



Autoavaliação de saúde das mulheres brasileiras em idade reprodutiva: estudo transversal

Self-rated health of Brazilian women of childbearing age: a cross-sectional study

Autoevaluación de la salud de mujeres brasileñas en edad fértil: estudio transversal

Como citar este artigo:

Santos LO, Paula TF, Souza MJS, Santos BNS, Pena ED, Felisbino-Mendes MS. Self-rated health of Brazilian women of childbearing age: a cross-sectional study. Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20230127. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0127en>

- Luiza Oliveira Santos¹
- Thayane Fraga de Paula²
- Maria José Silva Souza²
- Bruna Nicole Soares dos Santos²
- Erica Dumont Pena²
- Mariana Santos Felisbino-Mendes²

¹ Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, João Pessoa, PB, Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Belo Horizonte, MG, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To investigate sociodemographic factors, non-communicable diseases and conditions, and behavioral risk factors associated with negative self-rated health among Brazilian women of childbearing age. **Method:** Cross-sectional study with 26,071 Brazilian women of reproductive age. Estimated prevalence of self-rated health according to sociodemographic characteristics, non-communicable diseases and conditions, and behavioral risk factors. Poisson regression was used to estimate adjusted and unadjusted prevalence ratios. **Results:** Occurrence of two or more of the diseases and conditions presented a prevalence of negative self-rated health almost three times higher than none. There was a positive association between negative self-rated health and older age groups, lower education, black or brown skin color/race, living in the north and northeast regions, physical inactivity, being a smoker, and presence of one or more of the diseases and conditions. **Conclusion:** There are differences in self-rated health, reflecting social inequalities.

DESCRIPTORS

Self-Testing; Noncommunicable Diseases; Risk Factors; Women's Health.

Autor correspondente:

Mariana Santos Felisbino-Mendes
Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia
30130-100 – Belo Horizonte, MG, Brasil
marianafelisbino@yahoo.com.br

Recebido: 03/05/2023
Aprovado: 15/08/2023

INTRODUÇÃO

O cuidado à saúde das mulheres desenvolveu-se, historicamente, sob uma perspectiva reducionista voltada para a maternidade e reprodução, afetando, principalmente, mulheres em idade reprodutiva⁽¹⁾. Esse paradigma, que reproduz aspectos da desigualdade de gênero, impede que mulheres sejam assistidas integralmente, reduzindo as oportunidades de alcançarem melhores níveis de saúde⁽¹⁾. A maioria das publicações sobre políticas voltadas à saúde das mulheres aborda questões sexuais e reprodutivas e raras são as publicações relacionadas às doenças e agravos não transmissíveis (DANT) e seus fatores de risco, apesar de as DANT serem as principais causas de morte e incapacidade para mulheres⁽²⁾.

Nesse contexto, analisar indicadores produzidos por inquéritos populacionais permitiria identificar necessidades em saúde das mulheres e seus determinantes, contribuindo para uma agenda de saúde integral. Como parte desses indicadores tem-se a autoavaliação de saúde (AAS), uma medida que sintetiza o estado de saúde geral⁽³⁾. Comumente mensurada em inquéritos populacionais como medida subjetiva⁽⁴⁾, acredita-se ser esse construto multidimensional^(3,5,6) capaz de refletir não só fatores biológicos⁽⁶⁾, mas também psicológicos⁽⁷⁾ e sociais⁽⁵⁾. Portanto, a AAS aponta os impactos que problemas de saúde e condições psicossociais causam na vida das pessoas e pode indicar a noção de se ter uma vida saudável ou não⁽⁸⁾.

As condições que influenciam as AAS descritas na literatura nacional e internacional são características sociodemográficas^(3,9-11), presença de doenças e agravos^(6,8,11,12) e comportamentos de saúde^(4,5,11). Além disso, publicações mais recentes investigaram majoritariamente a AAS na população em geral^(3,6,9,11). Foram localizados poucos estudos que abordaram especificamente mulheres^(10,11,13,14), sendo incluídas mulheres em idade reprodutiva em apenas dois destes estudos^(13,14).

Existem evidências da associação da AAS negativa com baixa escolaridade⁽³⁻⁶⁾, tabagismo^(4,5), inatividade física⁽⁵⁾, presença de doenças^(4,6,12) e ocorrência simultânea de morbidades⁽¹²⁾. No que tange estritamente às mulheres, as associações mais evidentes foram com a presença de doenças⁽¹¹⁾ e baixa escolaridade^(10,11). Para as mulheres em idade reprodutiva, estudo iraniano mostrou associação com baixa escolaridade e baixa renda⁽¹³⁾.

Além da escassez de estudos sobre AAS que abordam especificamente mulheres em idade reprodutiva, vale considerar a concepção equivocada de que as DANT são acometimentos masculinos⁽¹⁵⁾, as diferentes percepções acerca da própria saúde entre grupos distintos⁽³⁾ e a AAS como uma medida fidedigna sobre o estado de saúde⁽¹²⁾.

Assim, diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo investigar os fatores sociodemográficos, as doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco comportamentais associados à autoavaliação de saúde negativa dessas mulheres no Brasil.

MÉTODO

TIPO DO ESTUDO

Trata-se de estudo transversal, de base populacional. Foram analisados dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), desenvolvida em 2019, que teve como objetivo gerar informações sobre a situação de saúde e os hábitos de vida dos brasileiros,

além de produzir dados sobre o funcionamento dos serviços de saúde do país⁽¹⁶⁾.

POPULAÇÃO, LOCAL E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

A população alvo da PNS foi composta por indivíduos residentes no território nacional em domicílios particulares permanentes, ou seja, construídos com a finalidade exclusiva de habitação⁽¹⁶⁾. Para compor a amostra representativa da população brasileira foi utilizada a amostragem conglomerada em três estágios⁽¹⁶⁾. Ao final das etapas, foram realizadas 94.114 entrevistas domiciliares e 90.846 individuais⁽¹⁶⁾. Para este estudo selecionou-se a subpopulação de mulheres em idade reprodutiva com 18 anos ou mais, sendo incluídas as 26.071 mulheres de 18 a 49 anos que responderam à pesquisa.

Como desfecho, considerou-se a AAS e a partir do questionário do morador selecionado, utilizou-se a pergunta “Em geral, como o(a) sr(a) avalia a sua saúde?”. Com base nas respostas, essa variável foi categorizada em muito boa/boa, regular e ruim/muito ruim.

Como DANT, consideraram-se hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e asma, com respostas autorrelatadas em sim ou não. Analisaram-se os fatores de risco comportamentais (FRC): consumo de álcool (sim ou não), uso de tabaco (não fumante, ex-fumante ou fumante), consumo de frutas, legumes e verduras (suficiente – cinco ou mais porções por dia – ou insuficiente – menos de cinco porções por dia)⁽¹⁷⁾ e atividade física (ativa – pelo menos 150 minutos de atividade leve/moderada por semana ou 75 minutos de atividade vigorosa por semana – ou inativa, menos de 150 minutos de atividade leve/moderada por semana ou menos de 75 minutos de atividade vigorosa por semana)⁽¹⁸⁾.

Além disso, com o objetivo de avaliar se a ocorrência simultânea de doenças e agravos se associa à AAS, somaram-se as respostas das DANT, construindo-se escore de simultaneidade, criando uma variável de contagem que inclui nenhuma, uma e duas ou mais DANT. Conduziu-se a mesma análise para os FRC.

Foram consideradas como características sociodemográficas: faixa etária (18–29, 30–39, 40–49 anos); escolaridade (0–9, 10–12, 13 ou mais anos de estudo), cor da pele/raça (branca, parda/preta, amarela/indígena); região de moradia (sudeste, sul, centro-oeste, nordeste, norte) e estado civil (com e sem companheiro).

A fim de investigar a associação entre as variáveis independentes e a AAS, esta foi agrupada em duas categorias: positiva (respostas “muito boa” e “boa”) e negativa (respostas “regular”, “ruim”, “muito ruim”).

ANÁLISES DOS DADOS

Estimaram-se as prevalências com intervalos de 95% de confiança (IC95%) para a AAS, as características sociodemográficas, as DANT e os FRC. Em seguida, foram estimadas prevalências de AAS segundo características sociodemográficas, a presença de DANT e FRC. Para verificar diferenças estatísticas entre os grupos, utilizou-se o teste Qui-Quadrado de Pearson com nível de significância de 5%.

Realizou-se regressão de Poisson⁽¹⁹⁾ de cada variável independente com a AAS, obtendo-se razões de prevalência não

ajustadas (RP) e IC95%. As variáveis com $p \leq 0,20$ foram incluídas no modelo multivariado para obtenção das razões de prevalência ajustadas (RPa). Utilizou-se o método *backwards*, permanecendo aquelas com nível de significância de $p \leq 0,05$. Para o modelo final, optou-se pela escolha da variável de contagem das DANT, para analisar a ocorrência simultânea de doenças e agravos. Para realizar essas análises foi utilizado o *software* estatístico Stata 14.0, módulo *survey*, para obtenção de estimativas populacionais, considerando o desenho amostral complexo da pesquisa (estrato, conglomerado e peso do indivíduo).

ASPECTOS ÉTICOS

Os dados utilizados neste estudo são de domínio público, agregados, não envolvem a identificação dos sujeitos e cumprem as recomendações éticas da Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram encontradas 26.071 mulheres brasileiras em idade reprodutiva e, a partir das estimativas populacionais, observou-se que a maioria tinha idade entre 18 e 29 anos (34,9%) e 30 e 39 anos (34%), 10 a 12 anos de estudo (46,3%) e 13 ou mais anos de estudo (26,9%), era preta ou parda (58,3%), sem companheiro (62,4%), residentes nas regiões sudeste (42,1%) e nordeste (27,3%) (dados não mostrados em tabelas) e avaliaram sua saúde como muito boa/boa (71,5%) (Tabela 1).

A maioria das mulheres era inativa fisicamente e consumia uma porção insuficiente de FLV. A cada dez mulheres, oito ou mais possuíam dois ou mais FRC. Em relação às DANT, 13,9% tinham hipertensão arterial sistêmica, 3,4% diabetes mellitus e 6,4% asma (Tabela 1).

Observou-se que mulheres de 40-49 anos, com baixa escolaridade (0-9 anos), pretas ou pardas e das regiões Norte e Nordeste avaliaram pior sua saúde (Tabela 2). Além disso, ter ou não um companheiro não influenciou a AAS (Tabela 2).

Na presença de FRC, a prevalência da AAS das mulheres estudadas permaneceu predominantemente positiva, porém a inatividade física, o consumo insuficiente de FLV e o uso do tabaco associaram-se à AAS negativa (Tabela 3). Além disso, a ocorrência de DANT refletiu maiores prevalências de AAS negativa e, quanto maior o número de DANT, pior as mulheres avaliaram sua saúde. Observou-se também que diabetes foi a condição que mais afetou a AAS, apresentando a maior prevalência da resposta negativa (Tabela 3).

No modelo final, após ajustes, verificou-se a manutenção da associação positiva entre a AAS negativa e maiores faixas etárias (40-49 anos), menor escolaridade (0-9 anos e 10-12 anos, com relação dose-resposta), cor da pele/raça preta ou parda e regiões Norte e Nordeste (Tabela 4). Analisando os FRC, a inatividade física e ser fumante também se associaram positivamente a uma avaliação regular/ruim/muito ruim (Tabela 4).

Por outro lado, mulheres que consomem álcool avaliam sua saúde negativamente em menor prevalência (Tabela 4). Além disso, aquelas mulheres com a ocorrência de duas ou mais DANT apresentaram prevalência de autoavaliação de saúde negativa duas vezes maior do que aquelas com nenhuma DANT (Tabela 4), também com relação dose-resposta.

Tabela 1 – Prevalência da autoavaliação de saúde (AAS), dos fatores de risco comportamentais (FRC) e das doenças e agravos não transmissíveis (DANT) das mulheres brasileiras em idade reprodutiva – Brasil, 2019.

Variáveis	%* (IC95%)
AAS	
Muito boa/ Boa	71,5 (70,6–72,5)
Regular	24,6 (23,7–25,6)
Ruim/Muito ruim	3,9 (3,5–4,3)
FRC	
Inatividade física	71,2 (70,2–72,2)
Consumo insuficiente de FLV	91,6 (91,0–92,2)
Consumo de álcool	38,7 (37,5–39,9)
Ex-fumantes	21,1 (20,2–22,0)
Fumantes	8,4 (7,9–9,0)
Contagem dos FRC	
Nenhum	2,1 (1,8–2,4)
Um	15,3 (14,6–16,2)
Dois ou mais	82,6 (81,7–83,4)
DANT	
Hipertensão arterial sistêmica	13,9 (13,1–14,8)
Asma	6,4 (5,9–7,0)
Diabetes mellitus	3,4 (3,0–3,8)
Contagem das DANT	
Nenhuma	78,8 (77,8–79,7)
Uma	18,4 (17,6–19,2)
Dois ou mais	2,8 (2,4–3,2)

*estimativas populacionais; IC95%: intervalo de 95% de confiança; AAS: autoavaliação de saúde; FRC: fatores de risco comportamentais; FLV: frutas, legumes e verduras; DANT: doenças e agravos não transmissíveis.

DISCUSSÃO

As mulheres brasileiras em idade reprodutiva com idade entre 40 e 49 anos, baixa escolaridade, cor da pele preta ou parda, residentes nas regiões Norte e Nordeste avaliaram pior sua saúde, sendo que quanto menor a escolaridade, maior a prevalência da AAS negativa.

A AAS positiva não implica, necessariamente, em uma melhor saúde ou em um conhecimento mais realista sobre o próprio corpo. Neste estudo, a presença de FRC à saúde implicou na AAS das mulheres estudadas, que se apresentou negativa, indicando que as mulheres brasileiras mostram compreensão sobre o seu estado de saúde.

Estudo prévio evidenciou que mulheres em idade reprodutiva com maior escolaridade e renda também apresentaram melhor senso sobre sua própria saúde^(13,14), da mesma maneira que estudo realizado com mulheres no climatério mostrou que a AAS negativa estava significativamente associada à baixa escolaridade⁽¹¹⁾, corroborando achados do presente estudo.

Acredita-se que baixa escolaridade, cor da pele preta e parda e residir em regiões marginalizadas implicam em menores possibilidades de participação social e de manutenção de hábitos de vida saudáveis^(6,11,13), condições que não estão sob o domínio dos indivíduos e que reprimem o usufruto de plena

Tabela 2 – Prevalência e razão de prevalência não ajustada (RP) da autoavaliação de saúde (AAS) de acordo com características sociodemográficas das mulheres brasileiras em idade reprodutiva - Brasil, 2019.

Características sociodemográficas	AAS		p-valor*	RP (IC95%)	p-valor
	Positiva % (IC95%)	Negativa % (IC95%)			
Idade (anos)					
18–29	77,6 (75,8–79,3)	22,4 (20,7–24,2)		Ref.	Ref.
30–39	72,8 (71,2–74,3)	27,2 (25,7–28,8)	<0,0001	1,21 (1,10–1,34)	<0,0001
40–49	63,4 (61,5–65,2)	36,6 (34,8–38,5)		1,63 (1,48–1,80)	<0,0001
Escolaridade (anos)					
0–9	57,3 (55,2–59,5)	42,7 (40,5–44,9)		2,82 (2,53–3,13)	<0,0001
10–12	72,0 (70,5–73,5)	28,0 (26,5–29,5)	<0,0001	1,85 (1,67–2,05)	<0,0001
≥13	84,9 (83,5–86,2)	15,1 (13,8–16,6)		Ref.	Ref.
Cor da pele/raça					
Branca	77,7 (76,1–79,1)	22,3 (20,9–23,9)		Ref.	Ref.
Preta/Parda	67,3 (66,0–68,6)	32,7 (31,4–34,0)	<0,0001	1,46 (1,35–1,58)	<0,0001
Amarela/Indígena	69,1 (60,0–77,0)	30,9 (23,0–40,0)		1,38 (1,04–1,83)	0,024
Estado civil					
Com companheiro	71,7 (70,2–73,2)	28,3 (26,8–29,8)		Ref.	Ref.
Sem companheiro	71,4 (70,2–72,7)	28,6 (27,3–29,8)	0,8099	1,01 (0,94–1,08)	0,810
Região de moradia					
Sudeste	75,3 (73,5–77,0)	24,7 (23,0–26,6)		Ref.	Ref.
Sul	79,8 (77,9–81,6)	20,2 (18,4–22,1)		0,82 (0,72–0,92)	0,001
Centro-Oeste	74,1 (71,9–76,2)	25,9 (23,8–28,1)	<0,0001	1,05 (0,94–1,17)	0,420
Nordeste	62,5 (60,8–64,2)	37,5 (35,8–39,2)		1,52 (1,39–1,65)	<0,0001
Norte	66,2 (64,2–68,1)	33,8 (31,9–35,8)		1,37 (1,24–1,50)	<0,0001

*teste qui-quadrado de Pearson; RP: razão de prevalência não ajustada; IC95%: intervalo de 95% de confiança.

autonomia⁽²⁰⁾. A cor da pele, que no Brasil está intrinsecamente associada à dimensão de classe, também é descrita em um estudo norte-americano no qual pessoas de cor da pele preta avaliaram significativamente pior sua saúde quando comparadas às pessoas de cor da pele branca⁽⁹⁾. Percebe-se, então, que fatores sociais e raciais podem recair sobre os processos saúde-doença e implicar em uma autoavaliação negativa que se tem da própria saúde.

Embora a AAS negativa possa representar uma sobrecarga para a vida de mulheres pobres, pretas/pardas e com menor escolaridade, o autorreconhecimento das fragilidades em saúde, neste caso, também indica uma perspectiva consciente sobre sua realidade. A ideia de consciência acionada aqui relaciona-se à perspectiva Freireana de que as pessoas, ao se assumirem como sujeitos históricos, percebem a realidade e criam condições para reconstruí-la⁽²¹⁾. Sendo assim, a consciência dessas mulheres, refletida em sua AAS negativa, oporia-se ainda ao discurso – presente no senso comum – de que pessoas menos escolarizadas e pobres teriam menos consciência, o qual remete à ideia de consciência relacionada à capacidade de apreender conteúdos escolarizados.

Neste estudo também se observou que quanto maior o número de doenças e agravos, maior a prevalência de AAS negativa, sendo que ser inativa fisicamente e ter diabetes foram as condições que mais afetaram a AAS, revelando que diferentes doenças são percebidas de diferentes formas. Isso pode ser explicado pela legitimidade que se dá a cada processo de

adoecimento, uma vez que acometimentos sintomáticos, como a diabetes, são considerados mais nocivos à saúde do que aqueles ditos silenciosos, como a hipertensão⁽²²⁾.

Danos à saúde são mais percebidos a partir da ocorrência de uma ou mais DANT, com relação dose-resposta, e observa-se que isso não ocorre em relação aos FRC, remetendo ao conceito de saúde como ausência de doenças. Essa percepção é reafirmada pela atual prática da atenção à saúde brasileira que, apesar de preconizar a priorização de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, ainda tem ações pautadas e com maior ênfase na cura⁽⁶⁾, embora seja bem consolidado que esses fatores de risco também são nocivos à saúde e aumentam a probabilidade de desenvolver DANT⁽²³⁾.

Esses achados reforçam a invisibilidade das mulheres no contexto das DANT e seus FRC, já destacada na literatura^(2,15). Apesar de serem as principais usuárias dos serviços de saúde no Brasil, não são assistidas integralmente, refletindo a invisibilidade dos FRC para as próprias mulheres, especialmente às mais jovens e assintomáticas. A assistência a essas mulheres geralmente é centrada em protocolos específicos, tais como pré-natal e puerpério, planejamento reprodutivo e prevenção dos cânceres de mama e colo do útero, acarretando fragmentação do cuidado.

Em relação aos FRC, neste estudo ser fumante associou-se à AAS negativa, o que não foi observado em relação ao consumo de álcool. Uma vez que ambas são drogas lícitas, essa diferença

Tabela 3 – Prevalência e razão de prevalência (RP) não ajustada da autoavaliação de saúde de acordo com os fatores de risco comportamentais (FRC) e as doenças e agravos não transmissíveis (DANT) para as mulheres brasileiras em idade reprodutiva - Brasil, 2019.

FRC e DANT	AAS		p-valor*	RP	
	Positiva % (IC95%)	Negativa % (IC95%)		% (IC95%)	p-valor
Atividade física					
Ativa	79,0 (77,4–80,5)	21,0 (19,5–22,6)	<0,0001	Ref.	Ref.
Inativa	68,5 (67,3–69,7)	31,5 (30,3–32,7)		1,50 (1,38–1,62)	<0,0001
Consumo FLV					
Suficiente	76,6 (73,4–79,5)	23,4 (20,5–26,6)	0,0016	Ref.	Ref.
Insuficiente	71,1 (70,0–72,1)	28,9 (27,9–30,0)		1,24 (1,08–1,42)	0,002
Consumo de álcool					
Não	69,2 (68,0–70,5)	30,8 (29,5–32,0)	<0,0001	Ref.	Ref.
Sim	75,2 (73,7–76,7)	24,8 (23,4–26,4)		0,81 (0,75–0,87)	<0,0001
Uso de tabaco					
Não fumante	73,5 (72,3–74,6)	26,5 (25,4–27,7)	<0,0001	Ref.	Ref.
Ex-fumante	68,2 (66,1–70,2)	31,8 (29,8–33,9)		1,20 (1,11–1,30)	<0,0001
Fumante	63,5 (60,0–66,9)	36,5 (33,1–40,0)		1,38 (1,24–1,53)	<0,0001
Contagem dos FRC					
Nenhum	83,1 (77,8–87,3)	16,9 (12,7–22,2)	<0,0001	Ref.	Ref.
Um	75,5 (73,2–77,7)	24,5 (22,3–26,8)		1,45 (1,08–1,93)	0,012
Dois ou mais	70,5 (69,4–71,5)	29,5 (28,5–30,6)		1,74 (1,32–2,30)	<0,0001
Hipertensão arterial					
Não	75,1 (74,0–76,1)	24,9 (23,9–26,0)	<0,0001	Ref.	Ref.
Sim	49,1 (46,5–51,8)	50,9 (48,2–53,5)		2,03 (1,90–2,18)	<0,0001
Asma					
Não	72,2 (71,2–73,2)	27,8 (26,8–28,8)	<0,0001	Ref.	Ref.
Sim	61,5 (56,9–65,8)	38,5 (34,2–43,0)		1,39 (1,23–1,57)	<0,0001
Diabetes mellitus					
Não	72,7 (71,6–73,7)	27,3 (26,3–28,4)	<0,0001	Ref.	Ref.
Sim	39,5 (33,7–45,7)	60,5 (54,3–66,3)		2,21 (1,98–2,46)	<0,0001
Contagem das DANT					
Nenhuma	76,4 (75,2–77,5)	23,6 (22,5–24,8)	<0,0001	Ref.	Ref.
Uma	56,4 (54,0–58,7)	43,6 (41,2–46,0)		1,85 (1,72–1,99)	<0,0001
Dois ou mais	35,3 (28,9–42,4)	64,7 (57,6–71,2)		2,74 (2,43–3,08)	<0,0001

*teste qui-quadrado de Pearson; FRC: fatores de risco comportamentais; DANT: doenças e agravos não transmissíveis; RP: razão de prevalência não ajustada; IC95%: Intervalo de 95% de confiança; FLV: frutas, legumes e verduras.

pode estar relacionada, principalmente, à aceitação social do álcool e às medidas de prevenção ao consumo do tabaco. O consumo de tabaco sofre medidas regulatórias intensas, tendo sido observada, entre os anos de 2006 e 2013, melhora nos indicadores de tabagismo em ambos os sexos, diferentes faixas de escolaridade, idade e regiões^(23,24). Por outro lado, no mesmo período, houve acréscimo de 3,8% ao ano no consumo abusivo de álcool entre mulheres de 30 a 39 anos⁽²⁵⁾. O consumo de álcool está culturalmente associado a momentos de relaxamento, lazer e bem-estar, sendo seu consumo muitas vezes incentivado, dificultando o entendimento sobre os danos nocivos ao organismo. Portanto, acredita-se que o consumo de álcool não protege em relação à AAS negativa, mas que esse achado se relaciona ao reconhecimento social positivo em relação ao seu uso.

Ainda sobre os FRC, o consumo insuficiente de FLV foi o fator mais prevalente entre as mulheres brasileiras em idade reprodutiva, bem como se associa à AAS, ou seja, a alimentação influencia na percepção que se tem sobre a própria saúde.

Dentre as limitações do estudo, salienta-se que, na PNS, a AAS é medida de forma objetiva, e não trabalha com suas narrativas. Outra possível limitação são as variáveis autorreferidas que podem eventualmente subestimar prevalências, um viés conservador.

Considera-se que estes achados contribuem para reconhecer as iniquidades na saúde das mulheres brasileiras em idade reprodutiva, uma vez que se trata de base de dados com representatividade nacional, podendo constituir-se referência para estudos futuros⁽²⁶⁾ e nortear políticas no campo da saúde das mulheres. Além disso, permite identificar as necessidades de saúde das

Tabela 4 – Razões de prevalência ajustadas (RPa) da autoavaliação de saúde negativa de acordo com as características sociodemográficas, os fatores de risco comportamentais (FRC) e as doenças e agravos não transmissíveis (DANT) em mulheres brasileiras em idade reprodutiva-Brasil, 2019.

Características sociodemográficas, FRC e DANT	RPa (IC95%)	p-valor
Idade (anos)		
18–29	Ref.	Ref.
30–39	1,14 (1,03–1,25)	0,008
40–49	1,34 (1,22–1,48)	<0,0001
Escolaridade (anos)		
0–9	2,04 (1,82–2,28)	<0,0001
10–12	1,66 (1,50–1,85)	<0,0001
≥13	Ref.	Ref.
Cor da pele/raça		
Branca	Ref.	Ref.
Preta/Parda	1,14 (1,05–1,24)	0,002
Amarela/Indígena	1,28 (0,96–1,69)	0,09
Região de moradia		
Sudeste	Ref.	Ref.
Sul	0,85 (0,76–0,96)	0,007
Centro-Oeste	1,07 (0,96–1,19)	0,219
Nordeste	1,40 (1,29–1,53)	<0,0001
Norte	1,31 (1,19–1,45)	<0,0001
Fatores de risco comportamentais		
Inatividade física	1,28 (1,18–1,39)	<0,0001
Consumo de álcool	0,89 (0,82–0,97)	0,006
Ex-fumante	1,16 (1,06–1,26)	<0,0001
Fumante	1,23 (1,09–1,38)	<0,0001
Contagem das DANT		
Nenhuma	Ref.	Ref.
Uma	1,65 (1,53–1,77)	<0,0001
Duas ou mais	2,18 (1,94–2,45)	<0,0001

*IC95%: intervalo de 95% de confiança; FRC: fatores de risco comportamentais; DANT: doenças e agravos não transmissíveis; RPa: razão de prevalência ajustada.

mulheres em uma perspectiva multidimensional e mais abrangente no âmbito das DANT.

CONCLUSÃO

Existem diferenças na AAS que refletem numa avaliação negativa mais frequente por parte das mulheres pretas ou pardas, mais velhas, com baixa escolaridade e residentes das regiões Norte e Nordeste, independente da presença de DANT e seus fatores de risco. Contudo, essa avaliação, para além de refletir

iniquidades sociais, pode indicar a consciência de mulheres sobre suas trajetórias históricas, permeadas por desigualdades e a possibilidade de mudança, refletida em uma consciência crítica. Além disso, as mulheres reconhecem mais prejuízos à sua saúde na presença de DANT e de fatores de risco como tabagismo e inatividade física. Esses achados apontam para a necessidade de se repensar as políticas e programas públicos vigentes com a valorização de ações que visem a equidade e a integralidade à saúde das mulheres brasileiras em idade reprodutiva.

RESUMO

Objetivo: Investigar fatores sociodemográficos, doenças e agravos não transmissíveis e fatores de risco comportamentais associados à autoavaliação de saúde negativa das mulheres brasileiras em idade reprodutiva. **Método:** Estudo transversal com 26.071 mulheres brasileiras em idade reprodutiva. Estimadas prevalências da autoavaliação de saúde segundo características sociodemográficas, doenças e agravos não transmissíveis e fatores de risco comportamentais. Utilizou-se regressão de Poisson para estimar as razões de prevalência ajustadas e não ajustadas. **Resultados:** Ocorrência de duas ou mais das doenças e agravos apresentou prevalência de autoavaliação de saúde negativa quase três vezes maior do que nenhuma. Houve associação positiva entre autoavaliação de saúde negativa e maiores faixas etárias, menor escolaridade, cor da pele/raça preta ou parda, viver nas regiões norte e nordeste, inatividade física, ser fumante e presença de uma ou mais das doenças e agravos. **Conclusão:** Existem diferenças na autoavaliação de saúde, refletindo em iniquidades sociais.

DESCRITORES

Autoavaliação; Doenças não Transmissíveis; Fatores de Risco; Saúde da Mulher.

RESUMEN

Objetivo: Investigar factores sociodemográficos, enfermedades y condiciones no transmisibles y factores de riesgo conductuales asociados con la autoevaluación negativa de la salud entre mujeres brasileñas en edad fértil. **Método:** Estudio transversal con 26.071 mujeres brasileñas en edad reproductiva. Prevalencia estimada de salud autovalorada según características sociodemográficas, enfermedades y trastornos no transmisibles y factores de riesgo conductuales. Se utilizó la regresión de Poisson para estimar las tasas de prevalencia ajustadas y no ajustadas. **Resultados:** La aparición de dos o más de las enfermedades y agravios mostró una prevalencia de autoevaluación negativa de la salud casi tres veces mayor que ninguna. Hubo una asociación positiva entre la autoevaluación negativa de la salud y los grupos de mayor edad, menor educación, color de piel/raza negra o morena, vivir en las regiones norte y noreste, inactividad física, ser fumador y la presencia de una o más de las enfermedades y condiciones. **Conclusión:** Existen diferencias en la autoevaluación de la salud, lo que refleja desigualdades sociales.

DESCRIPTORES

Autoevaluación; Enfermedades no Transmisibles; Factores de Riesgo; Salud de la Mujer.

REFERÊNCIAS

- Norton R, Peters S, Jha V, Kennedy S, Woodward M. Women's health: a new global agenda. Oxford: Oxford Martin Policy Paper; 2016.
- Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, Bairey Merz CN, Chieffo A, Figtree GA, et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *Lancet*. 2021;397(10292):2385–438. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00684-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00684-X). PubMed PMID: 34010613.
- Carvalho AT, Malta DC, Barros MBA, Oliveira PNFP, Mendonça DMMV, Barros H. Desigualdades na autoavaliação de saúde: uma análise para populações do Brasil e de Portugal. *Cad Saude Publica*. 2015;31(11):2449–61. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00108814>. PubMed PMID: 26840823.
- Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Jr PRB, Almeida WDS, Lima LTM, Malta DC, et al. Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(suppl 2):33–44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060004>. PubMed PMID: 27008601.
- Meireles AL, Xavier CC, Andrade ACS, Friche AAL, Proietti FA, Caiaffa WT. Autoavaliação da saúde em adultos urbanos, percepção do ambiente físico e social e relato de comorbidades: *estudo Saúde em Beagá*. *Cad Saude Publica*. 2015;31:120–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00076114>. PubMed PMID: 26648368.
- Teo CRPA, Taglietti RL, Busato MA, Signor B. Autopercepção e necessidades de saúde: recurso para enfrentar vulnerabilidades e reorganizar a atenção. *Espaç Saúde*. 2016;17(2):178–88. doi: <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2016v17n2p178>
- Harris SE, Hagenaars SP, Davies G, Hill WD, Liewald DCM, Ritchie SJ, et al. Molecular genetic contributions to self-rated health. *Int J Epidemiol*. 2017;46(3):994–1009. PubMed PMID: 27864402.
- Arruda GO, Santos AL, Teston EF, Cecilio HPM, Radovanovic CAT, Marcon SS. Association between self-reported health and sociodemographic characteristics with cardiovascular diseases in adults. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):61–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100008>. PubMed PMID: 25789643.
- Assari S, Lankarani MM, Burgard S. Black–white difference in long-term predictive power of self-rated health on all-cause mortality in United States. *Ann Epidemiol*. 2016;26(2):106–14. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2015.11.006>. PubMed PMID: 26803458.
- Oliveira TM, Santos MS, Campos AAL, Duque KDC, Teixeira MTB. Condição socioeconômica como fator preditor para a autopercepção negativa da saúde de mulheres cobertas pela estratégia de saúde da família. *Rev APS*. 2017;20(2):305–305.
- Silva VH, Rocha JSB, Caldeira AP. Fatores associados à autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas. *Cien Saude Colet*. 2018;23(5):1611–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018235.17112016>. PubMed PMID: 29768614.
- Theme Fa MM, Souza Jr PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(suppl 2):83–96. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-54972015000600008>. PubMed PMID: 27008605.
- Baheiraei A, Bakouei F, Mohammadi E, Majdzadeh R, Hosseni M. Association between social capital and health in women of reproductive age: a population-based study. *Glob Health Promot Educ*. 2016;23(4):6–15. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1757975915572382>. PubMed PMID: 26014958.
- Santos BNS, Araújo FG, Paula TF, Matozinhos FP, Felisbino-Mendes MS. Prevalência dos indicadores de saúde pré-concepcional das mulheres brasileiras em idade reprodutiva. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2023 [citado em 23 mar 2023]. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/prevalencia-dos-indicadores-de-saude-preconcepcional-das-mulheres-brasileiras-em-idade-reprodutiva/18670?id=18670&id=18670>
- Bonita R, Beaglehole R. Women and NCDs: overcoming the neglect. *Glob Health Action*. 2014;7(1):23742. doi: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.23742>. PubMed PMID: 24804863.
- Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea E. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(5):e2020315. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>. PubMed PMID: 33027428.
- World Health Organization. Healthy diet [Internet]. 2019 [citado em 23 mar 2023]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325828/EMROPUB_2019_en_23536.pdf
- Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2018. 118 p.
- Dwivedi AK, Mallawaarachchi I, Lee S, Tarwater P. Methods for estimating relative risk in studies of common binary outcomes. *J Appl Stat*. 2014;41(3):484–500. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02664763.2013.840772>
- Borde E, Hernández-Álvarez M, Porto MFS, Cruz FO. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde Debate*. 2015;39(106):841–54. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>

21. Paro CA, Ventura M, Silva NEK. Paulo Freire e o inédito viável: esperança, utopia e transformação na saúde. *Trab Educ Saúde*. 2019;18(1):e0022757. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00227>
22. Canesqui AM. Legitimidade e não legitimidade das experiências dos sofrimentos e adoecimentos de longa duração. *Cien Saude Colet*. 2018;23(2):409–16. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.14732017>. PubMed PMID: 29412399.
23. Reis BDSMT, Machado ÍE, Freitas MIDF, Jorge ADO, Silva AG, Malta DC. Tendência temporal da prevalência dos fatores de risco e de proteção para doenças crônicas não transmissíveis em Belo Horizonte, MG. *REME*. 2020;24:e1307–1307. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200044>
24. Malta DC, Oliveira TP, Luz M, Stopa SR, Silva Jr JB, Reis AAC. Smoking trend indicators in Brazilian capitals, 2006-2013. *Cien Saude Colet*. 2015;20(3):631–40. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.15232014>. PubMed PMID: 25760105.
25. Munhoz TN, Santos IS, Nunes BP, Mola CL, Silva ICM, Matijasevich A. Tendências de consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 a 2013: análise das informações do VIGITEL. *Cad Saude Publica*. 2017;33(7):e00104516. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00104516>. PubMed PMID: 28792992.
26. Silva VSTM, Pinto LF. Inquéritos domiciliares nacionais de base populacional em saúde: uma revisão narrativa. *Cien Saude Colet*. 2021;26(9):4045–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021269.28792020>. PubMed PMID: 34586258.

EDITOR ASSOCIADO

Elizabeth Fujimori

Apoio financeiro

Santos LO agradece à Pró-Reitoria de Pesquisa da UFMG e à Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) pela bolsa de Iniciação Científica PROBIC. Paula TF agradece à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa de Mestrado demanda social. Souza MJS agradece à Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) pela bolsa de Desenvolvimento em Ciência, Tecnologia e Inovação, Edital Universal 2021 – APQ-02591-21. Santos BNS agradece ao programa de pós-graduação em Enfermagem da UFMG e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa de Mestrado (CAPES/PROEX).



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.