

Autoavaliação da saúde em adultos urbanos, percepção do ambiente físico e social e relato de comorbidades: Estudo Saúde em Beagá

Self-rated health in urban adults, perceptions of the physical and social environment, and reported comorbidities: *The BH Health Study*

Autoevaluación de la salud en adultos urbanos, percepción del medio físico y social, y comorbilidad: *Estudio Salud en Beagá*

Adriana Lúcia Meireles^{1,2}
César Coelho Xavier^{2,3}
Amanda Cristina de Souza Andrade^{1,2}
Amélia Augusta de Lima Friche^{1,2}
Fernando Augusto Proietti^{3,4}
Waleska Teixeira Caiaffa^{1,2}

Abstract

This study assesses the prevalence of poor self-rated health and investigates its association with individual and environmental characteristics in adults with and without reported morbidity. A household survey assessed 4,048 adults in two districts of Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. We used Poisson regression with robust variance stratified by the presence of reported morbidity. Prevalence of poor self-rated health was 29.9% (42.6% in those with morbidity and 13.1% in the group without morbidity). All assessed domains were associated with self-rated health in subjects with reported morbidity. In the group without reported morbidity, the following were associated with self-rated health: social environment, socio-demographic factors, lifestyle, and psychological health. Perceived problems in the environment were associated with poor self-rated health in both groups, even after hierarchical adjustment. The results suggest the importance of investigating self-rated health stratified by reported morbidity and reinforce the need to include variables that characterize the physical and social environment.

Health Status; Morbidity; Urban Health

Resumo

Este estudo avalia a prevalência de autoavaliação da saúde ruim e investiga sua associação com características individuais e da percepção do ambiente em indivíduos com e sem o relato de morbidades. Inquérito domiciliar com 4.048 adultos de dois distritos de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Realizou-se análise de regressão de Poisson com variância robusta estratificada pela presença de morbidade referida. Prevalência de autoavaliação da saúde ruim igual a 29,9%, sendo 42,6% nos indivíduos com morbidade referida e 13,1% nos adultos sem morbidade referida. Todos os domínios avaliados foram associados à autoavaliação da saúde nos indivíduos com morbidade referida. No grupo sem morbidade referida, associaram-se à autoavaliação da saúde: ambiente social, socio-demográfico, estilo de vida e saúde psicológica. Problemas percebidos no ambiente de moradia foram associados à autoavaliação da saúde ruim em ambos os grupos, mesmo após ajustamento hierarquizado. Os resultados sugerem a importância da investigação da autoavaliação da saúde de forma estratificada pela presença e ausência de morbidades referidas, e reforçam a necessidade da inclusão de variáveis do ambiente físico e social dos indivíduos.

Nível de Saúde; Morbidade; Saúde Urbana

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

² Observatórios de Saúde Urbana de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Brasil.

³ Faculdade de Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, Brasil.

⁴ Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, Brasil.

Correspondência

A. L. Meireles
Faculdade de Medicina,
Universidade Federal de Minas Gerais.
Av. Alfredo Balena, 190, sala
730, Belo Horizonte, MG
30130-100, Brasil.
dri_meireles@yahoo.com.br

Introdução

A autoavaliação da saúde tem recebido atenção crescente na literatura internacional, pois está centrada na avaliação do estado de saúde e relacionada ao bem-estar da população e à satisfação com a vida ¹.

Muitos estudos têm buscado compreender o significado da autoavaliação da saúde, não só pela robustez desta medida, mas também pela possibilidade de ser usada em grandes inquéritos populacionais. A autoavaliação da saúde caracteriza-se como uma medida de saúde válida, confiável, forte preditora de morbidade, mortalidade e de utilização de serviços de saúde ^{2,3}, além de valiosa fonte de dados sobre o estado de saúde da população ⁴. Além disso, é uma medida simples, barata, fácil de administrar em inquéritos de saúde ², inclusive em diferentes populações ^{5,6,7}.

Os fatores individuais que podem influenciar a classificação da saúde dos indivíduos têm sido extensivamente pesquisados ¹. As evidências sugerem que a autoavaliação da saúde é um construto multidimensional composto por vários domínios, abrangendo: sociodemográfico, estilos de vida, saúde psicológica e saúde física ^{2,8}, mas que pode diferir segundo idade e sexo das pessoas pesquisadas ^{2,4,8,9,10}.

Na maioria dos estudos populacionais, a saúde física tende a ser o principal determinante da autoavaliação da saúde ^{2,5}. Entretanto, poucos trabalhos têm sido direcionados a estudar a diferença entre os fatores associados à autoavaliação da saúde na presença e ausência de morbidades ^{2,5,11,12}. Essa perspectiva torna-se relevante quando avalia-se a alta prevalência de morbidades referidas em estudos populacionais ¹³.

Segundo a *Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios* (PNAD) de 2003, 40% da população brasileira com 18 anos ou mais referiram ter pelo menos uma doença crônica entre as 12 que foram investigadas ¹³. A *Pesquisa de Dimensão Social das Desigualdades* (PDSD) realizada em 2008 com 12.324 indivíduos com 20 anos ou mais, na qual foi investigada a presença de comorbidade referida baseada em uma lista composta por 16 doenças, 63,3% dos participantes relataram apresentar uma ou mais doenças ¹.

Outro aspecto relevante no entendimento dos possíveis fatores subjacentes à autoavaliação da saúde vai além daqueles individuais, estendendo-se às dimensões do ambiente físico e social. Um número crescente de estudos incorpora as características do ambiente como determinantes da autoavaliação da saúde, apesar de em menor quantidade e intensidade quando comparados àqueles contemplando as características individuais ¹⁴. Dois pilares da saúde urbana auxi-

liam no entendimento da influência do ambiente na autoavaliação da saúde, são eles: o papel do ambiente físico e social como modelador da saúde das pessoas e a necessidade de aferir os fenômenos tendo como objeto as desigualdades injustas e evitáveis do ambiente e em saúde ¹⁵.

Diante do exposto, o objetivo foi avaliar a prevalência de autoavaliação da saúde ruim em adultos residentes num centro urbano e investigar a associação entre autoavaliação da saúde e as características individuais e da percepção do ambiente em indivíduos com e sem o relato de morbidades.

Métodos

Os dados foram obtidos do *Estudo Saúde em Beagá*, inquérito domiciliar de base populacional conduzido pelo Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH) entre 2008 e 2009, em dois dos nove distritos sanitários (Barreiro e Oeste) de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Esses, foram escolhidos devido à logística da pesquisa de campo e por possuírem heterogeneidade interna em relação a diversos indicadores demográficos, socioeconômicos e de saúde. Maiores detalhes do inquérito são encontrados em trabalhos anteriores ^{16,17}.

Amostra

Realizou-se amostragem estratificada por conglomerados em três estágios: setor censitário; domicílio; e, dentro do domicílio, um residente adulto (> 18 anos de idade) e um adolescente de 11 a 17 anos. A taxa de participação foi de 80%, resultando em 4.048 entrevistas com adultos (> 18 anos) e 1.042 adolescentes com 11 a 17 anos. Os adultos, foco deste trabalho, foram entrevistados face a face e tiveram medidas antropométricas de peso e altura aferidas.

Instrumentos de coleta de dados

O *Estudo Saúde em Beagá* utilizou questionário padronizado e elaborado especificamente para este trabalho, com questões clássicas aos estudos epidemiológicos nacionais e internacionais. Todos os instrumentos foram pré-codificados e pré-testados em estudo piloto. Os dados foram coletados por meio de entrevista face a face tendo a duração de aproximadamente 40 minutos. Também foram feitas medidas antropométricas: peso usando-se balança digital portátil, altura por meio de um estadiômetro e de circunferência da cintura realizada com o auxílio de fita métrica inelástica.

Variável resposta

A variável resposta foi a autoavaliação de saúde medida pela pergunta “*De maneira geral o(a) Senhor(a) diria que sua saúde está: muito boa, boa, razoável, ruim ou muito ruim?*”. As respostas foram dicotomizadas em autoavaliação da saúde ruim (razoável, ruim, muito ruim) e autoavaliação da saúde boa (muito boa, boa).

Variável de estratificação

A morbidade referida tem sido considerada uma medida aproximada das informações obtidas por meio de exames clínicos, e apresenta boa concordância quando comparada com registros médicos ou exames clínicos, especialmente para algumas patologias selecionadas, como as doenças cardiovasculares e o diabetes mellitus¹². No presente trabalho, como variável de estratificação, utilizou-se a morbidade referida, aferida pela seguinte pergunta: “*Alguma vez, um médico ou outro profissional de saúde disse que o(a) sr.(a) tem alguma dessas doenças listadas abaixo: hipertensão arterial, colesterol alto, diabetes, asma, artrite, artrose, reumatismo, osteoporose, doença renal crônica, depressão, enxaqueca, epilepsia, tuberculose, câncer, doença do coração, doença pulmonar, doença digestiva crônica (úlceragastrite), doença mental?*”. Os indivíduos foram agregados em dois estratos: com morbidade (relato de pelo menos uma doença) e sem morbidade (ausência de doença).

Variáveis explicativas

As variáveis explicativas foram divididas em cinco blocos, de acordo com o modelo proposto e adaptado de Cremonese¹⁸ para a autoavaliação da saúde (Figura 1).

Para o primeiro bloco, mais distal, denominado Ambiente Físico e Social, foram consideradas as variáveis de percepção da vizinhança. A escolha das variáveis que avaliaram a percepção do ambiente baseou-se em trabalhos anteriores desenvolvidos pelos pesquisadores do OSUBH na mesma amostra populacional^{16,17,19}.

Disponibilidade de alimentos, fácil caminhar na vizinhança, ruído e sentimento de pertencimento à vizinhança foram obtidas pelas perguntas, respectivamente: “*Na sua vizinhança tem locais para comprar alimentos a uma distância que se possa ir a pé?*” (sim/não); “*É fácil caminhar de um lugar para o outro?*” (sim/não) e “*O ruído/barulho te incomoda?*” (sim/não); e “*O senhor se sente parte da sua vizinhança?*” (sim/não).

A avaliação de serviços públicos na vizinhança foi obtida com base na soma das res-

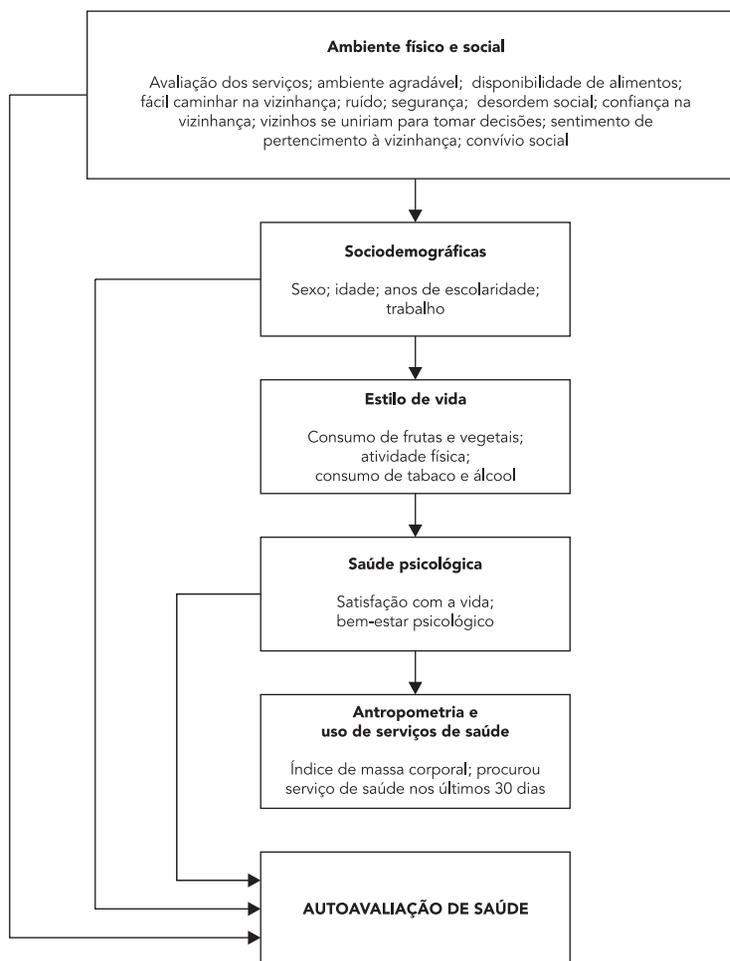
postas às perguntas: “*Na sua vizinhança, como o senhor avalia: iluminação das ruas; manutenção das ruas e calçadas; locais públicos de esporte e lazer; equipamentos coletivos como guaritas, orelhões, lixeiras e passarelas; transportes coletivos (ônibus, metrô); facilidade de obter alimentos de boa qualidade/frescos/etc.; policiamento (a pé, viatura, moto, cavalo); trânsito; qualidade do ar*”. As opções de respostas foram pontuadas de 1 a 4 (muito bom a muito ruim) e a soma dos itens foi classificada segundo a mediana (< 21 – bom; ≥ 21 – ruim).

A vizinhança agradável foi avaliada pelas perguntas: “*A sua vizinhança: é um lugar agradável para jovens e adolescentes? É um lugar agradável para crianças? Tem árvores que deixam o ambiente agradável?*”. A desordem social foi aferida pelas questões “*Na sua vizinhança existem: prédios, casas ou galpões abandonados? Lixo ou entulho nas ruas e passeios públicos? Lotes vagos cheios de lixo e entulho ou com mato alto? Pessoas ou locais na vizinhança onde se costuma ouvir música alta, pessoas discutindo alto ou dando festas até tarde da noite? Pessoas que andam armadas (sem ser policiais)? Barulho de tiros?*”. A confiança nos vizinhos pelos quesitos: “*Em sua vizinhança, tem pessoas em que o(a) senhor(a) confia em: deixar as chaves da sua casa, caso precise? Empréstimo de coisas? Deixar alguém da sua família em caso de emergência?*”. A união dos vizinhos pelas perguntas: “*As pessoas da sua vizinhança se uniriam para: interferir em conflitos ou problemas com outras vizinhanças; Melhorar a segurança da vizinhança; Evitar o uso de drogas em locais públicos; Evitar o depósito de lixo na vizinhança; Reivindicar às autoridades melhores serviços de saúde; Melhorar o visual da vizinhança; Reivindicar às autoridades melhores escolas*”. E a segurança pelas perguntas: “*O(a) senhor(a) se sente seguro andando durante o dia? O(a) senhor(a) se sente seguro andando durante a noite?*”. A categorização dos escores vizinhança agradável, desordem social, confiança nos vizinhos, união dos vizinhos e segurança foi obtida pela soma das perguntas que compunham cada variável, categorizadas em “sim” quando os indivíduos respondiam *sim* para pelo menos um item, e em “não” quando respondiam *não* para todas as perguntas.

Convívio Social foi avaliado pelas perguntas: “*Com que frequência o(a) senhor(a) frequenta: bares, botecos, boates ou casa de show; festas populares ou de rua; clubes ou associações recreativas; campo de futebol; cinema; shopping; teatro; parque/prça; grupo de dança/cultural/esporte*”. Foi realizada análise de componentes principais para reduzir o número de variáveis. O escore da primeira componente foi dividido em tercios e

Figura 1

Modelo de entrada hierarquizada dos fatores associados à autoavaliação da saúde em adulto.



classificado como convívio social baixo, médio e alto.

No segundo bloco, foram incluídas as variáveis do domínio sociodemográfico: sexo, faixa etária, escolaridade (em anos de estudos) e trabalho (se trabalha ou trabalhou na vida).

As variáveis do domínio Estilo de vida compuseram o terceiro bloco e incluíram: consumo de frutas/verduras/legumes, prática de atividade física no lazer, consumo de tabaco e bebida alcoólica.

A prática de atividade física no lazer foi mensurada pelo *Questionário Internacional de Atividade Física* (IPAQ) versão longa e o cálculo do escore semanal de atividades físicas no lazer ¹⁹.

Foram classificados como abaixo do nível recomendado aqueles indivíduos com escore inferior a 150 minutos/semana, e dentro do nível recomendado aqueles com escore igual ou superior a 150 minutos/semana ²⁰.

O quarto bloco foi composto pelas variáveis do domínio Saúde psicológica: satisfação com a vida e bem-estar psicológico. A *Escala de Satisfação com a Vida* desenvolvida por Cantril em 1967 ²¹ consiste em escala ascendente de 1 a 10, representada esquematicamente por uma escada, na qual o menor valor representa a pior vida, e o maior valor, a melhor vida. A pessoa escolhia em qual degrau se encontrava no dia da entrevista. Adotou-se como ponto de corte a mediana

dos degraus escolhidos e as respostas foram categorizadas em negativo/insatisfeito (degraus 1 a 5) e positivo/satisfeito (degraus 6 a 10).

Para a avaliação do bem-estar psicológico, utilizou-se a *Escala de Faces* desenvolvida por Andrews em 1976²¹, um instrumento esquemático composto por sete faces, que se refere ao estado de humor predominante nas últimas duas semanas à entrevista. Optou-se por categorizar as respostas em bem-estar psicológico (figuras 1 a 4) e mal-estar psicológico (figuras 5 a 7), de acordo com estudo anterior²².

E, por fim, foram incluídas as variáveis do domínio Antropometria e Uso de serviços de saúde, mais proximal: índice de massa corporal (IMC) e uso de serviços de saúde (“*Procurou algum serviço de saúde nos últimos 30 dias?*”). A classificação do IMC para adultos (18 a 59 anos) baseou-se nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)²³: baixo peso (IMC < 18,50); normal (IMC: 18,50-24,99); sobrepeso (IMC: 25,00-29,99); obeso (IMC > 29,99). Entre os idosos, adotaram-se pontos de corte propostos por Lipschitz²⁴: baixo-peso (IMC < 22,00); eutrófico (IMC: 22,00-27,99); sobrepeso (IMC: 27,99-31,99); obeso (IMC > 31,99).

Análise estatística

Foram realizadas análises descritivas por meio de distribuições de frequências, médias, medianas e desvio padrão (DP). Para verificar a associação entre a autoavaliação da saúde e as variáveis explicativas utilizou-se a regressão de Poisson com variância robusta, que estima melhor as razões de prevalência (RP) para desfechos muito frequentes²⁵, nas análises bivariadas e múltiplas, considerando os estratos com e sem doenças autorrelatadas. As variáveis explicativas que apresentaram valor de p inferior a 0,20 na análise bivariada foram selecionadas para a análise múltipla.

Nessa análise, foi adotada entrada hierárquica das variáveis em blocos²⁶, com a introdução dos blocos mais distais até o mais proximal conforme modelo teórico (Figura 1), seguindo a ordem: ambiente físico e social, sociodemográfico, estilos de vida, saúde psicológica, antropometria e uso de serviços de saúde. A ordem de entrada dos blocos de variáveis teve por base o modelo teórico utilizado por Cremonese et al.¹⁸. Com a entrada de cada bloco de variáveis, tinha-se um novo modelo de análise. A comparação entre modelos foi feita pelo critério de Akaike (AIC).

As análises incorporaram os fatores de ponderação, que consideram os efeitos do desenho da amostra por meio do comando SVY do software Stata 12.0 (StataCorp LP, College Station,

Estados Unidos). Considerou-se o nível de significância de 5% e intervalos de 95% de confiança (IC95%).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (nº ETIC 253/06). Todos os participantes do trabalho, após ampla explicação e esclarecimentos de dúvidas, concordaram em participar do inquérito e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da entrevista.

Resultados

A prevalência de autoavaliação da saúde ruim na amostra estudada foi de 29,9% (IC95%: 28,0-31,9%), sendo que a prevalência de autoavaliação da saúde ruim no estrato com morbidade referida foi de 42,6% (IC95%: 40,2-45,0%) e no estrato sem morbidade referida foi de 13,1% (IC95%: 10,9-15,3%). Aproximadamente 57% dos entrevistados relataram apresentar uma ou mais doenças, e à proporção que o número de morbidades referidas aumentava, piorava a autoavaliação da saúde (1 doença – RP: 2,4 e IC95%: 1,65-2,53; 2 doenças – RP: 3,16 e IC95%: 2,61-3,82; 3 doenças ou mais – RP: 4,94 e IC95%: 4,13-5,90), mostrando uma relação linear entre a autoavaliação da saúde e morbidade referida. A população do estudo foi composta, em sua maioria, por mulheres (53,1%) e indivíduos com idades entre 25 e 59 anos (68,8%), sendo a média de idades de 44,9 anos (DP = 16,83). Quanto à escolaridade, 40,8% tinham oito ou menos anos de estudos. O aumento da prevalência de autoavaliação da saúde ruim foi observado com o aumento da idade, independentemente do sexo (p < 0,001). Entretanto, comparando homens e mulheres, diferenças significativas só foram encontradas na faixa etária de 25 a 59 anos (p = 0,009).

O grupo sem morbidade referida tinha média de idades de 36 anos (DP:13,46) e mediana de 33,5 anos; 31,3% relataram oito ou menos anos de escolaridade e 72,8% trabalharam. Entre aqueles com morbidade referida, a média e a mediana das idades foram de 49,0 anos (DP: 16,92), 47,9% possuíam oito anos ou menos de escolaridade e 58,4% trabalharam alguma vez na vida.

Os resultados das análises bivariada e multivariada da autoavaliação da saúde ruim são apresentados de acordo com a análise estratificada para indivíduos com e sem relato de comorbidade referida.

Estrato com uma ou mais morbidade referida

Em relação às variáveis sociodemográficas, observou-se pior percepção de saúde com o au-

mento da idade e redução da escolaridade. Trabalhar ou ter trabalhado revelou-se como um fator de proteção para autoavaliação da saúde ruim. Nos demais domínios relacionados às características individuais (estilos de vida, saúde psicológica, antropometria e uso de serviços de saúde), todas as variáveis se associaram à pior autoavaliação da saúde (Tabela 1).

Quanto ao ambiente físico e social, percepção de ambiente desagradável, não confiar nos vizinhos, não se sentir parte da vizinhança e baixo convívio social foram as características associadas à autoavaliação da saúde ruim entre aqueles que relataram ter uma ou mais doenças (Tabela 2).

Na análise multivariada hierárquica (Tabela 3), o ambiente físico e social e a autoavaliação da saúde ruim estiveram associados. Pessoas com autoavaliação da saúde ruim perceberam sua vizinhança desagradável, tinham baixo convívio social e não confiavam nos vizinhos, quando comparadas aos seus homólogos (modelo 1).

No modelo 2, a autoavaliação da saúde ruim esteve associada à idade, escolaridade e relato de ter trabalhado na vida. No modelo 3, todas as variáveis do bloco estilos de vida foram associadas à autoavaliação da saúde ruim. No modelo 4, estar insatisfeito com a vida e apresentar mal-estar psicológico foram variáveis significativamente associadas à autoavaliação da saúde ruim, bem como a inclusão das variáveis mais proximais, excesso de peso e uso do serviço de saúde (modelo 5).

Nesse estrato, mesmo de forma hierarquizada, a percepção de vizinhança desagradável esteve associada à autoavaliação da saúde ruim no modelo 5. Também vale ressaltar que o modelo multivariado para os indivíduos com morbidade referida foi similar ao da população total quanto aos diversos níveis hierárquicos analisados (dados não apresentados).

Estrato sem morbidade referida

Observou-se relação direta da autoavaliação da saúde ruim e idade, e inversa com a escolaridade (Tabela 1) e foram associadas à autoavaliação da saúde ruim: baixo consumo de frutas/verduras/legumes, estar abaixo do nível recomendado de atividade física, ser fumante ou ex-fumante, apresentar mal-estar psicológico, insatisfação com a vida e excesso de peso (Tabela 1).

Quanto ao ambiente físico e social, dificuldade de caminhar na vizinhança, sentir-se inseguro e relato de baixo convívio social estiveram associados significativamente à autoavaliação da saúde ruim quando comparados aos seus homólogos na análise bivariada (Tabela 2).

Na análise multivariada hierárquica (Tabela 4), convívio social foi associado à autoavaliação da saúde ruim no modelo 1; menor escolaridade no modelo 2 e baixo consumo de frutas/verduras/legumes, estar abaixo do nível recomendado de atividade física e ser fumante no modelo 3, do bloco estilos de vida. Estar insatisfeito com a vida e apresentar mal-estar psicológico também se mostraram significativamente independentes associados à autoavaliação da saúde ruim nos indivíduos sem relato de morbidade (modelo 4). Quanto ao domínio mais proximal, nenhuma das variáveis foi associada à autoavaliação da saúde ruim quando comparados com aqueles indivíduos com melhor percepção de sua saúde (modelo 5).

Discussão

Este trabalho investigou como a autoavaliação da saúde em estudos populacionais é modulada pela presença de morbidades, produzindo variações relevantes nas prevalências, tipicamente altas de pior percepção no subgrupo com relato de morbidade. Problemas percebidos no ambiente de moradia estiveram associados à autoavaliação da saúde ruim em ambos os estratos investigados, mesmo após o ajustamento hierarquizado. Os resultados sugerem a importância da investigação da autoavaliação da saúde de forma estratificada pela presença e ausência de morbidades referidas, contribuindo no avanço do entendimento da percepção de saúde em estudos populacionais e reforçando a necessidade da inclusão de variáveis que captam a percepção do ambiente físico e social dos indivíduos.

A prevalência global de autoavaliação da saúde ruim (29,9%) foi inferior à de residentes nas capitais brasileiras segundo o sistema de *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* (VIGITEL) de 2006 ⁶, que incluiu 54.369 entrevistados com idade maior ou igual a 18 anos, e utilizou apenas quatro categorias de resposta (excelente, boa, regular e ruim). Somadas as categorias regular e ruim, a prevalência de autoavaliação da saúde ruim foi de 35,3% ⁶. Também foi inferior à PDS (aproximadamente de 40%) ¹, realizada em cinco regiões geográficas brasileiras em 2008, com indivíduos de 20 anos ou mais de idade. Entretanto, os resultados mostram uma prevalência superior à do *Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto* (ELSA-Brasil), que avaliou 15.105 servidores de instituições de ensino superior brasileiras com 35 a 74 anos entre 2008 e 2010, em que a prevalência de autoavaliação da saúde ruim foi de 19,9% ²⁷. Em revisão sistemática da literatura,

Tabela 1

Distribuição, prevalências e razões de prevalência não ajustadas da autoavaliação da saúde ruim em relação às variáveis individuais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2008-2009.

Variáveis	Com morbidade (n = 2.539)			Sem morbidade (n = 1.498)		
	n (%)	Prevalência de autoavaliação da saúde ruim	RP (IC95%)	n (%)	Prevalência de autoavaliação da saúde ruim	RP (IC95%)
Sociodemográfico						
Sexo						
Feminino	1.651 (59,41)	43,27	1,00	730 (44,62)	15,07	1,00
Masculino	888 (40,59)	41,60	0,96 (0,85-1,09)	768 (55,38)	11,49	0,76 (0,55-1,06)
Idade (anos)						
18-24	187 (9,29)	24,30	1,00	334 (26,70)	9,13	1,00
25-59	1.619 (68,37)	41,41	1,70 (1,24-2,33) *	1.066 (69,37)	14,42	1,58 (1,03-2,42) **
60 e mais	733 (22,34)	53,82	2,21 (1,60-3,06) *	98 (3,92)	16,49	1,81 (1,02-3,21) **
Ecolaridade (anos)						
Mais de 12	400 (20,48)	24,51	1,00	301 (25,39)	6,08	1,00
9-11	758 (31,66)	36,38	1,48 (1,16-1,90) ***	646 (43,28)	10,25	1,69 (0,93-3,05)
5-8	532 (21,79)	48,30	1,97 (1,57-2,47) *	342 (20,91)	17,72	2,91 (1,56-5,46) *
0-4	845 (26,07)	59,47	2,43 (1,95-3,02) *	209 (10,41)	32,64	5,37 (2,90-9,94) *
Trabalha ou já trabalhou?						
Não	1.207 (41,57)	52,14	1,00	381 (27,17)	15,57	1,00
Sim	1.332 (58,43)	35,80	0,69 (0,61-0,77) *	1.117 (72,83)	12,16	0,78 (0,56-1,08)
Estilos de vida						
Consumo de frutas e vegetais (dias/semana)						
≥ 5	1.367 (52,90)	37,78	1,00	702 (44,83)	9,06	1,00
< 5	1.172 (47,10)	47,99	1,27 (1,13-1,43) ***	796 (55,17)	16,36	1,81 (1,31-2,49) *
Atividade física						
Nível recomendado	588 (26,72)	29,79	1,00	426 (35,05)	6,34	1,00
Abaixo do recomendado	1.803 (73,28)	46,85	1,57 (1,30-1,89) *	988 (64,95)	17,63	2,78 (1,76-4,41) *
Consumo de tabaco						
Nunca	1.402 (56,09)	38,22	1,00	930 (64,00)	11,22	1,00
Ex-fumante	695 (26,62)	46,13	1,21 (1,05-1,39) **	277 (16,91)	12,36	1,10 (0,68-1,78)
Fumante	442 (17,29)	51,33	1,34 (1,14-1,59) ***	291 (19,09)	19,98	1,78 (1,16-2,73) ***
Consumo de álcool						
Não	1.556 (54,99)	49,33	1,00	734 (46,74)	14,77	1,00
Sim	983 (45,01)	34,35	0,69 (0,61-0,80) *	764 (53,26)	11,61	0,79 (0,54-1,13)
Saúde psicológica						
Bem-estar psicológico						
Bem-estar	2.170 (88,14)	39,35	1,00	1.367 (91,90)	11,65	1,00
Mal-estar	365 (11,86)	66,47	1,50 (1,32-1,70) *	130 (8,10)	29,55	2,54 (1,74-3,69) *
Satisfação com a vida						
Satisfeito	1.910 (74,63)	37,79	1,00	1.210 (79,10)	10,37	1,00
Insatisfeito	625 (25,37)	56,58	1,69 (1,52-1,88) *	288 (20,83)	23,40	2,26 (1,64-3,10) *

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Variáveis	Com morbidade (n = 2.539)			Sem morbidade (n = 1.498)		
	n (%)	Prevalência de autoavaliação da saúde ruim	RP (IC95%)	n (%)	Prevalência de autoavaliação da saúde ruim	RP (IC95%)
Antropometria e uso de serviços de saúde						
IMC						
Normal	933 (37,00)	35,46	1,00	816 (56,92)	11,48	1,00
Baixo peso	152 (6,18)	38,93	1,10 (0,82-1,47)	78 (5,27)	24,49	2,13 (1,18-3,84) ***
Sobrepeso	1.018 (40,23)	46,00	1,30 (1,11-1,51) ***	422 (27,86)	12,05	1,05 (0,70-1,56)
Obesidade	410 (16,60)	52,08	1,47 (1,24-1,73) *	158 (9,95)	20,87	1,82 (1,11-2,98) ***
Uso de serviço de saúde						
Não	1.753 (69,61)	39,96	1,00	1.198 (80,05)	12,73	1,00
Sim	786 (30,39)	48,61	1,22 (1,07-1,38) **	300 (19,95)	14,51	1,14 (0,73-1,79)

IC95%: intervalo de 95% de confiança; IMC: índice de massa corporal; RP: razão de prevalência.

* p < 0,001;

** p < 0,05;

*** p < 0,01.

Tabela 2

Distribuição, prevalências e razões de prevalência não ajustadas da autoavaliação da saúde ruim em relação às variáveis do ambiente físico e social. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2008-2009.

Variáveis	Com morbidade (n = 2.539)			Sem morbidade (n = 1.498)		
	n (%)	Prevalência de autoavaliação da saúde ruim	RP (IC95%)	Prevalência de autoavaliação da saúde ruim	RP (IC95%)	
Ambiente físico						
Avaliação de serviços públicos da vizinhança						
Bom	1.154 (47,66)	39,77	1,00	11,95	1,00	
Ruim	1.088 (52,34)	43,94	1,10 (0,97-1,25)	15,43	1,29 (0,90-1,86)	
Vizinhança agradável						
Sim	2.107 (86,99)	41,35	1,00	12,97	1,00	
Não	347 (13,01)	52,05	1,26 (1,05-1,52) *	14,60	1,13 (0,72-1,76)	
Disponibilidade de alimentos						
Sim	2.271 (87,90)	45,50	1,00	13,04	1,00	
Não	267 (12,10)	42,20	1,08 (0,89-1,31)	13,56	1,04 (0,66-1,64)	
Fácil de caminhar na vizinhança						
Sim	2.230 (87,09)	41,81	1,00	12,36	1,00	
Não	305 (12,91)	47,39	1,13 (0,95-1,35)	20,07	1,62 (1,05-2,52) *	
Ruído						
Sim	1.172 (46,01)	44,69	1,00	14,37	1,00	
Não	1.365 (53,99)	40,88	0,85 (0,63-1,16)	12,21	1,18 (0,86-1,60)	
Ambiente social						
Segurança						
Sim	2.457 (97,81)	42,66	1,00	13,03	1,00	
Não	54 (2,19)	46,18	1,08 (0,73-1,61)	36,03	2,77 (1,05-7,32) *	

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Variáveis	Com morbidade (n = 2.539)			Sem morbidade (n = 1.498)	
	n (%)	Prevalência de autoavaliação da saúde ruim	RP (IC95%)	Prevalência de autoavaliação da saúde ruim	RP (IC95%)
Confiança na vizinhança					
Sim	2.273 (90,29)	41,46	1,00	13,07	1,00
Não	236 (9,71)	53,75	1,30 (1,11-1,51) *	13,13	1,00 (0,63-1,60)
União dos vizinhos					
Sim	2.204 (86,86)	45,32	1,00	15,30	1,00
Não	335 (13,14)	42,18	0,93 (0,78-1,10)	12,76	0,83 (0,55-1,27)
Desordem social					
Sim	2.016 (83,96)	43,38	1,00	13,08	1,00
Não	431 (16,04)	40,47	1,07 (0,90-1,27)	13,98	0,94 (0,61-1,42)
Sentimento de pertencimento à vizinhança					
Sim	2.168 (86,92)	41,42	1,00	13,22	1,00
Não	356 (13,08)	49,45	1,19 (1,02-1,39) *	11,22	0,85 (0,56-1,29)
Convívio social					
Alta	713 (33,25)	31,87	1,00	7,51	1,00
Média	824 (33,32)	38,01	1,84 (1,54-2,19) **	13,42	1,79 (1,19-2,68) ***
Baixa	985 (33,43)	58,50	1,19 (0,98-1,45)	24,99	3,33 (2,20-5,03) **

IC95%: intervalo de 95% de confiança; RP: razão de prevalência.

* $p < 0,05$;

** $p < 0,001$;

*** $p < 0,01$.

Tabela 3

Análise multivariada por meio da regressão de Poisson para autoavaliação da saúde e fatores associados na população com morbidade referida. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2008-2009.

Variáveis	Modelo 1 RP (IC95%)	Modelo 2 RP (IC95%)	Modelo 3 RP (IC95%)	Modelo 4 RP (IC95%)	Modelo 5 RP (IC95%)
Ambiente físico e social					
Vizinhança agradável					
Sim	1,00	1,0	1,00	1,00	1,00
Não	1,22 (1,03-1,46) *	1,32 (1,12-1,56) **	1,27 (1,08-1,49) **	1,20 (1,02-1,41)*	1,19 (1,01-1,41) *
Convívio social					
Alto	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Médio	1,17 (0,96-1,42)	0,99 (0,82-1,21)	0,96 (0,79-1,17)	0,98 (0,80-1,20)	0,98 (0,80-1,20)
Baixo	1,81 (1,52-2,15) ***	1,29 (1,07-1,55) **	1,19 (0,98-1,43)	1,18 (0,98-1,42)	1,19 (0,99-1,43)
Confiança nos vizinhos					
Sim	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Não	1,24 (1,06-1,44) *	1,22 (1,04-1,44) *	1,21 (1,02-1,42) *	1,15 (0,98-1,34)	1,12 (0,96-1,31)
Sociodemográfico					
Idade (anos)					
18-24		1,00	1,00	1,00	1,00
25-59		1,48 (1,06-2,07) *	1,41 (1,00-1,97)	1,40 (1,00-1,94)	1,20 (0,86-1,68)
60 ou mais		1,55 (1,09-2,22) *	1,55 (1,09-2,21) *	1,59 (1,13-2,24) **	1,45 (1,02-2,06) *

(continua)

Tabela 3 (continuação)

Variáveis	Modelo 1 RP (IC95%)	Modelo 2 RP (IC95%)	Modelo 3 RP (IC95%)	Modelo 4 RP (IC95%)	Modelo 5 RP (IC95%)
Sexo					
Feminino		1,00	1,00	1,00	1,00
Masculino		1,03 (0,91-1,17)	1,03 (0,91-1,04)	1,05 (0,92-1,20)	1,06 (0,93-1,22)
Escolaridade (anos)					
12 ou mais		1,00	1,00	1,00	1,00
9-11		1,48 (1,12-1,94) **	1,49 (1,12-1,97) **	1,45 (1,09-1,92) **	1,45 (1,10-1,92) ***
5-8		1,79 (1,39-2,32) ***	1,73 (1,32-2,27) ***	1,67 (1,28-2,18) ***	1,64 (1,26-2,13) ***
0-4		1,90 (1,50-2,42) ***	1,71 (1,32-2,22) ***	1,66 (1,28-2,15) ***	1,66 (1,28-2,14) ***
Trabalha ou já trabalhou na vida					
Não		1,00	1,00	1,00	1,00
Sim		0,80 (0,71-0,91) **	0,80 (0,72-0,91) **	0,82 (0,72-0,93) **	0,82 (0,73-0,94) **
Estilos de vida					
Consumo de frutas e vegetais (vezes/semana)					
≥ 5			1,00	1,00	1,00
< 5			1,23 (1,09-1,38) **	1,20 (1,07-1,36) **	1,20 (1,07-1,35) **
Prática atividade física					
Nível recomendado			1,00	1,00	1,00
Abaixo do recomendado			1,24 (1,03-1,50) *	1,22 (1,01-1,42) *	1,22 (1,01-1,47) *
Consumo de tabaco					
Nunca			1,00	1,00	1,00
Ex-fumante			1,15 (1,01-1,31) *	1,13 (0,99-1,29)	1,14 (0,99-1,30)
Fumante			1,29 (1,11-1,52) **	1,20 (1,02-1,42) *	1,28 (1,10-1,50) **
Consumo de álcool					
Não			1,00	1,00	1,00
Sim			0,75 (0,65-0,88) ***	0,77 (0,66-0,89) ***	0,77 (0,66-0,89) ***
Saúde psicológica					
Satisfação com a vida					
Satisfeito				1,00	1,00
Insatisfeito				1,29 (1,14-1,45) ***	1,29 (1,14-1,45) ***
Bem-estar psicológico					
Bem-estar				1,00	1,00
Mal-estar				1,25 (1,11-1,42) ***	1,22 (1,08-1,38) **
Antropometria e uso de serviços de saúde					
IMC					
Normal					1,00
Baixo peso					0,88 (0,66-1,16)
Sobrepeso					1,21 (1,05-1,40) **
Obeso					1,41 (1,19-1,66) ***
Uso dos serviços de saúde					
Não					1,00
Sim					1,18 (1,05-1,32) **
Critério Akaike	3894,17	3832,37	3607,92	3564,48	3529,96

IC95%: intervalo de 95% de confiança; IMC: índice de massa corporal; RP: razão de prevalência.

Modelo 1: ajustado entre as variáveis do bloco ambiente físico e social; Modelo 2: ajustado entre as variáveis dos blocos ambiente físico e social e sociodemográfico; Modelo 3: ajustado entre as variáveis dos blocos ambiente físico e social, sociodemográfico e estilo de vida; Modelo 4: ajustado entre as variáveis dos blocos ambiente físico e social, sociodemográfico, estilo de vida, saúde psicológica; Modelo 5: ajustado entre as variáveis dos blocos ambiente físico e social, sociodemográfico, estilo de vida, saúde psicológica e antropometria e uso de serviços.

* $p < 0,05$;

** $p < 0,01$;

*** $p < 0,001$.

Tabela 4

Análise multivariada por meio da regressão de Poisson para autoavaliação da saúde e fatores associados na população sem morbidade referida. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2008-2009.

Variáveis	Modelo 1 RP (IC95%)	Modelo 2 RP (IC95%)	Modelo 3 RP (IC95%)	Modelo 4 RP (IC95%)	Modelo 5 RP (IC95%)
Ambiente físico e social					
Convívio social					
Alto	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Médio	1,79 (1,19-2,68) *	1,43 (0,94-2,16)	1,47 (0,97-2,23)	1,36 (0,91-2,05)	1,36 (0,92-2,02)
Baixo	3,33 (2,20-5,03) **	2,05 (1,29-3,25) *	1,97 (1,25-3,10) *	1,72 (1,09-2,73) *	1,72 (1,10-2,70) *
Sociodemográfico					
Idade (anos)					
18-24		1,00	1,00	1,00	1,00
25-59		1,08 (0,69-1,68)	1,00 (0,65-1,56)	1,11 (0,71-1,73)	1,09 (0,71-1,67)
60 ou mais		0,77 (0,40-1,47)	0,83 (0,43-1,64)	0,98 (0,49-1,94)	0,93 (0,46-1,91)
Sexo					
Feminino		1,00	1,00	1,00	1,00
Masculino		0,78 (0,56-1,08)	0,75 (0,55-1,03)	0,79 (0,58-1,09)	0,78 (0,56-1,07)
Escolaridade (anos)					
12 ou mais		1,00	1,00	1,00	1,00
9-11		1,49 (0,83-2,66)	1,33 (0,74-2,37)	1,33 (0,74-2,38)	1,34 (0,75-2,40)
5-8		2,16 (1,15-4,06) ***	1,71 (0,92-3,17)	1,63 (0,88-3,00)	1,59 (0,86-2,93)
0-4		3,66 (1,94-6,92) **	2,77 (1,44-5,34) *	2,70 (1,44-5,09) *	2,56 (1,35-4,85) *
Estilos de vida					
Consumo de frutas e vegetais (vezes/semana)					
≥ 5			1,00	1,00	1,00
< 5			1,39 (1,03-1,90) ***	1,27 (0,94-1,72)	1,28 (0,95-1,73)
Prática atividade física					
Nível recomendado			1,00	1,00	1,00
Abaixo do recomendado			1,64 (1,03-2,60) ***	1,57 (0,99-2,51)	1,53 (0,97-2,41)
Consumo de tabaco					
Nunca			1,00	1,00	1,00
Ex-fumante			0,99 (0,61-1,60)	0,99 (0,62-1,59)	0,97 (0,61-1,54)
Fumante			1,47 (1,01-2,17) ***	1,42 (0,97-2,06)	1,42 (0,97-2,08)
Saúde psicológica					
Satisfação com a vida					
Satisfeito				1,00	1,00
Insatisfeito				1,75 (1,26-2,44) *	1,77 (1,26-2,47) *
Bem-estar psicológico					
Bem-estar				1,00	1,00
Mal-estar				1,64 (1,11-2,42) *	1,63 (1,11-2,40) *

(continua)

Tabela 4 (continuação)

Variáveis	Modelo 1 RP (IC95%)	Modelo 2 RP (IC95%)	Modelo 3 RP (IC95%)	Modelo 4 RP (IC95%)	Modelo 5 RP (IC95%)
Antropometria e uso de serviços de saúde					
IMC					
Normal					1,00
Baixo peso					1,59 (0,94-2,70)
Sobrepeso					1,08 (0,73-1,59)
Obeso					1,53 (0,90-2,57)
Critério Akaike	1214,53	1204,55	1158,52	1144,57	1126,35

IC95%: intervalo de 95% de confiança; IMC: índice de massa corporal; RP: razão de prevalência.

Modelo 1: ajustado entre as variáveis do bloco ambiente físico e social; Modelo 2: ajustado entre as variáveis dos blocos ambiente físico e social e sociodemográfico; Modelo 3: ajustado entre as variáveis dos blocos ambiente físico e social, sociodemográfico e estilo de vida; Modelo 4: ajustado entre as variáveis dos blocos ambiente físico e social, sociodemográfico, estilo de vida, saúde psicológica; Modelo 5: ajustado entre as variáveis dos blocos ambiente físico e social, sociodemográfico, estilo de vida, saúde psicológica e antropometria e uso de serviços.

* $p < 0,01$;

** $p < 0,001$;

*** $p < 0,05$.

observou-se que a prevalência de autoavaliação da saúde ruim em idosos brasileiros nos últimos anos é superior a 25%²⁸.

Essa disparidade pode ser, em parte, explicada pela ausência de padrão internacional de opções de respostas e da forma de categorização destas^{27,28}. Outras questões também podem explicar as diferentes prevalências como: presença de morbidades nos grupos estudados, idades das populações estudadas, fonte de informação (pessoa sorteada ou terceiros), diferenças no posicionamento da questão no questionário, e aspectos do delineamento dos estudos e ajustes na análise. Segundo Barros et al.⁶, as diferenças das prevalências entre estudos, países e subpopulações podem não ser coerentes com os indicadores objetivos de saúde, sendo mais atribuídas às diferenças metodológicas, dificultando a comparação²⁹.

Mesmo após ajuste, a associação da autoavaliação da saúde ruim e variáveis do ambiente confirma os resultados anteriores^{14,27}, reforçando a importância da incorporação dos fatores do ambiente na percepção da saúde, seguindo a presença de morbidades em estudos populacionais¹⁶.

Debruçando-se mais nas variáveis do ambiente em cada estrato, percebe-se que entre os indivíduos com morbidade referida as variáveis associadas à autoavaliação da saúde ruim eram mais abrangentes, incluindo aspectos físicos (vizinhança desagradável) e sociais (baixo convívio social e não confiar nos vizinhos). No grupo sem morbidade referida, apenas baixo convívio social

foi associado à autoavaliação da saúde ruim. O convívio social está relacionado à forma como uma pessoa incorpora atividades sociais em seu cotidiano, como grupos religiosos, voluntários, grupos políticos ou de lazer, sendo considerado um dos principais componentes do capital social³⁰. De fato, estudos têm sugerido a associação da autoavaliação da saúde com o nível de convívio social do indivíduo, indicando que este construto pode ser benéfico na manutenção da boa saúde, proporcionando apoio emocional, realização pessoal e acesso a informações sobre estilos de vida saudáveis, além de proteger contra os efeitos negativos do isolamento social³⁰. As atividades sociais podem modular o cotidiano das pessoas, facilitando a realização de escolhas saudáveis e as incentivando a evitar comportamentos de risco³⁰.

No presente trabalho, o convívio social avaliou a participação dos entrevistados em atividades da comunidade e do lazer, o que na literatura internacional tem sido considerado como integrante do que os autores denominam de participação social ("*social participation*"). A participação social e cívica, por sua vez, é um componente do capital social, foco de muitos debates de políticas públicas, sendo que há grande variedade de tipos de participação, desde em grupos sociais ou mesmo em atividades mais focadas nas questões cívicas³¹.

Baum et al.³¹ avaliaram o nível de participação social e cívica em residentes na Austrália e mostraram que a exclusão dos indivíduos de atividades está associada à pior saúde. Esses au-

tores estudaram diferentes tipos de participação social, sendo uma delas semelhante ao nosso estudo, por eles denominada “*contato social por meio de atividades em espaços públicos*” (p. 417).

Outra variável relacionada ao capital social associada à autoavaliação da saúde no grupo com morbidade referida foi o relato de confiança nos vizinhos. Estudos têm mostrado que a participação social, o desenvolvimento de confiança e de redes sociais formam a base do capital social^{31,32} e que este capital, medido no nível individual ou contextual, está diretamente associado à saúde mental e física da população³².

Cabe destacar que o convívio social e as relações de confiança entre pessoas e grupos são fundamentais para a promoção da saúde, e que fazem parte do modelo conceitual da Saúde Urbana, que considera a relevante influência das redes sociais na saúde da população vivendo em centros urbanos¹⁵.

Outro destaque do modelo teórico e dos resultados, além das variáveis do ambiente físico e social, foi o papel da saúde psicológica para a autoavaliação da saúde. A insatisfação com a vida e/ou o mal-estar psicológico foram significativamente relacionados à autoavaliação da saúde ruim, independentemente da presença ou ausência do relato de doenças, mesmo após ajuste pelos níveis hierarquicamente superiores. Esse resultado é inédito de acordo com nossa revisão da literatura, na medida em que a maioria das pesquisas encontradas não investigou os fatores psicológicos, sendo muitas limitadas aos fatores sociodemográficos, comportamentos de risco e de saúde^{1,13}.

Tal associação inclusive nos leva a conjecturar, principalmente para o grupo com morbidade referida, que na possibilidade de maior permanência no domicílio determinada pela comorbidade, o ambiente de moradia (vizinhança) e o relacionamento com os vizinhos poderiam ser relevantes e, com isto, influenciar na autoavaliação da saúde, talvez mediada por marcadores do domínio saúde psicológica.

Considerando que fatores psicológicos têm sido associados com outros desfechos de saúde^{5,33}, esse achado sugere que a investigação sobre as causas, prevenção e gestão de problemas emocionais/psicológicos deve ser uma prioridade para os serviços de saúde³³. Portanto, os indicadores de saúde psicológica sugerem, uma vez mais, que a autoavaliação da saúde vai além da saúde física, reforçando a defesa de sua estrutura multidimensional e de sua relação com o bem-estar físico, mental e social.

Em relação aos outros resultados, a literatura corrobora as associações encontradas. Diferentes estudos têm mostrado que o aumento

da idade e a diminuição da escolaridade estão correlacionados com a autoavaliação da saúde ruim, justificado pelo argumento de que o envelhecimento geralmente vem acompanhado de uma piora no estado geral da saúde, em função do aumento das morbidades e das incapacidades funcionais^{1,7}. Entre pessoas que relatam possuir doenças, trabalhar ou ter trabalhado na vida mostrou-se como fator protetor para autoavaliação da saúde ruim. A associação entre a percepção de saúde negativa e o não exercício de atividade ocupacional tem sido mostrada em estudos anteriores, em que se destacam trabalhos que avaliaram os determinantes sociodemográficos da autoavaliação da saúde em adultos brasileiros⁶.

Os estilos de vida foram importantes fatores associados à autoavaliação da saúde ruim. Estudos prévios populacionais brasileiros têm encontrado tal associação com comportamentos e hábitos de vida, como consumo de frutas e verduras, prática de atividade física e consumo de álcool e tabaco, tanto na população adulta⁶ quanto na idosa⁷.

A saúde física, avaliada de forma ideal por medidas objetivas de saúde, tem sido considerada o principal determinante da autoavaliação da saúde⁹. No presente trabalho, considerou-se como fatores proximais da autoavaliação da saúde o IMC, aferido no inquérito, e o relato de uso de serviços de saúde. Essas variáveis estiveram associadas à autoavaliação da saúde ruim, quando ajustadas pelos níveis hierárquicos mais distais, apenas para o grupo com morbidades. Indivíduos com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) tiveram pior percepção de saúde nesse estrato. A literatura mostra a associação entre o excesso de peso e a autoavaliação da saúde na população adulta e idosa^{2,7}. Borim et al.⁷ destacam que o excesso de peso, por estar relacionado à presença de doenças crônicas, incapacidade funcional e problemas de interação social, deve ser alvo de atenção de todos aqueles que trabalham com a saúde pública, enfatizando a importância do controle de peso para a melhora da qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos. Por ser considerado um dos principais fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o excesso de peso tem sido alvo de diversas políticas públicas que visam a intervenções para prevenção e controle de DCNT³⁴.

Ainda em relação ao grupo com morbidade referida, observou-se que as pessoas que usaram os serviços de saúde nos últimos 30 dias apresentaram maiores chances de relatar pior percepção de saúde. A autoavaliação da saúde ruim tem sido associada com o aumento da utilização dos

serviços de saúde^{1,5}. Como a procura pelo cuidado em saúde é reflexo da necessidade percebida, o entendimento da autoavaliação da saúde e do perfil de indivíduos que possuem pior percepção de saúde torna-se fundamental para a organização dos serviços de saúde.

Vale destacar que no estrato sem comorbidade, o domínio mais proximal, representado pela Antropometria e Uso de serviços de saúde, de acordo com o nosso modelo conceitual proposto para a análise hierarquizada, não permaneceu associado à autoavaliação da saúde ruim, quando ajustado pelos níveis hierárquicos mais distais.

Algumas limitações devem ser consideradas. Entre elas, a natureza transversal dos dados, impossibilitando o estabelecimento de relações temporais e a opção pelo uso de medidas referidas de saúde, morbidade e percepção do ambiente. É importante considerar a ocorrência de possível viés de sobrevivência neste tipo de estudo, em que os indivíduos mais saudáveis são os que sobrevivem por mais tempo e, desta maneira, podemos ter uma super ou subestimativa da real magnitude da autoavaliação da saúde ruim na população.

A opção de utilizar como variável resposta a autoavaliação da saúde fundamenta-se no seu reconhecimento como indicador válido, forte preditor de mortalidade e altamente correlacionado com medidas objetivas de saúde^{2,3,6}. Entretanto, alguns autores têm questionado o uso desse indicador para comparações internacionais e entre subpopulações, argumentando que diferentes entendimentos de saúde são influenciados por fatores culturais e sociais e que nem sempre seus resultados são coerentes com indicadores objetivos de saúde⁶. Considerando que medidas objetivas de saúde como exames clínicos e laboratoriais são relevantes na tentativa de controlar potenciais variáveis de confusão^{35,36}, e que o *Estudo Saúde em Beagá* aferiu de forma objetiva somente o peso, a altura e a circunferência de cintura dos participantes, admiti-se a impossibilidade de uma análise mais aprofundada, sendo uma limitação deste e de muitos estudos existentes na literatura sobre este tema.

A morbidade referida pode ser influenciada pelo acesso aos serviços de saúde e pelo viés de memória. Novamente, baseado na universalidade de seu uso em inquéritos de saúde, justificado devido aos altos custos e dificuldades operacionais para a coleta de medidas objetivas da presença de doenças, além de bons resultados de sua validade, mostrados pela boa sensibilidade e especificidade para detectar condições de saúde, acredita-se ser essa uma limitação menor do estudo^{12,36}.

Quanto ao ambiente físico e social, foram utilizadas medidas subjetivas baseadas na percepção, conhecimento e/ou valor que o indivíduo tem sobre determinada característica do ambiente, pois este trabalho não incluiu medidas objetivas do ambiente que podem ser obtidas valendo-se da observação sistemática do ambiente ou baseadas em dados geoprocessados. Portanto, é preciso levar em consideração na interpretação dos resultados a possibilidade de ocorrência do viés de “fonte comum”³⁷, uma vez que a percepção dos indivíduos sobre o ambiente pode ser influenciada por fatores pessoais, bem como a questão de que a escolha do local de moradia pode ter como base a sua saúde ou a predisposição para determinados comportamentos.

Outro aspecto que deve ser levado em consideração é a diferença etária dos dois estratos estudados. O grupo com comorbidade referida, como esperado, era mais velho retratando o envelhecimento populacional e, naturalmente, a consequente presença de doenças crônicas na população. Entretanto, o gradiente dose-resposta observado em ambos os estratos, mesmo após ajustamentos por idade dentro de cada estrato, e a manutenção das associações dos níveis hierárquicos superiores, sugerem que a percepção do ambiente sofreu pouca influência da idade para a autoavaliação da saúde.

Merece reflexão o fato de que os fatores associados à autoavaliação da saúde em indivíduos com relato de doenças foram muito semelhantes aos da população total do estudo (resultados não mostrados), o que pode ser justificado pela maior prevalência de indivíduos com morbidade referida (57,1%) na população em geral. Considerando que a média de idade das pessoas do *Estudo Saúde em Beagá* não diferiu de toda a população de Belo Horizonte (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; <http://www.censo2010.ibge.gov.br>), o que se observa de fato é uma população urbana sofrendo os impactos do envelhecimento e, como consequência, altamente influenciada pela presença de comorbidade, justificando, portanto, a estratificação adotada neste estudo; o que consideramos uma recomendação em direção às políticas públicas de promoção e prevenção da saúde que visem à população adulta, especificamente a faixa etária de 25 a 59 anos, que cada vez mais sofre os impactos das doenças crônicas.

A escolha do modelo de análise hierarquizada para entender os determinantes da autoavaliação da saúde se deu em função deste tipo de análise não se basear exclusivamente na significância estatística e considerar a estrutura conceitual hierarquizada, envolvendo vários níveis (distal, intermediário e proximal)²⁴. Mas deve-se considerar em pesquisas futuras o uso de

análises multiníveis capazes de lidar com efeitos de possíveis agrupamentos (“clusters”) entre as características dos indivíduos e seus contextos, levando a medida mais refinada da contribuição de cada nível (individual e contexto) para os determinantes da autoavaliação da saúde¹⁴.

Cabe destacar que o estudo realizado em dois dos nove distritos sanitários da cidade, por delimitação, não teve o objetivo de ser representativo da população da cidade, e sim, ser representativo da variabilidade da cidade em termos de alguns indicadores socioeconômicos e de vulnerabilidade à saúde – *proxies* das iniquidades em saúde da população. Portanto, a generalização dos dados desses dois distritos sanitários deve ser feita com cautela.

Assim, mesmo considerado as limitações, o presente trabalho traz informações relevantes para a literatura científica, de forma a contribuir

para o desenvolvimento de futuros inquéritos e para a implantação de políticas e ações que visem à promoção da saúde da população. Os resultados reforçam que a autoavaliação da saúde é um construto multidimensional, influenciada por fatores individuais e ambientais e sugere que, em pesquisas futuras que visam a utilizar a autoavaliação da saúde como indicador de saúde, é necessário distinguir a população a ser estudada entre pessoas com e sem morbidade, além da inclusão de variáveis que caracterizem o ambiente físico e social, notadamente o social – um dos objetos desta investigação. Destaca-se ainda a importância da inclusão de variáveis marcadoras da saúde psicológica como fator determinante para a autoavaliação da saúde, especialmente em populações mais jovens e com menor prevalência de agravos em saúde.

Resumen

Este estudio evalúa la prevalencia de una peor autopercepción de salud e investiga su relación con las características individuales y ambientales en adultos con y sin morbilidad. Se realizó una encuesta en hogares con 4.048 adultos de dos distritos de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Se utilizó la regresión de Poisson con varianza robusta estratificada por la presencia de morbilidad. La prevalencia de peor autopercepción de salud fue de un 29,9%; en aquellos con morbilidad fue de un 42,6%; en el estrato sin morbilidad fue de un 13,1%. Todos los dominios evaluados se asociaron con la autopercepción de salud en pacientes con morbilidad. En el grupo sin la morbilidad, se asociaron con la autopercepción de salud: el entorno social, sociodemográfico, estilos de vida y la salud psicológica. Los problemas que se observan en el entorno del hogar se asociaron con una mala autopercepción de salud en ambos grupos, incluso después de un ajuste jerárquico. Este estudio sugiere la importancia del análisis de los factores asociados con la autopercepción de salud estratificados por morbilidad y refuerza la necesidad de la inclusión de variables que caractericen el ambiente.

Estado de Salud; Morbilidad; Salud Urbana

Colaboradores

A. L. Meireles participou da coleta, entrada e análise dos dados, trabalhou na revisão bibliográfica, concepção teórica e analítica e elaboração do artigo. C. C. Xavier trabalhou na coleta de dados, discussão teórica do texto e redação do artigo. A. C. S. Andrade trabalhou na análise dos dados, discussão teórica e analítica do texto e redação do artigo. A. A. L. Friche trabalhou na coleta de dados, concepção teórica e redação final do artigo. F. A. Proietti participou da coleta de dados e redação final. W. T. Caiaffa trabalhou na coleta de dados, concepção do artigo, discussão teórica e analítica e elaboração do artigo.

Agradecimentos

Aos membros e coordenadores do Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte que participaram do *Estudo Saúde em Beagá* e o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Aos financiadores do *Estudo Saúde em Beagá*: Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (processo 25000.102984/2006-97); CNPq (processo 475004/2006-0 e processo 409688/2006-1; e FAPEMIG (processo APQ-00975-08). W. T. Caiaffa e F. A. Proietti recebem bolsas de produtividade do CNPq.

Referências

- Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saúde Pública* 2013; 29:723-34.
- Molarius A, Janson S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J Clin Epidemiol* 2002; 55:364-70.
- Lima-Costa MF, Cesar CC, Chor D, Proietti FA. Self-rated health compared with objectively measured health status as a tool for mortality risk screening in older adults: 10-year follow-up of the Bambuí Cohort Study of Aging. *Am J Epidemiol* 2012; 175:228-35.
- McFadden E, Luben R, Bingham S, Wareham N, Kinmonth A, Khaw K. Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22457 middle-aged men and women. *BMC Public Health* 2008; 8:230.
- Cott CA, Gignac MAM, Badley EM. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53:731-6.
- Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43 Suppl 2:27-37.
- Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:769-80.
- Meireles AL. Auto-avaliação de saúde e bem-estar dos adolescentes em um grande centro urbano: Estudo Saúde em Beagá [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
- Jylhä M, Leskinen E, Alanen E, Leskinen AL, Heikkinen E. Self rated health and associated factors among men of different ages. *J Gerontol* 1986; 41:710-7.
- French DJ, Browning C, Kendig H, Luszcz MA, Saito Y, Sargent-Cox K, et al. A simple measure with complex determinants: investigation of the correlates of self-rated health in older men and women from three continents. *BMC Public Health* 2012; 12:649.
- McDaid O, Hanly MJ, Richardson K, Kee F, Kenny RA, Savva GM. The effect of multiple chronic conditions on self-rated health, disability and quality of life among the older populations of Northern Ireland and the Republic of Ireland: a comparison of two nationally representative cross-sectional surveys. *BMJ Open* 2013; 3:e002571.
- Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. *Rev Saúde Pública* 2008; 42:73-81.
- Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:911-26.
- Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho ESF. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:2533-54.
- Caiaffa WT, Ferreira FR, Ferreira AD, Oliveira DLO, Camargos VP, Proietti FA. Saúde urbana: "a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora". *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:1785-96.
- Andrade ACS. Contexto social de moradia na prática de atividade física no lazer de residentes de um centro urbano: uma análise multinível, Estudo Saúde em Beagá [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
- Friche AA, Diez-Roux AV, Cesar CC, Xavier CC, Proietti FA, Caiaffa WT. Assessing the psychometric and ecometric properties of neighborhood scales in developing countries: Saúde em Beaga Study, Belo Horizonte, Brazil, 2008-2009. *J Urban Health* 2013; 90:246-61.
- Cremonese C, Backes V, Olinto MTA, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Neighborhood sociodemographic and environmental contexts and self-rated health among Brazilian adults: a multilevel study. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:2368-78.
- Celio FA. Estudo Saúde em Beagá: fatores associados à autopercepção da extensão territorial da vizinhança [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
- World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010.
- McDowell I, Newell C. Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. 3rd Ed. New York: Oxford University Press; 1996.
- Silva RA, Horta BL, Pontes LM, Faria AD, Souza LDM, Cruzeiro ALS, et al. Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:1113-8.
- World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization; 2000.
- Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* 1994; 21:55-67.
- Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saúde Pública* 2008; 42: 992-8.
- Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26:224-7.
- Camelo LV. Status social subjetivo, autoavaliação de saúde e tabagismo. Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
- Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Pública* 2013; 33:302-10.

29. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:901-11.
30. Lee HY, Jang SN, Lee S, Cho S, Park EO. The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2008; 45:1042-54.
31. Baum F, Bush R, Modra C, Murray C, Cox E, Alexander K, et al. Epidemiology of participation: an Australian community study. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54:414-23.
32. Bjornstrom EES, Ralston ML, Kuhl DC. Social cohesion and self-rated health: the moderating effect of neighborhood physical disorder. *Am J Community Psychol* 2013; 52:302-12.
33. Stewart-Brown S, Layte R. Emotional health problems are the most important cause of disability in adults of working age: a study in the four counties of the old Oxford region. *J Epidemiol Community Health* 1997; 51:672-5.
34. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
35. Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Soc Sci Med* 2003; 56:2505-14.
36. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). *Rev Saúde Pública* 2004; 38:637-42.
37. Duncan GJ, Raudenbush SW. Assessing the effects of context in studies of child and youth development. *Educ Psychol* 1999; 34:29-41.

Recebido em 14/Mai/2014

Versão final reapresentada em 17/Jul/2014

Aprovado em 05/Set/2014