

Marco Aurélio Peres^I
Anelise Viapiana Masiero^{II}
Giana Zabarto Longo^{II}
Gino Chaves da Rocha^{II}
Izabella Barison Matos^{II}
Kathie Najnie^{III}
Maria Conceição de Oliveira^{II}
Marina Patrício de Arruda^{II}
Karen Glazer Peres^I

Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil

Self-rated health among adults in Southern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar fatores associados à auto-avaliação da saúde em adultos.

MÉTODOS: Estudo transversal, de base populacional, com amostra de 2.051 adultos de 20 a 59 anos de Lages, SC, em 2007. Foram aplicados questionários domiciliares para obter dados sobre auto-avaliação da saúde, condições socioeconômicas e demográficas, tabagismo, de estilo de vida e morbidades auto-referidas. Foram aferidos pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal. A análise multivariável foi realizada por regressão de Poisson, ajustada pelo efeito do delineamento amostral e estratificada por sexo.

RESULTADOS: A prevalência de auto-avaliação da saúde positiva foi de 74,2% (IC 95%: 71,3;77,0), significativamente maior nos homens (82,3%, IC 95%: 79,3;85,0) do que nas mulheres (66,9%, IC 95%: 63,2;70,7). Homens mais pobres, menos escolarizados e mais velhos apresentaram maiores prevalências de auto-avaliação da saúde negativa. Após o ajuste, níveis pressóricos elevados e referir chiado no peito foram fortemente associados à auto-avaliação negativa entre os homens. A prevalência de auto-avaliação negativa foi maior em mulheres mais pobres, menos escolarizadas e mais velhas e dentre as que apresentaram obesidade abdominal. Níveis pressóricos elevados, diabetes, chiado no peito e sintomas de falta de ar permaneceram associados ao desfecho após o ajuste nas mulheres. O número de morbidades auto-referidas por homens e mulheres associou-se à auto-avaliação da saúde negativa.

CONCLUSÕES: Os mais velhos, as mulheres, os mais pobres e menos escolarizados avaliam sua condição de saúde como regular ou ruim. Quanto maior o número de morbidades auto-referidas, maior a proporção de indivíduos com auto-avaliação de saúde negativa, sendo o efeito das morbidades maior entre as mulheres.

DESCRITORES: Adulto. Autoavaliação (Psicologia). Estilo de Vida. Pesos e Medidas Corporais. Fatores Socioeconômicos. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Levantamentos Epidemiológicos.

^I Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

^{II} Centro de Ciências da Saúde. Universidade do Planalto Catarinense. Lages, SC, Brasil

^{III} Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Marco Aurélio Peres
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário Trindade
88010-970 Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: mperes@ccs.ufsc.br

Recebido: 13/5/2009
Aprovado: 6/4/2010

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze factors associated with self-rated health in adults.

METHODS: A population-based, cross-sectional study was performed with a sample of 2,051 adults aged between 20 and 59 years, in the city of Lages, Southern Brazil, in 2007. Household questionnaires were applied to obtain data on self-rated health, socioeconomic and demographic conditions, smoking habit, lifestyle and self-reported morbidities. Blood pressure, weight, height and abdominal circumference were measured. multivariable analysis was performed using Poisson regression, adjusted for the sampling design effect and stratified by sex.

RESULTS: Prevalence of positive self-rated health was 74.2% (95% CI: 71.3;77.0), significantly higher in men (82.3%, 95%CI: 79.3;85.0) than in women (66.9%, 95%CI: 63.2;70.7). Poorer, less educated and older men showed higher prevalences of negative self-rated health. After adjustment, high blood pressure levels and reporting chest wheezing were strongly associated with negative self-rated health in men. Prevalence of negative self-assessment was higher in poorer, less educated and older women and in those who showed abdominal obesity. High blood pressure levels, diabetes, chest wheezing and shortness of breath remained associated with the outcome after adjustment in women. The number of morbidities self-reported by women and men showed an association with negative self-rated health.

CONCLUSIONS: Women and individuals who were older, poorer or less educated considered their health condition to be fair or poor. The higher the number of self-reported morbidities, the greater the proportion of individuals with negative self-rated health; the effect of morbidities was greater in women.

DESCRIPTORS: Adult. Self Assessment (Psychology). Life Style. Body Weights and Measures. Socioeconomic Factors. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Health Surveys.

INTRODUÇÃO

A auto-avaliação das condições da saúde tem sido utilizada em inquéritos populacionais por sua fácil aplicação e alta validade e confiabilidade. É marcador de desigualdades entre subgrupos populacionais, apresenta bom poder preditivo para morbi-mortalidade e permite comparações internacionais.^{11,21} Indivíduos com auto-avaliação de sua saúde negativa apresentaram risco relativo de morte quase duas vezes maior em relação àqueles que avaliaram sua saúde como excelente.⁷

Avaliação de saúde auto-referida é uma medida subjetiva que combina componentes físicos, emocionais e nível de satisfação com a vida. A percepção individual sobre a saúde é importante indicador *per se*, uma vez que níveis individuais de bem-estar podem influenciar a qualidade de vida.¹⁹

Estudos de base populacional sobre auto-avaliação de saúde são importantes para o conhecimento das

condições de saúde e seu monitoramento ao longo do tempo. Possibilitam avaliar a efetividade de políticas, ações e serviços de saúde. A auto-avaliação de saúde pode ser incorporada ao sistema de vigilância à saúde por sua relativa facilidade operacional.

A realização de estudos sobre auto-avaliação de saúde é recomendada pela Organização Mundial de Saúde;³ entre os estudos de base populacional realizados no Brasil, destacam-se o inquérito da Pesquisa Mundial de Saúde realizado em 2003,²⁰ o módulo de saúde na Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998 e 2003,^{1,5,6} e o inquérito sobre saúde e condição de vida no estado de São Paulo.^a

Tendo em vista a importância desses estudos populacionais, o presente estudo teve por objetivo analisar os fatores associados à auto-avaliação da saúde em adultos.

^a Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA-SP. São Paulo: USP/FSP; 2005.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado em Lages, SC, de maio a outubro de 2007. A população do município no ano de 2005 era de 166.733 habitantes, 97,4% destes residente na zona urbana.^b Em 2000 o município apresentava índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) de 0,813, ocupando a 74ª posição entre os 293 municípios de Santa Catarina e a 315ª posição dentre os 5.564 municípios brasileiros.^c A amostra representativa consistiu em 2.051 adultos de 20 a 59 anos completos residentes na zona urbana (52% da população total do município).^b Este estudo se insere em um amplo inquérito de saúde com vários desfechos investigados, em que para cada desfecho foi realizado cálculo específico do tamanho da amostra, suficiente para estimar a prevalência da auto-avaliação de saúde. Foi adotado nível de 95% de confiança, prevalência de auto-avaliação de saúde como regular e ruim de 25%,^d erro amostral de 3,5 pontos percentuais e efeito do desenho do estudo igual a dois. Adicionou-se 10% ao tamanho da amostra para compensar perdas e recusas e 20% para controlar os possíveis fatores de confusão na análise multivariável, totalizando 1.531 indivíduos. Para o estudo de associações entre a auto-avaliação e as variáveis independentes, adotou-se nível de 95% de confiança, poder de 80%, expectativa do desfecho (auto-avaliação da saúde como negativa) no grupo não exposto de 20%, razão entre o número de expostos e não expostos de 20:80 e risco relativo mínimo a ser detectado de 1,6. O tamanho mínimo da amostra para o estudo dessas associações foi de 722 indivíduos. As análises foram estratificadas por sexo. Foi utilizado o programa EpiInfo versão 6.04.

A amostragem foi realizada por conglomerados, em dois estágios. Primeiro foram sorteados 60 dos 186 setores censitários de Lages por meio de amostragem casual simples, sem reposição, usando-se tabelas de números aleatórios. Depois, sorteou-se um quarteirão e, nele, uma esquina foi sorteada como ponto de partida para o percurso dos domicílios, iniciando-se o trabalho de campo no sentido horário. Foram incluídos 34 indivíduos em 17 domicílios por setor.

Foram excluídos: indivíduos institucionalizados (prisões, asilos, hospitais), os que apresentavam algum impedimento físico ou mental (gestantes, indivíduos amputados, acamados, portadores de aparelho gessado) e aqueles que não tiveram condição de permanecer na posição adequada para aferição das medidas antropométricas. As perdas corresponderam aos residentes em domicílios sorteados visitados no mínimo quatro vezes,

incluídas no mínimo uma visita em finais de semana e outra em período noturno, sem que o examinador/entrevistador conseguisse localizar a pessoa sorteada ou sua recusa em participar.

As visitas domiciliares foram realizadas por dez duplas de entrevistadores, supervisionados. Os entrevistadores de campo foram treinados e desconheciam os objetivos do estudo. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista face a face e incluiu a tomada da pressão arterial em dois momentos (no início e no final da aplicação do questionário) e a realização de medidas antropométricas. Para se obter a padronização na aferição dessas medidas, foram realizados treinamento e pré-teste do questionário com 30 adultos de 20 a 59 anos, residentes na área de abrangência de uma unidade local de saúde. O estudo piloto foi realizado com 90 pessoas em um dos setores censitários sorteados. Houve ampla divulgação da pesquisa nos principais meios de comunicação da região (emissora de rádio mais ouvida, TV e jornal de circulação regional), a fim de proporcionar maior adesão. O controle de qualidade da coleta dos dados foi realizado em 10% da amostra por meio de entrevista telefônica por um dos supervisores.

A variável dependente do estudo foi a auto-avaliação de saúde geral obtida por meio da pergunta: "De um modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como o(a) Sr. (Sra.) considera seu estado de saúde?". As categorias de resposta excelente, muito bom e bom foram agrupadas na categoria de auto-avaliação da saúde como positiva e as categorias regular e ruim foram consideradas auto-avaliação de saúde como negativa.

As variáveis independentes foram agrupadas em: socio-demográficas; hábitos e comportamentos relacionados à saúde; e pressão arterial e medidas antropométricas; condições de saúde auto-referidas. As primeiras compreenderam: idade (20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos); escolaridade (≤ 4 , 5 a 8, 9 a 11, ≥ 12 anos completos de estudo); renda familiar *per capita*, em reais (0,026 a 0,500; 0,510 a 0,880; 0,890 a 1,580; 1,590 a 19,740); cor da pele auto-referida (branca, preta, parda, amarela e indígena); estado civil (com companheiro(a) e sem companheiro(a)).

Hábitos e comportamentos relacionados à saúde compreenderam tabagismo (não fumante, ex-fumante e fumante no momento da entrevista);²² nível de atividade (suficiente ≥ 150 minutos/semana e insuficiente <150 minutos/semana), medida pela versão resumida em português do Questionário Internacional de Atividade Física (Ipaq);¹⁰ e problemas com álcool, pesquisados

^b Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de população. [cited 2007 Jan 15] Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/default.shtm>

^c Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Índice de Desenvolvimento Humano. [cited 2009 Jan 10] Available from: www.pnud.org/bra/atlas/tanking/IDH-M

^d Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: acesso e utilização de serviços de saúde: 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.

usando o questionário CAGE (*Cut down, annoyed, guilty, eye-opener questionnaire*), validado no Brasil.¹⁵ Foram considerados indivíduos com problemas relacionados ao uso de álcool aqueles que apresentaram valores de CAGE ≥ 1 .

Os níveis pressóricos foram mensurados no início e no final da aplicação do questionário (pelo menos 10 minutos), tendo sido considerada a segunda aferição. As aferições foram efetuadas com o entrevistado sentado, pés apoiados no chão, pernas descruzadas, braço esquerdo relaxado e apoiado sobre a mesa na altura do coração com palma da mão voltada para cima. Utilizaram-se aparelhos de pressão arterial eletrônicos, com leitura digital, devidamente calibrados (*Techline®*). Os níveis pressóricos sistólico e diastólico foram categorizados em normal e elevado. Foram definidos como portadores de níveis pressóricos elevados os indivíduos que apresentaram pressão sistólica > 140 mmHg (PAS > 140 mmHg) e/ou pressão diastólica > 90 mmHg (PAD > 90 mmHg), ou indivíduos sabidamente hipertensos que estivessem em uso regular de medicação anti-hipertensiva.⁴ O peso corporal foi aferido com os indivíduos trajando roupas leves, descalços, em posição ereta, pés juntos e braços posicionados ao longo do corpo, com as palmas das mãos voltadas para a perna. A aferição do peso foi realizada com balanças digitais portáteis (*Tanita®*) com variação de 0,1 kg e capacidade de até 150 kg; os participantes foram pesados uma única vez. A estatura foi medida com a fixação da fita métrica inelástica em uma superfície vertical sem rodapé a um ponto distante 100 cm do chão, com o auxílio de fita adesiva. Foi avaliada com o indivíduo sem calçados, sem adornos na cabeça, em pé, com os calcanhares unidos e estes, os glúteos, os ombros e a cabeça tocavam a superfície vertical da parede, adotando-se a linha de visão horizontal no momento da inspiração. Peso e altura foram utilizados para calcular o índice de massa corporal (IMC). Indivíduos foram classificados em: eutróficos (IMC < 25 kg/m²), com sobrepeso ($25,0$ kg/m² \leq IMC $\leq 29,9$ kg/m²) ou obesos (IMC ≥ 30 kg/m²).²² A aferição da linha natural de menor circunferência da cintura foi realizada com o uso da mesma fita métrica, com o indivíduo em pé no momento da expiração. Os pontos de corte para normalidade foram ≤ 102 cm nos homens e ≤ 88 cm nas mulheres, considerando-se com obesidade abdominal os indivíduos com medidas acima desses valores.¹⁸

Perguntou-se sobre diagnóstico médico de diabetes mellitus, auto-referência de chiado no peito nos últimos 12 meses, relato de falta de ar em caminhadas mais rápidas no chão reto ou ao andar em uma pequena subida e diagnóstico de bronquite crônica.¹⁷

Investigaram-se a ocorrência de episódio de dor de dente nos seis meses anteriores à entrevista e o número de dentes naturais presentes em cada arcada (dez dentes

naturais ou mais; menos de dez dentes naturais; nenhum dente natural).

Foi criada uma variável que combinava todas as condições de saúde geral e bucal auto-referidas categorizada em: nenhuma morbidade auto-referida, uma, duas e três ou mais.

Os dados foram duplamente inseridos no programa EpiInfo, versão 6.04; a verificação de consistência e análise dos dados foram realizadas no pacote estatístico Stata versão 9. Todas as análises foram ajustadas pelo efeito do delineamento amostral e ponderadas pela frequência por sexo, e os pesos determinados pela razão entre as proporções dos sexos na população do município, obtida no IBGE e na amostra. Foi realizada estatística descritiva das variáveis da população amostrada, e para estimar as associações entre a variável dependente e cada variável independente foram usados o teste do qui-quadrado e de tendência linear, quando apropriado. A análise múltipla foi realizada por meio da regressão de Poisson, apresentando as razões de prevalências para auto-avaliação de saúde negativa e respectivos intervalos com 95% de confiança. As análises seguiram modelo teórico de determinação, hierarquizado em três blocos de variáveis. O primeiro bloco, mais distal, foi formado pelas variáveis socioeconômicas e demográficas que, hipoteticamente, condicionam as variáveis do bloco 2 – fatores comportamentais, que por sua vez influenciam as variáveis clínicas do bloco 3, e estas, o desfecho em estudo. As variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas para a análise múltipla. Inicialmente, foram incluídas na análise as variáveis do bloco 1, ajustadas entre si. Posteriormente, foram inseridas no modelo múltiplo as variáveis do bloco 2, ajustadas entre si e pelas variáveis do bloco 1. As variáveis do bloco 3 foram inseridas no modelo e ajustadas entre si e pelas variáveis dos blocos 2 e 1.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Planalto Catarinense, sob protocolo nº 001/2007, em novembro/2006. Os participantes da pesquisa assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A taxa de resposta foi de 98,6%, o que equivale a 2.022 indivíduos, dos quais 61,5% eram mulheres. A prevalência geral estimada de auto-avaliação da saúde positiva foi de 74,2% (IC 95%: 71,3;77,0); entre os homens foi de 82,3% (IC 95%: 79,3;85,0) e 66,9% (IC 95%: 63,2;70,7) entre as mulheres.

Em ambos os sexos, foi maior a proporção de indivíduos com maior renda, mais escolarizados, mais jovens, de cor da pele branca ou amarela que avaliaram sua saúde como positiva do que entre aqueles mais pobres,

com menor escolaridade, de cor da pele preta, parda ou indígena. Entre os homens, a ausência de companheira foi associada à auto-avaliação positiva, enquanto cor da pele não teve significância estatística. A maior proporção de auto-avaliação da saúde positiva foi observada em homens com escolaridade igual ou superior a 12 anos (91,1%), enquanto a menor proporção foi entre mulheres com quatro ou menos anos de estudo (44,7%) (Tabela 1).

Mais indivíduos não-fumantes e eutróficos avaliaram sua saúde como positiva. Dentre os homens, apenas o tabagismo foi associado à auto-avaliação de saúde negativa. A proporção de auto-avaliação positiva foi maior entre os que nunca fumaram, seguidos pelos ex-fumantes e, por último, os fumantes atuais. Ser ativo fisicamente não alcançou significância estatística com auto-avaliação da saúde positiva entre os homens. Entre as mulheres, além do tabagismo, foram associados com a auto-avaliação de saúde negativa o estado nutricional e a circunferência da cintura. Mulheres com excesso de peso e obesas e aquelas que apresentaram obesidade abdominal auto-avaliaram sua saúde como negativa (Tabela 2).

As menores proporções de indivíduos que auto-avaliaram sua saúde positiva foram observadas em adultos com níveis pressóricos elevados, naqueles que referiram diabetes, chiado no peito, falta de ar, bronquite e menor número de dentes naturais presentes. Quanto maior o número de morbidades, menor a proporção de indivíduos com auto-avaliação positiva da saúde (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta as razões de prevalências brutas e ajustadas entre auto-avaliação da saúde negativa e variáveis entre os homens. Dentre as variáveis do bloco socioeconômico e demográfico, renda *per capita*, escolaridade e idade permaneceram associadas à auto-avaliação da saúde negativa. Homens mais pobres, menos escolarizados e mais velhos apresentaram maiores prevalências de auto-avaliação negativa quando comparados aos mais ricos, mais escolarizados e mais jovens. Tabagismo e atividade física perderam associação quando ajustados pelas variáveis do bloco socioeconômico e demográfico. Dentre as morbidades investigadas, permaneceram associadas à auto-avaliação negativa, após ajuste: apresentar níveis pressóricos elevados e referir chiado no peito, enquanto

Tabela 1. Auto-avaliação da saúde como positiva segundo características demográficas e socioeconômicas em adultos. Lages, SC, 2007.

Variável	Todos (n = 2.022)			Homens (n = 779)			Mulheres (n = 1.243)		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Auto-avaliação da saúde como positiva (n = 2.002)	1.472	74,2		640	82,3		832	66,9	
Cor da pele (n = 2.017) ^a			0,001			0,057			<0,001
Branca e asiática	969	77,7		421	84,0		548	70,9	
Parda, preta e indígena	499	67,5		216	78,5		283	60,5	
Renda familiar <i>per capita</i> (n = 1.984) ^b			<0,001			<0,001			<0,001
4º quartil	404	87,0		182	89,2		222	84,4	
3º quartil	392	77,4		177	84,7		215	70,3	
2º quartil	347	71,0		153	80,1		194	62,8	
1º quartil	300	61,3		116	71,6		184	54,1	
Escolaridade (anos) (n = 1.995) ^b			<0,001			<0,001			<0,001
≥ 12	406	89,3		164	91,1		242	87,7	
9 a 11	505	83,6		225	88,9		280	78,2	
5 a 8	369	66,6		182	77,4		187	55,7	
≤ 4	176	50,6		63	60,6		113	44,7	
Faixa etária (anos) (n = 2.018) ^b			<0,001			<0,001			<0,001
20 a 29	522	84,7		233	89,6		288	79,6	
30 a 39	350	80,0		151	86,3		199	74,0	
40 a 49	356	69,0		144	78,7		212	61,4	
50 a 59	240	58,5		109	69,0		131	49,4	
Estado conjugal (n = 2.017) ^a			0,032			0,009			0,273
Com companheiro(a)	1.410	72,7		442	80,1		565	65,9	
Sem companheiro(a)	607	77,4		197	87,2		263	69,0	

^a Qui-quadrado; ^b Qui-quadrado de tendência.

Tabela 2. Auto-avaliação da saúde como positiva segundo hábitos relacionados à saúde, estado nutricional e circunferência da cintura em adultos. Lages, SC, 2007.

Variável	Todos (n = 2.022)		p	Homens (n = 779)		p	Mulheres (n = 1.243)		p
	n	%		n	%		n	%	
Problema com álcool (n = 2.022) ^a			0,293			0,412			0,340
Não	1.296	73,8		495	82,8		801	67,2	
Sim	176	77,0		145	80,1		31	60,8	
Tabagismo (n= 1.935) ^a			<0,001			0,002			<0,001
Nunca fumou	845	78,8		341	86,8		504	72,3	
Ex-fumante	221	69,6		112	78,9		109	59,2	
Fumante atual	402	68,5		185	76,4		217	60,6	
Estado nutricional (n = 1.969) ^a			<0,001			0,317			<0,001
Eutrófico	649	78,6		266	83,6		383	74,1	
Sobrepeso	493	74,9		249	82,5		244	65,9	
Obeso	296	66,1		118	79,7		178	56,7	
Circunferência da cintura (n = 1.987) ^a			0,338			0,338			<0,001
Sem obesidade abdominal	886	80,0		511	82,7		375	75,2	
Com obesidade abdominal	557	65,1		119	79,3		438	60,8	
Atividade física (n = 1.935) ^a			0,153			0,061			0,249
Suficiente	998	75,3		427	83,9		571	67,8	
Insuficiente	409	71,3		187	78,2		222	64,3	

^a Qui-quadrado.

apresentar sintomas de falta de ar esteve no limite da associação. O número de morbidades foi fortemente associado à auto-avaliação de saúde negativa. As razões de prevalências variaram de 2,3 a 5,0 entre os homens com uma morbidade e aqueles com três ou mais, respectivamente.

Para as mulheres, a auto-avaliação da saúde negativa foi fortemente associada à renda familiar *per capita*, escolaridade e idade. A prevalência de auto-avaliação da saúde negativa foi maior entre as mulheres mais pobres, menos escolarizadas e mais velhas e entre aquelas que apresentaram obesidade abdominal. Essas associações mantiveram-se após o ajuste pelas variáveis mais distais. Dentre as morbidades associadas na análise bruta, apenas níveis pressóricos elevados, diabetes, chiado no peito e sintomas de falta de ar permaneceram associados ao desfecho após o ajuste. Assim como para os homens, o número de morbidades foi fortemente associado à auto-avaliação da saúde negativa (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Três quartos da população estudada avaliaram sua saúde positiva, com diferenças marcantes segundo

idade, gênero, renda e escolaridade. Os mais velhos, as mulheres, os mais pobres e menos escolarizados avaliam sua condição de saúde como sendo pior. Quanto maior o número de morbidades auto-referidas, maior a proporção de indivíduos com auto-avaliação de saúde negativa e com maior magnitude do efeito das morbidades entre as mulheres. Esses resultados são coerentes com aqueles da Pesquisa Mundial da Saúde realizada no Brasil e da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios – 1998.^{1,5,20,21}

Os níveis de escolaridade interferem na percepção da saúde, na apreensão de informações sobre promoção e prevenção da saúde, na adoção de estilos de vida considerados saudáveis, na adesão aos tratamentos terapêuticos e no uso de serviços de saúde.^e Ao optar por uma resposta, o entrevistado indica seu estado geral, considerando-se as dimensões física, social e psicológica/mental. Estudos sugerem que a dimensão física parece exercer maior influência sobre a auto-percepção da saúde.^f

O efeito da auto-avaliação da saúde sobre o risco de morte varia segundo os níveis de educação e renda. A auto-avaliação da saúde como ruim é fortemente associada à mortalidade entre adultos de alta escolaridade

^e Ministério da Saúde Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final. Brasília, DF; 2008.

^f Barros MBA. Auto-avaliação de saúde. In: Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA-SP. São Paulo: USP/FSP; 2005. p.173-82.

Tabela 3. Auto-avaliação da saúde como positiva segundo níveis pressóricos e morbidades auto-referidas em adultos. Lages, SC, 2007.

Variável	Todos			Homens			Mulheres		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Níveis pressóricos (n = 2.016) ^a			<0,01			<0,01			<0,01
Normais	1.041	79,3		416	86,7		625	73,3	
Elevados	426	64,4		222	74,7		204	52,8	
Diabetes (n = 2.012) ^a			<0,01			0,01			<0,01
Não	1.402	76,1		612	83,2		790	69,5	
Sim	62	46,5		24	61,5		38	38,0	
Chiado no peito (n = 2.019) ^a			<0,01			<0,01			<0,01
Não	1.255	79,2		557	86,6		698	72,0	
Sim	215	53,9		82	60,7		133	48,9	
Sintomas de falta de ar (n = 1.933) ^a			<0,01			<0,01			<0,01
Não	1.044	84,5		501	86,8		543	81,5	
Sim	376	55,7		113	66,5		263	50,6	
Sintomas de bronquite (n = 2.008) ^a			<0,01			<0,01			<0,01
Não	1.420	75,9		618	83,9		802	68,5	
Sim	49	48,9		20	51,3		29	46,8	
Dentes naturais presentes (n = 2.018) ^b			<0,001			<0,01			<0,01
≥ 20	1.054	82,6		484	86,6		570	78,1	
10 a 19	247	69,6		104	80,6		143	60,9	
<10	168	47,0		50	56,2		118	42,8	
Efeitos conjuntos (n = 1.905) ^b			<0,001			<0,001			<0,001
Nenhuma morbidade	460	93,2		217	94,8		243	91,4	
1 morbidade	507	80,5		232	84,1		275	76,6	
2 morbidades	278	69,9		105	78,4		173	63,8	
3 ou mais morbidades	154	42,7		50	51,5		104	38,1	

^a Qui-quadrado; ^b Qui-quadrado de tendência.

e/ou alta renda.⁸ Nossos resultados confirmam os de Dachs,⁵ que identificou que 70% das pessoas pertencentes ao primeiro decil de renda apresentaram auto-avaliação da saúde positiva, enquanto entre as do decil superior esse valor foi de 87%. Maior renda está associada à aquisição de bens e produtos, incluindo medicamentos, maior acesso a atividades de lazer e maior autonomia no trabalho, aspectos associados à saúde. Pessoas com nível mais elevado de escolaridade relatam aspectos multidimensionais como sentimentos de bem-estar físico, psicológico, ser ativo fisicamente e não apresentar doenças, quando comparados com as de menor escolaridade. Estas tendem a avaliar a saúde, relacionando-a aos aspectos físicos e funcionais.¹²

A prevalência de auto-percepção da saúde negativa aumentou significativamente com a idade, a exemplo do que ocorreu nos resultados do Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo/ISA-SP.^f No presente

estudo, os mais jovens avaliaram sua saúde como boa. Entre eles, identificou-se diferença de percepção segundo sexo; os homens avaliaram sua saúde de maneira mais positiva. A proporção de auto-avaliação da saúde positiva entre as mulheres na faixa etária dos 30-39 anos foi semelhante à dos homens na faixa etária de 40-49 anos. As mulheres, por utilizarem mais os serviços de saúde, podem ter maior proporção de diagnósticos de doenças e relatam mais suas queixas do que os homens¹⁴⁻¹⁶

Os percentuais de insatisfação com a própria saúde aumentaram segundo idade entre as mulheres, o que corrobora resultados de estudos brasileiros^{1,21} e internacionais.^{2,13,g} Tabagismo, atividade física, diabetes, sintomas de bronquite e número de dentes naturais presentes perderam significância estatística quando ajustados pelos blocos de variáveis distais, sugerindo que esses fatores atuam como mediadores entre as condições sociais e auto-avaliação de saúde.

^g Bellerose C, Lavallée C, Caminard J. Health and social survey, 1992-93. Highlights: Ministère de la Santé et des services Sociaux-Gouvernement du Québec; 1994.

Tabela 4. Associação entre auto-avaliação da saúde como negativa e variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentos relacionados à saúde e morbidades auto-referidas em homens adultos. Lages, SC, 2007.

Variável	Bruta			Ajustada		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Cor da pele ^a			0,049			0,306
Parda, preta e indígena	1,3	1,0;1,8		1,2	0,9;1,6	
Renda familiar <i>per capita</i> ^a			<0,001			0,044
3º quartil	1,4	0,9;2,2		1,3	0,8;1,9	
2º quartil	1,8	1,2;2,8		1,6	1,0;2,5	
1º quartil	2,6	1,6;4,2		1,8	1,0;3,2	
Escolaridade (anos) ^a			<0,001			0,001
9 a 11	1,2	0,7;2,3		1,2	0,6;2,1	
5 a 8	2,5	1,5;4,2		1,9	1,0;3,3	
≤ 4	4,4	2,7;7,2		2,6	1,4;4,8	
Idade (anos) ^a			<0,001			0,001
30 a 39	1,2	0,8;2,1		1,1	0,6;1,8	
40 a 49	2,1	1,3;3,3		1,6	1,0;2,7	
50 a 59	3,0	2,0;4,5		2,4	1,4;3,9	
Estado conjugal ^a			0,012			0,682
Sem companheiro(a)	0,6	0,5;0,9		1,1	0,7;1,6	
Tabagismo ^b			0,004			0,131
Ex-fumante	1,6	1,0;2,6		1,1	0,7;1,9	
Fumante atual	1,8	1,2;2,6		1,3	0,9;2,0	
Atividade física ^b			0,087			0,075
Insuficiente	1,4	1,0;1,9		1,3	1,0;1,8	
Níveis pressóricos ^c			<0,001			0,047
Elevados	1,9	1,4;2,6		1,5	1,0;2,2	
Diabetes ^c			0,001			0,793
Sim	2,3	1,4;3,6		1,2	0,7;2,0	
Chiado no peito ^c			<0,001			0,004
Sim	2,9	2,1;4,0		1,7	1,2;2,5	
Sintomas de falta de ar ^c			<0,001			0,057
Sim	2,5	1,9;3,4		1,4	1,0;2,0	
Sintomas de bronquite ^c			<0,001			0,224
Sim	3,0	2,0;4,5		1,4	0,8;2,4	
Dentes naturais presentes			<0,001			0,182
10-19	1,4	1,1;2,0		0,8	0,5;1,2	
< 10	3,3	2,4;4,4		1,4	0,9;2,2	
Efeitos conjuntos ^d			<0,001			<0,001
1 morbidade	3,0	1,6;6,0		2,3	1,2;4,5	
2 morbidades	4,1	1,9;8,8		2,7	1,3;5,3	
3 ou mais morbidades	9,2	4,7;18,1		5,0	2,5;10,1	

^a Variáveis distais, ajustadas entre si; ^b Variáveis intermediárias, ajustadas entre si e pelas variáveis do bloco de variáveis 1; ^c Variáveis proximais, ajustadas entre si e pelas variáveis dos blocos 1 e 2; ^d Variável proximal, ajustada pelos blocos de variáveis 1 e 2.

Os principais vieses em estudos transversais são o de seleção e de causalidade reversa. O modelo teórico hipotético adotado simula um modelo de determinação, mas não é possível assegurar que a cadeia de determinação

estabelecida de fato tenha ocorrido. Esse exercício teórico é preferível à simples entrada de variáveis por critérios eminentemente estatísticos. No presente estudo, obteve-se amostra representativa da população de 20 a

Tabela 5. Associação entre auto-avaliação da saúde como negativa e variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentos relacionados à saúde e morbidades auto-referidas em mulheres adultas. Lages, SC, 2007.

Variável	Bruta			Ajustada		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	P
Cor da pele ^a			0,001			0,230
Parda, preta e indígena	1,4	1,1;1,6		1,1	0,9;1,3	
Renda familiar <i>per capita</i> ^a			<0,001			<0,001
2º quartil	1,9	1,3;2,8		1,7	1,2;2,5	
3º quartil	2,4	1,7;3,3		1,9	1,3;2,8	
4º quartil	2,9	2,1;4,2		2,1	1,5;3,0	
Escolaridade (anos) ^a			<0,001			<0,001
9-11	1,8	1,1;2,8		1,5	0,9;2,5	
5-8	3,6	2,4;5,4		2,4	1,5;3,8	
≤ 4	4,5	3,0;6,7		2,6	1,6;4,1	
Idade (anos) ^a			<0,001			<0,001
30 a 39	1,3	1,0;1,6		1,0	0,8;1,3	
40 a 49	1,9	1,5;2,4		1,6	1,3;1,9	
50 a 59	2,5	2,0;3,1		1,9	1,5;2,4	
Tabagismo ^b			<0,001			0,160
Ex-fumante	1,5	1,2;1,9		1,1	0,9;1,4	
Fumante atual	1,4	1,2;1,7		1,1	1,0;1,4	
Estado nutricional ^b			<0,001			0,975
Sobrepeso	1,3	1,1;1,6		0,9	0,7;1,1	
Obeso	1,7	1,4;2,0		1,0	0,7;1,3	
Circunferência da cintura ^b			<0,001			0,034
Com obesidade abdominal	1,6	1,4;1,8		1,3	1,1;1,6	
Níveis pressóricos ^c			<0,001			0,042
Elevados	1,8	1,5;2,1		1,2	1,0;1,4	
Diabetes ^c			<0,001			0,009
Sim	2,0	1,7;2,4		1,3	1,1;1,6	
Chiado no peito ^c			<0,001			0,006
Sim	1,8	1,6;2,1		1,3	1,1;1,5	
Sintomas de falta de ar ^c			<0,001			<0,001
Sim	2,7	2,2;3,3		1,9	1,5;2,4	
Sintomas de bronquite ^c			<0,001			0,976
Sim	1,7	1,3;2,2		1,0	0,7;1,4	
Dentes naturais presentes ^c			<0,001			0,298
10 a 19	1,8	1,4;2,3		1,2	0,9;1,6	
< 10	2,6	2,1;3,2		1,2	0,9;1,6	
Efeitos conjuntos ^d			<0,001			<0,001
1 morbidade	2,7	1,8;4,0		2,2	1,5;3,1	
2 morbidades	4,2	2,8;6,3		2,8	1,9;4,3	
3 ou mais morbidades	7,2	5,0;10,3		4,2	2,9;6,1	

^a Variáveis distais, ajustadas entre si; ^b Variáveis intermediárias, ajustadas entre si e pelas variáveis do bloco de variáveis 1; ^c Variáveis proximais, ajustadas entre si e pelas variáveis dos blocos 1 e 2; ^d Variável proximal, ajustada pelos blocos de variáveis 1 e 2.

59 anos do município, taxa de resposta superior a 90% e a amostra foi distribuída homoganeamente entre as faixas etárias. Entretanto, a proporção de mulheres na

amostra foi superior à da população, razão pela qual se decidiu realizar as análises globais ponderadas pelo sexo. Todos os instrumentos de coleta de dados adotados

no estudo são validados e utilizados no Brasil e exterior. Da mesma forma, os instrumentos de medidas (peso, altura, pressão) foram calibrados. A equipe de coleta de dados realizou treinamento e padronização, houve controle de qualidade da coleta de dados, o que contribui para a validade interna do estudo.

A literatura sobre o tema adota diferentes formas de categorização do desfecho. O Inquérito de Saúde do Estado de São Paulo (para pessoas acima de 60 anos) utilizou o Medical Outcome Study (MOS) 36 item (Short form 36 – SF 36), validado no Brasil. Segundo Theme-Filha,²¹ pesquisas baseadas em entrevistas sobre saúde em Barcelona e a PNAD 98 utilizaram as categorias: muito boa, boa, regular, muito ruim e ruim, semelhantes à adotada pela Pesquisa Mundial de Saúde Brasil 2003 (muito boa, boa, moderada, ruim, muito ruim). No National Health Interview Survey de 1996,

nos Current Population Survey dos EUA e no Health and Social Survey realizado em Quebec, Canadá, as alternativas foram as mesmas adotadas no presente estudo,²¹ enquanto o estudo longitudinal em trabalhadores do ramo elétrico e gás da França (Gazel study) adotou uma escala com oito categorias entre muito boa e muito ruim.⁹ Essas diferenças metodológicas dificultam a comparação entre os estudos.

Os mais velhos, as mulheres, os mais pobres e menos escolarizados avaliam sua condição de saúde como regular ou ruim. Quanto maior o número de morbidades auto-referidas, maior a proporção de indivíduos com auto-avaliação de saúde negativa, sendo o efeito das morbidades maior entre as mulheres. Recomenda-se que a auto-avaliação de saúde integre o sistema de vigilância à saúde, pois é de obtenção relativamente simples na realização de inquéritos populacionais.

REFERÊNCIAS

1. Barata RB, Almeida MF, Montero CV, Silva ZP. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cad Saude Publica*. 2007;23(2):305-13. DOI:10.1590/S0102-311X2007000200006
2. Beltrão KI, Sugahara S. Comparação de informações sobre saúde das populações brasileira e norte-americana baseada em dados PNAD/98 e NHIS/96. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(4):841-67. DOI:10.1590/S1413-81232002000400017
3. Bruin A, Picavest HSJ, Nossikov A, editors. Health interview surveys: toward international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: WHO; 1996. (Regional Publication European Series, 58).
4. Chobanian AV, Bakris GJ, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003;289(19):2560-72.
5. Dachs JNW. Determinantes das desigualdades na autoavaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(4):641-57. DOI:10.1590/S1413-81232002000400004
6. Dachs JNW, Santos APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):887-94. DOI:10.1590/S1413-81232006000400012
7. DeSalvo KB, Blosler N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question: a meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2006;21(3):267-75. DOI:10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x
8. Dowd JB, Zajacova A. Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic status in the US? *Int J Epidemiol*. 2007;36(6):1214-21. DOI:10.1093/ije/dym214
9. Goldberg M, Chastang JF, Leclerc A, Zins M, Bonenfant S, Bugel I, et al. Socioeconomic, demographic, occupational, and health factors associated with participation in a long-term epidemiologic survey: a prospective study of the French GAZEL cohort and its target population. *Am J Epidemiol*. 2001;154(4):373-84. DOI:10.1093/aje/154.4.373
10. Hallal PC, Dumith SC, Bastos JP, Reichert FF, Siqueira FV, Azevedo MR. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saude Publica*. 2007;41(3):453-60. DOI:10.1590/S0034-89102007000300018
11. Höfelmann DA, Blank N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):777-87. DOI:10.1590/S0034-89102007000500012
12. Huisman M, van Lenthe F, Mackenbach J. The predictive ability of self-assessed health for mortality in different educational groups. *Int J Epidemiol*. 2007;36(6):1207-13. DOI:10.1093/ije/dym095
13. Kelleher CC, Friel S, Nic Gabhainn S, Tay JB. Socio-demographic predictors of self-rated health in the Republic of Ireland: findings from the National Survey on Lifestyle, Attitudes and Nutrition, SLAN. *Soc Sci Med*. 2003;57(3):477-86. DOI:10.1016/S0277-9536(02)00371-4
14. MacIntyre S, Ford G, Hund K. Do women "over-report" morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Soc Sci Med*. 1999;48(1):89-98. DOI:10.1016/S0277-9536(98)00292-5
15. Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res*. 1983;16(3):215-8.
16. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Fiori N, Bortolotto A. Prevalência de sinais e sintomas, fatores sociodemográficos associados e atitude frente aos sintomas em um centro urbano no Sul do Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;20(1):22-8. DOI:10.1590/S1020-49892006000700003
17. Menezes AMB, Victora CG, Padilla RP. The Platino project: methodology of a multicenter prevalence survey of chronic obstructive pulmonary disease in major Latin American Cities. *BMC Med Res Mehtodol*. 2004;17(4):15. DOI:10.1186/1471-2288-4-15
18. National Institutes of Health. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: the evidence report. *Obes Res*. 1998;6 (Suppl 2):S51-209.
19. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MA, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic of self-rated health in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(Suppl 1):554-64. DOI:10.1590/S0102-311X2005000700007
20. Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. *Cad Saude Publica*. 2005;21(Suppl 1):S43-53. DOI:10.1590/S0102-311X2005000700006
21. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Junior PRB. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):73-81. DOI:10.1590/S0102-311X2005000700006
22. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic of obesity. Geneva; 2004.

Matos IB foi apoiada pelo Fundo de Incentivo a Pesquisa da Universidade do Planalto Catarinense (auxílio à pesquisa; processo no 2006/12).

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.