

## O PAPEL DAS CRENÇAS E PERCEPÇÕES DE MULHERES NA VIVÊNCIA DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA<sup>1</sup>

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli \*  
Ana Cristina d'Andretta Tanaka\*\*

### RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever e analisar uma população de mulheres segundo condições sócio-econômicas, percepção de problemas de saúde, procura por cuidado em saúde e experiências com os serviços de saúde, bem como, crenças e atitudes sobre a prática da prevenção em saúde. A população deste estudo transversal foi composta por 654 mulheres na faixa etária entre dez e 65 anos que habitavam uma área de Londrina, Paraná, Brasil. Utilizou-se a abordagem quantitativa para o diagnóstico da saúde na primeira fase do estudo. Para o acesso às informações subjetivas, utilizaram-se métodos e técnicas propostos pela Teoria da Cognição Social, utilizada na segunda fase do estudo. De acordo com os resultados da primeira fase, a renda familiar foi o único fator associado à procura por cuidado preventivo. Entretanto, os dados da segunda fase mostraram que as atitudes e crenças em saúde das mulheres, independentemente da renda familiar, eram similares. Porém, a renda familiar concretizou-se em uma barreira real no processo de procura por cuidado e para a prática de atitudes positivas em saúde, determinando desigualdades em saúde.

**Palavras-chave:** Cuidado em Saúde. Prevenção em Saúde. Crenças em Saúde. Saúde da Mulher Saúde Pública.

### INTRODUÇÃO

A assistência à mulher defronta-se hoje com um desafio que é discutir a saúde feminina, caracterizada pela falta de condições para a vivência saudável das fases de seu ciclo de vida, o que pode determinar um quadro de morbidade. Vários aspectos têm sido colocados em segundo plano nas discussões sobre saúde da mulher, relativos à denominada ordem sócio-cultural, como violência sexual, confinamento e privação no espaço doméstico, negação da autonomia do indivíduo, abandono durante a gravidez e clandestinidade do aborto<sup>(1-7)</sup>.

O foco deste estudo que aborda parte dos dados levantados em tese de doutoramento, junto à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo<sup>(8)</sup>, é a influência das percepções e crenças das mulheres sobre o processo saúde-doença como determinante de prevenção. Os objetivos foram descrever e analisar uma população de mulheres, segundo condições sócio-econômicas; percepção de problemas de

saúde; procura por cuidado em saúde; experiências com os serviços de saúde; crenças e atitudes sobre a prática da prevenção em saúde.

O modelo analítico hipotético, construído a partir do referencial teórico-metodológico, propõe a associação entre duas dimensões. A primeira contempla as *condições concretas de existência*, caracterizadas pela condição sócio-econômica da população em estudo. A segunda contempla as *percepções e comportamentos em saúde*, caracterizados pela percepção do problema de saúde e procura por cuidado de saúde. Essas duas dimensões podem influenciar a atitude positiva em prevenção, resgatada por meio das crenças das mulheres sobre quando uma pessoa necessita procurar por cuidado de saúde.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal cujas unidades de observação foram indivíduos que habitavam a área geográfica referente à Unidade Básica de Saúde Marabá, localizada na região

<sup>1</sup> Artigo originado da Tese de Doutorado em Saúde Pública: "A procura por cuidado de saúde: o papel das crenças e percepções de mulheres da vivência do processo saúde-doença". Universidade de São Paulo, 2000. Projeto de pesquisa financiado pela FAPESP, sob o Processo nº 1997/10429-0.

\* Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. E-mail: macielalexandrina@gmail.com

\*\* Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Titular do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. E-mail: acdatana@usp.br

Leste do município de Londrina - Paraná. O estudo foi estruturado em duas fases, utilizando-se na primeira a abordagem quantitativa<sup>(9)</sup>, em que foram analisadas 654 mulheres, entre dez e 65 anos de idade e, na segunda fase, o Modelo de Crenças e Atitudes em Saúde (MCA). A coleta de dados foi implementada após aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP, sendo operacionalizada pela própria pesquisadora, durante o ano de 1999. O MCA afirma que a predisposição para uma tomada de atitude em saúde vincula-se à percepção de um problema de saúde, que vem da avaliação pessoal do indivíduo sobre sua suscetibilidade para estar ou ficar doente, o potencial de severidade do quadro, possíveis barreiras na busca pelo cuidado e da motivação pessoal para a ação<sup>(10-12)</sup>.

Neste estudo, porém, a atitude em saúde é concebida como a procura por cuidado, independentemente de o indivíduo ou grupo vivenciar um problema de saúde. É o que se denominou de *Atitude Positiva em Prevenção*.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados da primeira fase mostraram tratar-se de mulheres, em sua grande maioria, jovens (média 35 anos) e no período reprodutivo (513-78,4%). A escolaridade, para mais da metade, foi inferior a oito anos de educação formal (344-52,5%). Quanto à renda familiar, quase metade do grupo possuía renda inferior a cinco salários mínimos (341-52,1%). Pouco mais da metade tinha acesso a informações sobre saúde (341-52,1%) e um grupo muito pequeno entre elas praticava esporte (191-29,2%) ou lazer (272-41,5%).

Quase metade delas (314-48,0%) prevenia a possibilidade de uma gravidez não planejada, sendo a esterilização o meio mais utilizado (157-50,0%) para isso. Grande parte fazia prevenção do câncer cérvico-uterino e a maioria realizou pré-natal na última gestação. Dentre aquelas que referiram problema de saúde nos últimos 30 dias (226-34,6%), a dor foi o sintoma mais frequente e a procura por cuidado foi grande, porém, como última alternativa na busca de resolução da queixa apresentada. Quase metade das mulheres que procuraram por cuidado institucional, quando com problema de

saúde, foram a um serviço municipal que não correspondia à área de abrangência de seu domicílio. Enfim, praticamente a totalidade do grupo estudado referiu acreditar que uma pessoa deveria procurar por cuidado de saúde somente quando existisse desequilíbrio nesta.

A Tabela 1 mostra os “odds ratios” de *atitude positiva em prevenção* para as variáveis “problema de saúde nos últimos 30 dias” e “procura por cuidado médico quando com problema de saúde nos últimos 30 dias”. Na coluna OR<sup>1</sup> são apresentados os “odds ratios” brutos ou não ajustados, e na coluna OR<sup>2</sup>, os “odds ratios” ajustados para possível confundimento pela “renda familiar”, “condições de moradia da área de residência”, “educação formal” e “idade”. Os “odds ratios” para “não ter experienciado problema de saúde nos últimos 30 dias” em comparação com “ter experienciado esses problemas” não foram estatisticamente significantes (OR<sup>1</sup>=1,6; p=0,235 e OR<sup>2</sup>=1,4 p=0,432). Os “odds ratios” de “não procurar por cuidado médico quando na ausência de problema de saúde nos últimos 30 dias” em comparação com “procurar esse cuidado” também não foram estatisticamente significantes (OR<sup>1</sup>=1,4; p = 0,488 e OR<sup>2</sup>=1,3; p = 0,431). Não foi possível estimar “odds ratios” para a variável “procurou ou não cuidado médico quando com problema de saúde”, pois somente uma das 212 mulheres que tiveram problema de saúde nos últimos 30 dias apresentou atitude positiva em prevenção.

Sabe-se de longa data que as condições sócio-econômicas estão diretamente associadas à qualidade de vida e de saúde de populações. Estudos afirmam que os indivíduos com menor *status* sócio-econômico individual ou familiar têm menos saúde porque são mais propensos a apresentar atitudes não saudáveis como uso do fumo, álcool, ausência de atividade física, entre outras, a ter relações sociais mais frágeis, um baixo senso de autossuficiência e controle, pouco acesso a serviços de qualidade e altos níveis de exposição a dificuldades físicas e psicológicas estressantes no trabalho e em casa<sup>(13-16)</sup>.

Na Inglaterra existe uma tendência entre os cientistas sociais em atribuir as desigualdades a circunstâncias sociais, antes de colocá-las como responsabilidade dos indivíduos, não somente porque condições adversas caminham paralelas à

má saúde, mas, também, porque condições adversas deixam ao indivíduo poucas opções no sentido de adotar medidas saudáveis<sup>(17,18)</sup>.

**Tabela 1** - Número de mulheres, número e percentagem de mulheres com atitude positiva em prevenção e “odds ratios” para atitude positiva em prevenção segundo problema de saúde nos últimos 30 dias e procura por cuidado médico nos últimos 30 dias. Londrina-PR, 2000.

| Variáveis explanatórias                      | Total de Mulheres<br>N | Atitude Positiva em Prevenção<br>N(%) | “Odds Ratios” para Atitude Positiva em Prevenção<br>OR <sup>(1)</sup> (95% CI)      OR <sup>(2)</sup> (95% CI) |               |
|----------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Problema de Saúde nos Últimos 30 Dias</b> |                        |                                       |                                                                                                                |               |
| Problema de saúde                            |                        |                                       |                                                                                                                |               |
| Sim                                          | 212                    | 9 (4,2)                               | 1                                                                                                              | 1             |
| Não                                          | 413                    | 27 (6,5)                              | 1,6 (0,7-3,4)                                                                                                  | 1,4 (0,6-3,1) |
| Total                                        | 625                    | 36 (5,8)                              | p=0,232                                                                                                        | p=0,432       |
| <b>Procura por Cuidado Médico</b>            |                        |                                       |                                                                                                                |               |
| Procurou quando com problema                 |                        |                                       |                                                                                                                |               |
| Sim                                          | 174                    | 8 (4,6)                               |                                                                                                                |               |
| Não                                          | 38                     | 1 (2,9)                               |                                                                                                                |               |
| Total                                        | 212                    | 9 (4,2)                               |                                                                                                                |               |
| Procurou na ausência de problema             |                        |                                       |                                                                                                                |               |
| Sim                                          | 132                    | 6 (4,5)                               | 1                                                                                                              | 1             |
| Não                                          | 493                    | 30 (6,1)                              | 1,4 (0,6-3,3)                                                                                                  | 1,3 (0,5-3,3) |
| Total                                        | 625                    | 36 (5,8)                              | p=0,488                                                                                                        | p=0,431       |

(95% CI): 95% intervalo de confiança.

(1) “Odds Ratios” não ajustados.

(2) “Odds Ratios” ajustados. Cada variável foi ajustada por condição de moradia na área, educação formal, renda e idade.

Nesse sentido, o entendimento do contexto em que as mulheres vivem o processo de procura por cuidado é fundamental. A não procura do serviço para prevenção, por parte das mulheres entrevistadas, está muito mais associada a barreiras reais, existentes entre a necessidade de cuidado e a oferta/acesso a ele, do que a valores pessoais determinantes de comportamentos. Dessa forma, entende-se que as vantagens e desvantagens a que o indivíduo está sujeito podem ser colocadas em um *continuum* ou escala, em que as desvantagens ou dificuldades estão em uma das extremidades - representadas por situações indesejadas decorrentes da baixa renda - e, na outra, estão as vantagens ou facilidades - representadas por situações desejadas decorrentes de uma fonte ideal de renda.

Na primeira fase do estudo, quando foi realizado um diagnóstico epidemiológico, observou-se que o comportamento de busca por prevenção, determinado pela crença em atitude positiva em prevenção, foi pouco frequente, o que caracterizou um importante problema de Saúde da Mulher e também de Saúde Pública

nessa população. Além disso, o estudo apontou que a renda familiar foi um fator associado à atitude positiva em prevenção nesse grupo.

Porém, o acesso reduzido àquelas facilidades, em função de uma renda inferior, não pressupõe que as pessoas não saibam o que é melhor para sua qualidade de vida e de saúde. Nesse sentido, a presença ou não de atitudes positivas em saúde não pode ser analisada sem levar-se em consideração aspectos conjunturais, determinantes de situações de vida, que extrapolam a vontade pessoal. Esses achados levaram a aprofundar o estudo das atitudes positivas em prevenção por meio do método qualitativo.

Na verdade, quando alguém com determinado problema de saúde procura por um médico está ansioso e tem esperanças na capacidade deste médico em dissipar seus sentimentos negativos e eliminar a causa de seu mal, independente do grupo social em que esteja inserido<sup>(19)</sup>.

Na segunda fase do estudo se observaram alguns elementos teóricos que poderiam estar relacionados à interação entre renda e uso do

cuidado preventivo como a limitação financeira propriamente dita, a existência do que se poderia chamar de uma cultura da pobreza e, finalmente, as barreiras existentes no acesso ao uso do sistema de saúde.

Em um primeiro momento analítico, da categoria percepções e crenças sobre saúde, pode-se resgatar o constructo suscetibilidade; da categoria percepções e crenças sobre doença, o constructo severidade; e das categorias experiências no uso e acesso ao serviço de saúde e percepções e crenças sobre prevenção, os dados referentes aos constructos barreiras e motivação para ação.

Dessa forma, as crenças sobre “ser saudável” estão associadas à posse de uma condição financeira que possibilite a compra de conforto para moradia e de assistência à saúde de qualidade. Esta assistência é caracterizada pelo agendamento rápido de consultas e exames, pelo número suficiente de médicos para atender à demanda e pelo acesso local à tecnologia intermediária; ser produtivo, o que significa poder trabalhar e desempenhar as atividades cotidianas; ter hábitos saudáveis como alimentação balanceada, não fumar, não usar drogas, ter um consumo social de bebidas alcoólicas e ter higiene; não apresentar sintomas físicos, em especial a dor; não precisar procurar por cuidado médico, o que significa a presença de sintomas físicos passageiros e suportáveis; praticar a prevenção, seja por meio de controle de saúde rotineiro ou da manutenção de um tratamento prescrito; ter atividades de lazer e viver uma situação de bem-estar pessoal, caracterizada por viver em ambiente equilibrado no lar e no trabalho, sentir-se feliz e ter autoestima.

A percepção da suscetibilidade pessoal, resgatada por meio das crenças sobre o que é saúde e ser saudável, aparece vinculada tanto a condições concretas de existência (primeira dimensão) como à percepção e comportamento em saúde (segunda dimensão). As condições relativas à primeira dimensão são entendidas como de natureza sócio-econômica, traduzidas nas condições de moradia e financeira desfavoráveis e no acesso à assistência à saúde de baixa qualidade.

As condições relativas à segunda dimensão são entendidas como de natureza

social e emocional. Aquelas relativas à natureza social são traduzidas na ausência de hábitos saudáveis, na vida sedentária, no excesso de trabalho, na limitação das atividades cotidianas, associada à presença de sintomas físicos e necessidade de procura por cuidado médico. Enquanto que as condições de natureza emocional são traduzidas na falta de autoestima, em viver em um ambiente depressivo, na presença de sofrimento emocional e na somatização.

As crenças sobre “estar doente” emergem nas falas das mulheres, associadas à necessidade de cuidado especializado, o que significa ter um problema de saúde grave com diagnóstico médico positivo e prognóstico desconhecido; ter sintomas físicos duradouros que determinam a limitação física e das atividades cotidianas; e viver uma situação de sofrimento emocional, caracterizada por desequilíbrio familiar, falta de autoestima e, também, somatização.

A percepção do potencial de severidade de determinado problema de saúde, resgatada por meio das crenças sobre o “estar doente” e sobre o “sentir-se doente”, aparece preponderantemente associada à percepção e comportamento em saúde (segunda dimensão) que novamente tem determinantes de natureza social e emocional.

Aqueles relativos à natureza social são traduzidos na necessidade de cuidado médico, na presença de problema de saúde grave, no diagnóstico médico positivo, na presença de sintomas físicos limitantes das atividades cotidianas, no fato de que se sente não ser passageiro ou suportável e no desconhecimento do prognóstico pessoal. Enquanto que as condições de natureza emocional são traduzidas na presença de sofrimento emocional, ou seja, falta de autoestima, somatização e desequilíbrio familiar.

As crenças sobre as dificuldades de acesso à saúde aparecem, nas falas das mulheres, associadas à insatisfação com a organização e tipo de atendimento do serviço, caracterizada pela inadequação da rotina e horários de atendimento; dificuldades no acesso geográfico, em função das distâncias a serem percorridas para se chegar ao serviço de saúde; à falta de privacidade e de opção pelo profissional que presta o atendimento; à discriminação social

existente no serviço público e privado, em que se evidenciam as desigualdades na assistência à qual se tem acesso; à inadequação do serviço público às necessidades da demanda, caracterizada pelo número insuficiente de profissionais médicos; e à dificuldade pessoal em procurar por cuidado médico.

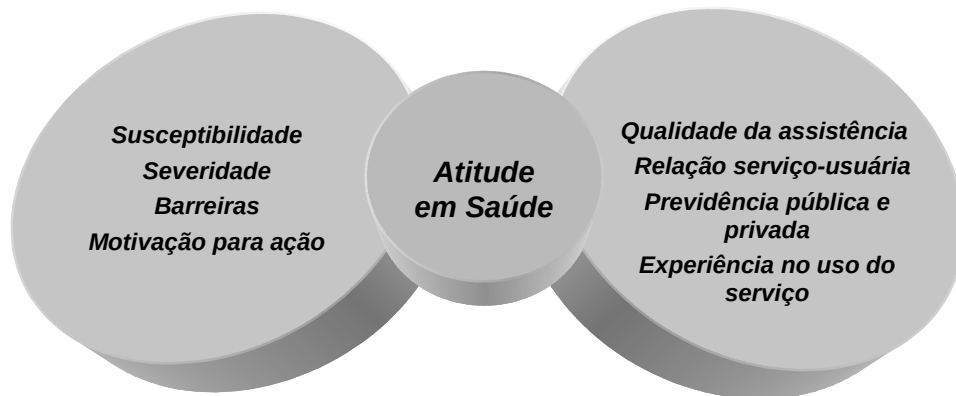
A percepção das barreiras existentes no processo de acesso à saúde, resgatada por meio das experiências vivenciadas pelas mulheres na procura e no uso do serviço de saúde, aparece, por um lado, vinculada à percepção e comportamento em saúde, determinadas, porém, por condições concretas de existência, especificamente a renda, como foi observado na primeira fase deste estudo, e, por outro lado, ao modelo de assistência à saúde adotado pelo sistema local voltado eminentemente para ações de caráter curativo e estruturado de forma inadequada às necessidades reais da demanda.

A motivação para a prática de atitudes positivas em saúde, resgatada pelas expectativas em relação ao atendimento do serviço procurado e das crenças sobre prevenção, aparece novamente associada à percepção e

comportamento em saúde (segunda dimensão) tendo determinantes de natureza social e institucional.

Aqueles relativos à natureza social são traduzidos na expectativa de resolução de barreiras ao acesso ao serviço, especificamente geográficas e de tempo, esta última, verbalizada como a redução da espera pela assistência; de ausência de discriminação social e de respeito à cidadania. As condições de natureza institucional são traduzidas na expectativa de mudança e adequação do modelo assistencial de forma a atender às necessidades da população. Essa adequação sugere alterações na organização do atendimento que abarcam desde questões de estrutura até a qualidade das relações pessoais do serviço, passando pela programação efetiva de ações preventivas.

Enfim, a análise do conteúdo das falas das mulheres entrevistadas trouxe à tona quatro temas que serviram de eixo norteador para o entendimento de suas atitudes em saúde: a qualidade da assistência, a relação serviço-usuária, a previdência pública e privada e a experiência no uso do serviço (Figura 1).



**Figura 1-** Temas de análise do estudo.

A expectativa dessa população, então, é ter acesso ao atendimento das necessidades imediatas, de forma rápida, integral e com qualidade; atendimento que considere as prioridades das necessidades individuais e ofereça espaço para a expressão da usuária; maior conscientização e integração do profissional médico à dinâmica do serviço, bem como, maior capacitação dos profissionais envolvidos no processo de assistência à saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caso da população estudada, encontrou-se uma realidade em que a condição financeira tem papel determinante no acesso à saúde. Porém, ao analisar-se mais detidamente o contexto específico de vivência do processo saúde-doença dessas mulheres, duas constatações são feitas: a primeira deixa claro que, guardadas as devidas proporções em relação às desigualdades nas condições de vida, as mulheres possuem o

conhecimento básico sobre sua saúde, o que possibilita a presença de atitude positiva em saúde, quando necessário. A segunda desvela uma situação em que a presença de atitude positiva per si, no caso das mulheres com renda mais elevada, tem seu papel determinante

evidenciado, uma vez que estas têm acesso à assistência de qualidade. Entretanto, para as mulheres com condição financeira desfavorável, a presença de atitude positiva, por um lado, pode até garantir o acesso ao serviço de saúde, mas, não garante o acesso à mesma assistência.

## THE ROLE OF BELIEFS AND PERCEPTIONS ON THE HEALTH-ILLNESS PROCESS

### ABSTRACT

The aim of this study was to describe and analyze women's population according to socio-economic characteristics, awareness to health, search for health care, experiences when using the health care system, and beliefs and attitudes related to the health prevention practice. The population of this cross-sectional study comprised 654 women from 10 to 65 years of age, from a selected area in Londrina, Paraná, Brazil. The Epidemiology was the scientific basis for the health diagnosis and it was used during the first phase of the study. The access to the subjective information found subsidies for its analysis from the methods and techniques proposed by the Social Cognition Theory, used in the second phase of the study. According to the results of the first phase, the family income was the unique determinant factor for the search for preventive care. However, the second phase's data showed that the women's beliefs and attitudes regarding health were similar, independently of the family income. Despite of this fact, the family income was shown to be as a real barrier in the process of searching for care, determining inequalities in health.

**Keywords:** Health Care. Health Prevention. Health Beliefs. Public Health.

## EL PAPEL DE LAS CREENCIAS Y PERCEPCIONES DE MUJERES EN LA VIVENCIA DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

### RESUMEN

El objeto de este estudio fue describir y analizar a una población de mujeres según condiciones socio-económicas, percepción de los problemas de salud, busca por cuidado en salud y experiencias con los servicios de salud, así como las creencias y actitudes en la práctica de la prevención en salud. La población de este estudio transversal fue compuesta por 654 mujeres en la franja de edad entre 10 y 65 años que viven en un área de Londrina, Paraná, Brasil. Utilizó la Epidemiología para el diagnóstico de la salud en la primera fase del estudio. Para el acceso a las informaciones subjetivas se utilizaron, en la segunda fase del estudio, los métodos y técnicas propuestos por la Teoría de la Cognición Social. De acuerdo con los resultados de la primera fase, la renta familiar fue el único factor asociado a la busca por cuidado preventivo. Sin embargo, los datos de la segunda fase mostraron que las actitudes y creencias en salud de las mujeres, independientemente de la renta familiar, eran similares. Sin embargo, la renta familiar se concretó en una barrera real en el proceso de busca para el cuidado y para la práctica de actitudes positivas en salud, determinando desigualdades en ésta.

**Palabras clave:** Cuidado en Salud. Prevención en salud. Creencia en Salud. Salud Pública.

## REFERÊNCIAS

1. Ávila MB. Mortalidade materna: uma questão social. Recife: S.O.S. Corpo; 1994.
2. Bury M. Ageing, gender and sociological theory. In: Arber S, Ginn J, editores. Connecting gender and ageing: a sociological approach. Philadelphia: Open University Press; 1995.
3. Charles N, Walters V. Age and gender in women's accounts of their health: interviews with women in south wales. *Sociol Health & Illness*. 1998; 20:331-50.
4. Clarke JN. Sexism, Feminism and Medicalism: a decade review of literature on gender and illness. *Sociol Health & Illness*. 1983; 5:62-82.
5. Costa AM. O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. São Paulo: Comissão da Cidadania e Reprodução; 1992.
6. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10:146-55.
7. Heise L. Violence against women: the hidden health burden. Washington (DC); 1994.
8. Maciel AA, Tanaka, ACd'A. A procura por cuidado de saúde: o papel das crenças e percepções de mulheres na vivência do processo saúde-doença [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.
9. Almeida Filho N. Caos e causa na epidemiologia. In: Costa MFL, Souza RP, organizadores. Qualidade de vida: compromisso da epidemiologia. Belo Horizonte: Coopmed; 1994.

10. Sheeran P, Abraham C. The health belief model. In: Conner M, Norman P. Predicting health behavior: research and practice with social cognition models. Buckingham: Open University Press; 1998. p. 23-61.
11. Stroebe W, Stroebe MS. Social psychology and health. Buckingham: Open University Press; 1995.
12. Winett RA. Ecobehavioral assessment in health life-styles: concepts and methods. In: Karoly P. Measurement strategies in health psychology. Chichester: Wiley; 1985. p. 147-81.
13. Willians DR, Collins C. US socioeconomic and racial differences in health: patterns and explanations. Ann Rev Sociol. 1995; 21:349-86.
14. Anderson NB, Cheryl A. Toward understanding the association of socioeconomic status and health: a new challenge for the biopsychosocial approach. Psych Medic. 1995; 57: 213-25.
15. House JS, Lepkowski JM, Kinney AM, Mero RP, Kessler RC, Herzog AR. The social stratification of aging and health. J Health Social Behav. 1994; 35:213-34.
16. Marmot MG, Mustard JF. Coronary heart disease from a population perspective. In: Evans RG, Barer, ML, Marmor TR, editors. Why are some people healthy and others not? Hawthorne (NY): Walter de Gruyter Inc; 1994.
17. Hansluwka HE. Measuring the health status of a population: current state of the art. Popul Bul United Nations. 1987; 23/24:56-7.
18. Hart N. Inequalities in health: the individual versus the environment. J Royal Statist Soc. 1986; 149:228-46.
19. Gomes KRO. Morbidade referida por mulheres em idade fértil, uso dos serviços e qualidade da assistência: estudo da região sul do município de São Paulo [tese]. São Paulo(SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998.

---

**Endereço para correspondência:** Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli. Av. Robert Kock, nº 60, Vila Operária. CEP: 86038-350, Londrina, Paraná.