
FATORES RELACIONADOS À AUTOPERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE UM GRUPO DE HIPERTENSOS CADASTRADOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Factors related to the autoperception of the health status of a group of hypertensive enrollers in the basic health unit

Roberto Allan Ribeiro Silva¹
Poliane Osmira Rodrigues Sakon²

Resumo: Objetivo: verificar a relação da autopercepção do estado de saúde de um grupo de hipertensos com variáveis socioeconômicas e de risco. **Metodologia:** trata-se de um estudo de campo observacional, transversal analítico de abordagem quantitativa. O referido estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde do município de Janaúba, incluindo 35 hipertensos de ambos os sexos, sendo 11 (31,4%) do sexo masculino e 24 (68,6%) do sexo feminino com idade superior a 40 anos. Os dados foram coletados com consulta aos prontuários, questionário e entrevista semiestruturada e a associação entre as variáveis foi realizada por meio do Teste Exato de Fisher. **Resultados:** a autopercepção negativa foi a mais referida pelos participantes, 54%, sem diferença significativa entre os sexos. Apenas, a relação com o diabetes e a escolaridade apresentaram significância estatística. Todavia, considerando a subjetividade dessa autoavaliação, a ausência de significância é um achado importante. **Conclusão:** a autoavaliação do estado de saúde capta, além da exposição a doenças e condições sociais adversas, o impacto que estas geram no bem-estar físico, mental e social dos indivíduos. Os dados encontrados reforçam essa complexidade à medida que expõem a subjetividade de cada sujeito, oportunizando um olhar para além dos indicadores brutos, mas voltados para a reação dos indivíduos com estas variáveis.

Palavras-chave: Nível de Saúde; Hipertensão Arterial; Atenção Primária à Saúde; Qualidade de Vida.

1 Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM.

2 Faculdade Vale do Gorutuba - FAVAG.

Autor para correspondência: Roberto Allan Ribeiro
Silva
E-mail: robertocxj@yahoo.com.br

Artigo recebido em: 28/04/2018.

Artigo aceito em: 10/07/2018.

Artigo publicado em: 09/01/2019.

Abstrat: Objective: to verify the relationship of self-perception and health status of a group of hypertensive individuals with socioeconomic and risk variables. **Methodology:** this is an observational, cross-sectional, analytical study of a quantitative approach. The study was carried out in a basic health series of the municipality of Janaúba, including 35 hypertensive women of both sexes, 11 (31.4%) males and 24 (68.6%) females over 40 years of age. was wand to query, the message and half structured, and the between variables was held by Fisher's Exact Test method. **Results:** the negative self-perception was more important for the participants, 54%, the greater difference between the sexes, only a relation with diabetes and schooling to this statistic, however, considering a subjectivity of this self-assessment, an absence of signficance is a factor important. **Conclusion:** a self-assessment of health status captures, besides exposure and social diseases, adverse, emotional and emotional. The data found reinforce this same capacity of expression for the subjectivity of each individual, besides facilitating the visualization of the indicators, but are directed to the reaction of the individuals with these variables.

Key words: Health Status. Hypertension. Primary Health Care. Quality of Life.

INTRODUÇÃO

A autoavaliação da saúde tem sido amplamente utilizada como confiável método para mensuração e monitoramento do estado de saúde e do bem-estar de indivíduos, além de ser um meio prático e de baixo custo para utilização em serviços de saúde¹. Trata-se de um indicador de qualidade de vida, de morbidade, declínio funcional, e, sobretudo, um preditor sólido de mortalidade, fundamental na avaliação das condições de saúde das pessoas. Essa autoclassificação geral do estado de saúde engloba vários aspectos da vida do indivíduo como os de natureza física, funcional, cognitivas e emocionais, assim como de bem-estar².

Os fatores levados em consideração, pelo indivíduo ao autoclassificar seu próprio estado de saúde, ainda, não são totalmente compreendidos, mas parecem refletir uma percepção abrangente de saúde que inclui aspectos biológicos, psicológicos e sociais, assim como fatores demográficos, culturais, e, ainda, aqueles relacionados ao ambiente de vida³.

A autoavaliação de saúde capta, além da exposição a doenças (diagnosticadas ou não), o impacto que essas doenças geram no bem-estar

físico, mental e social dos indivíduos⁴. A autoavaliação do estado de saúde é um dos indicadores recomendados pela Organização Mundial da Saúde para avaliar a saúde das populações. É um indicador confiável e válido das condições reais e objetivas de saúde das pessoas⁵.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, sendo uma condição clínica associada à elevada mortalidade e pode resultar em consequências graves a alguns órgãos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos), além de ser considerado um grave problema de saúde pública pela sua cronicidade, pelos altos custos com internações, pela incapacitação por invalidez e pelas aposentadorias precoces^{6,7}.

Os fatores de risco para a HAS incluem hábitos modificáveis, relacionados ao estilo de vida, como tabagismo, dislipidemias, sedentarismo, uso abusivo de álcool, alimentação inadequada e características não modificáveis, como idade, sexo e história familiar. Assim, pela sua estreita correlação com estilo de vida, a HAS pode ser evitada, minimizada ou tratada com a adoção de hábitos saudáveis⁸.

Apesar das dificuldades na

adesão ao tratamento, os avanços no conhecimento e a evolução obtida na terapêutica têm aumentado a expectativa de vida da população. Com a longevidade, é importante que os indivíduos mantenham a autonomia e a saúde, pois o envelhecimento aumenta o risco de doenças crônicas, sobretudo as cardiovasculares. Além disso, com o aumento da sobrevivência dos pacientes com doenças crônicas e/ou graves, a qualidade de vida passou a ser mais valorizada e a importância de sua avaliação foi reconhecida e incorporada

METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho de campo com investigação observacional transversal, analítica, de abordagem quantitativa.

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde, que possui quatro equipes da Estratégia Saúde da Família, atendendo uma área de bairros residenciais no município de Janaúba, cidade do Norte de Minas Gerais. Foi selecionada uma equipe da unidade por conveniência, pois esta possuía, em sua

aos ensaios clínicos⁶.

Tendo em vista a estreita relação entre a autoavaliação de saúde com a mortalidade e a morbidade, uma melhor compreensão dos fatores que influenciam na decisão do paciente ao autoavaliar o seu estado de saúde pode servir de base para o desenvolvimento de ações preventivas, de modo a manter ou a melhorar a saúde das populações. Nesse contexto, pretende-se verificar a relação da autopercepção do estado de saúde de um grupo de hipertensos com variáveis socioeconômicas e de risco.

área adstrita, 3050 pessoas das quais 322 são hipertensas.

Este estudo é continuação de uma pesquisa realizada entre os anos de 2015 e 2016 que, após analisar os prontuários de todos os hipertensos cadastrados na referida equipe, estratificou 50 deles, conforme o risco cardiovascular e variáveis socioeconômicas e demográficas.

Foram incluídos hipertensos de ambos os sexos, cadastrados na referida equipe, e, que tiveram o risco cardiovascular estratificado previamente. Como este estudo

trabalhou com participantes de um estudo anterior, vale mencionar os critérios de inclusão do estudo inicial, que foram: idade superior a 40 anos (idade em que a classificação de risco é mais sensível); prontuário devidamente preenchido, contendo informações sobre colesterol total, colesterol High Density Lipoproteins (HDL), triglicérides e glicemia de jejum, dosados em período inferior a 12 meses, e, que concordaram em participar do estudo. Foram excluídos hipertensos que possuíam registro no prontuário de evento cardiovascular prévio (infarto agudo do miocárdico, angina *pectoris*, acidente vascular encefálico, doença arterial periférica ou insuficiência cardíaca).

O presente estudo foi desenvolvido no primeiro semestre de 2017, por meio de entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e transcritas, na íntegra, para posterior análise.

As entrevistas foram realizadas nas residências dos hipertensos com duração média de 5 minutos, conduzida pelo pesquisador, acompanhado pela agente de saúde responsável por cada paciente. As entrevistas foram orientadas pela seguinte questão de pesquisa: Como você descreve o seu estado de saúde atualmente?

Foram consideradas as respostas

da questão de autopercepção do estado de saúde como dicotômicas, sim ou não, para análise da incidência de autopercepção do estado de saúde positiva e negativa.

Para este estudo, foram considerados sedentários os indivíduos que não praticam atividade física regular ou com frequência, ≤ 2 vezes por semana, e duração mínima de 30min.

Em relação ao tabagismo, foram considerados fumantes os indivíduos que faziam uso do tabaco, independentemente da quantidade ou frequência de consumo.

A história familiar positiva para doença cardiovascular prematura foi definida, quando relatada presença de familiares de 1º grau (pai, mãe, irmão, filho ou filha) com infarto agudo do miocárdio e/ou acidente vascular encefálico, em homens, menores de 55 anos de idade, e, mulheres, menores de 65 anos de idade.

O peso foi obtido por meio de balança digital portátil, com capacidade para 150 kg, sendo os hipertensos pesados de pé sobre a plataforma, descalços, com roupas leves e em posição firme com os braços ao longo do corpo. A estatura foi determinada por meio de estadiômetro de balança, a 90º em relação à plataforma da balança.

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado por meio da fórmula $IMC = \text{peso (kg)}/\text{altura por m}^2$. Os valores do IMC normal, sobrepeso e obesidade foram considerados: 18,5 – 24,5 kg/m², 25–29 kg/m² e $\geq 30\text{kg/m}^2$, respectivamente.

Para definir a Síndrome Metabólica, foi considerada a definição do National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III, recomendada pela I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica⁹ que se dá na presença de, ao menos, dois dos seguintes fatores: HDL (<45 mg/dL), triglicédeos (150 mg/dL), hipertensão (≥ 130 mmHg ou ≥ 85 mmHg) e hiperglicemia (≥ 110 mg/dL), associada obrigatoriamente à circunferência abdominal alterada (homens >102cm e Mulher >88cm). Todos os dados, referentes aos exames laboratoriais, foram coletados diretamente nos prontuários dos pacientes.

Para a definição de dislipidemia foram considerados os volumes séricos do Colesterol total, HDL, Low Density Lipoproteins (LDL) e triglicérides, considerando as seguintes situações: redução do HDL (homens <40 mg/dL e

mulheres <50 mg/dL) isolada ou em associação com aumento de LDL ou de triglicérides; valores aumentados de ambos LDL (≥ 160 mg/dL) e triglicérides (≥ 150 mg/dL; elevação isolada do triglicérides (≥ 150 mg/dL) e elevação isolada do LDL (≥ 160 mg/dL)¹⁰.

Para a análise dos dados, utilizou-se o Software Excel[®] 2013. Na caracterização da amostra, foram estudadas as frequências absolutas e relativas, e, para as variáveis quantitativas, foram estudados, também, os limites máximo e mínimo, média, desvio-padrão e proporções.

A análise estatística foi feita utilizando o Software SPSS[®], versão 18. A associação entre as variáveis foi realizada por meio do Teste Exato de Fisher, considerando o nível de significância quando $p < 0,05$.

Foram observados os critérios éticos, seguindo todas as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Unidas do Norte de Minas de Montes Claros - MG e aprovado, no ano de 2017, sob número de parecer 1.897.679

com certificado de apresentação para apreciação ética: 60540716.4.0000.5141. Todos os sujeitos participantes assinaram o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e houve o assentimento da coordenadora da unidade de saúde para a realização da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao final do percurso metodológico, foram avaliados 35 indivíduos, 11 (31,4%) do sexo masculino e 24 (68,6%) do sexo feminino, na faixa etária esteve entre 45 e 85 anos de idade, com média de idade de $64 \pm 10,0$ (homens) e $65 \pm 10,8$ (mulheres), sendo que 24 (68,5%) dos indivíduos tinham mais que 60 anos. A maioria dos entrevistados se autodeclarou “não branco” 22 (63%) em contraposição aos “brancos” 13 (37%). No que se refere à situação socioeconômica, 97% da amostra tinha uma renda mensal entre R\$ 622,00 a R\$ 1.866,00 reais (1-3 salários-mínimos), 42,9% não tinham escolaridade e 45,7%

tinham até o ensino fundamental completo. Quanto ao estado civil, 26 (76%) eram casados.

No que tange a autopercepção do estado de saúde, 19 (54%) dos participantes avaliaram sua saúde como ruim, sendo que destes 13 eram mulheres (o que representa 54% das mulheres do estudo) e 6 eram homens (o que representa 55% dos homens do estudo).

A relação entre algumas variáveis socioeconômicas e a autopercepção do estado de saúde na população em estudo é apresentada na Tabela 1.

TABELA 1: Autopercepção do estado de saúde relacionada a variáveis socioeconômicas de hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde, Janaúba – MG, 2017.

Variáveis de estratificação	Teste de Fisher	Categorias	Autopercepção do estado de saúde		
			Total (% do total)	Percepção positiva	Percepção negativa
Idade	0.73	40 - 59 anos	11 (31,4%)	5 (45,5%)	6 (54,5%)

		60 - 69 anos	13 (37,1%)	5(38,5%)	8 (61,5%)
		>70	11 (31,4%)	6 (54,5%)	5 (45,5%)
Sexo	0.98	Masculino	11 (31,4%)	5(45,5%)	6 (54,5%)
		Feminino	24 (68,6%)	11 (45,8%)	13 (54,2%)
Estado civil	0.46	Casado	26 (74,3%)	13 (50%)	13 (50%)
		Solteiro	3 (8,6%)	0	3 (100%)
		Viúvo	6 (17,1%)	3 (50%)	3 (50%)
Cor	0.72	Branco	13 (37,1%)	5(38,5%)	8 (61,5%)
		Pardo	13 (37,1%)	7 (53,9%)	6 (46,1%)
		Negro	9 (25,7%)	4 (44,4%)	5 (66,6%)
Escolaridade	0.02*	Sem escolaridade	15 (42,9%)	5 (33,3%)	10 (66,6%)
		Fundamental incompleto	9 (25,7%)	8 (88,9%)	1 (11,1%)
		Fundamental completo	7(20%)	1 (14,3%)	6 (85,7%)
		Médio completo	4 (11,4%)	2 (50%)	2 (50%)

*Teste Exato de Fisher (p <0,05).

Todos os sujeitos deste estudo são hipertensos em tratamento que utilizam, com frequência, os serviços da Unidade Básica de Saúde, e, por se tratar de população predominantemente

mais velha, acumulam uma série de fatores de risco. A Tabela 2 mostra a relação entre os fatores de risco e a autopercepção do estado de saúde:

TABELA 2: Autopercepção do estado de saúde relacionada à exposição de hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde de Janaúba - MG a fatores de risco.

Variáveis de estratificação	Teste de Fisher	Categorias	Autopercepção do estado de saúde	
			Total (% do total)	Percepção positiva / Percepção negativa

Tabagismo	0.24	Tabagista	8 (22,9%)	2 (25%)	6 (75%)
		Não tabagista	27 (77,1%)	14 (51,8%)	13 (48,1%)
Prática de exercício físico	0.73	Sedentário	16 (45,7%)	8 (50%)	8 (50%)
		< 3 vezes por semana	16 (45,7%)	8 (50%)	8 (50%)
		>3 vezes por semana	3 (8,6%)	0	3 (100%)
Índice de Massa Corporal	0.42	Eutrofia	14 (40%)	8 (57,1%)	6 (42,9%)
		Sobrepeso	10 (28,6%)	3 (30%)	7 (70%)
		Obesidade	11 (31,4%)	5 (45,5%)	6 (54,5%)
História Familiar de doença cardiovascular prematura	0.07	Presente	13 (37,2%)	3 (23%)	10 (77%)
		Ausente	22 (62,8%)	13 (59%)	9 (41%)
Diabetes	0.02*	Presente	9 (25,7%)	1 (11,1%)	8 (88,8%)
		Ausente	26 (74,3%)	15 (57,7%)	11 (42,3%)
Síndrome Metabólica	0.09	Presente	21 (60%)	7 (33,3%)	14 (66,6%)
		Ausente	14 (40%)	9 (64,3%)	5 (35,7%)
Dislipidemia	0.18	Presente	18 (51,4%)	6 (33,3%)	12 (66,6%)
		Ausente	17 (48,6%)	10 (58,8%)	7 (41,2%)
Coexistência de Fatores de Risco ¹	0.59	1 fator de risco	10 (28,6%)	3 (30%)	7 (70%)
		2 fatores de risco	9 (25,7%)	5 (55,5%)	4 (44,5%)
		3 fatores de risco	13 (37,1%)	7 (53,8%)	6 (46,2%)
		>4 fatores de risco	3 (8,6%)	1 (33,3%)	2 (66,6%)

¹Fatores de risco: Diabetes *Mellitus*, Dislipidemia, Sedentarismo, Tabagismo, História familiar de doença arterial coronariana e Obesidade. *Teste de Fisher (p <0,05).

DISCUSSÃO

Em uma revisão sistemática da literatura sobre a autoavaliação do estado de saúde na população idosa brasileira, Pagotto *et al.*¹¹ identificaram que a prevalência em geral de saúde autoavaliada como ruim nos estudos variou de 12 a 51%. Embora não haja, na literatura, valores de referência

definindo, o que seria aceitável em termos de saúde autoavaliada isoladamente, sendo necessário comparar os resultados de diferentes artigos e analisar os fatores associados similares e divergentes, ainda assim, Pagotto *et al.*¹¹ sugerem 25% para a prevalência de autoavaliação de saúde ruim entre idosos

O conhecimento das diferenças nas características associadas à boa ou má saúde, relacionadas a variáveis socioeconômicas, é importante para prever intervenções apropriadas, considerando que o estado de saúde é uma construção complexa de modo que as implicações para a saúde de um único fator de risco ou exposição podem não ser universalmente idênticas, ou seja, o estado de saúde dependeria da interação com variáveis coexistentes, de modo que diferentes combinações de fatores de risco e de proteção produzem resultados diferentes. Um foco solitário em fatores de risco únicos ignora o impacto combinado dessas influências de vários domínios sobre o estado de saúde¹².

A existência de desigualdades socioeconômicas na saúde tem sido relatada por numerosos estudos^{13,14}. A suposição desses estudos é de que as desigualdades na saúde autoavaliada refletem desigualdades no estado de saúde.

A piora da autoavaliação de saúde com o avançar da idade é constantemente observada^{02,15,16}, sendo interpretada como fruto do aumento das comorbidades e das incapacidades

funcionais. No estudo de Borim *et al.*¹, a diminuição da prevalência da autoavaliação da saúde como excelente ou muito boa com a idade não ocorreu nas faixas etárias mais avançadas.

Resultado semelhante, ao encontrado no presente estudo, foi relatado por Pagotto *et al.*¹⁷, em que os autores também não verificaram aumento proporcional da autoavaliação negativa da saúde e o avançar da idade, mas na faixa etária mais avançada (75 anos ou mais), houve uma prevalência maior de autoavaliação de saúde positiva. Os autores relacionaram estes achados à sobrevivência, que seleciona, com o avançar da idade, os idosos mais saudáveis e associaram também ao processo de adaptação dos idosos ou do reconhecimento da deterioração das condições de saúde como normal do envelhecimento.

Os resultados do presente estudo não mostram nenhuma variação significativa relacionada ao sexo, tal como no estudo de Onadja *et al.*¹⁸ em que homens e mulheres avaliaram sua saúde de forma proporcionalmente semelhante. Tal fato, difere da afirmativa de Case e Paxson¹⁹ de que as mulheres geralmente se vêem mais com

más condições de saúde do que os homens, porque têm maiores expectativas de saúde.

Todavia, há de se fazer uma análise mais profunda desses dados. Conforme Huisman *et al.*¹³, as mulheres tendem a confiar mais em uma ampla gama de fatores, ao formar um juízo sobre a sua saúde geral, incluindo fatores não relacionados à saúde, o que faz da associação da autoavaliação da saúde com a mortalidade, muitas vezes, menos forte em mulheres do que em homens.

Case e Paxson¹⁹ identificaram algumas explicações possíveis para a pior saúde autoavaliada, mas menor mortalidade de mulheres. Segundo estes autores, pode haver diferenças de sexo nas distribuições de condições crônicas, fatores biológicos, comportamentais ou psicossociais. As mulheres são mais propensas a problemas de saúde como artrite ou dores de cabeça, que influenciam na autoavaliação da saúde, mas contribuem relativamente pouco para o risco de mortalidade, enquanto os homens podem ser mais propensos a ter doenças como as DCV ou respiratórias, condições que não só contribuem para uma pior saúde autoavaliada, como também têm efeitos sobre a probabilidade de morte. Esses mesmos autores salientam, ainda, que as

mulheres podem ser mais saudáveis do que os homens, mas simplesmente relatam pior saúde nos inquéritos por serem mais precisas em suas avaliações de saúde do que os homens¹⁹. As mulheres sabem mais sobre sua própria saúde, talvez por causa da maior utilização dos serviços de saúde, e, estarem mais dispostas a discuti-las e admitir problemas de saúde aos entrevistadores¹⁹.

O efeito benéfico do casamento sobre a saúde foi objeto de estudo de Zheng e Thomas²⁰. Segundo estes autores, o casamento é uma importante fonte de benefícios para saúde, o efeito protetor do casamento abarca uma variedade de resultados de saúde, incluindo saúde autoavaliada. Rohrer *et al.*²¹ relataram que aqueles que são casados têm uma autopercepção do estado de saúde melhor do que aqueles que são solteiros, divorciados ou viúvo, e, de acordo com um estudo longitudinal realizado por Liu e Umberson²², esta tendência de vantagem conjugal tem persistido ao longo do tempo.

Neste estudo, realizado com indivíduos predominantemente casados (74,3%), não foi observado maior incidência da autopercepção de saúde positiva entre os indivíduos casados. No entanto, todos os indivíduos solteiros,

deste estudo, apresentaram uma autopercepção do estado de saúde negativa, o que demonstra a influência de um apoio social na avaliação do estado de saúde.

Quanto à raça, não houve diferença significativa na autopercepção do estado de saúde entre os brancos e negros. No entanto, há evidências em estudos anteriores^{23,24} que sugerem um impacto mais forte da autopercepção de saúde sobre a mortalidade entre os brancos do que os negros. Assim, a concepção dos sujeitos brancos de sua saúde, boa e má, é mais preditiva da mortalidade do que a concepção dos sujeitos negros. Segundo Lee *et al.*²⁴, uma explicação para essa descoberta pode resultar da bem documentada diferença no acesso aos cuidados entre indivíduos brancos e negros. De acordo com os mesmos autores, como os brancos buscam os serviços de saúde mais frequentemente, eles podem incorporar preocupações com a saúde observado pelos profissionais de saúde em suas próprias autoavaliações de saúde. Assim, “as diferenças de raça no acesso ao cuidado e conhecimento de saúde pode estar levando a diferenças de raça na relação entre autopercepção

do estado de saúde e mortalidade”²⁴.

Um ponto importante, levantado por Delpierre *et al.*¹⁶, é o fato de que, diante de uma doença, as pessoas com maior grau de instrução tendem a ter mais probabilidade de terem consciência das consequências de seu problema de saúde, em termos de riscos de morbidade ou mortalidade, e, portanto, estão mais propensas a relatar autopercepção de saúde ruim.

O presente estudo possui uma população majoritariamente formada por indivíduos com baixa escolaridade. Não houve aumento da percepção negativa de acordo com o grau de instrução. No entanto, os indivíduos com ensino fundamental completo e aqueles sem escolaridade se perceberam, predominantemente, como não saudável e aqueles com o ensino fundamental incompleto, apresentaram percepção positiva do estado de saúde. Quanto aos indivíduos com ensino médio completo, não foi observado diferença estatística entre a percepção positiva e negativa. Esses dados apresentaram significância estatística ($p < 0,05$).

Uma possível explicação para esse fenômeno é a diferença nas

expectativas e aspirações que as pessoas podem ter em relação à sua saúde, de acordo com o nível de escolaridade. Nesse caso, o impacto de uma mesma condição de saúde na autoavaliação da saúde poderia ser maior para aqueles que têm as expectativas mais altas, como os grupos com um alto nível de educação.²⁵

Outra variável que influencia a autoavaliação da saúde é a renda. No entanto, a amostra, deste estudo, foi homogênea nesse aspecto, 97% da amostra tinha uma renda mensal entre um e três salários mínimos, ou seja, possuem uma baixa renda. A literatura mostra que as pessoas com alta posição socioeconômica podem ter um impacto negativo maior em sua saúde percebida do que as pessoas com menor posição socioeconômica, o que pode levar a uma subestimação das desigualdades de saúde entre os grupos socioeconômicos como indicador de saúde²⁵.

A presença de doenças é uma variável cuja associação com autoavaliação de saúde negativa é esperada, podendo ser resultado do referencial de saúde dos idosos como ausência de doença, aproximando do modelo biomédico. Sabe-se que as comorbidades, comuns com o avançar da idade, podem trazer limitações e dificuldades de autocuidado, o que pode

influenciar a percepção de saúde²⁶.

O aumento no número de comorbidades de um indivíduo diminui acentuadamente sua qualidade de vida e de seus familiares, com repercussões na saúde. Assim, a presença de doenças ou exposição a fatores de risco exercem influência direta na autoavaliação da saúde. O declínio funcional, principal consequência das condições crônicas, guarda relação robusta com a saúde percebida.²⁷ Essa associação é descrita por vários autores^{18, 28}.

Bombak²⁹, ao revisar a literatura sobre a autopercepção do estado de saúde e comportamentos de saúde, identificou uma postura corretiva dos pesquisadores em relação à autopercepção do estado de saúde dos indivíduos. Segundo o autor, alguns estudos procuram determinar a congruência da avaliação de um indivíduo de saúde com uma classificação objetiva de saúde com base em diagnósticos médicos ou comportamentos de saúde. “Supõe-se que aqueles que avaliam sua saúde favoravelmente, apesar de indícios objetivos de má saúde, devem ter sua autopercepção do estado de saúde corrigida através da educação e da adoção de mudanças de comportamento apropriadas”.²⁹

Reforçando a complexidade

desta avaliação, Petarli *et al.*³⁰ destacam que, apesar de alguns comportamentos serem considerados ostensivamente prejudiciais à saúde, como o hábito de fumar, para alguns indivíduos podem servir para promover prazer e alívio do estresse.

Além dos benefícios fisiológicos, a atividade física propicia benefícios psicológicos e sociais, o que influenciam a autoavaliação da saúde. É importante ressaltar que o estudo identificou que ser suficientemente ativo foi associado a menor saúde subjetiva. Por outro lado, os indivíduos em melhores condições de saúde podem estar mais motivados e capacitados para as práticas da atividade física¹. L Hayes *et al.*³¹ determinaram que os indivíduos que tinham estilos de vida saudáveis eram mais propensos a serem pessimistas em relação ao seu estado de saúde.

Em um estudo, investigando a relação entre a autopercepção de saúde e obesidade, Prosper *et al.*³² descobriram que indivíduos obesos apresentam probabilidades três vezes maiores de relatar saúde reduzida em comparação com indivíduos com peso normal ou sobrepeso. Essa relação não

foi observada. Os indivíduos obesos não apresentaram diferença significativa entre a percepção positiva e negativa, assim como os eutróficos.

No entanto, a percepção dos indivíduos com sobrepeso corroborou com o que é descrito na literatura³³ de que o excesso de peso aumenta as chances de pior autoavaliação de saúde por estar associada à baixa autoestima, além de incapacidade funcional, problemas psicológicos e de interação social.

Seguindo a lógica apresentada por Schnittker³⁴ de que a autoavaliação de saúde parte da comparação do seu estado de saúde, é possível justificar a superioridade numérica de percepção negativa dos indivíduos, deste estudo, com história familiar positiva de doença arterial coronariana.

A variável de maior influência e com significância estatística foi a presença de diabetes. Quase 90% dos indivíduos, com o diagnóstico de diabetes, classificaram seu estado de saúde negativamente. No estudo de Barros *et al.*³⁵, a presença de doenças crônicas, também, permaneceu como a variável de maior impacto sobre o autoavaliação da saúde, aumentando em

quase 12 vezes a chance de os indivíduos masculinos avaliarem negativamente sua saúde e em sete vezes nas mulheres.

A autopercepção é influenciada pelas doenças crônicas, incapacidade funcional, e, sobretudo, pelas consequências sociais e psicológicas das enfermidades³⁶. A associação entre presença das doenças/condições crônicas/fatores de risco e autoavaliação de saúde como ruim confirma relato de outros autores^{35,36} e o número de comorbidades exerce efeito importante nesse indicador.

Os fatores de risco avaliados neste estudo foram: diabetes, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo, história familiar de doença arterial coronariana e obesidade. Não foi encontrado tendência de crescimento da autopercepção negativa do estado de saúde proporcional ao aumento da coexistência de fatores de risco, resultado semelhante ao relatado por Barros *et al.*³⁵ que atribuiu este achado ao fato de alguns fatores de risco não impactarem no cotidiano das pessoas e não trazerem uma percepção de vulnerabilidade, portanto não são incorporados na avaliação dos indivíduos.

Ainda assim, apesar de não ter encontrado diferença estatística

significativa entre os grupos com presença de dislipidemias e síndrome metabólica e aqueles que não tinham, percebeu-se um número maior na percepção negativa daqueles que possuem tais comprometimentos, contrariando os achados de Lima-Costa *et al.*³⁶ que observaram ausência de associação entre percepção da saúde e perfil de risco no coorte de Bambuí.

Paskulin e Vianna²⁶ afirmam que a percepção de ser doente está mais relacionada às incapacidades do que ser portador de doenças crônicas, de modo que a saúde não é influenciada apenas pela presença da doença, suas causas e consequências, mas envolve questões mais complexas como bem-estar, capacidade funcional e qualidade de vida. Barros *et al.*³⁵ afirmam que dislipidemia e a síndrome metabólica, embora contribuam para o risco de adoecimento, não impactam diretamente no cotidiano das pessoas. Essas condições podem não ser consideradas na avaliação dos indivíduos.

No entanto, por se tratar de uma população que possui os seus prontuários, na unidade de saúde, atualizados, o que demonstra utilização do serviço, é possível que a incorporação da síndrome metabólica e da dislipidemia na autopercepção do estado de saúde destes indivíduos se

deve ao conhecimento dessas condições.

A incidência de autopercepção do estado de saúde negativa entre os hipertensos deste estudo foi de 54%, quase o dobro da média encontrada em outros estudos nacionais, o que pode estar associado às características metodológicas, que incluiu indivíduos hipertensos, predominantemente idosos, com baixa renda, além de serem usuários que possuem prontuários atualizados, o que demonstra utilização frequente do serviço de saúde.

Em meio a esta complexa relação surgem duas análises: a autopercepção do estado de saúde reflete o nível de consciência dos indivíduos em relação ao seu estado de saúde, de modo que aqueles que avaliam sua saúde de forma favorável, apesar de indícios objetivos de saúde precária, devem ter sua autopercepção de saúde ajustada, através da educação e a adoção de mudanças de comportamento adequadas. Outra inferência possível é que a autopercepção do estado de saúde é motivada por um contexto sociocultural particular e não apenas uma ação de

CONSIDERAÇÕES FINAIS

ignorância. Embora, incongruentes com medidas objetivas da saúde, algumas classificações positivas podem ser demonstrativas de adaptação às mudanças.

O conhecimento das diferenças nas características associadas à boa ou má saúde, relacionadas a variáveis socioeconômicas e fatores de risco, é importante para orientar intervenções apropriadas, considerando que o estado de saúde é uma construção complexa, de modo que as implicações para a saúde de um único fator de risco ou exposição podem não ser universalmente idênticas, ou seja, o estado de saúde dependeria da interação com variáveis coexistentes, de modo que diferentes combinações de fatores de risco e de proteção produzem resultados diferentes. A utilização da autopercepção do estado de saúde, para orientar a prática, requer a adoção de uma visão holística do paciente, que o perceba em sua totalidade dada a complexidade deste indicador.

Os resultados deste estudo podem subsidiar o serviço da atenção

básica, ampliando o olhar sobre a subjetividade de cada paciente, considerando-o como um todo complexo, não se limitando ao cuidado da doença ou do doente, mas do indivíduo. A autopercepção do estado de saúde refere-se à autoimagem do indivíduo, que é determinada, considerando valores culturais,

expectativa e experiências. Sendo assim, sua utilização como um indicador de saúde, que deve ser analisada em conjunto com os comportamentos e fatores de risco, é capaz de direcionar as ações de educação em saúde, que tendem a serem mais resolutivas quando se considera a subjetividade dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 28, n. 4, p. 769-780, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 mar. 2017.
2. CARDOSO, J. D. C. *et al.* Poor self-rated health and associated factors among elderly urban residents. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 35, n. 4, p. 35 - 41, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000400035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 mar. 2017.
3. PETARLI, G. B.; *et al.* Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados: um estudo em trabalhadores bancários. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v. 31; n. 4; p. 787-799, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400787&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 mar. 2017.
4. STENHOLM, S.; *et al.* Trajectories of self-rated health in the last 15 years of life by cause of death. *Eur. j. epidemiol.*, v. 31, n. 2, p. 177-85, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26202668>>. Acesso em 23 mar. 2017.

5. THEME FILHA, M. M.; *et al.* Prevalence of chronic non-communicable diseases and association with self-rated health: National Health Survey, 2013. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 18, s. 2, p. 98-96, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2015000600083&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 mar. 2017.
6. CARVALHO, M. V.; *et al.* The influence of hypertension on quality of life. *Arq bras cardiol.*, v.100, n. 2, p.164-174, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23503826>>. Acesso em 12 abr. 2017.
7. TOCCI, G.; *et al.* Multivariate risk assessment and risk score cards in hypertension. *Vasc health and risk manag.*, v. 3, n. 3, p. 313-320, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17703639/>>. Acesso em 20 abr. 2017.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva 2011. [internet]. 2011. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/. Acesso em 25 abr. 2017.
9. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; *et al.* I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arq Bras Cardiol* 2005; 84(Supl.1):1-28. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2005/sindromemetabolica.asp>>. Acesso em 14 abr. 2017.
10. XAVIER, H. T.; *et al.* V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol* 2013; 101(4, Supl.1):1-20. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/V_Diretriz_Brasileira_de_Dislipidemias.pdf>. Acesso em 19 abr. 2017.
11. PAGOTTO, V.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, E. A. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev.*

- Panam. Salud Publica*, v. 33, n. 4, p. 302-310, 2013. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n4/302-310/pt>>. Acesso em 22 abr. 2017.
12. NAYAK, S.; *et al.* Characteristics associated with self-rated health in the CARDIA study: Contextualising health determinants by income group. *Prev Med Rep.*, v. 4, p. 199-208, 2016. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27413683>>. Acesso em 27 mar. 2017.
13. HUSMAN, M.; LENTHE, F. V.; MACKENBACH, J. The predictive ability of self-assessed health for mortality in different educational groups. *Int j epidemiol*, v. 36, n. 6, p. 1207-1213, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17510069>. Acesso em 28 mar. 2017.
14. SINGH-MANOUX, A.; *et al.* Self-rated health and mortality: short- and long-term associations in the Whitehall II study. *Psychosom Med*, v.69, p. 138-143, 2007. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17289825>>. Acesso em 28 mar. 2017.
15. NERY GUIMARÃES, J. M.; *et al.* Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Pró-Saúde cohort study. *BMC Public Health*, v.12, n. 676, p. 1-10, 2012. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22905737>>. Acesso em 27 mar. 2017.
16. DELPIERRE, C.; KELLY-IRVINGM; LANG, T. About the Role of Socioeconomic Position on the Relation Between Objective Health Status and Self-Rated Health: A Rapid Commentary on Dowd's Article. *Ann Epidemiol*, v. 21, ed. 5, p. 387, 2011. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21458733>>. Acesso em 27 mar. 2017.
17. PAGOTTO, V.; NAKATANI, A. Y. K.; SILVEIRA, E. A. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública* v. 27, n. 8, p.1593-1602, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000800014&script=sci>

- _abstract&tlng=pt>. Acesso em 04 abr. 2017.
18. ONADJA, Y.; BIGNAMI, S.; ROSSIER, C.; ZUNZUNEGUI, M. V. The components of self-rated health among adults in Ouagadougou, Burkina Faso. *Popul Health Metr.* p. 11:15, 2013. Disponível em:<<https://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7954-11-15>>. Acesso em 04 abr. 2017.
19. CASE, A.; PAXSON, C. Sex differences in morbidity and mortality. *Demography*, v. 42, p. 189-214, 2005. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15986983>>. Acesso em 08 abr. 2017.
20. ZHENG, H.; THOMAS, P. A. Marital Status, Self-Rated Health, and Mortality: Overestimation of Health or Diminishing Protection of Marriage? *J Health Soc Behav*, v.4, n. 1, p. 128 - 143, 2013. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23321283>>. Acesso em 09 abr. 2017.
21. ROHRER, J. E.; *et al.* Marital Status, Feeling Depressed and Self-rated Health in Rural Female Primary DACHS Care Patients. *J Eval Clin Pract*, v.14, p. 214–217, 2008. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23321283>>. Acesso em 15 abr. 2017.
22. LIU, H.; UMBERSON, D. The Times They Are a Changin': Marital Status and Health Differentials from 1972 to 2003. *J Health Soc Behav.*, v.49, n. 3, p. 239-253, 2008. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150568/>>. Acesso em 19 abr. 2017.
23. ASSARI, S.; LANKARANI, M. M.; BURGARD, S. Black–white difference in long-term predictive power of self-rated health on all-cause mortality in United States. *Ann. Epidemiol*, v. 26, n. 2, p.106 - 114, 2016. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26803458>>. Acesso em 19 abr. 2017.

- abr. 2017.
24. LEE, S. J.; *et al.* The Relationship Between Self-Rated Health and Mortality in Older Black and White Americans. *J Am Geriatr Soc*, v. 55, p. 1624 –1629, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17697102>>. Acesso em 29 abr. 2017.
25. DELPIERRE, C.; *et al.* What role does socio-economic position play in the link between functional limitations and self-rated health: France vs. USA? *Eur J Public Health*, v. 22, p. 317-321, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21659390>>. Acesso em 30 abr. 2017.
26. PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Sociodemographic profile and self-referred health conditions of the elderly in a city of Southern Brazil. *Rev Saúde Pública*, v.41, n.5, p.757-768, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17923897>>. Acesso em 02 mai. 2017.
27. BORIM, F. S.; NERI, A. L.; FRANCISCO, P. M.; BARROS, M. B. Dimensions of self-rated health in older adults. *Rev. Saúde Pública*, v. 48, n.5, p.714-722. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211567/>>. Acesso em 08 mai. 2017.
28. Lang T; Delpierre C. How are you?': what do you mean?. *Eur J Public Health*. 19, n. 4, p. 353, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19549799>. Acesso em 09 mai. 2017.
29. BOMBAK, A. E. Self-Rated Health and Public Health: a critical perspective. *Front Public Health*, v.1, n.15, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3855002/>>. Acesso em 12 mai. 2017.
30. PETARLI, G. B.; *et al.* Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados: um estudo em trabalhadores bancários. *Cad. Saúde Pública*, v.31 n. 4; p.787-799, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000400787&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 12

- mai. 2017.
31. LAYES, A.; ASADA, Y.; KEPHART, G. Whiners and deniers – What does self-rated health measure? *Soc Sci Med*, v. 75, n. 1, p. 1–9, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22265085>>. Acesso em 14 mai. 2017.
32. Prosper MH, Moczulski VL, Qureshi A. Obesity as a predictor of self-rated health. *Am J Health Behav*, v.33, p. 319-329, 2009. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/png/ajhb/2009/00000033/00000003/art00010>>. Acesso em 07 mai. 2017.
33. WENNBERG, P.; *et al.* Self-rated health and type 2 diabetes risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-InterAct study: a case-cohort study. *BMJ Open*, v. 3, n. e002436, p. 1-8, 2013. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/3/3/e002436>>.
34. SCHNITTKER, J. When Mental Health Becomes Health: age and the Shifting Meaning of Self-Evaluations of General Health. *Milbank Q*, v. 83, n. 3, p. 397-423, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690150/>>. Acesso em 19 mai. 2017.
35. BARROS, M. B. A.; *et al.* Autoavaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública*, v. 43, s. 2, p.27-37, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-891020090009000005>. Acesso em 20 mai. 2017.
36. MANTOVANI, E. P.; LUCCA, S. R.; NERI, A.L. Autoavaliação negativa de saúde em idosos de cidades com diferentes níveis de bem-estar econômico: dados do Estudo FIBRA. *Cien. Saúde Coletv.* 20, n. 12, p. 3653-3668, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001203653&script=sci>

- _abstract&tlng=pt>. Acesso em 22 mai. 2017.
37. LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHOA, E. The structure of self-rated health among older adults: the Bambuí health and ageing study (BHAS). *Rev. Saúde Pública*, v. 38, n. 6, p. 827-834, 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600011>. Acesso: 19 mai. 2017.