiras no que tange ao modo como elas autoavaliam o seu estado de saúde. Além disso, observa-se conhecimento precário no que tange à utilização de variáveis mais implicadas nas experiências das mulheres que podem impactar na saúde e na maneira como elas autoavaliam o seu estado de saúde. Nesse sentido, vale destacar aspectos atuais do trabalho, da renda, dos arranjos familiares, da fecundidade e da utilização de exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino como reflexos das relações desiguais de gênero e do racismo.

Diante do exposto, questionamos: existem diferenças na autoavaliação do estado de saúde segundo as características sociodemográficas e de utilização de exames preventivos do câncer da mama e cervicouterino de mulheres negras e brancas?

Tendo, portanto, como objeto a autoavaliação do estado de saúde de mulheres negras e brancas, o estudo tem os seguintes objetivos:

Geral:

- Comparar a autoavaliação do estado de saúde de mulheres brasileiras segundo a raça/cor da pele.

Específicos:

- Descrever os fatores sociodemográficas e da utilização dos exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino, segundo a raça/cor da pele das mulheres.

- Verificar a associação entre a autoavaliação do estado de saúde e fatores sociodemográficos, segundo a raça/cor da pele das mulheres.

- Verificar a associação entre a autoavaliação do estado de saúde e a utilização dos exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino, segundo a raça/cor da pele das mulheres.

O estudo torna-se relevante na medida em que contribui para o avanço da discussão científica acerca das desigualdades na autoavaliação do estado de saúde de mulheres utilizando gênero e raça como categorias de análise. Procuramos dar destaque àqueles aspectos mais diretamente implicados nas relações (desiguais) de gênero e raça, tais como o rendimento, escolaridade, trabalho, chefia familiar, reprodução, utilização exames preventivos de saúde feminina, entre outras.

Os resultados deste estudo são relevantes, pois, expõe aspectos das condições de vida e saúde das mulheres, com um olhar para as desigualdades e os seus impactos sobre a saúde

de grupos específicos. A identificação de desigualdades, vulnerabilidades, fragilidades e demandas específicas de cada grupo de mulheres possibilita a proposição de novas estratégias para a melhoria da qualidade do cuidado prestado à saúde bem como a avaliação de políticas públicas e a (re)formulação de políticas e estratégias que visem à redução de iniquidades e à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres.

Pensar as especificidades relacionadas às mulheres na perspectiva de gênero e raça é fundamental para que tenhamos uma visão fidedigna da saúde de cada grupo de mulheres com o olhar para as demandas específicas. As enfermeiras, enquanto profissionais da saúde, têm ganhado destaque no desenvolvimento de estudos no campo das relações de gênero. Estes estudos tornam-se relevantes uma vez que dão visibilidade e contribuem no avanço da discussão científica acerca de assuntos, muitas vezes naturalizados pela comunidade científica, e das suas implicações nas condições existência das mulheres.

A abordagem de gênero foi incorporada e recomendada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), implantada em 2004 pelo Ministério da Saúde. A PNAISM também chama atenção quanto à especificidade de saúde de grupos de mulheres que apresentam determinadas vulnerabilidades sociais, dentre eles, destaca-se as mulheres negras (BRASIL, 2004). De acordo com Fonseca (1997), é necessário contextualizar o cuidado a partir dessa proposta e ver a enfermagem enquanto prática social privilegiada para, no conjunto das práticas em saúde, transformar a saúde das mulheres.

A realização desta pesquisa fortalece os estudos de gênero desenvolvidos pela linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFBA e o Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher - GEM.

A aproximação com a temática voltada às desigualdades na saúde da mulher se deu a partir da minha inserção no GEM, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) no ano de 2008. Enquanto bolsista de iniciação científica, vinculada ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC, entre os anos de 2008 a 2010, estive envolvida no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “Acesso de mulheres ao cuidado em saúde: implicações de gênero e raça/cor”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

## **2 AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE, DESIGUALDADES DE GÊNERO E RAÇA**

### **2.1 AUTOAVALIAÇÃO COMO MEDIDA DO ESTADO DE SAÚDE**

A mensuração do estado de saúde é uma importante ferramenta no campo da saúde pública e teve seu início com o registro sistemático de dados sobre mortalidade e sobrevivência. Medir o estado de saúde de populações permite, além de outros aspectos, definir níveis de comparação entre grupos, detectar iniquidades em relação às condições de saúde, às áreas geográficas ou ainda em relação às condições sociais, econômicas e culturais.

As taxas de mortalidade infantil e a expectativa de vida ao nascer são exemplos de medidas agregadas que se referem ao nível de saúde médio da população (NORONHA, 2005). São exemplos de indicadores que são muito utilizados para medir o estado de saúde da população de modo que se atribuem os melhores níveis de saúde àquelas populações que apresentam os melhores indicadores.

Apesar da sua importância e da ampla utilização para a avaliação da situação de saúde e desenvolvimento socioeconômico dos países, indicadores como taxa de mortalidade se referem apenas àquelas morbidades que já foram traduzidas em mortalidade. Consequentemente, essas medidas apresentam algumas limitações, uma vez que não levam em consideração os fatores que apesar de não causarem morte, geram perda de bem-estar e podem interferir no modo como o indivíduo percebe sua saúde (NORONHA, 2005).

Tais aspectos, somados às mudanças no perfil epidemiológico e demográfico que vêm ocorrendo nas últimas décadas, como a redução da natalidade, aumento da expectativa de vida, a redução da morbimortalidade por doenças infectocontagiosas e a emergência das doenças crônicas não transmissíveis e à melhor compreensão do significado de saúde e dos seus determinantes, passou-se a recomendar a utilização de outras medidas que pudessem incorporar outras dimensões da saúde, permitindo captar o real estado de saúde que as pessoas desfrutam (OLIVEIRA, 2004).

Assim, muito mais do que uma mensuração sobre a quantidade de mortes ou sobreviventes, este novo olhar exige a avaliação do impacto das doenças, do comprometimento das atividades diárias e da percepção que a pessoa tem sobre sua saúde (FLECK, 2000). Desse modo, outras medidas de avaliação do estado de saúde passam a ser estudadas incorporando as dimensões biológica, psicológica e social da saúde dos indivíduos e que levam em consideração aspectos relacionados ao âmbito individual.

As medidas do estado de saúde individual são classificadas por Noronha (2005) em objetivas e autorreportadas. As objetivas referem-se às medidas antropométricas (peso, altura, índice de massa corporal) e às clinicamente determinadas (obtidas através de exame clínico, tais como pressão arterial e glicemia). As autorreportadas correspondem a indicadores subjetivos e compreendem três dimensões do estado de saúde: dimensão clínica, dimensão funcional e dimensão subjetiva.

Na dimensão clínica, a doença é definida como um desvio de uma norma fisiológica, caracterizada pela existência de doença crônica e restrição de atividades habituais por motivo de saúde em um determinado período. Na dimensão funcional a doença é definida como a falta de habilidade ou dificuldade para o desempenho de atividades da vida diária. Já na dimensão subjetiva, o estado de saúde é determinado a partir da avaliação que o próprio indivíduo faz sobre a sua saúde (NORONHA, 2005).

A dimensão subjetiva em saúde tem ganhado destaque em investigações no âmbito nacional e internacional. Isto se justifica por envolver o conhecimento que o próprio indivíduo tem em relação aos fatores que influenciam a sua saúde, seu bem estar e a qualidade de vida sendo por isso considerada uma importante medida do estado de saúde individual.

Também nomeada por estudiosos(as) como autoavaliação ou auto-percepção do estado de saúde, estado de saúde autorreferido ou saúde percebida, as medidas subjetivas apresentam um caráter multidimensional da saúde. Ela reflete a percepção integrada do indivíduo nas suas dimensões biológica, física, psicológica e social sendo, por isso, apontada como um importante preditor de mortalidade, de morbidade, de declínio funcional, de utilização dos serviços de saúde, e de necessidade de cuidado em saúde na população em geral (LIMA-COSTA; FIRMO, UCHÔA, 2004; CAPILHEIRA; SANTOS; 2006; RODRIGUES et al, 2008; PIMENTA et al, 2010).

Estudos apontam que a mensuração da saúde percebida é relevante para a área da saúde, pois a avaliação feita pelas pessoas sobre suas condições de saúde pode refletir o autoconhecimento de problemas de saúde desde a sua fase pré-clínica. Tal fato dá validade às informações que o sujeito fornece sobre o seu estado de saúde (DE VITTA; NERI; PADOVANI, 2006).

Além disso, estudos mostram que há uma estreita relação entre a autoavaliação do estado de saúde e a morbimortalidade da população sendo, portanto, um importante preditor de mortalidade. As pessoas que relatam ter saúde ruim têm chance de mortalidade consistentemente mais alta do que aquelas que relatam melhor estado de saúde. Ademais, o estado de saúde autorreferido pode refletir não apenas a exposição à doença, mas também o

conhecimento do indivíduo em relação às causas e consequências das mesmas (DACHS; SANTOS, 2006; HÖFELMANN; BLANK, 2007; BARATA *et al* 2007; VINTÉM, 2008).

As informações acerca da autoavaliação do estado de saúde vêm sendo coletadas principalmente através de inquéritos domiciliares de saúde em vários países e geralmente é obtida por meio de uma única questão. No Brasil, destaca-se a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) que teve essa variável introduzida no ano de 1998, quando o questionário do suplemento saúde foi ampliado. Para coletar a informação é feita a seguinte pergunta: *De um modo geral, \_\_\_\_\_ considera o seu próprio estado de saúde como?* São oferecidas cinco opções de respostas: muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim (IBGE, 2010).

McDowell (2006) aponta que a utilização de medidas subjetivas de saúde amplia as informações sobre a saúde obtidas com base em estatísticas de mortalidade e de morbidade, uma vez que o indivíduo ao fazer a sua avaliação, leva em consideração aspectos como dor, sofrimento, depressão que nunca poderiam ser inferidos por medidas físicas ou testes laboratoriais. Além disso, contribuem também com informações sobre os indivíduos, no que tange à necessidade, ou não, de receber cuidados. Esse tipo de medida apresenta a vantagem de não necessitar de procedimentos invasivos ou análises laboratoriais dispendiosas para ser mensurada.

De acordo com as pesquisadoras Lima-Costa, Firmo e Uchôa (2004), a autoavaliação do estado de saúde, enquanto medida subjetiva do estado de saúde, é um melhor preditor de mortalidade do que as medidas objetivas, pois reflete uma percepção integrada do indivíduo, incluindo suas dimensões biológica, psicossocial e social. Além disso, essa avaliação apresenta confiabilidade e validade equivalentes a outras medidas mais complexas da condição de saúde.

Portanto, a autoavaliação do estado de saúde produz uma auto-classificação global do indivíduo que considera sinais e sintomas de doenças (diagnosticadas ou não por profissionais de saúde), além do impacto dessas condições no seu bem-estar físico, mental e social (BARROS *et al*, 2009). A autoavaliação do estado de saúde também está associada a medidas objetivas de morbidade e de uso dos serviços de saúde e é considerada um importante indicador da qualidade de vida percebida, em todas as fases da vida dos indivíduos (DE VITTA, 2001).

Viacava (2002) admite que apesar do seu caráter subjetivo, a autoavaliação do estado de saúde tem especial relevância também na explicação do uso de serviços de saúde, confirmando que a proporção de pessoas que define seu estado de saúde como regular ou ruim

é um poderoso preditor do uso de serviços de saúde e já foi associado com a mortalidade em estudos longitudinais.

A subjetividade da variável autoavaliação do estado de saúde pode trazer certas limitações, uma vez que depende do conjunto de informações que os indivíduos dispõem sobre o seu próprio estado de saúde. Assim, a noção do que é ter um bom ou ruim estado de saúde pode variar entre os indivíduos da sociedade. Um exemplo disso é que aquelas pessoas que têm menor acesso aos serviços de saúde provavelmente conhecem menos sobre o seu verdadeiro estado de saúde e, portanto, podem relatar uma saúde que não seja coerente com o real estado (NORONHA, 2005).

A autoavaliação do estado de saúde se mostra então como uma medida válida e relevante do estado de saúde e, segundo Höfelmann e Blank (2007), sua utilização para medir o estado de saúde se justifica por sua facilidade de operacionalização associada à grande confiabilidade dos resultados a partir da sua utilização.

## 2.2 GÊNERO E AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE MULHERES

Para as mulheres brasileiras, a esperança de vida ao nascer, em 2010, foi de 77,3 anos, enquanto que para os homens foi 69,4 anos. No entanto, esses resultados são distintos quando desagregados por raça/cor da pele. Entre as mulheres, por exemplo, a esperança de vida nesse mesmo ano foi cerca de 70,9 anos para as negras e 74,6 anos para as brancas (PAIXÃO et al, 2011). Também foi identificada uma sobremortalidade masculina em relação à feminina em quase todas as todas as faixas etárias, no entanto, a partir dos 70 anos de idade, a mortalidade é maior entre as mulheres e também difere segundo a cor da pele (IBGE, 2011).

Essa também é a realidade observada em outras regiões do mundo, exceto em países em que é comum a prática do infanticídio feminino e naqueles onde a atenção à gestação e ao parto é muito precária e que resultam em altas taxas de mortalidade materna, podendo a mortalidade feminina superar a masculina nessas faixas etárias (BARATA, 2009).

O fato de achados como os apresentados anteriormente sinalizarem que as mulheres apresentam maior longevidade e menor mortalidade, relativamente aos homens, fez com que pesquisadoras/es levantassem a hipótese de que as mulheres teriam melhor estado de saúde. Contudo, essa realidade parece contraditória, uma vez que estudos apontam que as mulheres, quando comparadas aos homens, possuem maior probabilidade de referir a sua saúde como ruim e presença de morbidades em diferentes etapas da vida (DACHS, 2002; SZWARCOWALD et al, 2005a; BARATA et al, 2007; VINTÉM, 2008). Este fato faria alterar

aquela ideia inicial de que as mulheres apresentam melhor estado de saúde do que os homens quando medido pelos indicadores de mortalidade.

Entretanto, deve-se levar em consideração que a autoavaliação do estado de saúde é condicionada por um conjunto de informações que podem estar ou não disponíveis para as pessoas. Acredita-se que a maior procura e utilização dos serviços de saúde pelas mulheres (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; BARATA, 2009), que está relacionada ao processo de socialização feminina, faz com que este grupo populacional apresente maior conhecimento sobre a sua própria saúde, sobre os diagnósticos, informações e sintomatologia de determinadas doenças, sobre o histórico familiar de patologias e de outros fatores que podem influenciar no seu estado de saúde.

Além disso,

a superior representação das mulheres nas estatísticas de doença declarada representará, nesta hipótese, não tanto um maior grau de doença, mas apenas uma atitude mais ativa de gestão da sua saúde que atuará como medida preventiva de doença mais grave e terá efeitos na redução da mortalidade (SILVA, 1999 p.33)

Em contrapartida, a construção da identidade social masculina, relacionada à virilidade, força, coragem e poder, onde o cuidado com a saúde não é visto como uma prática comum entre os homens, faz com que esses tenham dificuldade em identificar desajustes na saúde e admitir a necessidade de utilização dos serviços de saúde. Portanto, o menor acesso a estes serviços atrelado à afirmação da masculinidade resulta num reduzido conhecimento sobre o estado de saúde por parte dos homens.

As questões relacionadas à afirmação da masculinidade contribuem muitas vezes para a ocultação do estado de mal-estar e até mesmo de doença (VINTÉM; GUERREIRO; CARVALHO, 2008). Provavelmente, esses aspectos levam os homens a referir melhores níveis de saúde em relação às mulheres e, conseqüentemente, terem menor cuidado com a saúde o que pode provavelmente refletir sobremortalidade masculina.

Diferentes perspectivas são utilizadas para explicar as diferenças na percepção de saúde. De acordo com Rodrigues e Maia (2010) as diferenças biológicas, ou seja, as distintas características hormonais e genéticas apresentadas pelas mulheres seriam responsáveis pela gênese das disparidades em termos de autoavaliação do estado de saúde entre homens e mulheres. Por outro lado, existem críticas a essa teoria que mostram que na determinação do estado de saúde, hierarquicamente, gênero atribui maior valor quando comparado ao sexo biológico.



Estudiosos/as como Ferreira e Santana (2003) explicam que para além das diferenças biológicas, outros aspectos estão imbricados na compreensão desta problemática. O fato de as mulheres apresentarem um condicionante para o decréscimo da percepção do estado de saúde, independentemente de outras variáveis de contexto, estaria diretamente relacionado com as desigualdades de gênero reproduzidas na sociedade. Essa constatação, segundo Barata (2009) sugere o efeito independente do gênero sobre o estado de saúde.

Gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos e uma forma primeira de dar significado às relações de poder (SCOTT, 1990). Dessa forma, gênero assume papel de relevância enquanto marcador das diferenças sociais entre os homens e as mulheres. Tais diferenças, para além do aspecto biológico, devem ser explicadas a partir da determinação sociocultural.

Assim, na relação das mulheres com a sociedade, e nesta se insere os aspectos relacionados com a saúde e a doença, é extremamente relevante adotar gênero enquanto categoria analítica seja para investigar as desigualdades entre homens e mulheres ou entre distintos grupos de mulheres ou de homens.

De acordo com Barata (2009) as relações desiguais atravessam todas as dimensões da vida social, possuem dinâmica própria independente de outros processos sociais e são marcadas pelo antagonismo na relação de dominação das mulheres pelos homens. Assim, as diferentes posições e papéis sociais historicamente determinados para homens e mulheres na sociedade têm suas origens nas desigualdades de gênero e são responsáveis por colocar as mulheres em situação de desvantagem.

Consequentemente, as mulheres são inseridas em espaços desvalorizados socialmente, ficando as mesmas em condições restritas de ascensão social e econômica. As mulheres, em comparação aos homens, ocupam cargos menos importantes, têm menores salários, recebem menos por hora trabalhada, possuem pouca autonomia no desempenho das suas atividades e, geralmente, apresentam vínculos empregatícios mais precários. Todas essas características podem levar ao desgaste físico e psicológico e interferir na forma como as mulheres avaliam sua saúde. Destaca-se que, as essas desigualdades incidem de forma diferenciada entre as mulheres a depender da classe social e da raça, implicando em desigualdades entre as próprias mulheres.

Ao longo dos últimos anos vêm ocorrendo importantes mudanças no que diz respeito aos papéis sociais de homens e mulheres. A crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho permitiu o aumento do quantitativo de mulheres entre a população com renda própria. De acordo com Barata (2009), a entrada da mulher no mercado de trabalho formal



apresentou um efeito protetor em relação à sua saúde, mais especificamente para a saúde mental. Entretanto, quando comparadas aos homens, a situação de saúde mental da mulher se mostrou pior.

Apesar do aumento na representatividade feminina no mercado de trabalho formal, a grande maioria das mulheres ainda assume o papel de cuidadora dos/as filhos/as, do/a parceiro/a e de outros de familiares, além de também ser responsável pelas atividades domésticas e, portanto, acumula os papéis que foram impostos socialmente. Essa dupla jornada de trabalho, representada pelo somatório do trabalho doméstico não remunerado e o trabalho remunerado, está diretamente relacionada aos achados sobre a saúde mental das mulheres apresentados anteriormente.

Além disso, com o acúmulo de atividades as mulheres passaram a ter menos tempo livre e, mesmo assim, a grande maioria ainda permanece com baixo *status* socioeconômico, sendo que muitas vezes continua em situação de dependência financeira em relação ao/à companheiro/a.

Os diferentes modos de socialização para os homens e mulheres, bem como para mulheres de distintas classes econômicas e raça, conseqüentemente, geram construções sociais de saúde e doença também diferentes. Centrando-se na questão da autoavaliação do estado de saúde, Nunes (2007) afirma que a percepção de saúde das mulheres está ancorada no estereótipo da identidade feminina e nas pressões que as mesmas estão submetidas no desempenho dos seus diferentes papéis na sociedade.

Portanto, as diferentes socializações e as condições de existência marcadas pelas desigualdades de gênero, como a vida na família, a vida na sociedade, a vida no trabalho, e suas sobreposições, de alguma forma influenciam no bem-estar da mulher e, conseqüentemente, na forma como ela se autoavalia em termos de saúde.

Acredita-se também que a maior sensibilidade na percepção da saúde tenha relação direta com a maior frequência das mulheres aos serviços de saúde, o que permite a elas um maior conhecimento sobre o seu corpo, sendo mais fácil perceber os desequilíbrios. Silva (1999) e Barata (2009) acrescentam que o papel histórico de cuidadora dos filhos e de outros membros da família e as questões relacionadas à gravidez e ao parto, provavelmente também tenham relação com a maior atenção das mulheres às questões de saúde e doença e à maior frequência aos serviços de saúde. A mulher desenvolve, portanto, uma maior susceptibilidade aos sinais que são interpretados como de uma possível doença, aumentando a necessidade de identificar e relatar problemas de saúde e de buscar atenção à saúde.

Nessa perspectiva, o conceito de gênero é utilizado para dar enfoque às relações desiguais que são estabelecidas entre o masculino e o feminino no âmbito social e que apresentam repercussões na distribuição do estado de saúde. Apesar de ser empregada mais comumente na pesquisa qualitativa, a abordagem de gênero também tem sido aplicada em estudos no campo da epidemiologia social e apontam, mesmo que de forma indireta, para as relações desiguais de poder, justificando assim a sua importância nestes tipos de estudo (BARATA, 2009).

De acordo com Fonseca (1997 p.10-11),

a incorporação do gênero enquanto categoria analítica na epidemiologia social é fundamental para a compreensão das desigualdades sociais e da qualidade que assume o processo saúde-doença em cada sujeito ou em cada grupo social. Em se tratando de mulheres, além do conhecimento das especificidades da biologia feminina, há que se conhecer e compreender as especificidades da condição da mulher no espaço social considerado. Não basta dizer e reconhecer a situação de subalternidade feminina no mundo contemporâneo. Há que se conhecer as formas assumidas por esta subalternidade e como ela se expressa no que toca à determinação do processo saúde-doença.

A utilização da transversalidade de gênero no campo da saúde se justifica por ela “voltar não apenas para corpos e doenças, e sim para sujeitos e trajetórias de vida, que se enriquecem quando analisados/as sob a ótica de gênero” (VILELLA; MONTEIRO, 2009).

Assim, utilizar gênero como categoria de análise significa analisar os fatos sociais colocando a opressão/subordinação de gênero como o centro da indagação histórica. Além disso, ao estudar gênero é importante considerar que não existe masculino e feminino, mas masculinos e femininos, homens e mulheres, que apresentam características diferentes no que se refere a classe social, raça, etnia, cultura e religião. Essa heterogeneidade de características deve ser levada em consideração ao fazer a análise das condições de vida e saúde das mulheres (SCOTT, 1990).

Vilella e Monteiro (2009) chamam atenção quanto à importância do uso da categoria gênero no campo da pesquisa, especialmente da saúde dado a sua importância na compreensão dos fatos e afazeres humanos os quais refletem nos processos de saúde/doença. As autoras enfatizam que,

“as ações em saúde, ao serem dirigidas a sujeitos e grupos sociais, deveriam trazer incorporada a ideia de que o ser humano, ao constituir

a sua subjetividade em torno do processo de sexuação, não existe fora das tramas do gênero, eixo organizador da cultura” (p. 994).

Os estudos de gênero têm seu início marcado pelas lutas feministas em busca dos direitos das mulheres e, por muito tempo, houve certa impermeabilidade quanto à utilização desta categoria para além dos aspectos políticos (VILELLA; MONTEIRO, 2009). Entretanto, a compreensão das desigualdades de gênero e os seus reflexos sobre as vidas de mulheres e homens vêm extrapolando o campo da política e ganhando visibilidade na área da saúde.

Apesar dos avanços na área, as discussões com enfoque nas relações de gênero ainda parecem ser tímidas no processo de formação de profissionais da saúde o que pode contribuir para reforçar e reproduzir as desigualdades e opressões de gênero na formulação de políticas e na implementação das práticas do cuidado em saúde.

Concordando com Coelho (2005), nos espaços de cuidado à saúde das mulheres, as questões relacionadas às desigualdades de gênero mostram sua complexidade na singularidade da vida de cada uma delas. Entretanto, profissionais da saúde, por meio de suas práticas, são responsáveis, ora por construir espaços de transformação social, ora por manter a ordem institucional, reproduzindo as desigualdades de gênero na relação de cuidado.

Assim, fica nítida a necessidade de as mulheres serem atendidas de acordo com as necessidades do seu perfil de saúde-doença, compreendidas à luz da sua condição de gênero e outros recortes analíticos.

A enfermagem, enquanto prática social da área da saúde, historicamente, tem priorizado cuidar do processo saúde-doença da população feminina, na medida em que isto tem sido privilegiado inclusive pelos organismos nacionais e internacionais como a Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde, respectivamente. Portanto os cuidados de enfermagem devem ter um caráter contextual, incorporando a perspectiva de gênero, no sentido de implementar práticas transformadoras para atuar no processo saúde-doença. É importante salientar que no âmbito da saúde essa proposta deve ser incorporada não somente pelas enfermeiras, mas por todas as categorias de profissionais de saúde (FONSECA, 1997).

Apesar da sua importância na determinação social da vida cotidiana, gênero não atua de forma isolada, ele se intersecciona com a classe social e etnia na produção das desigualdades sociais, devendo-se considerar que o peso de cada um destes determinantes varia em função de cada sujeito e da sua história particular (VILELLA; MONTEIRO, 2009). Portanto, gênero deve ser redefinido e reestruturado em conjunção com uma redefinição de

igualdade política e social que inclua não somente o sexo, mas também variáveis como classe e raça (SCOTT, 1990).

### 2.3 RAÇA, RACISMO E A AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE MULHERES

Para estudar a autoavaliação do estado de saúde de mulheres, além dos aspectos relacionados às desigualdades de gênero, também é relevante levar em consideração a raça/cor da pele na análise, pois permite uma melhor compreensão do modo como as relações raciais estão envolvidas com as desigualdades sociais, onde se inserem as desigualdades em saúde.

Neste estudo entende-se que “raça não é uma condição biológica, mas uma condição social, psicossocial e cultural, criada, reiterada e desenvolvida na trama das relações sociais, envolvendo jogos de forças sociais e progressos de dominação e apropriação” (IANNI, 2004, p. 23). Portanto, nos estudos das relações raciais, para além dos aspectos relacionados ao biológico, é preciso levar em consideração as condições psicossociais e culturais de cada grupo de indivíduos tendo em vista as repercussões das desigualdades raciais e do racismo sobre a vida e a saúde da população negra.

O racismo é entendido por Barata (2009, p. 65) como:

uma ideologia social de inferioridade, que é usada para justificar o tratamento diferencial concedido a membros de grupos raciais ou étnicos, por indivíduos e instituições, usualmente acompanhados por atitudes negativas de depreciação com relação a esses grupos.

Portanto, o racismo é visto como uma ideologia que estrutura relações sociais e atribui a superioridade de uma raça sobre as demais. Surge no Brasil associado à escravidão, entretanto só após a abolição é fortalecido, estruturado e reproduzido como discurso que veio embasado “nas teses de inferioridade biológica dos negros, e se difunde no país como matriz para a interpretação do desenvolvimento nacional” (JACCOUD, 2008 p. 45).

O racismo se expressa na sociedade através de preconceito, discriminação e estereótipos e tem implicações importantes na vida e na saúde de pessoas negras atuando como um mecanismo de exclusão e determinando, portanto, o lugar que aquelas pessoas assumem na sociedade. Entretanto, algumas ideologias sustentam a inexistência de diferenças

ou conflitos raciais no Brasil e acabam reproduzindo a invisibilidade do fenômeno do racismo no país.

Neste contexto, destaca-se o mito da democracia racial que obscurece a expressão do racismo, mostrando o Brasil como um país onde as relações entre os grupos raciais são harmoniosas e que todas as pessoas, independentemente da raça ou cor da pele, vivem em condições de igualdade de oportunidades e direitos. Esta percepção de que o racismo é inexistente, funciona como um instrumento para a reprodução das relações desiguais de raça nas várias esferas da sociedade.

No campo da saúde também é possível identificar a reprodução do racismo e a invisibilidade deste fenômeno. De acordo com Kalckmann (2007), os serviços de saúde, por meios de profissionais, são responsáveis por aumentar a vulnerabilidade dos grupos menos privilegiados, ampliando barreiras para o acesso aos serviços de saúde e diminuindo a possibilidade de diálogo entre profissionais e as pessoas que procuram os serviços de saúde. Esse conjunto de desigualdades configura o racismo institucional.

Há evidências que todos estes processos têm profundos efeitos sobre vários aspectos da vida das pessoas e que podem ser expressas, também, através das desigualdades em saúde. O racismo muitas vezes pode se apresentar na sua forma sutil e, em virtude disso, expor as pessoas negras a diferentes modos de vida e saúde. É a população negra que apresenta menor expectativa de vida ao nascer, menor acesso aos serviços de saúde, está exposta a diferentes modos de adoecimento e morte e apresentam pior percepção do estado de saúde em comparação com a população branca.

A manutenção dessas desigualdades e das precárias condições de vida e saúde da população negra pode estar relacionada à expressão do racismo na sociedade brasileira. Para as mulheres a situação é ainda mais preocupante, uma vez que são vítimas também do sexismo, que se soma ao racismo, e juntos produzem as iniquidades em saúde.

Problemas da convivência e de hierarquias sociais entre mulheres desiguais por cor da pele, classe social, níveis de escolaridade, *status* profissional e mesmo geração estão longe de serem equacionados. No entanto, nos debates feministas sobre relações de gênero o tema das desigualdades entre as mulheres, além de ocuparem espaço menos privilegiado encontra-se subordinado ao das desigualdades entre homens e mulheres (COSTA, 2004). Este panorama certamente contribui para a ocultação e a naturalização das desigualdades entre as mulheres, apesar de estar ocorrendo mudanças ao longo dos anos.

As assimetrias demarcadas pelas relações de gênero e raça geram desigualdades que se refletem em vários aspectos da vida e da saúde das mulheres. As mulheres de estratos sociais

mais baixos, em sua maioria negras (ROSA, 2009), estão em situação de maior vulnerabilidade social quando comparadas às mulheres brancas, pois possuem piores condições de vida e acesso desigual à educação, ao mercado de trabalho formal e aos serviços de saúde. Essas mulheres são as que têm menores rendimentos, menor média de anos de estudo e estão em menor proporção no ensino superior (IPEA, 2011). No que tange à saúde, as mulheres negras e aquelas que possuem baixa condição socioeconômica são as que apresentam os piores indicadores de saúde bem como menor acesso aos serviços de saúde em geral.

Quanto à autoavaliação do estado de saúde e a raça, foram encontrados poucos estudos que abordassem a temática. Nesse contexto, ganha destaque o estudo realizado por Barata et al (2007) que utilizou uma amostra representativa da população brasileira com idade entre 15 e 64 anos. O estudo mostrou que a prevalência de estado de saúde regular ou ruim foi mais alta para a população negra e para as mulheres brancas. Como principais resultados destacaram-se a maior probabilidade de avaliar a saúde como ruim pelas mulheres negras (31,4%), seguidas das mulheres brancas (24,3%) e homens negros (22,0%).

No referido estudo, mesmo após o ajustamento por idade e condições econômicas, a influência do sexo e da cor na percepção do estado de saúde permaneceu significativa. Tendo os homens brancos como referência para a análise, os homens negros apresentaram chance 16% maior de referir estado de saúde regular ou ruim. Já para as mulheres brancas essa chance foi 50% maior e para as negras 97% maior. Tais achados denunciam a existência de desigualdade em termos de autopercepção do estado de saúde para a população negra, em especial para as mulheres.

Em contrapartida, os estudos realizados por Dachs (2002) e Dachs e Santos (2006), com brasileiras/os com 14 anos e mais de idade, apesar de apontar para uma relação entre a raça/cor e autoavaliação ruim/muito ruim do estado de saúde, mostrou que essa associação deixou de existir quando foram incluídos os efeitos da escolaridade e da renda na análise. Neste caso, a maior renda e a maior escolaridade contribuíram para uma melhor avaliação do estado de saúde das pessoas.

Os estudos que tratam das desigualdades raciais no Brasil têm revelado que as pessoas negras, quando comparadas às brancas, apresentam múltiplas desvantagens que se acumulam e impedem a igualdade de chances entre os grupos (JACCOUD, 2008). São as pessoas negras que possuem piores condições de vida, saúde e renda. São elas também que possuem os trabalhos que exigem menor qualificação profissional, que desempenham atividades mais insalubres, que estão em menor quantidade nas escolas e universidades brasileiras e que

possuem menor possibilidade de ascensão social.

Ou seja, essa parte da população brasileira, como afirma Cunha (2003, p. 12), “vivencia, em quase todas as dimensões de sua existência, situações de exclusão, marginalidade e ou discriminação socioeconômica, o que a coloca em posição de maior vulnerabilidade diante de uma série de agravos à saúde”.

Entretanto, segundo Leal, Gama e Cunha (2005) para a medição das desigualdades raciais há problemas metodológicos para se fazer a distinção do quanto tais desigualdades são inerentes às questões raciais, independentemente de outras variáveis tais como o acesso a informações, emprego, serviços de saúde e até mesmo a forma como a pessoa percebe o racismo.

Apesar de algumas teorias tentarem explicar as desigualdades sociais em saúde a partir da perspectiva econômica, de modo que a renda é vista como o fator principal para a determinação das condições de vida e de acesso aos bens e serviços de saúde, Barata (2009, p. 58-9) afirma que “na maioria dos estudos das desigualdades sociais aparece um efeito independente da variável raça sobre a saúde após controlar para variáveis socioeconômicas”. Portanto, o *status* econômico, por si só, não explica as desigualdades sociais em saúde, sendo necessário levar em consideração outros aspectos, dentre eles a raça.

Dessa forma e concordando com Laguardia (2004, p. 222),

a importância dos estudos sobre “raça” está em reconhecer que, ao formalizarmos a “raça” ou a etnicidade como um dos meios para a compreensão das relações complexas nas quais fatores socioambientais e biológicos se interrelacionam, constituindo gradientes de saúde entre subgrupos populacionais, estamos avançando tanto no conhecimento sobre as desigualdades em saúde quanto na formulação de políticas públicas mais justas e equânimes.

Entretanto, trabalhar no sentido de conseguir essa equidade, especialmente em termos de saúde, exige a superação de desigualdades evitáveis e injustas e pressupõe a implementação de ações orientadas segundo a distribuição equilibrada de recursos, de acordo com as necessidades da população, a serem atendidas pelo setor saúde, em articulação com outros setores. Essas ações devem ter a finalidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas devendo atingir, direta ou indiretamente, nos níveis de saúde (FONSECA, 2005).



### 3 MÉTODO

#### 3.1 DESENHO E TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de corte transversal, exploratório, de base populacional, realizado no período de março de 2011 a março de 2013.

Nos estudos transversais são utilizadas amostras representativas da população e a produção do dado é realizada em um momento singular no tempo. A utilização mais comum deste tipo de estudo está ligada à necessidade de se conhecer de que maneira uma ou mais características, individuais ou coletivas, distribuem-se em uma determinada população (PEREIRA, 2001; MEDRONHO et al, 2002).

O estudo transversal foi adotado no sentido de obter um recorte instantâneo da autoavaliação do estado de saúde de mulheres residentes no Brasil com idade maior ou igual a 15 anos no ano de 2008. Neste tipo de estudo não é possível estabelecer uma relação causal entre as variáveis estudadas uma vez que as informações sobre o desfecho e a exposição são coletadas simultaneamente. No entanto, é possível testar a existência de associações entre as variáveis (MEDRONHO et al, 2002). Por ser um estudo de base populacional foi possível produzir estimativas do comportamento epidemiológico da autoavaliação do estado de saúde para toda a população de mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 15 anos.

#### 3.2 FONTE DOS DADOS

Foram utilizados dados secundários provenientes dos microdados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD, realizada no ano de 2008 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com financiamento do Ministério da Saúde (IBGE, 2010).

A PNAD teve início no segundo trimestre de 1967, sendo os seus resultados apresentados com periodicidade trimestral até 1970. A partir de 1971, até os dias atuais, os dados passaram a ser levantados anualmente. Tem como finalidade a produção de informações básicas para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do País. Objetiva investigar diversas características socioeconômicas, umas de caráter permanente, como as características gerais da população, de educação, trabalho, rendimento e habitação, e outras com periodicidade variável, como é o caso das características de saúde que, em 1998, passaram a ser investigadas a partir do suplemento saúde nomeado: *Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção a saúde*. O questionário do



Suplemento Saúde é aplicado com periodicidade quinquenal, sendo que os dados mais recentes foram publicados na PNAD de 2008. O período de referência para a coleta de dados da PNAD/2008 foi de 29 de agosto a 20 de setembro (IBGE, 2010).

### 3.3 PLANO AMOSTRAL DA PNAD 2008

A PNAD é realizada por meio de um processo de amostragem complexa que envolve amostra probabilística de domicílios, obtida em três estágios de seleção: unidades primárias - municípios; unidades secundárias - setores censitários; e unidades terciárias - unidades domiciliares (domicílios particulares e unidades de habitação em domicílios coletivos).

No primeiro estágio, as unidades (municípios) foram classificadas em duas categorias: autorrepresentativas (probabilidade 1 de pertencer à amostra) e não autorrepresentativas. Os municípios pertencentes à segunda categoria passaram por um processo de estratificação e, em cada estrato, foram selecionados com reposição e com probabilidade proporcional à população residente obtida no Censo Demográfico 2000.

No segundo estágio, as unidades (setores censitários) foram selecionadas, em cada município da amostra, também com probabilidade proporcional e com reposição, sendo utilizado o número de unidades domiciliares existentes por ocasião do Censo Demográfico 2000 como medida de tamanho.

No terceiro estágio, foram selecionadas, com equiprobabilidade, em cada setor censitário da amostra, as unidades domiciliares (domicílios particulares e unidades de habitação em domicílios coletivos) para investigação das características dos moradores e da habitação.

As projeções da população realizadas na PNAD/2008 consideram a evolução populacional ocorrida entre os Censos Demográficos 1991 e 2000 e agrega as informações da Contagem de População 2007, sob hipóteses de crescimento associadas a taxas de fecundidade, mortalidade e migração (IBGE, 2010).

### 3.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A base de dados gerada para este estudo corresponde a um recorte de 151.428 mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 15 anos e que foram entrevistadas por ocasião da PNAD/2008. Em termos populacionais essa amostra representa 73.671.629 mulheres com idade igual ou superior a 15 anos.

A inclusão das mulheres com idade de 15 anos de idade foi definida mediante o seguinte critério: para menores de 15 anos de idade o questionário da PNAD não é respondido pela própria pessoa, mas pela pessoa responsável, o que aumentaria significativamente o número de respondentes secundários.

O recorte utilizado para as características de utilização dos exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino foi constituído por 117.192 mulheres, uma vez que envolveu apenas aquelas mulheres com idade maior ou igual a 25 anos, critério adotado pela IBGE. Em termos populacionais, essa amostra correspondeu a 57.360.822 mulheres residentes no Brasil com idade maior ou igual a 25 anos.

Ocorreram perdas relacionadas à ausência de informação por não resposta ou casos não aplicáveis.

### 3.5 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis do estudo foram definidas com base numa análise exploratória das características investigadas na PNAD/2008. Nesta fase foi utilizado o *Questionário da Pesquisa/PNAD-2008* para fazer uma exploração das características investigadas e, levando em consideração o levantamento bibliográfico realizado pela pesquisadora, foram identificadas as variáveis sociodemográficas e da família que estavam mais diretamente implicadas nas relações de gênero. Foram selecionadas também variáveis relacionadas à utilização de exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino.

Foi adotada como variável de desfecho a *autoavaliação do estado de saúde*. A informação quanto ao desfecho foi coletada na PNAD/2008 a partir do questionário do suplemento saúde. Foi utilizada a seguinte pergunta: De um modo geral, \_\_\_ considera o seu estado de saúde como? Foram oferecidas cinco opções de resposta (Muito Bom, Bom, Regular, Ruim, Muito Ruim). Para este estudo, o desfecho foi agrupado em duas categorias: Autoavaliação positiva do estado de saúde (0) - (Muito Bom/Bom) e Autoavaliação negativa do estado de saúde (1) - (Regular; Ruim/Muito Ruim).

As co-variáveis foram classificadas em dois grupos distintos. Suas definições operacionais e categorizações estão descritas no Quadro 1.

Para a escolha das variáveis que compuseram a categoria ou grupo de referência, aquelas sucedidas pelo valor zero “(0)” no Quadro 1, adotamos o critério em que “o grupo referência deverá corresponder ao valor “natural” de comparação que tipicamente é o que representa o menor risco” (MEDRONHO et al. 2002, p. 116).

**Quadro 1.** Definições operacionais e categorização das variáveis do estudo.

Variáveis	Definições Operacionais	Categorização
<b>Características sócio-demográficas</b>		
<b>Raça/Cor da pele</b>	Raça/cor autodeclarada	Branca (0) Negra (Preta/Parda)
<b>Idade</b>	Faixa etária em anos	15 - 29 anos (0): Jovens 30 - 44 anos: Adultas jovens 45 - 59 anos: Adultas 60 anos e mais: Idosas
<b>Escolaridade</b>	Anos completos de estudo	Nenhum 1 - 4 5 - 8 9 a 11 12 ou mais (0)
<b>Renda domiciliar <i>per capita</i><sup>1</sup></b>	Rendimento domiciliar <i>per capita</i> em salários mínimos (S.M.)	Menos de um 1 - 2 3 - 4 5 ou mais (0)
<b>Posição na ocupação</b>	Relação de trabalho existente (formalidade do vínculo empregatício) entre a pessoa e o empreendimento em que trabalhava.	Trabalhadora com carteira assinada* (0) Trabalhadora sem carteira assinada Trabalhadora autônoma Trabalhadora sem remuneração
<b>Tipo de família</b>	Arranjo familiar em relação à mulher	Casal com filhos/as (0) Casal sem filhos/as Mãe com filhos/as Outros
<b>Condição na família</b>	Classificação em função da relação com a pessoa de referência ou com o seu cônjuge	Filha (0) Pessoa de referência Cônjuge Outra**
<b>Teve filho/a</b>	Teve filho/a vivo/a até a data de referência	Não (0) Sim
<b>Número de filhos/as vivos/as</b>	Número total de filhos/as vivos/as até a data de referência	1 - 2 (0) 3 - 4 5 ou mais
<b>Região de residência</b>	Região de residência	Sudeste (0) Sul Nordeste Centro-oeste Norte
<b>Situação censitária do domicílio</b>	Área de localização do domicílio	Urbana (0) Rural
<b>Características da utilização de exames preventivos de câncer da mama e cervicouterino</b>		
<b>Exame clínico das mamas</b>	Tempo desde a realização do último exame clínico das mamas	Até 1 ano (0) > 1 ano Nunca
<b>Mamografia</b>	Tempo desde a realização da última mamografia	Até 2 anos (0) > 2 anos Nunca
<b>Exame preventivo do câncer cervicouterino</b>	Tempo desde a realização do último exame preventivo para o câncer cervicouterino	Até 2 anos (0) > 2 anos Nunca

**Nota:** <sup>1</sup>Para a apuração dos rendimentos segundo as classes de salário mínimo, considerou-se o que vigorava no mês de referência da coleta de dados da PNAD/2008. \*Nesta categoria foram incluídas as trabalhadoras com carteira assinada, estatutárias e militares. \*\*Outra parente, agregada, pensionista, empregada doméstica, parente da/o empregada/o doméstica.

### 3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A base de dados foi obtida a partir da junção de duas bases distintas (Dicionário de variáveis de pessoas - 2008 e Dicionário de variáveis de domicílios – 2008), disponíveis na internet e de acesso livre. Foi utilizado um pacote estatístico para a junção dos arquivos e constituiu-se uma base completa da PNAD/2008. Em seguida, obteve-se uma base específica para atender aos objetivos do estudo, a partir da seleção das variáveis de interesse.

A PNAD utiliza um delineamento amostral complexo (detalhada na seção de plano amostral), por isso requer tratamentos específicos para a expansão e generalização dos resultados para a população. Para tanto, foi necessário utilizar o módulo, de um pacote estatístico, específico para análise de dados amostrais complexos. Foram incorporadas a todas as análises estatísticas as seguintes variáveis: V4611 (Peso do Domicílio), V4617 (STRAT - Identificação de estrato de município auto-representativo e não auto-representativo) e V4618 (PSU - Unidade Primária de Amostragem). A variação do efeito do desenho do plano amostral sob estudo foi mensurada através do cálculo do *deff* (*design effect*).

O *deff* informa a variação do quanto de informação ganhamos ou perdemos quando o desenho amostral complexo de uma pesquisa é levado em consideração em vez de assumir o método por amostra aleatória simples. Valores de *deff* maiores que a unidade indicam que as estimativas da variância obtida ao não se levar em conta o desenho do plano amostral subestimam a verdadeira variância das estimativas do modelo. Valores de *deff* menores que a unidade significam que a variância obtida desconsiderando-se o efeito do plano amostral superestima a verdadeira variância do estimador e, caso o *deff* seja igual a unidade, indica que não existe diferença entre as estimativas da variância (SILVA, PESSOA e LILA, 2002, BARBOSA; BARBOSA-FILHO, 2012). De modo geral, com exceção da variável região de residência (*deff* = 0,962), os *deff*'s encontrados neste estudo foram maiores que a unidade, o que evidenciou a importância de se considerar o efeito do desenho amostral na análise dos dados.

A não utilização dessas técnicas nesse tipo de delineamento pode gerar resultados pouco precisos, viciados, comprometendo a confiabilidade das estatísticas, afetando o nível de significância e, conseqüentemente, a interpretação dos resultados obtidos (BARBOSA; BARBOSA-FILHO, 2012).

Inicialmente, visando à caracterização da população do estudo, realizou-se a distribuição proporcional das características investigadas, global e segundo raça/cor da pele,

de todas as características de interesse, mediante uso de frequências uni e bivariadas e medidas descritivas.

Na segunda etapa da análise fez-se uso da prevalência da autoavaliação negativa do estado de saúde como medida de ocorrência. Em seguida, estudou-se a associação entre a autoavaliação negativa do estado de saúde e as características sociodemográficas, utilizando a raça/cor da pele como variável independente principal para toda a população (global) e como modificadora de efeito (negras e brancas). A associação foi obtida a partir da Razão de Prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança, estimados em função do risco relativo da regressão de Poisson, por meio do método de variância robusta (BARROS; HIRAKATA, 2003). A indicação do uso da regressão de Poisson robusta deveu-se à elevada prevalência da autoavaliação negativa do estado de saúde na população de estudo (29,9%) e por raça/cor da pele; brancas (45,6%) e negras (54,4%). Adotou-se o nível de significância estatístico de 5% ( $\alpha \leq 0,05$ ). Todas as medidas foram ajustadas por idade e escolaridade.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um estudo que utilizou dados de fontes secundárias, disponíveis na internet através de acesso público, e, portanto, não envolvendo diretamente as mulheres do estudo e sem a possibilidade de identificação de dados pessoais confidenciais, não foi necessário submetê-lo a um Comitê de Ética em Pesquisa.

### 3.8 VANTAGENS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os estudos transversais têm como vantagem a possibilidade de permitir a inferência dos resultados observados para uma população definida no tempo e no espaço, fato muitas vezes remoto em estudos que utilizam outras estratégias de estudos epidemiológicos cujas amostras não são representativas da população. Destaca-se também o baixo custo para a realização deste tipo de estudo (MEDRONHO et al, 2002). Entretanto, o estudo transversal limita-se em esclarecer a relação temporal dos acontecimentos, não permitindo estabelecer relação causal (ROUQUAYROL; ALMEIDA-FILHO, 2003). Ainda assim, sempre é possível testar a existência de associações entre as variáveis investigadas (MEDRONHO et al, 2002).

De acordo com Medronho et al (2002) os estudos transversais são úteis para propósitos analíticos quando a exposição é alguma característica permanente ou invariável do indivíduo,

como é o caso do sexo, raça, origem, ou que tenha sido adquirida em fase precoce da vida, como é o caso da classe social.

Quanto à utilização de dados secundários provenientes de pesquisas de base populacional, existe a vantagem relacionada à ampla cobertura populacional. Uma limitação que deve ser levada em consideração, diz respeito aos problemas que podem ocorrer devido à falta de padronização na coleta dos dados que pode afetar a qualidade dos registros e gerar falta de informações que seriam importantes para as análises de interesse, incluindo variáveis do estudo. Assim, as perguntas que poderão ser respondidas ficam sempre limitadas aos dados disponíveis e à qualidade das informações (COELI, 2010).

#### 4 RESULTADOS

A população do estudo foi composta por 73.671.629 mulheres, residentes no Brasil, com idade igual ou superior a 15 anos e correspondeu a cerca de 76% da população feminina e 39% da população brasileira no ano de 2008.

As mulheres, em sua maioria, eram brancas (51,1%), jovens e adultas jovens (62,4%), com idade média de 40,4 anos (Erro padrão = 0,05), 5 a 11 anos completos de estudo (54,9%) e renda domiciliar *per capita* inferior a 1 (um) salário mínimo (51,2%). No que se refere à ocupação, 42,5% das mulheres eram trabalhadoras com carteira assinada. Mais da metade das mulheres pertencia ao arranjo familiar casal com filhos/as (53,9%) e 45,7% eram cônjuges da pessoa de referência no domicílio. Com relação à reprodução, 70,6% das mulheres eram mães e destas 55,2% tinham entre 1 e 2 filhos/as. No que se refere à distribuição geográfica, 44% das mulheres residiam no Sudeste, 27,1% no Nordeste e 86% na zona urbana (Tabela 1).

Entre as mulheres negras, 65,7% eram jovens ou adultas jovens; a idade média foi de 38,9 anos ( $Ep=0,07$ ). A maioria delas (56,4%) tinha entre 5 e 11 anos completos de estudo e foi encontrada uma proporção duas vezes superior de mulheres negras com nenhum ano completo de estudo, comparadas às brancas. A maioria das mulheres negras (65%) possuía renda domiciliar *per capita* inferior a 1 (um) salário mínimo, 36,5% eram trabalhadoras com carteira assinada, seguidas pelas sem carteira assinada (32,3%), 71,8% eram mães e destas 51,3% tinham entre 1 e 2 filhos/as. Quanto à região de residência, 38,6% e 36,4% residiam na região Nordeste e Sudeste, respectivamente, e 83% eram moradoras da zona urbana (Tabela 1).

Entre as mulheres brancas, 59,3% eram jovens e adultas jovens, com idade média de 41,7 anos; foi encontrado maior percentual de idosas, comparadas às negras. A maioria das mulheres brancas (53,6%) tinha entre 5 e 11 anos completos de estudo e, comparadas às negras, encontramos proporção duas vezes superior de mulheres com 12 ou mais anos completos de estudo. Cerca de 48% das brancas eram trabalhadoras com carteira assinada e 44,5% tinham renda domiciliar *per capita* de 1(um) a dois salários mínimos. A maioria delas (53,3%) pertencia a arranjo familiar do tipo casal com filhos/as e 46,7% eram cônjuges da pessoa de referência no domicílio. Quanto a aspectos relativos à reprodução, 69,6% eram mães e 59,1% tinham entre 1 e 2 filhos/as. Com relação à região de residência, 51% das mulheres residiam na região Sudeste e 88,8% na zona urbana (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição proporcional global e por cor da pele segundo características sociodemográficas de mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 15 anos. Brasil, 2008. (N=73.671.629)

<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>Global (%)</b>	<b>Negras (%)</b>	<b>Branças (%)</b>
<b>Raça/cor autodeclarada</b>		48,9	51,1
<b>Idade</b>			
15 – 29 anos	33,3	35,9	30,9
30 – 44 anos	29,1	29,8	28,4
45 – 59 anos	21,8	20,8	22,7
60 anos e mais	15,8	13,5	18,0
<b>Idade Média (Ep)</b>	40,4 (0,05)	38,9 (0,07)	41,7 (0,07)
<b>Anos de estudos</b>			
Nenhum	11,0	14,1	7,9
1 – 4	20,1	21,5	18,8
5 – 8	23,1	25,6	20,7
9 – 11	31,8	30,8	32,9
12 ou mais	14,0	8,0	19,7
<b>Renda domiciliar per capita (SM)</b>			
Menos de 1	51,2	65,0	38,2
1 – 2	37,4	30,1	44,5
3 – 4	6,4	3,2	9,4
5 ou mais	5,0	1,7	7,9
<b>Posição na ocupação</b>			
Com carteira assinada	42,5	36,5	48,3
Sem carteira assinada	27,6	32,3	23,2
Autônoma	23,8	25,0	22,5
Não remunerada	6,1	6,2	6,0
<b>Tipo de família</b>			
Casal sem filhos/as	14,3	12,7	15,9
Casal com filhos/as	53,9	54,7	53,3
Mãe com filhos/as	21,4	23,2	19,6
Outro	10,4	9,4	11,2
<b>Condição na família</b>			
Pessoa de referência	28,6	29,8	27,4
Cônjuge	45,7	44,5	46,7
Filha	19,1	19,0	19,3
Outra	6,6	6,7	6,6
<b>Teve filho/a</b>			
Não	29,4	28,2	30,4
Sim	70,6	71,8	69,6
<b>Número de filhos/as vivos/as (51.731.104)<sup>a</sup></b>			
1 – 2	55,2	51,3	59,1
3 – 4	28,7	29,4	28,0
5 ou mais	16,1	19,3	12,9
<b>Região de residência</b>			
Sudeste	43,9	36,4	51,0
Sul	14,8	5,9	23,4
Nordeste	27,1	38,6	16,0
Centro-Oeste	7,1	8,1	6,1
Norte	7,1	11,0	3,5
<b>Situação Censitária</b>			
Urbana	86,0	83,0	88,8
Rural	14,0	17,0	11,2

Fonte: PNAD/IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008

Nota: <sup>a</sup>Inclui apenas as mulheres que tinham filhos/as vivos/as até a data de referência para a coleta de dados



Para a utilização de exames preventivos do câncer da mama e cervicouterino foram estudadas mulheres com idade igual ou superior a 25 anos. A caracterização sociodemográfica destas mulheres apresentou padrão semelhante ao encontrado entre aquelas com 15 anos ou mais de idade (Apêndice A).

Quanto à utilização dos exames preventivos, 38,6% das mulheres realizaram o exame clínico das mamas no ano que antecedeu a coleta de dados, 45,5% nunca realizou mamografia, 42,5% realizou este exame nos últimos 2 anos; e 68,2% das mulheres realizou preventivo do câncer cervicouterino nos últimos 2 anos anteriores à coleta de dados. Entre as mulheres negras houve maior proporção para não realização do exame clínico e da mamografia e para realização do pccu até 2 anos antes da entrevista. Já entre as mulheres brancas houve maior representatividade para realização de exame clínico das mamas até um ano antes da coleta de dados, realização de mamografia e pccu em até dois anos da coleta de dados (Tabela 2).

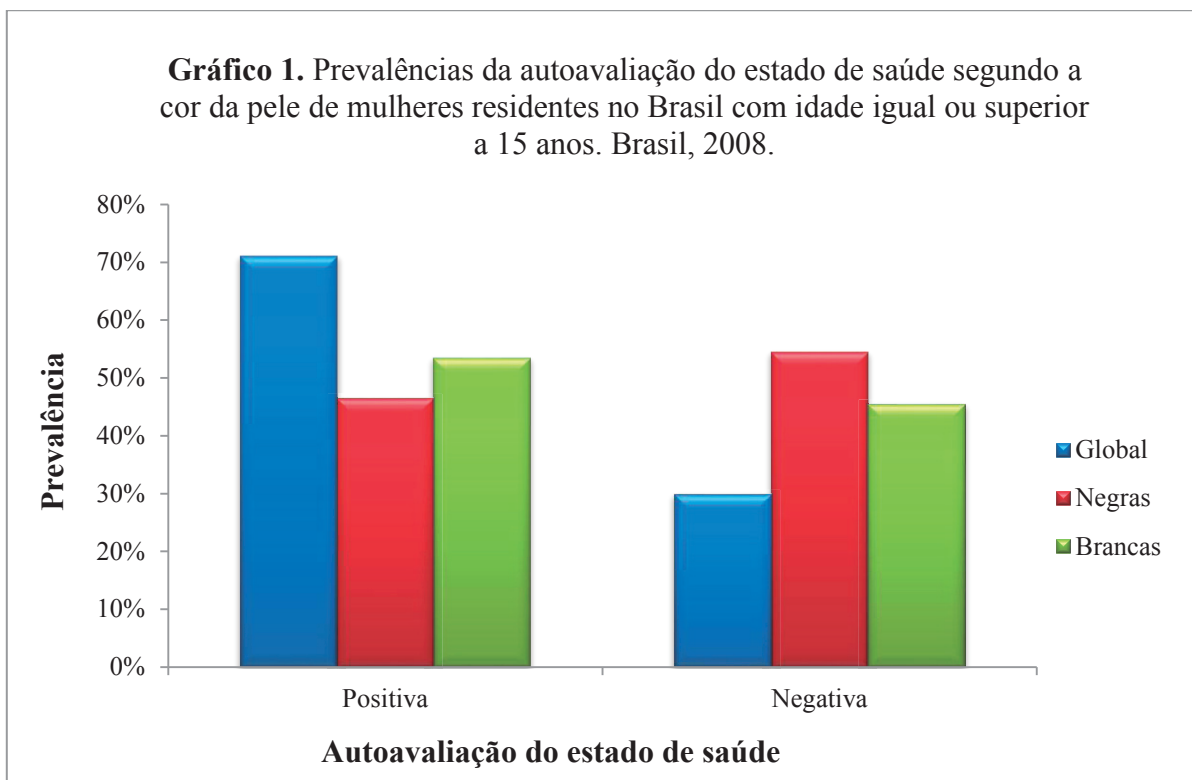
**Tabela 2.** Distribuição proporcional global e por cor da pele segundo a utilização de exames preventivos do câncer da mama e cervicouterino de mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 25 anos. Brasil, 2008

N= 57.360.822

<b>Características da utilização de exames preventivos</b>	<b>Global (%)</b>	<b>Negras (%)</b>	<b>Branças (%)</b>
<b>Realização do último ECM</b>			
Até 1 ano	38,6	32,1	44,6
> 1 ano	31,6	30,4	32,5
Nunca	29,8	37,5	22,9
<b>Realização da última mamografia</b>			
Até 2 anos	42,5	35,6	48,8
> 2 anos	12,0	11,4	12,4
Nunca	45,5	53,0	38,8
<b>Realização do último PCCU</b>			
Até 2 anos	68,2	65,7	70,4
> 2 anos	16,3	16,2	13,2
Nunca	15,5	18,1	16,4

Fonte: PNAD/IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008

As mulheres, de modo geral, autoavaliaram o seu estado de saúde como negativo com mais frequência que o positivo. Entre as mulheres negras, a prevalência da autoavaliação negativa do estado de saúde foi superior à encontrada entre as mulheres brancas (Gráfico 1).



A associação entre a autoavaliação do estado de saúde e a raça/cor foi positiva e estatisticamente significativa e as mulheres negras referiram saúde negativa em 19% vezes mais (RP=1,19; IC95%: 1,17 - 1,21) comparadas às mulheres brancas, após ajuste por idade e escolaridade.

A associação entre a autoavaliação negativa do estado de saúde e as características sociodemográficas das mulheres estão apresentadas na Tabela 3.

Foram encontradas associações positivas e estatisticamente significantes entre a autoavaliação negativa do estado de saúde e as variáveis investigadas. As mulheres idosas autoavaliaram o seu estado de saúde como negativo em 2,75 vezes mais do que as jovens. No que tange à escolaridade, as mulheres menos escolarizadas autoavaliaram o seu estado de saúde de saúde como negativo em 3,14 vezes mais (RP=3,14; IC95%: 3,01 – 3,29) do que as mulheres com 12 ou mais anos completos de estudo. As mulheres com renda inferior a 1 s. m. referiram saúde negativa quase duas vezes mais (RP=1,87; IC95%: 1,75-1,99) quando comparadas àquelas com renda igual ou superior a 5 salários mínimos. Quanto à posição na ocupação, as mulheres não remuneradas (RP=1,28; IC95%: 1,22 – 1,34), seguidas pelas autônomas e (RP=1,24; IC95%: 1,20 – 1,29), autoavaliaram o seu estado de saúde como negativo mais do que as trabalhadoras com carteira assinada.

As mulheres que compõem as famílias do tipo casal sem filhos/as referiram estado negativo de saúde 19% vezes mais (RP=1,19; IC95%: 1,14 – 1,23) quando comparadas àquelas com arranjo familiar casal com filhos/as. No que tange à condição na família, as cônjuges autoavaliaram o seu estado de saúde como negativo 1,19 vezes mais (RP=1,19; IC95%: 1,14 – 1,23) em relação às filhas. As mulheres que eram mães autoavaliaram o seu estado de saúde como negativo em 1,13 vezes mais (RP=1,13; IC95%: 1,10 – 1,16) quando comparadas às mulheres que não eram mães. E, entre as mães, aquelas com 5 ou mais filhos/as referiram saúde negativa em 21% vezes mais (RP= 1,21; IC95%: 1,18 – 1,23) do que as mulheres com 1 a 2 filhos/as.

As mulheres das regiões Norte e Nordeste foram as que mais autoavaliaram o seu estado de saúde como negativo (RP= 1,34; IC95%: 1,30 – 1,37) e (RP=1,30; IC95%: 1,26 – 1,32), respectivamente, comparadas às residentes na região Sudeste. E, quanto à situação censitária, as mulheres da zona rural autoavaliaram o seu estado de saúde como negativo 1,11 vezes mais em relação às residentes na zona urbana.

Na análise segundo a raça/cor da pele, observou-se que as prevalências da autoavaliação negativa do estado de saúde foram quase sempre superiores para as mulheres negras, à exceção das categorias com nenhum e 1 a 4 anos completos de estudo, condição na família “outra” e com 5 ou mais filhos/as (Gráfico 2).

Tanto entre as mulheres brancas quanto entre as negras foram encontradas associações estatisticamente significantes entre a autoavaliação do estado de saúde com a idade, escolaridade, renda, posição na ocupação, tipo de família, condição na família, ter filhos/as, número de filhos/as, região de residência e situação censitária do domicílio. Apenas a associação entre o tipo de família “outro” e a autoavaliação do estado de saúde não foi estatisticamente significativa, nos dois grupos de mulheres. A variação entre as razões de prevalência da autoavaliação negativa do estado de saúde, para cada variável estudada, foi menor para as mulheres negras (Tabela 3).

Em ambos os grupos de mulheres (negras e brancas), as idosas, sem escolaridade e com renda domiciliar inferior a 1 salário mínimo autoavaliaram o estado de saúde como negativo mais do que as mulheres jovens, com 12 ou mais anos completos de estudo e renda familiar *per capita* de 5 ou mais salários mínimos, respectivamente.

Quanto à posição na ocupação, entre as negras, as autônomas referiram saúde negativa mais vezes (RP=1,26; IC=95%: 1,21 – 1,32). Já entre as brancas, as mulheres não remuneradas foram as que mais referiram saúde negativa (RP=1,62; IC95%: 1,51 – 1,74) comparadas às trabalhadoras com carteira assinada. Tanto entre as mulheres brancas quanto

entre as negras, as residentes na região Norte (RP=1,45; IC95%: 1,38 – 1,52) e (RP=1,27; IC95%: 1,23 – 1,31), respectivamente, e Nordeste (RP= 1,41; IC95%: 1,36 – 1,44) e (RP=1,24; IC95%: 1,21 – 1,27), respectivamente, foram as que mais autoavaliaram o estado de saúde como negativo, comparadas às residentes no Sudeste (Tabela 3).

**Tabela 3.** Associação entre a autoavaliação negativa do estado de saúde e as características sociodemográficas de mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 15 anos. Brasil, 2008.

(continua)

Características sociodemográficas	Global			Negras			Branças		
	Prev. (%)	RP <sub>Ajustada</sub> <sup>1</sup> (95% IC)	Prev. (%)	RP <sub>Ajustada</sub> <sup>2</sup> (95% IC)	Prev. (%)	RP <sub>Ajustada</sub> <sup>2</sup> (95% IC)	Prev. (%)	RP <sub>Ajustada</sub> <sup>2</sup> (95% IC)	
<b>Idade</b>									
15 – 29 anos	14,4	1,00	17,5	1,00	10,9	1,00	10,9	1,00	
30 – 44 anos	25,1	1,62 (1,57 – 1,66)	30,0	1,59 (1,54 – 1,65)	20,2	1,68 (1,60 – 1,76)	20,2	1,68 (1,60 – 1,76)	
45 – 59 anos	41,4	2,37 (2,31 – 2,44)	47,9	2,29 (2,21 – 2,37)	35,8	2,56 (2,44 – 2,68)	35,8	2,56 (2,44 – 2,68)	
60 anos e mais	55,4	2,75 (2,67 – 2,83)	60,4	2,56 (2,46 – 2,65)	52,2	3,00 (2,86 – 3,15)	52,2	3,00 (2,86 – 3,15)	
<b>Anos de estudos</b>									
12 ou mais	12,1	1,00	16,0	1,00	10,7	1,00	10,7	1,00	
9 – 11	18,1	1,62 (1,55 – 1,69)	20,7	1,46 (1,36 – 1,55)	15,8	1,64 (1,54 – 1,74)	15,8	1,64 (1,54 – 1,74)	
5 – 8	28,9	2,31 (2,22 – 2,42)	30,0	1,95 (1,83 – 2,08)	27,6	2,48 (2,34 – 2,62)	27,6	2,48 (2,34 – 2,62)	
1 – 4	47,0	2,87 (2,75 – 3,00)	46,3	2,33 (2,19 – 2,48)	47,8	3,21 (3,03 – 3,40)	47,8	3,21 (3,03 – 3,40)	
Nenhum	57,4	3,14 (3,01 – 3,29)	56,8	2,53 (2,38 – 2,70)	58,4	3,73 (3,51 – 3,96)	58,4	3,73 (3,51 – 3,96)	
<b>Renda domiciliar per capita (s.m.)</b>									
5 ou mais	14,0	1,00	16,2	1,00	13,5	1,00	13,5	1,00	
3 – 4	17,7	1,16 (1,08 – 1,25)	22,2	1,29 (1,12 – 1,48)	16,3	1,10 (1,01 – 1,21)	16,3	1,10 (1,01 – 1,21)	
1 – 2	29,4	1,52 (1,43 – 1,62)	32,4	1,55 (1,37 – 1,75)	27,5	1,48 (1,36 – 1,60)	27,5	1,48 (1,36 – 1,60)	
Menos de 1	33,4	1,87 (1,75 – 1,99)	34,9	1,86 (1,64 – 2,09)	31,4	1,87 (1,73 – 2,02)	31,4	1,87 (1,73 – 2,02)	
<b>Posição na ocupação</b>									
Com carteira assinada	17,9	1,00	22,2	1,00	14,7	1,00	14,7	1,00	
Sem carteira assinada	26,2	1,18 (1,14 – 1,22)	29,2	1,18 (1,13 – 1,23)	22,0	1,30 (1,23 – 1,37)	22,0	1,30 (1,23 – 1,37)	
Autônoma	34,7	1,24 (1,20 – 1,29)	39,8	1,26 (1,21 – 1,32)	29,4	1,55 (1,48 – 1,63)	29,4	1,55 (1,48 – 1,63)	
Não remunerada	34,7	1,28 (1,22 – 1,34)	36,4	1,23 (1,16 – 1,31)	33,3	1,62 (1,51 – 1,74)	33,3	1,62 (1,51 – 1,74)	

Fonte: PNAD/IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

Nota: <sup>1</sup>Associação entre autoavaliação do estado de saúde e raça/cor da pele segundo características sociodemográficas e com ajuste por idade e escolaridade; <sup>2</sup> Associação entre autoavaliação do estado de saúde e características sociodemográficas segundo a raça/cor da pele com ajuste por idade e escolaridade.

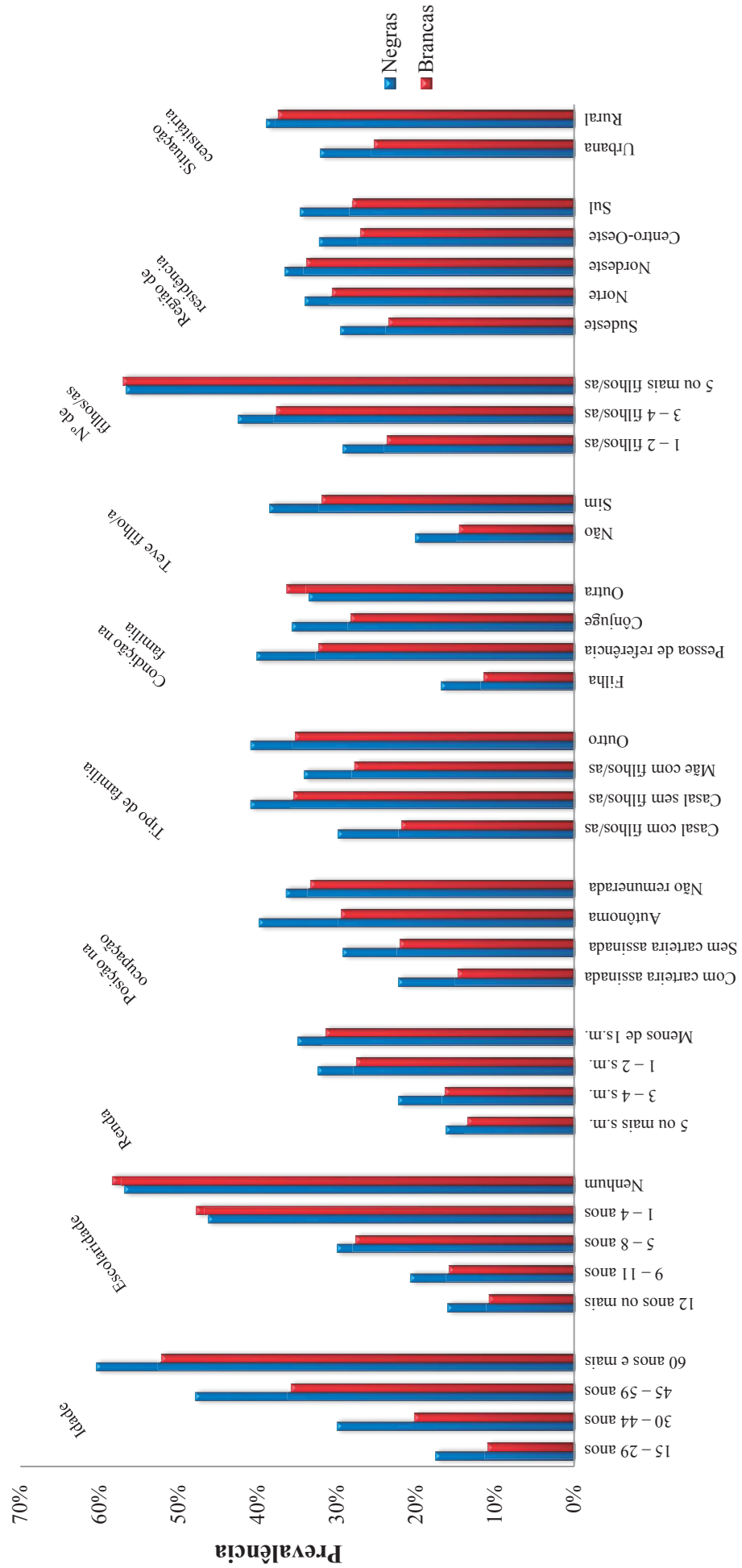
**Tabela 3.** Associação entre a autoavaliação negativa do estado de saúde e as características sociodemográficas de mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 15 anos. Brasil, 2008.

Características sociodemográficas	(Conclusão)			
	Global		Branças	
	Prev. (%)	RP <sup>1</sup> <sub>Ajustada</sub> (95% IC)	Prev. (%)	RP <sup>2</sup> <sub>Ajustada</sub> (95% IC)
<b>Tipo de família</b>				
Casal com filhos/as	25,8	1,00	29,9	1,00
Casal sem filhos/as	37,7	1,19 (1,14 – 1,23)	40,9	1,05 (1,02 – 1,08)
Mãe com filhos/as	31,1	1,08 (1,06 – 1,11)	34,1	1,01 (0,98 – 1,04)
Outro	37,7	1,16 (1,11 – 1,21)	40,9	0,98 (0,95 – 1,02)
<b>Condição na família</b>				
Filha	14,1	1,00	16,8	1,00
Pessoa de referência	36,2	1,17 (1,13 – 1,22)	40,1	1,21 (1,16 – 1,27)
Cônjuge	31,8	1,19 (1,14 – 1,23)	35,7	1,21 (1,15 – 1,27)
Outra	35,0	1,16 (1,11 – 1,21)	33,5	1,11 (1,05 – 1,18)
<b>Teve filho/a vivo/a</b>				
Não	17,2	1,00	20,1	1,00
Sim	35,1	1,13 (1,10 – 1,16)	38,5	1,15 (1,12 – 1,19)
<b>Número de filhos/as vivos/as</b>				
1 – 2	26,2	1,00	29,2	1,00
3 – 4	40,1	1,15 (1,13 – 1,18)	42,5	1,15 (1,11 – 1,18)
5 ou mais	56,8	1,21 (1,18 – 1,23)	56,6	1,18 (1,14 – 1,22)
<b>Região de residência</b>				
Sudeste	25,9	1,00	29,5	1,00
Sul	29,4	1,15 (1,12 – 1,18)	34,7	1,13 (1,08 – 1,18)
Nordeste	35,8	1,30 (1,26 – 1,32)	36,6	1,24 (1,21 – 1,27)
Centro-Oeste	29,9	1,21 (1,18 – 1,24)	32,2	1,16 (1,12 – 1,20)
Norte	33,2	1,34 (1,30 – 1,37)	34,0	1,27 (1,23 – 1,31)
<b>Situação censitária do domicílio</b>				
Urbana	28,5	1,00	32,1	1,00
Rural	38,3	1,11 (1,08 – 1,13)	38,9	1,06 (1,04 – 1,09)

Fonte: PNAD/IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

Nota: <sup>1</sup>Associação entre autoavaliação do estado de saúde e raça/cor da pele segundo características sociodemográficas e com ajuste por idade e escolaridade; <sup>2</sup> Associação entre autoavaliação do estado de saúde e características sociodemográficas segundo a raça/cor da pele com ajuste por idade e escolaridade.

**Gráfico 2.** Prevalências da autoavaliação negativa do estado de saúde segundo características sociodemográficas e a cor da pele de mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 15 anos. Brasil, 2008.



**Autoavaliação negativa do estado de saúde**

A associação entre a autoavaliação negativa do estado de saúde e as características da utilização de exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino das mulheres residentes no Brasil com idade maior ou igual a 25 anos estão apresentadas na Tabela 4.

Foram identificadas associações positivas e estatisticamente significantes entre a autoavaliação do estado de saúde e a realização do exame clínico das mamas, da mamografia e do preventivo do câncer cervicouterino, mesmo após ajustes por idade e escolaridade.

Na análise global, as mulheres que nunca tiveram as mamas examinadas por um/a profissional de saúde, aquelas que realizaram a mamografia e o pccu há mais de dois anos em relação à data de coleta de dados foram as mais autoavaliaram o seu estado de saúde como negativo. A associação entre a autoavaliação do estado de saúde e a não realização do pccu não se mostrou estatisticamente significativa.

Na análise por cor da pele observou-se que as prevalências da autoavaliação negativa do estado de saúde foram maiores para as mulheres negras, em todas as variáveis, comparadas às mulheres brancas (Gráfico 3).

Tanto entre as mulheres negras quanto entre as brancas, as que nunca realizaram o exame clínico das mamas foram as que mais referiram estado de saúde negativo. Quanto à mamografia, as mulheres negras e brancas que realizaram esse exame há mais de dois anos em relação à data de coleta de dados foram as que mais referiram saúde negativa (Tabela 4).

Para a realização do preventivo do câncer cervicouterino, entre as mulheres negras, aquelas que realizaram esse exame há mais de dois anos antes da coleta de dados foram as que mais referiram saúde negativa (RP=1,09; IC95%: 1,06 – 1,11) e nunca ter realizado esse exame foi um fator de proteção para referir saúde negativa (RP=0,94; IC95%: 0,91 – 0,97). Entre as brancas, tanto as que nunca realizaram como as que realizaram há mais de dois anos referira saúde negativa 1,15 vezes mais (RP=1,15; IC95%: 1,11 – 1,18) e (RP=1,15; IC95%: 1,02 – 1,10) comparadas às que realizaram em até dois anos antes da coleta de dados.



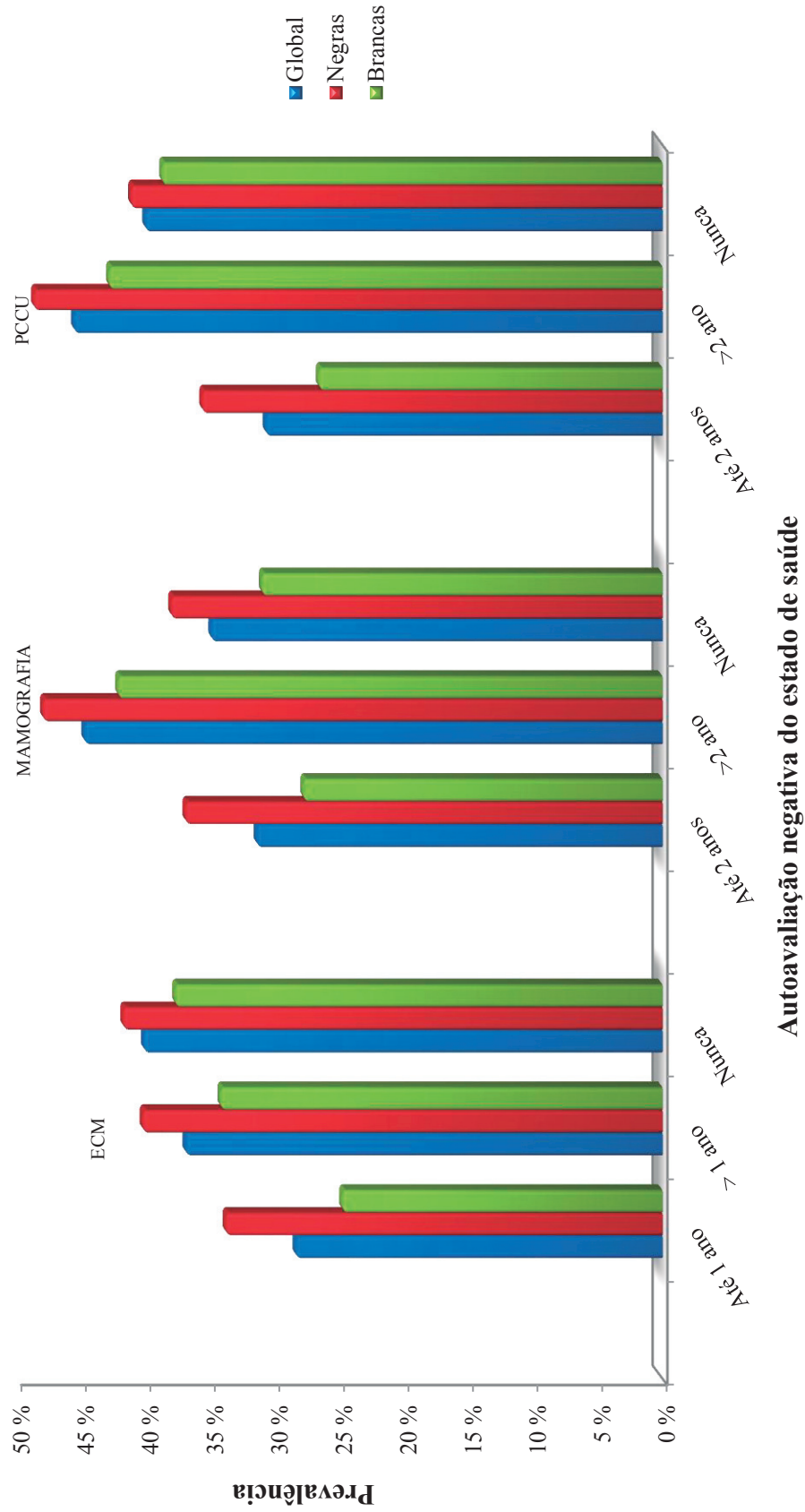
**Tabela 4.** Associação entre a autoavaliação negativa do estado de saúde e as características da utilização de exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino de mulheres residentes no Brasil com 25 anos e mais de idade. Brasil, 2008.

Características da utilização de exames preventivos	Global		Negras		Branças	
	Prev. (%)	RP <sup>1</sup> <sub>Ajustada</sub> (95% IC)	Prev. (%)	RP <sup>2</sup> <sub>Ajustada</sub> (95% IC)	Prev. (%)	RP <sup>2</sup> <sub>Ajustada</sub> (95% IC)
<b>Realização do último ECM</b>						
Até 1 ano	28,4	1,00	33,8	1,00	24,8	1,00
> 1 ano	36,9	1,10 (1,08 – 1,12)	40,2	1,06 (1,04 – 1,10)	34,2	1,19 (1,15 – 1,23)
Nunca	40,1	1,15 (1,12 – 1,27)	41,7	1,11 (1,09 – 1,14)	37,7	1,12 (1,09 – 1,16)
<b>Realização da última mamografia</b>						
Até 2 anos	31,4	1,00	36,9	1,00	27,8	1,00
> 2 anos	44,7	1,16 (1,13 – 1,19)	47,9	1,13 (1,09 – 1,17)	42,1	1,19 (1,15 – 1,23)
Nunca	34,9	1,09 (1,07 – 1,11)	38,0	1,06 (1,04 – 1,09)	31,0	1,12 (1,09 – 1,16)
<b>Realização do último pccu</b>						
Até 2 anos	30,7	1,00	35,6	1,00	26,6	1,00
> 2 anos	45,5	1,12 (1,09 – 1,14)	48,6	1,09 (1,06 – 1,11)	42,8	1,15 (1,02 – 1,10)
Nunca	40,0	0,99 (0,97 – 1,01)	41,1	0,94 (0,91 – 0,97)	38,7	1,15 (1,11 – 1,18)

Fonte: PNAD/IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

Nota: <sup>1</sup> Associação entre autoavaliação do estado de saúde e a raça/cor da pele segundo características da utilização de exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino e com ajuste por idade e escolaridade; <sup>2</sup> Associação entre autoavaliação do estado de saúde e características da utilização de exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino segundo a raça/cor e com ajuste por idade e escolaridade.

**Gráfico 3.** Prevalências da autoavaliação negativa do estado de saúde segundo as características da utilização dos exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino saúde feminina de mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 25 anos .



## 5 DISCUSSÃO

Este capítulo foi dividido em três sessões e apresenta a análise dos resultados obtidos no presente estudo, relacionando-os com a literatura.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE UTILIZAÇÃO DOS EXAMES PREVENTIVOS DO CÂNCER DE MAMA E CERVICOUTERINO

Na distribuição das mulheres segundo a raça/cor da pele e as características sociodemográficas selecionadas, verificou-se maior concentração das negras nas situações mais desfavoráveis quando comparadas às brancas e à média nacional, como: escolaridade e renda mais baixas; instabilidade financeira, dada pelo maior percentual de ocupação sem carteira assinada; residência em regiões e áreas de mais baixo desenvolvimento social e econômico do país - norte/nordeste e zona rural. Estudos demonstram que essas características diferem nas diferentes regiões do mundo. As mulheres argentinas, por exemplo, de modo geral, possuem melhores níveis de escolaridade (ALAZRAQUI, 2009) e as norte-americanas possuem melhores renda e escolaridade (PLEIS; SCHILLER; BENSON, 2003) do que as brasileiras.

Ao lado disso, há maior concentração de negras na condição de mães solteiras, como pessoa de referência no domicílio e com maior número de filhos/as. A conjunção dessas situações demonstra que a responsabilização das negras com a procriação é maior do que do que em relação às brancas e as expõe a enfrentamentos sociais e financeiros.

A família monoparental feminina, composta por uma mulher e sua descendência e mais comum entre as negras é muitas vezes imposta às mulheres como consequência do abandono da família pelo pai e viuvez. Considera-se também que parte das mulheres decide constituir suas próprias famílias sozinhas, seja por meio do divórcio ou do celibato (SANTOS; SANTOS, 2009).

Sendo ou não uma escolha, ser mãe solteira não exime as mulheres negras de viver com considerável sobrecarga de trabalho afetivo, cuidativo e de sobrevivência, além de serem vítimas, não raras vezes, de preconceitos e discriminações de gênero, juntamente com sua prole.

No nosso estudo, a maior concentração de mulheres negras em idades mais jovens indica que esta população está mais exposta a fatores de vulnerabilidade de gênero decorrentes do exercício da sexualidade e da reprodução. Estudos evidenciam maior

prevalência de ISTs, abortos sem adequada assistência entre as negras, de violência das mais variadas formas, como também maiores razões de mortalidade materna nesse grupo (MARTINS, 2006; SANTOS et al, 2009; SANTOS; ADREONI; SILVA, 2012).

A maior representatividade das mulheres negras entre as que nunca utilizaram os exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino reafirmam a permanência de desigualdades encontradas em outros estudos (DIAS-DA-COSTA et al, 2007; BAIROS et al, 2011; GÓES, 2011). Tais desigualdades são estruturadas pelo racismo e refletem sobre o perfil de morbimortalidade, na qualidade de vida e na esperança de vida das mulheres brasileiras.

## 5.2 AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS MULHERES

As associações estatisticamente significantes entre autoavaliação do estado de saúde e as características sociodemografias encontradas nesse estudo demonstram que ser negra, idosa, ter baixa renda baixa e escolaridade, empregos no setor informal do mercado de trabalho, ser mãe, residir nas regiões norte/nordeste e na zona rural aumentam as prevalências da autoavaliação negativa do estado de saúde entre as mulheres brasileiras.

Em estudo que utilizou dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL), em 2006, com pessoas brasileiras de 18 anos e mais de idade, Barros et al (2009) encontraram resultado semelhante ao nosso no que se refere à autoavaliação do estado de saúde de mulheres e a cor da pele. Entre as mulheres negras a prevalência de saúde ruim foi 1,25 vezes maior do que entre as brancas. Já no estudo de Dachs e Santos (2006), com pessoas brasileiras de 14 anos e mais de idade foi encontrado que apesar de haver uma associação entre a raça/cor e autoavaliação ruim/muito ruim do estado de saúde esta associação deixa de existir quando se inclui na análise os efeitos da escolaridade e da renda. Desse modo, segundo estes/as autores/as, as desigualdades em termos de escolaridade e renda seriam determinantes da avaliação negativa do estado de saúde das pessoas, e não as desigualdades raciais.

No entanto, Barata et al (2007) ao estudarem pessoas de 15 a 64 anos de idade, também utilizando dados da PNAD, encontraram que mesmo após o ajuste por idade, escolaridade e renda as mulheres negras têm chance maior de referir saúde ruim, quando comparadas às mulheres brancas e aos homens. Esses achados revelam então a influência de

outros fatores sociais, econômicos e culturais na autoavaliação do estado de saúde, dentre eles as desigualdades raciais e de gênero. Nesse sentido, o nosso estudo corrobora esses achados.

Esses dados justificam-se, em parte, por serem as mulheres negras as que apresentam as piores condições socioeconômicas e as que encontram mais barreiras no acesso aos equipamentos sociais e aos serviços de saúde. São elas também que apresentam uma convergência de características que estão associadas à autoavaliação negativa do estado de saúde tais como baixa renda, baixa escolaridade e ocupação com vínculo precário.

As desigualdades raciais e de gênero, portanto, submetem as mulheres negras a condições de vida e saúde mais precárias reveladas por meio da pior caracterização socioeconômica e das maiores prevalências de autoavaliação negativa do estado de saúde em relação às brancas.

Apesar de, ideologicamente, o mito da democracia racial sustentar a inexistência de desigualdades raciais no Brasil e contribuir para a reprodução da invisibilidade do racismo, fazer uma análise tendo o racismo como determinante das condições de vida e saúde da população negra permite uma melhor compreensão do modo como as relações raciais estão envolvidas com as desigualdades sociais, onde se inserem as desigualdades em saúde.

No caso do Brasil, o racismo se intersecciona com o sexismo e juntos atuam como fatores determinantes das piores condições de vida e saúde das mulheres negras. Em decorrência disso, como apontado por Pinheiro et al (2008), esse grupo de mulheres tem acesso precário a serviços essenciais como os de saúde, habitação e emprego. Consequentemente, reflete de forma diferenciada sobre a saúde de cada grupo de mulheres.

No que tange à idade, o estudo de Szwarcwald et al (2005b), que utilizou dados da Pesquisa Mundial da Saúde (PMS) 2003 de indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos, mostra que 76% das mulheres com 60 anos ou mais de idade fizeram avaliação negativa (moderada, ruim ou muito ruim) do estado de saúde. Em estudo realizado nos Estados Unidos também foi mostrada uma relação direta entre elevação da idade e autoavaliação negativa do estado de saúde de mulheres (PLEIS, SCHILLER E BENSON, 2003)

Na PNAD/2008, fonte de dados do presente estudo, 75,2% das mulheres brasileiras de todas as idades referiram saúde positiva (IBGE, 2010), percentual superior ao encontrado para as mulheres com 15 anos ou mais (70,9%). Então, nota-se que as mulheres menores de 15 anos têm participação importante na elevação do percentual da autoavaliação positiva da saúde, pois não foram incluídas em nosso estudo. Já na PNAD de 2003, a prevalência da autoavaliação positiva do estado de saúde entre as mulheres de todas as idades foi de 81,0%

(IBGE, 2005). Em 2008, portanto, as mulheres brasileiras autoavaliaram seu estado de saúde como positivo em menores proporções quando comparado ao ano de 2003.

Este aumento na prevalência negativa do estado negativo de saúde está atrelado também ao fato de as mulheres brasileiras estarem experimentando mudanças nas condições de vida e saúde, sejam elas relacionadas ao acesso ao mercado de trabalho, maior participação na chefia familiar e, principalmente, devido ao envelhecimento da população feminina vivenciado no Brasil nas últimas décadas e que é traduzido pelo aumento na expectativa de vida deste grupo populacional. Vale destacar que o envelhecimento é experimentado de forma diferenciada de acordo com a classe social e a raça das mulheres (CABRAL, 2005) e, portanto, poderá influenciar distintamente a percepção do estado de saúde.

O envelhecimento da população feminina se dá mais marcadamente entre as mulheres brancas, revelado pelo maior proporção de mulheres brancas entre as idosas. As mulheres brancas de fato têm maior expectativa de vida quando comparadas às mulheres negras (IBGE, 2011). Tais achados têm importância na maior pior autoavaliação do estado de saúde pelas mulheres brancas em relação às negras, pois há uma maior contingente de mulheres brancas nas idades mais avançadas.

As pessoas idosas referem pior estado de saúde, em parte, devido ao declínio funcional e ao aumento das doenças e incapacidades relacionadas à idade como é relatado por De Vitta, Neri e Padovani (2006). De fato, o declínio funcional e o aparecimento de doenças crônico-degenerativas, de modo geral, são mais comuns entre as pessoas idosas. Todavia, para a percepção negativa da saúde, segundo Sposito et al (2010), a variável incapacidade funcional tem maior efeito do que a presença de morbidades; uma vez que a saúde nas pessoas idosas está ligada mais às condições de autonomia e independência do que à presença ou ausência de doenças (SILVA et al, 2012).

Em estudo qualitativo realizado com pessoas idosas na cidade de Bambuí/MG, Fonseca et al (2010) identificaram que realmente a saúde entre essas pessoas está relacionada à autonomia para desempenhar as competências demandadas pela sociedade onde se incluem a resposta às obrigações familiares e ao desempenho de papéis sociais. Além disso, de modo geral, ao definir a sua saúde como boa ou razoável, a pessoa idosa não se isenta de doenças, mas se sente como um ser capaz de agir sobre o ambiente.

A capacidade para o trabalho e a competência para resolver problemas também foram relatadas como importantes fatores na definição do estado de saúde. Essas ideias privilegiam a questão de que, em idade avançada, as avaliações de saúde são pautadas por atributos

psicossociais e modos de vida, mais do que sobre aspectos biológicos tais como a presença de morbidades (FONSECA et al, 2010).

Pelo fato de as mulheres vivenciarem maior longevidade que os homens (IBGE, 2012), estão expostas a maior risco de aparecimento de doenças crônico-degenerativas que são mais comuns com o avançar da idade e causam limitações e complicações sérias em sua vida. Muito embora a presença de morbidades não seja o fator determinante para as pessoas idosas referirem saúde negativa, o estudo realizado por Barros et al (2009), com a população brasileira, mostra que, de modo geral, a presença de pelo menos uma morbidade referida aumenta em até 3 vezes a prevalência de saúde avaliada como ruim. Entre as mulheres, ter 4 ou 5 morbidades aumenta a chance de referir saúde ruim em 6,9 vezes. Como as mulheres idosas estão sujeitas a apresentarem maior número de morbidades crônicas autorreferidas comparadas às mais jovens, as mesmas avaliam a sua saúde mais negativamente.

Deve-se também destacar que o processo de envelhecimento desencadeia nas pessoas idosas medo e insegurança relacionados à possibilidade de adoecimento e perda da autonomia e independência que neste grupo populacional não estão relacionadas apenas à capacidade de desenvolver as atividades da vida diária, mas também à capacidade de manter-se economicamente. No entanto, as mulheres encontram-se em desvantagem, especialmente nesse último aspecto, uma vez que as idosas de hoje experimentaram ao longo da sua vida maiores dificuldades para ocupar um lugar no mercado de trabalho devido, em parte, à sua importante participação no papel de cuidadora da família bem como aos problemas ligados à segregação ocupacional (CAMARANO; PASINATO, 2007).

Como resultado, temos hoje mulheres idosas que quando jovens e adultas não tiveram trabalho remunerado ou se tiveram foi refletido pela discriminação salarial (GOLDANI, 2004), resultando em relativa dependência econômica e baixa renda das mulheres idosas e dispõe de escassos meios de sustento, bem como encontram dificuldades para se inserir nos sistemas de proteção social (CAMARANO; PASINATO, 2007). Este panorama está ancorado nas desigualdades de gênero e, de certo modo, incidem sobre a autonomia e independência das mulheres idosas logo, sobre a forma como elas percebem a sua saúde.

Analisando numa perspectiva de gênero e concordando com Salgado (2002), em nível psicológico e social, à mulher é atribuído, no transcurso de sua vida, uma série de responsabilidades na família e na sociedade em geral que podem se somar na velhice. A mulher enfrenta, então, uma aposentadoria com rendimento baixo, escassos recursos econômicos, viuvez ou separação do casal e afastamento dos/as filhos/as. Além disso, é comum encontramos idosas que são responsáveis pelo cuidado familiar e sustento da família,



filhos/as, netos/as e agregados/as. Essas mulheres também podem enfrentar sentimentos de inutilidade, provocados por mitos e estereótipos construídos socialmente relacionados à não aceitação da velhice, à negação de sua sexualidade, à baixa autoestima uma vez que as estruturas sociais exigem da mulher ser sempre jovem, bonita e produtiva. Esses aspectos também podem incidir negativamente sobre a percepção da saúde entre as mulheres idosas.

Segundo Cabral (2005), entre as mulheres há uma tendência de antecipação dos dilemas da velhice, em relação aos homens, por dois aspectos: o impacto das imposições biológicas que interrompem as funções reprodutivas com a chegada da menopausa e os estereótipos tradicionais sobre a condição das mulheres aos primeiros sinais de envelhecimento. Com a chegada do climatério, fase biológica da vida da mulher que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo, são esperadas algumas alterações psicossociais e fisiológicas que tem como resultado o comprometimento da saúde e da qualidade de vida das mulheres que estão passando por essa fase. Essas alterações parecem contribuir para a pior percepção do estado de saúde das mulheres, pois é na faixa etária a partir dos 45 anos que a prevalência de saúde referida como negativa sobrepõe a positiva e é quando as mulheres brasileiras mais autoavaliam seu estado de saúde como negativo.

A discriminação de gênero, que interfere nas relações sociais e culturais, pode fazer com que as mulheres no climatério e especialmente após a menopausa venham a se sentir incompetentes e incapazes de desempenhar normalmente suas atividades habituais e podem também vir a desenvolver alguma insegurança quando atingem a menopausa, seja pelo medo de adoecer ou pela maior consciência do processo de envelhecimento (BRASIL, 2008).

A vivência do climatério, no entanto, pode acontecer de forma diferenciada entre as mulheres, a depender da idade, de fatores sociais e também culturais. A partir do estudo de Santos e Compoy (2008) foi possível perceber que na fase do climatério as mulheres vivenciam uma maior preocupação com o próprio corpo que somada ao desejo de se cuidar acabam valorizando mais a saúde e buscam manter a sua autoestima elevada. Por outro lado, como o climatério ocorre na fase da vida em que, geralmente, as mulheres estão experimentando mudanças em seu papel social, suas responsabilidades, relacionamentos e crescimento de filhos/as, tais mudanças podem criar um considerável estresse para parte das mulheres, afetando sua identidade, autoestima e relacionamentos tanto familiares quanto sociais, tendo implicações negativas sobre sua saúde.

De acordo com Cabral (2005), entre as mulheres a ideia da passagem do tempo e seus rastros, ou seja, o aparecimento dos cabelos brancos e das rugas no rosto remete à temida



condição de ser mulher velha e aos estereótipos de gênero. Esse conjunto de características que sinalizam a velhice compõe um quadro ameaçador para as mulheres, ou para a sua maioria, uma vez que implica em perdas dos signos da feminilidade padronizados pela cultura masculina dominante, tornando-as mais vulneráveis aos estigmas.

Portanto, a perda da capacidade reprodutiva e dos atributos de juventude e beleza que são considerados requisitos de felicidade em nossa sociedade sinalizam o quanto é árduo o envelhecer feminino. É neste contexto de envelhecimento das mulheres que inserimos outra justificativa para a pior autoavaliação do estado de saúde pelas mulheres idosas.

Assim como o envelhecimento é uma experiência heterogênea entre as mulheres, a autoavaliação do estado de saúde nesse período da vida é um fenômeno que apresenta diferentes dimensões e fatores determinantes que se inter cruzam e fazem com que as mulheres idosas façam uma pior autoavaliação do seu estado de saúde comparadas às mulheres jovens.

Quanto à escolaridade, encontramos que quanto menor o número de anos estudados, maior é a proporção de mulheres que refere estado negativo de saúde. Resultados semelhantes foram encontrados por Szwarcwald et al (2005a). No referido estudo, as/os autoras/es encontraram que entre as mulheres que tinham no mínimo o ensino médio completo, 69,4% referiram saúde muito boa, enquanto que entre as com o ensino primário incompleto a autoavaliação muito boa da saúde diminuiu para 39,3%.

Entre as mulheres brasileiras houve uma elevação da escolaridade, a partir da década de 60 e esse panorama tem relação direta com o crescimento da inserção das mesmas no mercado de trabalho. Atualmente, as mulheres apresentam maior escolaridade que os homens, no entanto, no nível superior, elas ainda estão em maior proporção nos cursos de menor prestígio social, principalmente em cursos de licenciatura. Essa distribuição apresenta-se desigual também segundo a cor da pele (IBGE, 2010).

Apesar de o hiato educacional em termos de anos de estudo entre homens e mulheres já ter sido superado e as mulheres, atualmente, possuírem maior escolaridade que os homens, existem desigualdades marcantes entre as próprias mulheres. O acesso ao ensino universitário, por exemplo, acontece para uma minoria representada por 14,1% das mulheres brasileiras com idade maior ou igual a 15 anos, no entanto há sobrerrepresentação de mulheres brancas no ensino superior e de mulheres negras sem escolaridade, identificada no presente estudo.

A escolaridade é uma variável que está relacionada às condições de saúde. Segundo Vintém (2008), as pessoas com maior escolaridade, geralmente, aderem melhor às medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde e tendem a minimizar hábitos e estilos de vida menos saudáveis. Aos diferentes níveis de escolaridade estão associados diferentes valores,

normas, hábitos e atitudes, que contribuem assim, para a explicação da maneira como cada pessoa se percebe em termos de saúde (DACHS, 2002). Por isso, as mulheres com maior escolaridade tendem a autoavaliar o seu estado de saúde positivamente, sejam elas brancas ou negras.

As pessoas com maior escolaridade geralmente têm melhores empregos e salários e melhor suporte social e de saúde. Segundo Motta, Fabel e Pimentel (2008) o investimento em educação é uma das dimensões fundamentais para combater a exclusão e assegurar a mobilidade social e, por isso, as pessoas mais escolarizadas possuem maior possibilidade de utilizar os serviços de saúde. Além disso, é bem provável que por apresentarem atitudes e comportamentos mais adequados no que diz respeito aos cuidados em saúde as pessoas com melhor escolaridade autoavaliam a sua saúde de forma mais positiva.

No que diz respeito à renda, outras investigações foram desenvolvidas para conhecer a sua relação com a autoavaliação do estado de saúde. Um exemplo é o estudo realizado por Noronha e Andrade (2007), o qual mostrou que a chance de avaliar a saúde como boa aumenta com a renda familiar, indicando que os indivíduos com melhor nível econômico têm maiores chances de fazer uma avaliação positiva do estado de saúde. Nosso estudo corrobora com esses achados.

Devido às desigualdades de gênero e de raça, as mulheres brasileiras, especialmente as negras, geralmente possuem baixas rendas e oportunidades econômicas e sociais mais limitadas que os homens e as mulheres brancas. Apesar de nos últimos anos as mulheres, em geral, terem conquistado um aumento em termos de ganhos salariais, ainda persistem desigualdades, com intensidade um pouco reduzida, entre as mulheres negras e brancas. Segundo Rosa (2009), em 2007, a média salarial entre as mulheres brancas foi superada apenas pela dos homens brancos e era quase 2 vezes superior à das mulheres negras.

Como consequência, as mulheres negras apresentam atitudes e valores mais negativos que refletem na sua percepção de saúde, pois segundo Santos, Jacinto e Tejada (2012) a pobreza, a escassez de recursos e de suporte social tem efeito negativo sobre a saúde, uma vez que ela está relacionada com o uso da renda na utilização de bens e serviços de saúde bem como na alimentação, moradia, educação, lazer, dentre outros.

Nos dois grupos de mulheres, negras e brancas, a probabilidade de referir saúde negativa aumenta com a diminuição da renda. Entre as mulheres com rendimento inferior a 1 salário mínimo a probabilidade de referir saúde negativa não diferiu segundo a cor da pele, mas, nas outras faixas de rendimento, as mulheres negras foram as que mais referiram saúde

negativa. A renda, portanto, mostra-se como uma importante variável para apreender as desigualdades socioeconômicas e na autoavaliação do estado de saúde de mulheres.

No estudo de Peres et al (2010) também foi encontrada associação entre a autoavaliação negativa da saúde das mulheres e renda familiar *per capita*. Segundo as autoras, a maior renda está associada à aquisição de bens e produtos, incluindo medicamentos, maior acesso a atividades de lazer e maior autonomia no trabalho, aspectos estes relacionados à melhor saúde. Portanto, entre as mulheres com baixos rendimentos há uma limitação nos gastos relacionados a uma vida saudável, ao acesso à escola de qualidade e aos serviços de saúde, além de serem privadas de atividades de lazer que são aspectos relevantes na determinação dos modos de vida, das condições de saúde do bem-estar e, conseqüentemente, da autoavaliação do estado de saúde.

Quanto à posição na ocupação, encontramos que o gradiente de pior autoavaliação de saúde aumenta na ausência de atividade remunerada e entre as mulheres com ocupações autônomas e sem carteira assinada, tanto entre as mulheres brancas quanto entre as negras. A ocupação, assim como a educação, é um dos meios de acesso à renda e aos serviços sociais básicos e relaciona-se diretamente com a autoavaliação do estado de saúde.

Entre as mulheres brasileiras com 15 anos ou mais de idade ainda prevalecem as ocupações com vínculos precários, informais e com baixos salários, mais fortemente entre as mulheres negras. As desigualdades de gênero e raça impactam sobre esse resultado, pois marcam as oportunidades que as pessoas podem ter no mercado de trabalho e criam restrições fazendo com que as mulheres estejam em ocupações com menor prestígio social, que limitam as possibilidades de mobilidade e reforçam as desigualdades (LEONE; BALTAR, 2008).

A inserção em ocupações com vínculos informais, com baixa ou nenhuma remuneração além de resultar em privação material gera restrição dos direitos trabalhistas, pode ser marcado por exploração e, conseqüentemente, tem efeito negativo sobre a autoavaliação do estado de saúde das mulheres. Segundo Rodrigues e Maia (2010), a instabilidade social e financeira provocada nas pessoas com ocupações autônomas têm relação com efeitos deletérios sobre a saúde dessas pessoas e sobre a forma como elas percebem a sua saúde. Além disso, as características psicossociais do trabalho exercem um papel mediador na relação entre o nível socioeconômico e a saúde das pessoas (WARREN et al, 2004).

Entre as mulheres brasileiras com 15 anos e mais de idade, as negras estão em maior proporção em ocupações sem carteira assinada e autônomas, já as mulheres brancas há maior representação nas ocupações com vínculos formais (trabalhadoras com carteira assinada, estatutárias e militares).

Como apontado pelo IPEA (2011), no mercado de trabalho existem disparidades tradicionalmente discriminatórias e as mulheres com ocupações autônomas e sem carteira assinada tem menores rendimentos. Essas desigualdades podem desencadear desequilíbrios na saúde das mulheres que ocupam estas posições, majoritariamente negras, fazendo com que as mesmas percebam a sua saúde mais negativamente.

Destaca-se que no caso das mulheres, a representatividade das negras nas ocupações autônomas e sem carteira assinada é ainda maior do que entre as brancas, confirmando a permanência da segmentação racial no mercado de trabalho. De fato, as mulheres brasileiras com ocupações autônomas e sem carteira assinada são em sua maioria negras e estão sobrerrepresentadas entre as profissões com condições de maior vulnerabilidade social, que tem menores rendimentos, que geralmente exigem menor qualificação profissional como mostrado também por Abramo (2006).

Ter uma ocupação autônoma no Brasil, ao contrário de outros países, na maioria das vezes significa ocupar um estrato discriminado no mercado de trabalho, pois, como afirma Rosa (2009) a formalidade do vínculo empregatício é um fator preponderante para a elevação da renda entre as pessoas brasileiras.

Geralmente, as mulheres com essas ocupações vivenciam de perto a escassez de recursos financeiros e implica em dificuldade de acesso a condições mínimas de vida e de saúde. O fato de não ter o vínculo empregatício formalizado gera prejuízo e pode impossibilitar o acesso a direitos e benefícios trabalhistas tais como férias, previdência social, 13<sup>a</sup> salário e acesso a plano de saúde privado (ROSA, 2009) e que fazem parte de um conjunto de fatores reconhecidamente importantes para a melhoria da qualidade de vida e saúde. A ausência desses aspectos somada à insegurança causada por ocupar um trabalho informal resultam na maior probabilidade apresentada pelas mulheres que ocupam posições autônomas e sem carteira assinada autoavaliar a sua saúde como negativa.

Segundo Lamarca e Vettore (2012), o efeito do trabalho formal na saúde física e mental ainda permanece em debate. No entanto, estar inserida em um trabalho formal remunerado é o meio através do qual as pessoas obtêm recursos materiais para saúde, como a renda, que está relacionada ao maior acesso à alimentação saudável, moradia adequada, aos serviços de saúde na sua integralidade que são determinantes importantes para as condições de saúde. Além disso, também destacam a importância do apoio social recebido pelas mulheres com trabalhos formais e da autonomia financeira os quais geram benefícios que são revertidos em melhores condições de saúde. Por isso, as mulheres com trabalhos formais autoavaliam sua saúde mais positivamente.

Nesse estudo, entre as mulheres com ocupações sem remuneração estão as que trabalhavam no próprio domicílio e as que ajudavam instituições religiosas e/ou beneficentes, dentre outras. Essas últimas, provavelmente, são mulheres idosas, já aposentadas, e por isso referem estado de saúde negativo em maior proporção. Quanto às donas de casa, alguns estudos tais como o Travassos et al (2002) e Artazcoz et al (2004) também mostram que estas mulheres apresentam piores condições de saúde em comparação com as mulheres com inserção no mercado de trabalho formal.

Entre as donas de casa há uma coexistência de situações tais como a dependência financeira, o isolamento social, o acúmulo de papéis no próprio domicílio tais como o cuidado com filhos/as, com o companheiro/a, com a casa, a ausência de compartilhamento de atividades com o/a companheiro/a, que parecem influenciar negativamente na saúde dessas mulheres fazendo com que as mesmas tenham menores expectativas em relação à sua saúde. Além disso, segundo Araújo et al (2006), há uma maior prevalência de transtornos mentais comuns, tais como ansiedade e depressão, entre as mulheres donas de casa, o que pode também refletir na forma como as mesmas percebem a sua saúde geral.

Nos últimos anos têm ocorrido mudanças importantes na dinâmica familiar brasileira e no papel que as mulheres têm assumido no âmbito da família, com uma possível ampliação da sua autonomia. Tais aspectos resultam em mudanças, sejam elas positivas ou negativas, nas condições de vida das mulheres e de suas famílias, relacionadas à moradia, trabalho, acesso à educação e renda e aos serviços de saúde e que refletem na forma como as mulheres percebem a sua saúde.

Os resultados deste estudo no que tange às características da família estão em consonância com os dados do IBGE (2012) e mostra uma predominância de mulheres com arranjo familiar casal com filhos/as e como cônjuges da pessoa de referência no domicílio. No entanto, nos últimos anos tem sido observada uma tendência de redução no quantitativo de famílias de arranjos casal com filhos/as ao passo que ampliou o número de famílias com arranjos sem filhos/as e monoparentais do tipo mãe com filhos/as, por exemplo. Este último é mais frequente entre as mulheres negras. Ao mesmo tempo vem ocorrendo uma elevação gradativa no quantitativo de mulheres chefes de família, também mais comum entre as negras.

Encontramos que as mulheres com famílias do tipo casal sem filhos/as são as que mais autoavaliam o seu estado de saúde como negativo. Entre as mulheres negras e brancas, separadamente, essa associação também foi positiva e estatisticamente significativa. Esses resultados apontam para o fato de que ter companheiro na ausência de filho/a aumenta a

probabilidade de as mulheres autoavaliarem a sua saúde como ruim. No entanto, outras questões devem ser levadas em consideração nessa análise.

Dentre os aspectos que podem contribuir para a maior prevalência da autoavaliação negativa do estado de saúde pelas mulheres com arranjo familiar casal sem filhos/as levantamos algumas considerações:

- a) As questões ligadas à ideologia da maternidade e da naturalização do papel social das mulheres, sendo estas tidas como responsáveis pela reprodução da família e cuidado com a prole;
- b) As políticas públicas no Brasil, de modo geral, ainda favorecem o modelo tradicional de família heterossexual e na presença de filhos/as, tornando as pessoas com outros arranjos familiares mais vulneráveis socialmente;
- c) Entre as mulheres deste tipo de família pode haver o desenvolvimento da Síndrome do Ninho Vazio que é mencionada como o período de mudanças na vida do casal, da mulher e/ou do homem, após a saída dos/as filhos/as de casa. Segundo Sartori e Zilberman (2009), este período acontece junto com diversas mudanças na vida da mulher, tais como a aposentadoria e a menopausa, o que pode provocar ou agravar estados depressivos, sentimentos de solidão e baixa autoestima;
- d) Entre essas mulheres há uma grande proporção de idosas (IBGE, 2010), ou seja, daquelas mulheres que mais referem estado negativo de saúde;
- e) As mulheres que não tem filhos/as frequentam menos os serviços preventivos de saúde do que aquelas com filhos/as (BARATA, 2009; FERNANDES et al, 2009) e o maior acesso/utilização dos serviços preventivos de saúde, como mostrado por Kassouf (2005), e também encontrado no presente estudo, está associado ao melhor estado de saúde.

As mulheres que não tem filhos/as são frequentemente estigmatizadas e alvo de preconceitos de gênero o que pode provocar sentimentos de exclusão e anormalidade. Sendo, portanto, a maternidade encarada socialmente como destino e completude feminina, como refere Mansur (2003), para algumas mulheres não ser mãe pode ser causa cobranças sociais e de intenso sofrimento, refletindo então sobre a autoavaliação do estado de saúde.

Diante disso, apesar de considerarmos que ser mãe é uma questão de livre escolha, entendemos que a obrigação social da constituição de famílias com filhos/as gera sofrimentos entre mulheres que não são mães, mas tem companheiro/a, que repercutem negativamente na autoavaliação do estado de saúde.

Ademais, entre as mulheres com arranjo casal com filhos/as, apesar de ainda manter a hegemonia do modelo patriarcal, onde à mulher é atribuído o cuidado com a prole, segundo Freitas, Coelho e Silva (2007) quando a participação do homem é efetiva na criação de filhos/as, criam-se situações de bem-estar tanto para a mulher quanto para o companheiro e para o/a filho/a, de modo a se estabelecerem relações mais igualitárias. Acreditamos que este fato, em certa medida, reflete positivamente sobre o estado de saúde das mulheres que tem filhos/as e companheiro/a.

Quanto à condição na família e a autoavaliação do estado de saúde há uma tendência de pior autoavaliação do estado de saúde entre as mulheres que são chefes de família e as que estão na posição de cônjuges do/a chefe, comparadas às filhas.

As mulheres que são chefes de família e as cônjuges apresentaram proporções semelhantes para referir saúde negativa, entre negras e brancas. Consideramos que as mulheres classificadas como filhas são isentas ou têm menor responsabilidade com a família e com o domicílio, são mais jovens e ainda contam com maior suporte familiar do que as mulheres que são chefes de família ou cônjuges da pessoa de referência do domicílio, o que pode explicar o melhor estado de saúde dessas mulheres em relação às demais. De fato, segundo Ramos (2011), os/as filhos/as, que são as pessoas mais jovens do domicílio, tendem a dedicar-se menos aos afazeres da casa do que as pessoas mais velhas.

No Brasil, parte considerável das mulheres que compõem o grupo de chefes de família é composta por mulheres idosas que são as que mais referem saúde negativa. Cerca de 27,0% das mulheres chefes de família tem entre 60 anos ou mais (IPEA, 2011) o que confirma o que já vinha sendo apontado por Neri (2001): a feminização da velhice é indicada pelo crescimento da taxa de mulheres idosas que são chefes de família. Além disso, para as mulheres a chefia da família está relacionada não apenas à manutenção econômica do lar, mas também à responsabilidade com a prole, o que gera dupla/tripla jornada de trabalho e, conseqüentemente, o aparecimento de problemas de saúde sejam eles físicos ou psicológicos. Portanto, as mulheres que são chefes de família ainda tem a sua vida permeada pelas convenções de gênero e que resultam em piores condições de vida e tem relação positiva com a autoavaliação ruim do estado de saúde.



Os resultados Censo 2010 também mostram que as mulheres que são chefas de família possuem características pessoais que dão visibilidade à maior vulnerabilidade social e econômica sofrida pelo grupo. Essas mulheres, em sua maioria, possuem baixa escolaridade e baixa renda familiar e são as que trabalham mais horas fora de casa. Geralmente, essas mulheres assumem, quase sempre sozinhas, as responsabilidades pelo lar, possuem idade mais elevada (40 anos e mais) e inserção precária no mercado de trabalho (IBGE, 2010).

É importante enfatizar, portanto, que apesar do contexto de transformações relevantes, os avanços são lentos e o fato de a mulher ser a pessoa de referência no domicílio, apesar de apontar para uma maior autonomia entre as mulheres, está longe de representar uma divisão sexual do trabalho doméstico equitativa (PINHEIRO; GALIZA; FONTOURA, 2011).

Então, se por um lado, ser chefe da família pode significar autonomia e melhoria nas condições de vida das mulheres, por outro lado, parece estar relacionado à pior qualidade de vida, na medida em que essas mulheres passam a acumular novas responsabilidades, aumentando sua jornada de trabalho e refletindo negativamente sobre sua percepção de saúde.

Outro fenômeno que comumente pode fazer com que as mulheres chefes de família tenham pior estado de saúde é o crescimento do número de famílias chefiadas por mulheres em contexto de pobreza, o que revela maior vulnerabilidade social entre essas mulheres. A chefia feminina é mais comum entre as mulheres negras e entre as famílias do tipo mães com filhos/as (IPEA, 2010), o que aparentemente representa sobrecarga de atividades e um cotidiano, possivelmente, mais marcado pela escassez de recursos, pois elas, geralmente, são a única fonte de renda do domicílio o que resulta em uma baixa renda domiciliar. Essas informações dão visibilidade a um perfil de mulheres que são chefes de família que é semelhante ao perfil socioeconômico das mulheres que mais referirem estado de saúde negativo.

Entre as mulheres que são cônjuges, a probabilidade de referir estado de saúde negativo foi semelhante à apresentada pelas mulheres que eram pessoa de referência no domicílio, no entanto, acreditamos que as explicações para essas diferenças não são as mesmas, apesar de estarem ancoradas nas desigualdades de gênero. As mulheres que são cônjuges tem maior dependência financeira em relação ao companheiro e trabalham mais horas em casa que as chefes de família e se dividem entre o trabalho e os cuidados com os/as filhos/as e com a casa (IPEA, 2011) o que pode refletir na forma como as mesmas percebem a sua saúde geral.

Quanto a autoavaliação do estado de saúde e a sua associação com a variável teve filhos/as vivos/as até a data de referência, encontramos que as mulheres que são mães referem



saúde negativa mais do que aquelas que não são. Na análise por raça/cor da pele, tanto as negras quanto as brancas que são mães também referiram saúde negativa em maior proporção, comparadas às que não tem filhos/as. Encontramos também que com o aumento do número de filhos/as há uma elevação na prevalência para referir estado de saúde negativo.

O pior estado de saúde referido pelas mulheres que são mães está, portanto, em consonância com a elevação da prevalência de autoavaliar o estado de saúde como negativo na medida em que aumenta o número de filhos/as. O acúmulo de responsabilidades entre as mães somadas à ausência ou barreiras de acesso aos equipamentos sociais tais como creches fazem com que elas, mesmo quando trabalham fora de casa, sejam, na maioria das vezes, as únicas responsáveis pelo cuidado com os/as filhos/as. Essa permanência das relações de gênero tradicionais e extremamente assimétricas é responsável pela vivência de experiências de adoecimento distintas, que se dá de modo diferente entre os sexos, entre classes e entre culturas (AQUINO, MENEZES, AMOEDO, 2002). Além disso, favorece para uma maior prevalência de autoavaliação do estado negativo de saúde entre essas mulheres.

No entanto, nas últimas décadas tem-se observado um declínio na fecundidade e aumento da proporção de mulheres sem filhos/as. Esses achados mostram relação inversa com a autoavaliação negativa do estado de saúde, de modo que as mulheres que tem até dois filhos e aquelas que não têm filhos/as referem estado negativo de saúde negativo em menor proporção quando comparadas às com mais de dois filhos/as e com aquelas e que são mães, respectivamente.

Esse declínio na fecundidade que as mulheres brasileiras têm vivenciado é reflexo das mudanças ocorridas na sociedade brasileira nas últimas décadas, tais como o aumento da urbanização, maior participação de mulheres no mercado de trabalho, elevação da escolaridade, disseminação cada vez maior dos métodos anticoncepcionais, entre outras mudanças. No entanto, essa redução na taxa de fecundidade difere segundo a raça/cor, de modo que mulheres negras ainda têm maior número de filhos/as que as brancas. Segundo o IBGE (2012), no Brasil, as mulheres brancas apresentaram, em 2011, taxa de fecundidade de 1,63 filho/a por mulher, enquanto para as mulheres negras este indicador foi de 2,15 filhos/as por mulher.

Em nosso estudo encontramos uma maior proporção de mulheres negras, em relação às brancas, entre as mulheres que tinham três ou mais filhos/as. As brancas superaram as negras apenas na categoria 1 a 2 filhos/as. Isso pode explicar o porquê as mulheres negras, comparadas às brancas, tem maior probabilidade de referir estado de saúde negativo segundo a distribuição da variável número de filhos/as.

Outra variável socioeconômica relacionada à fecundidade é a escolaridade e essas estão associadas com a autoavaliação do estado de saúde. A proporção de mulheres que permanecem sem ter filhos/as é diferenciada segundo a escolaridade da mulher onde as mais escolarizadas têm maior acesso à informação e, conseqüentemente, menor é o número de filhos/as (IBGE, 2012). Logo, quanto maior a escolaridade, menor será o número de filhos/as e a probabilidade de as mulheres referirem estado de saúde negativo.

As crescentes mudanças na dinâmica das famílias e da fecundidade e as suas relações com as convenções de gênero e raça/cor, fazem surgir uma série de novas demandas para as mulheres, onde se incluem aquelas relacionadas à saúde. As mulheres estão desempenhando novos papéis sociais que apesar de contribuírem para uma maior autonomia, em primeira análise, parece não contribuir para uma melhor autoavaliação do estado de saúde pelas mesmas. Isso se deve ao fato de as mulheres que são cônjuges e as chefes de família terem probabilidades semelhantes de referirem saúde negativa. No entanto, é bem provável que os mecanismos que se relacionam a esta avaliação sejam diferentes entre os dois grupos de mulheres, no entanto, os dados quantitativos por si só não permitem diferenciá-los.

As mulheres das regiões norte e nordeste foram as que mais referiram estado negativo de saúde. A localização geográfica por si só não é determinante para essa condição, mas as mulheres que residem nessas regiões carregam consigo características sociais e econômicas bem como de acesso aos serviços de saúde de qualidade que são marcadas por desigualdades. Além disso, deve-se levar em consideração que as características comportamentais e culturais no que tange ao cuidado com a saúde também são diferentes entre as regiões do Brasil o que pode ter contribuído para as diferenças encontradas na autoavaliação do estado de saúde das mulheres de diferentes regiões brasileiras.

Segundo Santos et al (2007), o contexto de moradia realmente influencia a saúde individual de modo que as piores condições socioeconômicas afetam negativamente a saúde, aumentando a chance de autoavaliação de saúde ruim.

O estudo de Kassouf (2005) mostra que os indivíduos da região sudeste e sul têm um melhor estado de saúde do que os da região nordeste e os da região norte estão em piores condições com relação às pessoas nordestinas. Barros et al 2009, também encontraram resultados semelhantes ao nosso. As mulheres das regiões norte e nordeste são as que mais referem estado negativo de saúde. Esses resultados estão em consonância com a pior situação socioeconômica e os piores indicadores objetivos apresentados pelas mulheres dessas regiões.

As piores condições autoavaliação do estado de saúde de mulheres das regiões Norte e Nordeste revelam um conjunto de características que tem relação direta com as desigualdades

sociais e que segundo Souza et al (2008) estão relacionadas com o menor grau de escolaridade apresentado por essas mulheres.

As mulheres residentes na zona rural também tem autoavaliado o seu estado de saúde como negativo em maior proporção do que as residentes na zona urbana. Dentre os fatores que podem contribuir para esse resultado estão as piores condições de vida, saúde, trabalho, alimentação, saneamento básico, além dos menores níveis de escolaridade e renda e do menor acesso aos serviços de saúde preventivos pelas mulheres da zona rural.

As mulheres que residem na zona rural estão mais expostas a condições precárias de saneamento básico tais como falta de esgoto e água tratada e encanada, o que interfere diretamente na qualidade de vida e nas condições de saúde. Além disso, essas pessoas geralmente executam atividades que exigem mais esforço físico e que em longo prazo causam prejuízos à saúde. Os piores indicadores socioeconômicos tais como a menor escolaridade e a menor renda familiar entre as mulheres da zona rural também são fatores determinantes para que elas percebam a sua saúde mais negativamente que as da zona urbana.

O ambiente urbano também influencia a saúde e os comportamentos das pessoas (MORAES; MOREIRA; LUIZ, 2011) e a vida neste meio não parece ter efeito apenas protetor para a autoavaliação negativa, pois segundo Kassouf (2005) as mulheres do meio urbano estão mais expostas ao estresse, à correria do dia a dia e à poluição causando efeitos deletérios à saúde dessas pessoas. No entanto, o maior acesso dessas mulheres à educação e informação faz com que as mesmas tenham mais conhecimento sobre os problemas de saúde e as formas de evitá-los e, conseqüentemente, contribui para a melhoria da qualidade de vida e da percepção do estado de saúde.

Estudos que relacionam o processo de urbanização e a saúde identificaram melhores níveis de renda, educação e de informação como fatores que proporcionam uma melhor saúde nas pessoas residentes na zona urbana, em relação às da zona rural (MORAES; MOREIRA; LUIZ, 2011) bem como um melhor acesso aos serviços de saúde (KASSOUF, 2005) o que reflete na melhor avaliação do estado de saúde pelas mulheres da zona urbana.

No entanto, quando esse processo de urbanização ocorre de maneira desordenada pode trazer uma série de riscos à saúde da população, pois resulta em construção de residências sem planejamento, aglomerações de residências e de pessoas, poluição ambiental, água para consumo insuficiente ou contaminada, instalações sanitárias inadequadas e estresses associados que estão relacionados com a pobreza, o desemprego e as piores condições de saúde (AZEREDO et al, 2007). Logo, as mulheres que moram em regiões urbanas com essas características tais como em favelas, guetos e em periferias urbanas, em sua maioria mulheres

negras (PINHEIRO et al, 2008), estão mais predispostas a referir estado de saúde negativo do que as mulheres que moram em regiões com planejamento urbano adequado, majoritariamente brancas.

Em estudo realizado com pessoas idosas em Portugal, Araújo, Ramos e Lopes (2011) também identificaram que aquelas residentes na zona rural têm pior estado de saúde bem como piores hábitos e estilos de vida do que as da zona urbana, pois praticavam menos atividade física de lazer, consumiam bebidas alcoólicas em maior quantidade e menos porções de frutas e legumes.

Resultados contrários ao nosso são mostrados por Dachs (2002). O autor encontrou maior probabilidade de avaliação muito boa do estado de saúde entre as pessoas residentes de área rural no Brasil. Segundo o autor, este fato se justifica por conta de diferenças culturais que estariam relacionadas com menores níveis de informação e expectativas mais baixas em relação ao seu próprio estado de saúde. Além disso, segundo Zang, Tao e Anderson (2003), o menor acesso aos serviços de saúde pelas pessoas da zona rural quando comparadas às pessoas residentes na zona urbana, faz com que elas desconheçam um possível diagnóstico desfavorável à saúde o que poderia superestimar a autoavaliação do próprio estado de saúde.

No entanto, se a autoavaliação do estado de saúde está em consonância com a saúde objetiva, era realmente esperado que as mulheres da zona urbana tivessem melhor estado de saúde autorreferido, pois elas apresentam melhores indicadores de saúde objetivos e maior expectativa de vida. Além disso, segundo Kassouf (2005) as mulheres da zona urbana são as que mais procuram os serviços de saúde para a realização de exames de rotina e exames preventivos enquanto que as da zona rural procuram mais em casos de doença. Neste caso, a maior busca por exames preventivos e de rotina entre as mulheres da zona urbana contribui para uma melhor avaliação do seu estado de saúde.

Assim, como categorias de controle social, sexo e cor configuram marcos que regulam as oportunidades sociais e são fundamentais para a compreensão da produção, da reprodução e do aprofundamento das iniquidades de poder que permeiam a sociedade brasileira (ROSA, 2009) bem como dos impactos dessas iniquidades sobre o estado de saúde das mulheres.

Os estudos sobre desigualdades socioeconômicas e demográficas das mulheres brasileiras permitem, portanto, fazer inferências bem como justificar as desigualdades em relação à autoavaliação do estado de saúde e revelam que as mulheres negras ainda estão em piores condições sociais e econômicas bem como pior estado de saúde. No entanto, quando analisamos as mulheres brancas e as negras separadamente é notório que há mais desigualdades socioeconômicas e do estado de saúde entre as mulheres brancas. No entanto,

as mulheres negras são as mais pobres, menos escolarizadas e que possuem menor inserção em empregos com carteira assinada quando comparadas às brancas, o que, em alguma medida, resulta na pior autoavaliação do estado de saúde pelas negras.

Na literatura consultada não foram identificadas publicações sobre as características da família e da fecundidade aqui estudadas (tipo de familiar, condição na família e número de filhos/as) e a sua associação com a autoavaliação do estado de saúde, revelando o caráter inovador neste aspecto. É possível afirmar que a forma como as famílias se organizam tem relação com a autoavaliação do estado de saúde das mulheres, pois encontramos associações estatisticamente significantes onde as probabilidades de as mulheres autoavaliarem o seu estado de saúde como negativo variou de acordo com as distintas características estudadas.

O estudo amplia o conhecimento sobre o objeto ao utilizar abordagens de gênero e raça/cor ainda pouco exploradas nas análises das desigualdades do estado de saúde autorreferido por mulheres negras e brancas e no interior de cada grupo a depender de suas condições de existência. Nesse sentido, corrobora com achados da literatura.

### 5.3 AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DOS EXAMES PREVENTIVOS DO CÂNCER DA MAMA E CERVICOUTERINO

Dentre os exames estudados, o preventivo do câncer cervicouterino foi o que apresentou a maior cobertura entre as mulheres de 25 anos e mais de idade, negras e brancas, seguido pela mamografia e pelo exame clínico das mamas, no entanto, foram encontradas diferenças quando os resultados foram distribuídos pela raça/cor da pele.

No caso específico dos exames da mama, nota-se percentual elevado de mulheres que nunca os fizeram, principalmente entre as negras. Quanto ao exame clínico das mamas, apenas 39% das mulheres brasileiras tiveram a mama examinada no ano anterior à coleta de dados, apesar de ser reconhecido mundialmente como um importante método de rastreamento do câncer de mama. Enquanto cerca de 45% das mulheres brancas tiveram suas mamas examinadas no ano que precedeu a coleta dos dados, entre as negras encontramos cobertura de 32%.

No estudo de Dias-da-Costa et al (2007), com mulheres da cidade de São Leopoldo, foi encontrada cobertura em torno de 52% para a realização do exame clínico das mamas no ano que antecedeu a coleta de dados. Já entre as mulheres de Campinas, foi encontrada cobertura de 38% para o mesmo exame (AMORIM et al, 2008). Na Bahia, (Góes 2011)

encontrou que 57,3% das mulheres brancas e 61,7% das mulheres negras nunca tinham tido mamas examinadas por um/a profissional de saúde.

Apesar de o Ministério da Saúde recomendar a sua realização anual em todas as mulheres somente a partir dos 40 anos de idade, o exame clínico das mamas é compreendido como parte da rotina da atenção integral à saúde da mulher e deve ser feito em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária. A baixa realização desse exame denuncia a existência de barreiras na utilização do exame bem como coloca em questionamento a qualidade do cuidado oferecido às mulheres pelos/as profissionais da saúde.

Com relação a associação entre a autoavaliação do estado de saúde e a realização do ECM foi observado que a utilização desse exame no intervalo mínimo preconizado pelo MS, um ano, favorece positivamente a saúde das mulheres, pois a probabilidade de referir estado de saúde negativo é menor entre as mulheres que realizaram o exame no último ano. Entre as mulheres brancas, aquelas que realizaram esse exame há mais de um ano são as que mais referem saúde negativa. Já entre as negras, a maior probabilidade foi encontrada para as mulheres que nunca realizaram o ECM. Embora as diferenças entre as probabilidades tenham sido pequenas, esses resultados dão evidência às desigualdades raciais na percepção do estado de saúde pelas mulheres negras e brancas.

Como a não realização do exame clínico das mamas está associada à elevação na probabilidade de as mulheres referirem estado de saúde negativo, é necessária a identificação dos fatores que contribuem para essa não realização para que sejam feitas as intervenções necessárias no sentido de minimizar as barreiras e favorecer a utilização do ECM. No estudo de Dias-da-Costa et al (2007) foi identificado que a chance de não realização do exame clínico das mamas aumenta entre as mulheres idosas, não brancas, de classes sociais menos favorecidas e que não são casadas/união consensual. Foram encontradas maiores prevalências para a não realização do exame clínico das mamas também entre as mulheres que tem história de câncer de mama na família, com baixa escolaridade e que utilizam o serviço público de saúde.

Neste mesmo estudo, quando foram incluídas no modelo de análise apenas as mulheres que tiveram acesso a consulta médica no último ano, apenas as variáveis classe econômica e raça tiveram associação com a não realização do exame, de modo que as mulheres mais pobres e as não brancas tiveram menor chance de ter as mamas examinadas (DIAS-DA-COSTA et al, 2007).

Com relação à mamografia, ela é recomendada para todas as mulheres acima dos 50 anos e em alguns casos específicos, entre as mulheres com elevado risco para o câncer de

mama, deve ser realizada a partir dos 35 anos (BRASIL, 2011). Essas recomendações somadas às barreiras socioeconômicas e geográficas do uso da mamografia tem relevância na baixa cobertura encontrada para a utilização da mamografia entre as mulheres brasileiras com 25 anos e mais. Encontramos que no ano de 2008, cerca de 45,5% das mulheres brasileiras nunca tinham realizado esse exame. Entre as mulheres negras a proporção encontrada foi de 53% e entre as brancas 38,8%.

A probabilidade de referir saúde negativa foi maior para as mulheres que realizaram a mamografia há mais de dois anos do que entre as que não realizaram, respectivamente, quando comparadas às que realizaram há menos de dois anos. Deixar de realizar a mamografia num intervalo menor que dois anos, portanto, tem maior impacto na para a autoavaliação negativa do estado de saúde do que não realizá-lo.

O estudo de Amorim et al (2008) revela que a não realização do exame clínico das mamas e da mamografia foram significativamente mais prevalentes nas mulheres com 70 anos ou mais, as negras e com renda familiar *per capita* menor ou igual a 5 salários mínimos. Marchi e Gurgel (2010) encontraram maior proporção de não realização de mamografia entre as mulheres que não possuíam cobertura de plano de saúde privado. Portanto, assim como apontado no estudo de Scowitz et al (2005) e Dias-da-Costa et al (2007), o nível socioeconômico e a raça são importantes determinantes do acesso às condutas na prevenção secundária do câncer de mama. No entanto, outros aspectos devem ser analisados no sentido de esclarecer melhor as desigualdades no acesso a esses exames.

A cobertura por PCCU encontrada neste estudo foi baixa quando comparada aos valores mundialmente aceitos. A OMS preconiza uma cobertura de 80% do exame de Papanicolau entre mulheres de 25 a 59 anos (BRASIL, 2011) que seria suficiente para causar impacto nos indicadores de morbimortalidade. Entre as mulheres negras essa cobertura foi ainda mais baixa com diferença de aproximadamente cinco pontos percentuais em relação às brancas.

A maior amplitude da faixa etária recomendada bem como a maior oferta para a realização do pccu no âmbito do SUS podem explicar a maior realização desse exame em relação à mamografia. No entanto, a cobertura de ambos os exames bem como do exame clínico das mamas ainda encontra-se abaixo do mínimo recomendado, sendo que entre as mulheres negras encontram-se em situação de desvantagem em relação às as brancas.

Quanto ao pccu, encontramos algumas diferenças entre os dois grupos de mulheres. Após os ajustes por idade e escolaridade, as mulheres brancas que realizaram este exame a mais de dois anos e as que nunca realizaram tiveram a mesma probabilidade de autoavaliar a



sua saúde como negativa (RP=1,15), sendo superior àquelas que tiveram acesso ao exame nos últimos dois anos. Já entre as negras, não realizar o pccu diminui a probabilidade de referir saúde negativa (RP=0,94), comparadas às mulheres que realizaram há menos de 2 anos. Portanto, entre as mulheres negras, a associação entre a autoavaliação do estado de saúde e a não realização do PCCU foi distinta ao das mulheres brancas. Entre as negras deixar de realizar esse exame se mostrou como um fator de proteção para autoavaliação negativa do estado de saúde, enquanto que entre as brancas aumentou a probabilidade de referir saúde negativa.

Acreditamos que entre essas mulheres, o desconhecimento ou a superficialidade das informações quanto ao exame Papanicolau são fatores relevantes para esse resultado. Segundo Oliveira e Almeida (2009), as mulheres superestimam o Papanicolau, pois geralmente buscam o serviço de saúde para realização do mesmo apenas diante de queixas ginecológicas ou sintomatologia específica e, portanto, mais pelo aspecto curativo do que preventivo. Portanto, a inadequação do conhecimento sobre o Papanicolau e da importância da realização constituem barreira de acesso ao exame e limita o rastreamento do câncer cervico uterino.

Em revisão de literatura sobre o acesso e utilização do teste papanicolau, Pinho e França-Junior (2003) encontraram que o maior nível socioeconômico das mulheres promove o acesso à assistência preventiva. As mulheres que tem maior renda e escolaridade, por exemplo, utilizam mais os exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino, logo tem menor probabilidade de autoavaliar o seu estado de saúde como negativo.

Entre as mulheres brasileiras, a realização do exame preventivo do câncer cervicouterino também depende de outras características individuais das mulheres, tais como a idade e o estado civil. Além disso, foi identificado que crenças como a de que o câncer de colo do útero é uma patologia fatal e que mesmo quando detectado precocemente não tem cura, a de que o exame papanicolau não é efetivo para detectar o câncer e o desconforto e a vergonha associados ao procedimento também estão relacionados com a não realização do exame. Fatores comportamentais foram identificados como preditores para a realização do papanicolau, dentre eles destaca-se a realização do autoexame das mamas e a realização da mamografia (PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003).

No estudo de Oliveira et al (2006) foi identificada maior chance para não realização do papanicolau entre as mulheres usuárias do SUS, aquelas que não tinham companheiro, com escolaridade entre 5 e 8 anos e as mais jovens (25 a 29 anos de idade). Além disso, as que não têm conhecimento sobre o câncer de colo do útero e as que têm medo de realizar o exame tiveram maior chance de não ter o exame realizado.



A realização dos exames preventivos do câncer do colo do útero e do câncer de mama e cervicouterino está dentro de um conjunto de ações que tem como objetivo a prevenção secundária e a detecção precoce dos cânceres do colo do útero e do câncer de mama que, no Brasil, estão entre as neoplasias mais incidentes entre as mulheres. Apesar de esses tipos de cânceres serem passíveis de cura, têm apresentado elevadas incidências e prevalências e estão entre as principais causas de morte por neoplasias entre as mulheres brasileiras e de outras regiões do mundo, seja em países em desenvolvimento ou naqueles desenvolvidos (INCA, 2012).

No presente estudo, encontramos que as mulheres negras são as que menos utilizam os três tipos de exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino, revelando que as desigualdades raciais são determinantes para o pior acesso das mulheres negras aos exames preventivos. Góes (2011), utilizando dados da PNAD 2008 referentes às mulheres residentes na Bahia, encontrou que as negras realizam menos estes exames, no entanto a frequência de não realização entre as mulheres negras na Bahia é superior em relação ao Brasil. Além disso, foi identificado que quanto melhor o estado de saúde autorreferido, melhor é o acesso aos exames preventivos.

O estudo de Bairros et al (2011) também evidenciou desigualdades raciais no acesso aos exames de detecção precoce do câncer do colo do útero e da mama onde as mulheres negras sempre apresentam desvantagens em relação às brancas.

No Brasil, a mortalidade tanto pelo câncer de colo uterino quanto pelo câncer de mama é maior entre as mulheres negras. Williams (2002) mostrou que nos Estados Unidos as mulheres brancas têm alta prevalência de câncer de mama, mas apresentam baixa mortalidade. Já as mulheres negras têm menor tempo de sobrevivência, devido às diferenças raciais no acesso ao diagnóstico da doença. Entre as mulheres negras, geralmente, o diagnóstico ocorre mais tardiamente. Quando ao câncer do colo do útero, Madison et al (2004) mostraram que há maior incidência e maior mortalidade entre as mulheres negras em comparação com as brancas.

No estudo de Amorim et al (2008) foi encontrada maior prevalência de não realização do exame clínico das mamas entre as mulheres que estavam com rotina inadequada em relação ao exame de Papanicolau e à mamografia e a não realização da mamografia foi mais elevada nas mulheres que não haviam realizado o exame clínico das mamas no último ano e que não estavam com a rotina adequada do Papanicolau. Ou seja, a realização de qualquer um dos exames preventivos aumenta a probabilidade da realização de outro exame preventivo entre as mulheres.

As mamas e o útero são órgãos que tem uma conotação especial para as mulheres: são símbolos da feminilidade, sexualidade e maternidade. Manter a integridade desses órgãos, de certa forma, reafirma esse simbolismo, tem repercussões satisfatórias sobre a vida das mulheres e, direta ou indiretamente, contribui para que elas autoavaliem a sua saúde positivamente.

Com o intuito de melhorar o estado de saúde das mulheres brasileiras é necessário, portanto, romper/minimizar as barreiras de utilização dos exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino já apresentadas na literatura, bem como identificar novas barreiras, uma vez que para as mulheres, negras e brancas, a utilização desses exames dentro da rotina de detecção recomendada pelo Ministério da Saúde favorece positivamente a melhor autoavaliação do estado de saúde.

Diante disso, as enfermeiras, principalmente as que atuam na atenção básica e aquelas que cuidam cotidianamente de mulheres devem estar atentas para, sempre que possível e recomendado, realizar o exame clínico das mamas das mulheres e o pccu e solicitar a mamografia, levando em consideração as especificidades de cada mulher.

Outro aspecto relevante é a qualidade do cuidado que deve ser oferecido às mulheres que buscam os serviços de saúde. Fazer esclarecimentos sobre a necessidade e a importância da realização dos exames preventivos, tentar romper/minimizar as barreiras de acesso aos exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino são aspectos relevantes que devem ser contemplados no cuidado oferecido pela enfermeira e que, provavelmente, favorecerá a utilização dos exames preventivos e, conseqüentemente, implicará em um melhor estado de saúde para as mulheres.

## 6 CONCLUSÕES

Esta pesquisa buscou caracterizar as mulheres brasileiras com idade igual ou superior a 15 anos quanto às características sociodemográficas, incluindo aspectos da família e fecundidade e a utilização dos exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino e verificar a associação entre a autoavaliação do estado de saúde com tais características segundo a raça/cor da pele. O estudo amplia o conhecimento sobre o objeto ao utilizar abordagens de gênero e raça/cor da pele ainda pouco exploradas nas análises das desigualdades do estado de saúde referido por mulheres negras e brancas e no interior de cada grupo a depender de suas condições de existência.

A caracterização das mulheres negras e brancas diferiu, principalmente, em relação à renda domiciliar *per capita*, escolaridade, posição na ocupação, região de residência e utilização do exame clínico das mamas e mamografia. As mulheres negras são menos desiguais entre si, no entanto têm piores condições socioeconômicas e menor utilização dos exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino revelando situação de maior vulnerabilidade social.

O estudo mostra desigualdades nas prevalências da autoavaliação negativa do estado de saúde com as mulheres negras apresentando os maiores valores, no entanto, entre as brancas há maior variação nos gradientes dessas prevalências. O estudo evidenciou também que as mulheres brancas com baixa escolaridade e baixa renda domiciliar *per capita* apresentam prevalências de autoavaliação negativa do estado de saúde semelhantes às encontradas entre as negras.

Quanto às associações entre a autoavaliação do estado de saúde e as características sociodemográficas e de utilização dos exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino, encontramos que, na maioria dos casos, elas se coincidem para os dois grupos de mulheres, mas as razões de prevalência diferem segundo a cor da pele. As mulheres negras, comparadas às brancas, referem mais autoavaliação negativa do estado de saúde. As mulheres brancas, quase sempre, têm maior razão de prevalência para a autoavaliação negativa do estado de saúde segundo as características sociodemográficas e de utilização dos exames preventivos, resultante da maior variação na distribuição das prevalências da autoavaliação do estado negativo de saúde.

Possuir baixo *status* socioeconômico, ser idosa, residir nas regiões Norte e Nordeste ou na zona rural, ser mãe, ter 5 ou mais filhos/as, ser cônjuge ou chefe de família, constituir

arranjo familiar do tipo casal sem filhos/as, não realizar o exame clínico das mamas e ter realizado mamografia e pccu há mais de dois anos aumentam a probabilidade de as mulheres, sejam elas brancas ou negras, autoavaliarem a sua saúde como negativa.

As desigualdades socioeconômicas, demográficas e de utilização dos exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino encontradas neste estudo se expressam por meio das diferenças entre as mulheres negras e brancas para autoavaliar seu estado de saúde como negativo e são compreendidas como desigualdades na autoavaliação do estado de saúde.

O pior estado de saúde encontrado para as mulheres negras e aquelas com condições socioeconômicas precárias e que menos utilizam o serviço de saúde preventiva feminina está em concordância com os indicadores objetivos de saúde encontrados para as mulheres brasileiras, uma vez que, em geral, esse é o perfil das mulheres que apresentam menor esperança de vida, maiores taxas de morbimortalidade por causas passíveis de prevenção e cura, menor utilização dos serviços de saúde e pior qualidade de vida. Além disso, denota que a autoavaliação do estado de saúde das mulheres está associada a processos discriminatórios relacionados à raça, gênero e classe. Tais processos resultam em desigualdades, sobreposição de vulnerabilidades e criação de barreiras para que mulheres negras, as pobres, pouco escolarizadas, com vínculos precários no mercado de trabalho e aquelas que menos utilizam os exames preventivos se percebam como tendo uma saúde positiva.

Os avanços experimentados pelas mulheres no que tange à sua maior inserção no mercado de trabalho formal, melhoria da renda e da escolaridade, redução da fecundidade mostra-se como um fator importante para que as mulheres autoavaliem o seu estado de saúde positivamente, no entanto, também contribui para a persistência de desigualdades, seja intragrupo ou entre os grupos, dado que os avanços também ocorrem de forma desigual, privilegiando as mulheres brancas.

Assim, conhecer e compreender o contexto socioeconômico e de utilização dos exames preventivos no qual as mulheres brasileiras estão inseridas e a sua relação com as desigualdades em saúde é fundamental para identificar as necessidades e vulnerabilidades de cada grupo específico de mulheres. Este contexto, quando desigual, pode contribuir para as mulheres brasileiras referirem autoavaliação negativa da sua saúde. Isso se torna ainda mais relevante no contexto do Brasil, pois é um país permeado por iniquidades de ordem social, econômica, cultural, religiosa, de gênero e raça que determinam o papel social e o lugar que cada mulher ocupa na sociedade e que alimentam as desigualdades em saúde.

O panorama identificado neste estudo revela que é necessária a (re)formulação de políticas públicas que visam à redução das desigualdades socioeconômicas e de acesso aos

exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino que contribuem para expor as mulheres às vulnerabilidades, sejam elas individual, organizacional ou social, refletindo negativamente sobre o estado de saúde autorreferido.

A integração das dimensões de gênero e raça na análise da autoavaliação do estado de saúde permitiu neste estudo não somente a visualização das desigualdades entre as mulheres, mas como essas desigualdades são importantes para a determinação do estado de saúde subjetivo. É possível supor então, que a redução ou eliminação das desigualdades de gênero e raça, com conseqüente aumento da inserção das mulheres no mercado de trabalho formal, aumento da renda familiar, acesso ao planejamento reprodutivo, compartilhamento com o parceiro/a das responsabilidades com filhos/as e o domicílio, bem como a maior utilização dos exames preventivos, dentre outros fatores, haja uma melhoria na autoavaliação do estado de saúde das mulheres.

Além disso, é necessário que exista um constante refinamento do conhecimento de como os diversos fatores de ordem socioeconômica, demográfica e de acesso aos serviços de saúde podem interagir e influenciar a vida e a saúde das mulheres, pois vivenciamos no Brasil um cenário de mudanças em vários setores que implicam em novas exigências, novas desigualdades e novas demandas em termos de políticas públicas.

De modo geral, promover a saúde das mulheres deve ser objetivo das políticas públicas de saúde, no entanto, envolve um conjunto de ações intersetoriais e os serviços de saúde, por meio dos/as seus/suas profissionais, têm papel fundamental na implementação dessas políticas, conseqüentemente, na melhoria da saúde das mulheres.

Este estudo oferece subsídios para fomentar o debate na comunidade acadêmica sobre iniquidades de gênero e raça e a sua relação com a saúde das mulheres e a importância da individualização e contextualização do cuidado ofertado a cada mulher, mantendo o conhecimento científico como âncora do mesmo. Portanto, é necessário investir na realização de estudos com recorte de gênero e raça/cor de modo a potencializar a ação pública no sentido de enfrentar as iniquidades resultantes das diversas formas de exclusão social, com destaque para o cuidado.

Nesse sentido, as enfermeiras são profissionais importantes nesse processo e podem atuar, principalmente, nos aspectos atinentes à qualidade do cuidado oferecido às mulheres que buscam os serviços de saúde, especialmente, os de saúde preventiva, com a finalidade de minimizar barreiras na utilização desses serviços bem como favorecer a promoção da saúde entre as mulheres. Além disso, estas profissionais devem considerar no cotidiano de cuidado o contexto socioeconômico onde cada mulher está inserida, em relação ao local de moradia,

ao nível educacional, ao trabalho, às relações familiares, bem como ao acesso aos bens e serviços de saúde.

É importante ressaltar, também, as limitações da pesquisa. Por ser um estudo transversal, as informações obtidas são restringidas ao momento da entrevista e não retrata os fatos que aconteceram no passado e que contribuíram para o desfecho, não permitindo, portanto, estabelecer uma relação causal entre os fatos. A abrangência populacional dos dados e o recorte racial adotado ampliam a discussão acerca das desigualdades em saúde, no entanto, os efeitos dos diferenciais regionais não foram levados em consideração na análise dos dados, apesar de compreendermos que representam condições socioeconômicas bem como de oferta e acesso aos exames de prevenção do câncer de mama e cervicouterino diferenciadas. Além disso, destacamos que o reduzido número de estudos sobre a autoavaliação do estado de saúde de mulheres brasileiras e com recorte racial dificultou de certo a validação dos resultados. Essas limitações, no entanto, não reduzem a relevância dos achados desse estudo uma vez que contribui para a ampliação da discussão acerca do objeto estudado.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMO, Laís. Desigualdades de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro. **Cienc. Cult.** Campinas, v. 58, n. 4, p. 40-1, Out/Nov, 2006.
- ALAZRAQUI, Marcio. Salud auto-referida y desigualdades sociales, ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1990-2000, set, 2009.
- AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima et al. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2623-32, nov, 2008.
- AQUINO, Estela M.L.; MENEZES, Greice M.S.; AMOEDO, Marúcia B. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 3, Jun, 1992.
- ARAÚJO, Tânia Maria de El al. Transtornos mentais comuns em Mulheres: estudo comparativo entre Donas-de-casa e trabalhadoras. **R Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 260-9, abr/jun, 2006.
- ARAÚJO, Edna Maria et al. Desigualdades em saúde e raça/cor da pele: revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos (1996-2005). **Saúde Coletiva**. LOCAL, v. 40, n. 7, p. 116-121, 2010.
- ARAÚJO, Joana; RAMOS, Elisabete; LOPES, Carla. Estilos de vida e percepção do estado de saúde em idosos portugueses de zonas rural e urbana. **Acta Med Port**. Portugal, v. 24, n. S2, p. 79-88, 2011
- ARTAZCOZ Luiz M.I. et al. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. **Soc. Sci. Med.** Barcelona, v. 59, n. 2, p. 263-74, jul, 2004.
- AZEREDO, Catarina Machado et al. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, ed. 12, v. 3, p. 743-753, 2007.
- BAIRROS, Fernanda Souza de et al. Desigualdades raciais no acesso à saúde da mulher no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2364-2372, dez., de 2011.
- BARATA, Rita Barradas et al. Desigualdades de saúde segundo cor em pessoas de 15 a 64 anos de idade no Brasil, 1998. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2. p. 305-13, fev, 2007.
- \_\_\_\_\_. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal a saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 120 p.
- BARBOSA, Ana Luiza N. H.; BARBOSA Filho, FERNANDO H. **Diferencial de salários entre os setores público e privado no Brasil: um modelo de escolha endógena**. Rio de Janeiro: IPEA, 2012.

BARROS AJ, HIRAKATA VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Med Res Methodol.** v. 3, n. 21, 2003.

BARROS, Marisilia Berti de A. et al. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública.** São Paulo, n. 43, Supl. 2, p. 27-37, 2009.

BORIM, Flávia Silva Arbex; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; NERI, Anita Liberalesso. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, Abr, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, Distrito Federal, 2004. 82p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 192 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2011. 104 p.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina. Rio de Janeiro: IPEA, 2007.

CAPILHEIRA, Marcelo F.; SANTOS, Iná da Silva dos. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Rev Saúde Pública,** São Paulo, n. 40, n. 3, p. 436-43, 2006.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Gênero, saúde e enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.,** Brasília, v. 58, n. 3, p. 345-8, mai/jun, 2005.

COELI, Cláudia M. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. **Cad. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 335-6, 2010.

COSTA, Suely Gomes. Movimentos feministas, feminismos. **Rev. Estud. Fem.** Florianópolis, v. 12, n. (N.E.), p. 23-36, set-dez, 2004.

CABRAL, Benedita Edina Lima. Mulher e velhice. In: MOTTA, Alda Britto da; AZEVEDO, Eulália Lima, GOMES, Márcia Queiroz de Carvalho (Orgs). **Dinâmica de Gênero em perspectiva nacional.** Salvador: UFBA/ Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a mulher, 2005. Cap. 2, p. 53-61.

CUNHA, E.M.G.P. Evidências de desigualdades raciais na mortalidade infantil. **Bol. Inst. Saúde,** São Paulo, n. 31, p. 12-14, 2003.

DACHS, J. Norberto W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 641-657, 2002.



DACHS, J. Noberto W.; SANTOS, Ana Paula R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: Análise dos dados da PNAD/2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 641-657, out/dez, 2006.

DE VITTA, Alberto. **Bem-estar físico e saúde percebida: um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos e idosos, sedentários e ativos**. 2001, 111f. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

DE VITTA, Alberto; NERI, Anita Liberalesso; PADOVANI, Carlos Roberto. Saúde percebida em homens e mulheres sedentários e ativos, adultos jovens e idosos. **Salusvita**, Bauru, v. 25, n. 1, p. 23-34, jan-abr, 2006. Disponível em: <[http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita\\_v25\\_n1\\_2006\\_art\\_02.pdf](http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v25_n1_2006_art_02.pdf)>. Acesso em 12 mai. 2011.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares et al . Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.7, Jul 2007.

FLECK, Marcelo Pio A. O instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-8, 2000.

FERNANDES, Léia C. L.; BERTOLDI, Andréa D.; BARROS, Aloísio J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n.4, p.595-603, 2009.

FERREIRA, Pedro Lopes; SANTANA, Paula. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. **Rev. Port. Saúde Pública**, Lisboa, v. 21, n. 2, p. 15-30, jul/dez, 2003.

FONSECA, Maria das Graças Uchôa Penido et al . Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, Fev. 2010.

FONSECA, Rosa Maria G. S. da. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. **Rev Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 5-13, jan., 1997.

\_\_\_\_\_. Equidade de gênero e a saúde das mulheres. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 450-9, 2005.

FREITAS, Waglânia de Mendonça Faustino e; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 137-145, jan, 2007.

GÓES, Emanuelle Freitas. **Mulheres Negras e Brancas e o acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades**. 2011. 82f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

GOLDANI, Ana Maria. Relações intergeracionais e reconstrução do Estado de bem-estar. Por que se deve repensar essa Relação para o Brasil? In: CAMARANO, Ana Amélia (Org). **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Cap. 7, p. 211-50.

HÖFELMANN, Dorotéia A.; BLANK, Nelson. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 777-87, out, 2007.

IANNI, Octávio. Dialética das relações raciais. **Estud. av**, São Paulo v. 18, n. 50, p. 21-30, Abr, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios**. Acesso e utilização de serviços de saúde 2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. 169 p.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios**. Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 256 p.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. 293 p.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **PNAD 2009 - Primeiras análises: Investigando a chefia feminina de família**. Brasília: IPEA, 2010. 25 p.

\_\_\_\_\_. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4ª ed. Brasília: IPEA, 2011, 39 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Programa Nacional de Controle do câncer do colo do útero. **Conceito e magnitude**. Rio de Janeiro: INCA, 2012a.

\_\_\_\_\_. Programa Nacional de controle do câncer de mama. **Conceito e magnitude**. Rio de Janeiro: INCA, 2012b.

JACCOUD, Luciana. Racismo e República: o debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. In: THEODORO, Mário (Org.) **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil**: 120 anos após a abolição. Brasília: Ipea, 2008. p. 131-166.

JACCOUD, Luciana; SILVA, Adailton; ROSA, Waldemir; LUIZ, Cristiana. Entre o racismo e a desigualdade: da Constituição à promoção de uma política de Igualdade Racial (1988-2008). **Políticas sociais: acompanhamento e análise**. v. 5, 2011.

KALKMANN, Suzana et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 100-7, mai/ago, 2007.

KASSOUF, Ana Lúcia. Acesso aos Serviços de Saúde nas Áreas Urbana e Rural do Brasil. **Rev. Econ. Sociol. Rural**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 01, p.29-44, jan/mar 2005.

LAGUARDIA, Josué. O uso da variável “raça” na pesquisa em saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 197-234, 2004.

LAMARCA, Gabriela; VETTORE, Mário. Trabalhar fora pode trazer benefícios para saúde das mulheres? **Determinantes sociais da Saúde portal e observatório sobre iniquidades em saúde**. Rio de Janeiro: 06 de agosto de 2012. Disponível em:

<<http://dssbr.org/site/2012/08/trabalhar-fora-pode-trazer-beneficios-para-saude-das-mulheres/>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira; CUNHA, Cynthia Braga. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

LEONE, Eugenia Troncoso; BALTAR, Paulo. A mulher na recuperação recente do mercado de trabalho brasileiro. **R. bras. Est. Pop.** São Paulo, v. 25, n. 2, p. 233-249, jul./dez. 2008.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; FIRMO, Josélia O A; UCHÔA, Elizabeth. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 827-34, 2004.

MADISON, Terri et al. Endometrial cancer: socioeconomic status and racial/ethnic differences in stage at diagnosis, treatment, and survival. **Am J Public Health**. v.94, n. 12, p. 2104-11, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448599/>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

MANSUR, Luci Helena B. Experiências de mulheres sem filhos: a mulher singular no plural. **Psicol., Ciênc. Prof.**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 2-11, 2003.

MARCHI, Ailton Augustinho; GURGEL, Maria Salete Costa. Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 191-7, Abr. 2010.

MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, Nov., 2006 .

MATOS, Gláucia. A discriminação contra a mulher. **Observatório da mulher**. São Paulo, out. 2005. Disponível em: <[http://observatoriodamulher.org.br/site/index.php?option=com\\_content&task=view&id=76&Itemid=140](http://observatoriodamulher.org.br/site/index.php?option=com_content&task=view&id=76&Itemid=140)>. Acesso em: 11 set 2011.

MCDOWELL, Ian. **Measuring Health**: a guide to rating scales and questionnaires, third edition. 3ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2006. 765 p.

MEDRONHO, Roberto et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. 493 p.

MORAES, José Rodrigo de; MOREIRA, Jessica Pronestino de Lima; LUIZ, Ronir Raggio. Associação entre o estado de saúde autorreferido de adultos e a área de localização do domicílio: uma análise de regressão logística ordinal usando a PNAD 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3769-80, 2011.

MOTTA, Carolina. P. G.; FAHEL, Murilo. C. X.; PIMENTEL, Eduardo. C. Desigualdades no acesso aos serviços de saúde da população ocupada: uma análise a partir dos dados das PNADS 1998 e 2003. In: XVI Congresso da Associação Brasileira de Estudos Populacionais

ABEP, 2008. **Anais...** Caxambu: XVI Congresso da Associação Brasileira de Estudos Populacionais ABEP, 2008.

NERI, Anita L. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. In: 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. **Anais eletrônicos...** GERP, 2001. Disponível em: <<http://portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/maio2007/2congresso.pdf>>. Acesso em: 15 ago 2012.

NOGUEIRA, Helena. **Os lugares e a saúde**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008. 240 p.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza. **A Relação entre o Estado de Saúde e a Desigualdade de Renda no Brasil**. 2005. 187f. Tese (Doutorado em Economia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza; ANDRADE, Monica Viegas. O efeito da distribuição de renda sobre o estado de Saúde individual no Brasil. **Pesquisa e planejamento econômico**, v.37, n.3, p. 521-58, dez, 2007. Disponível em: <<http://ppe.ipea.gov.br/index.php/ppe/article/viewFile/103/1020>>. Acesso em: 05 mar. 2011.

NOVAES, Cristiane de Oliveira; MATTOS, Inês Echenique. Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia em mulheres idosas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, supp 2, p. s310-s320, 2009.

NUNES, Maria Amália Simões Ferreira Marques da Silva. **Auto-percepção da saúde das mulheres: a influência de factores sociais e familiares**. 2007. 274 f. Dissertação (Mestrado em Família e Sociedade). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Departamento de Sociologia, Lisboa, 2007.

OLIVEIRA, Daniel Canavese de. **Elaboração de modelos lingüísticos baseados na teoria de conjuntos fuzzy para mensuração de qualidade de vida relacionada à saúde**. 2004. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, Evangelina Xavier Gouveia de et al. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, Set 2011.

OLIVEIRA, Márcia Maria Hiluy Nicolau de et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Rev Bras Epidemiol**. São Paulo, v. 9, n. 3, p. 325-34, 2006.

PAINÉ, Patricia Ann. Atitudes sobre o papel de gênero e auto-avaliação de saúde em mulheres brasileiras de três grupos socioeconômicos. **Est Pesqui Psicol**, v. 1, n. 1, 2001. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v1n1/artigos/Artigo%208%20-%20V1N1.pdf>>. Acesso em: 03 abr 2011.

PAIXÃO, Marcelo et al. **Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil**; 2009-2010. Rio de Janeiro: Laeser/Garamond, 2011. 292 p.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 596 p.

PERES, Marco Aurélio et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, Out. 2010.

PIMENTA, F. Aloísio et al. Autopercepção do estado de saúde em reformados e sua associação com o uso de serviços de saúde. **Acta Med Port**, v. 10, n. 23, p. 101-106, 2010.

PINHEIRO, Luana. *et al.* **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 3. ed. Brasília: Ipea, SPM, UNIFEM, 2008

PINHEIRO, Luana; GALIZA, Marcelo; FONTOURA, Natália. Novos arranjos familiares, velhas convenções sociais de gênero: a licença parental como política pública para lidar com estas tensões. In: BONETTI, Aline; ABREU, Maria Aparecida (Orgs). **Faces da desigualdade de gênero e raça no Brasil**. Brasília: Ipea. p. 45-60, 2011.

PINHO, Adriana de Araujo; FRANCA-JUNIOR, Ivan. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 3, n. 1, Mar. 2003

PLEIS, John R.; BENSON, Veronica; SCHILLER, Jeannine. Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2000. **Vital Health Stat**. Atlanta, v. 26, n. 215, p.1-132, 2003.

RAMOS, Daniela Peixoto. Pesquisas de usos do tempo: um instrumento para aferir as desigualdades de gênero. In: BONNETI, Alinne; ABREU, Maria Aparecida (Orgs). **Faces da desigualdade de gênero e raça no Brasil**. Rio de Janeiro, IPEA, 2011. Cap. 1, p. 18-43.

RODRIGUES, Cristina Guimarães; MAIA, Alexandre Gori. 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. 762-74, abr, 2010.

RODRIGUES, Maria Aparecida P. et al. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p.2267-78, out, 2008.

ROSA, Waldemir. Sexo e cor: categorias de controle social e reprodução das desigualdades socioeconômicas no Brasil. **Rev. Estud. Fem.** Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 889-99, set-dez, 2009.

ROUQUAYROL Maria Zélia; ALMEIDA-FILHO, Naomar. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.

SALGADO, Carmen Delia Sánchez. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SANTOS, Livia Matavelli; CAMPOY, Marcos Antonio. Vivenciando a menopausa no ciclo vital: percepção de mulheres usuárias de uma unidade básica de saúde. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 32, n. 4, p. 486-94, 2008.

SANTOS, Naila J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl2, 2013.

SANTOS, Tássia Ferreira; ANDREONI, Solange; SILVA, Rebeca de Souza e. Prevalência e características de mulheres com aborto provocado - Favela México 70, São Vicente - São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, Mar. 2012.

SANTOS, Anderson Moreira Aristides dos; JACINTO, Paulo de Andrade; TEJADA, César Augusto Oviedo. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. **Estud. Econ.**, São Paulo, v. 42, n. 2, Jun, 2012.

SARTORI, Adriana C. R.; ZILBERMAN, Monica L.. Revisitando o conceito de síndrome do ninho vazio. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 36, n. 3, 2009.

SCLOWITZ, Marcelo Leal et al. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, jun. 2005.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.

SILVA, Pedro Luis do Nascimento; PESSOA, Djalma Galvão Carneiro; LILA, Maurício Franca. Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, Jan, 2002.

SILVA, Luisa Ferreira da. O gênero, determinante cultural da saúde. **Rev. Epidemiologia**, Lisboa, v. 13, sup. 5, p. 31-4, 1999.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 59, n. 4, Ago, 2006.

SILVA, Roberto Jerônimo dos Santos et al. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 15, n. 1, p. 49-62, mar, 2012.

SOUZA, Mirian Carvalho de et al. Auto-avaliação de saúde e limitações físicas decorrentes de problemas de saúde. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 741-9, 2008.

SPOSITO, Giovana et al. Relações entre o bem-estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial. **Rev. bras. fisioter.** São Carlos, v. 14, n. 1, p. 81-89, jan/fev 2010.

SZWARCWALD, Célia Landmann et al. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, Supl 1, S11-S22, dez., 2005a.



SZWARCWALD, Célia Landmann et al. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21 Sup 1, S54-S64, 2005b.

TRAVASSOS, Cláudia et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Publica**. Washington, v. 11, n. 5/6, p. 365-73, 2002.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supp. 2, 2004. VIACAVA, Francisco. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 607-21, 2002.

VILELLA, Wilza Vierira; MONTEIRO, Simone. A promissora expansão do uso da categoria gênero pela Saúde Coletiva Brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 994, 2009.

VINTÉM, JOÃO MANUEL. Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de gênero e da escolaridade. **Rev. Port. Saúde Pública**, Lisboa, v. 26, n. 2, p. 5-16, jul/dez, 2008.

VINTÉM, João Manuel; GUERREIRO, Maria das Dores; CARVALHO Helena. Desigualdades de género e sociais na saúde e doença em Portugal: uma análise do módulo “Saúde” do European Social Survey, 2004. In: VI CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 2008, Lisboa. **Anais eletrônicos...** Lisboa: APS, 2008. Disponível em: <<http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/325.pdf>>. Acesso em: 11 set 2011.

WARREN, John Robert et al. Job characteristics as mediators in SES–health relationships. **Soc Sci Med**, v. 59, p.1367–78, 2004.

WILLIAMS, David R. Racial/ethnic variations in womens’ health: the social embeddedness of health. **Am J Public Health**. v.92, n. 4, p. 588-97, abr 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447123/>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

ZHANG, P; TAO, G; ANDERSON, L. A. Differences in access to health care services among adults in rural America by rural classification categories and age. **Aust J Rural Health**, v. 11, n. 2, p. 64-71, 2003.

**APÊNDICE A** - Distribuição proporcional global e por cor da pele segundo características sociodemográficas de mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 25 anos. Brasil, 2008.

**Tabela 5.** Distribuição proporcional global e por cor da pele segundo características sociodemográficas de mulheres residentes no Brasil com idade igual ou superior a 25 anos. Brasil, 2008.

(N=57.360.822)

<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>Global (%)</b>	<b>Negras (%)</b>	<b>Branças (%)</b>
<b>Raça/cor autodeclarada</b>		47,6	52,4
<b>Idade</b>			
15 – 29 anos	14,4	15,6	13,3
30 – 44 anos	37,4	39,3	35,6
45 – 59 anos	27,9	27,3	28,5
60 anos e mais	20,3	17,8	22,6
<b>Anos de estudos</b>			
Nenhum	13,6	17,9	9,6
1 – 4 anos	24,2	26,0	22,7
5 – 8 anos	20,9	22,1	19,7
9 – 11 anos	26,5	25,4	27,5
12 anos ou mais	14,8	8,6	20,5
<b>Renda domiciliar <i>per capita</i> (s.m.)</b>			
Menos de 1	48,1	61,7	35,6
1 – 2	39,4	32,6	45,5
3 – 4	7,0	3,7	10,1
5 ou mais	5,5	2,0	8,8
<b>Posição na ocupação</b>			
Com carteira assinada	43,1	37,8	48,1
Sem carteira assinada	23,8	28,1	19,8
Autônoma	27,1	28,2	26,0
Não remunerada	6,0	5,9	6,1
<b>Tipo de família</b>			
Casal sem filhos/as	15,6	13,7	17,3
Casal com filhos/as	51,7	52,8	50,7
Mãe com filhos/as	21,2	23,1	19,5
Outro	11,5	10,4	12,5
<b>Condição na família</b>			
Pessoa de referência	34,0	35,9	32,3
Cônjuge	52,4	51,2	53,4
Filha	7,8	7,4	8,2
Outra	5,8	5,5	6,1
<b>Teve filho/a</b>			
Não	16,5	14,7	18,1
Sim	83,5	85,3	81,9
<b>Número de filhos/as vivos/as<sup>a</sup> 47.625.216</b>			
1 – 2	52,1	47,2	56,8
3 – 4	30,5	31,5	29,5
5 ou mais	17,4	21,3	13,7
<b>Região de residência</b>			
Sudeste	45,1	37,6	52,0
Sul	15,2	6,1	23,4
Nordeste	26,1	37,9	15,3
Centro-Oeste	7,0	8,1	6,1
Norte	6,6	10,3	3,2
<b>Situação Censitária</b>			
Urbana	86,4	83,4	89,0
Rural	13,6	16,6	11,0

**Fonte:** PNAD/IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008

**Nota:** <sup>a</sup>Inclui apenas as mulheres que tinham filhos/as vivos/as até a data de referência para a coleta de dados.