

Determinantes sociais, prevalência e fatores associados à autopercepção de saúde em Mâncio Lima

Daniela Silva de Araújo¹, João Vitor Coelho Pacheco¹, Ana Caroline Santana dos Santos¹, Aline Ferreira da Silva¹, Kauan Alves Sousa Madruga¹, Alanderson Alves Ramalho², Mônica da Silva Nunes^{3*}

¹Discente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil; ²Docente da Universidade Federal do Acre e do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil;

³Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil e docente do Curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil. *monicamamtra@gmail.com

Recebido em: 26/05/2021

Aceito em: 28/11/2021

Publicado em: 30/12/2021

RESUMO

A avaliação da autopercepção de saúde é útil para obter informações sobre o estado de saúde de populações. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) podem influenciar o resultado dessa avaliação. O objetivo desse trabalho é avaliar como os DSS influenciam na prevalência de autopercepção de saúde “regular” ou “ruim” e seus fatores associados na população urbana de Mâncio Lima, Acre. Trata-se de estudo transversal, de inquérito domiciliar, realizado na área urbana de Mâncio Lima. Realizou-se análises exploratória, descritiva, bivariada e teste Qui-Quadrado com $\alpha = 0,05$. Valores $p < 0,05$ foram considerados significativamente estatísticos. A prevalência de autopercepção de saúde “regular” ou “ruim” foi de 44,5%. Sexo, idade, escolaridade, presença de morbidades nos últimos 15 dias, benefício governamental e renda per capita associaram-se ao desfecho. Assim, saber os fatores que interferem na autopercepção de saúde é importante para a criação e melhoria de políticas públicas de prevenção e promoção à saúde.

Palavras-chave: Autopercepção de saúde regular ou ruim. Amazônia. Acre.

Social determinants, prevalence and factors associated with health self-perception in Mâncio Lima

ABSTRACT

The self-perceived health assessment is useful to obtain information on the health status of populations. Social Determinants of Health (SDH) can drive its results. This study aims to evaluate how the SDH influence the prevalence of self-perceived “regular” or “poor” health and its associated factors in the urban population of Mâncio Lima, Acre. This a cross-sectional household survey study conducted in the urban area of Mâncio Lima. Exploratory, descriptive, bivariate analysis and Chi-square test were performed with $\alpha = 0.05$. P values <0.05 were considered statistically significant. The prevalence of “regular” or “poor” self-perceived health was 44.5%. Sex, age, education, presence of morbidities in the last 15 days, government benefit and per capita income were associated with the outcome. Knowing the factors that interfere with self-perceived health is important for the creation and improvement of public policies for prevention and health promotion.

Keywords: Self-perception of regular or poor health; Amazon; Acre.

INTRODUÇÃO

A avaliação da autopercepção de saúde, entendida como a forma que os indivíduos enxergam seu próprio estado de saúde, tem sido utilizada como medida de pesquisa desde a década de oitenta. Ela consiste em um método rápido, simples, de baixo custo de coleta e fácil compreensão sobre o estado de saúde de determinadas populações e, dentre as classificações possíveis, pode ser dividida em: “muito boa”, “boa”, “regular”, “ruim” ou “péssima” (AGOSTINHO et al., 2010; MOREIRA et al., 2014; SILVA et al., 2012).

Diversos estudos têm demonstrado que essa avaliação pode ser considerada como um forte preditor de morbidade, mortalidade e qualidade de vida e, em alguns casos, também pode ser recomendada como instrumento para triagem de alguns tipos de doenças. Em pacientes com câncer avançado, por exemplo, a autopercepção de saúde mostrou-se como um preditor de mortalidade mais forte quando comparado a indicadores clínicos (JYLHÄ, 2009; LATHAM; PEEK, 2013; LESKINEN et al., 2012; MOSSEY; SHAPIRO, 1982; SCHNITTKER; BACAK, 2014; TAMAYO-FONSECA et al., 2013; WU et al., 2013).

No entanto, embora seja um processo individual e subjetivo, pode-se afirmar que a autopercepção de saúde é determinada pelo contexto econômico, social, cultural e ambiental em que o indivíduo está inserido, de forma que as escolhas individuais são guiadas pelo entendimento cultura do conceito de “saúde” (JYLHÄ, 2009).

Nesse sentido, é notável, no Brasil, que as diferenças regionais e entre as diversas parcelas da população podem ser consideradas influenciadoras na percepção de saúde dos indivíduos. Também decisivo nessa questão estão os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), denominação dada aos fatores que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de riscos nas populações (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Diversos estudo nacionais e internacionais têm utilizado a mensuração da prevalência e fatores associados à autopercepção de saúde como parâmetro para suas análises e conhecimento de populações e suas condições de saúde. Verificou-se que fatores econômicos, demográficos e sociais demonstraram interferência em como as pessoas avaliavam seu estado de saúde (LINDEMANN et al., 2019; MOREIRA et al., 2014; SILVA et al., 2012).

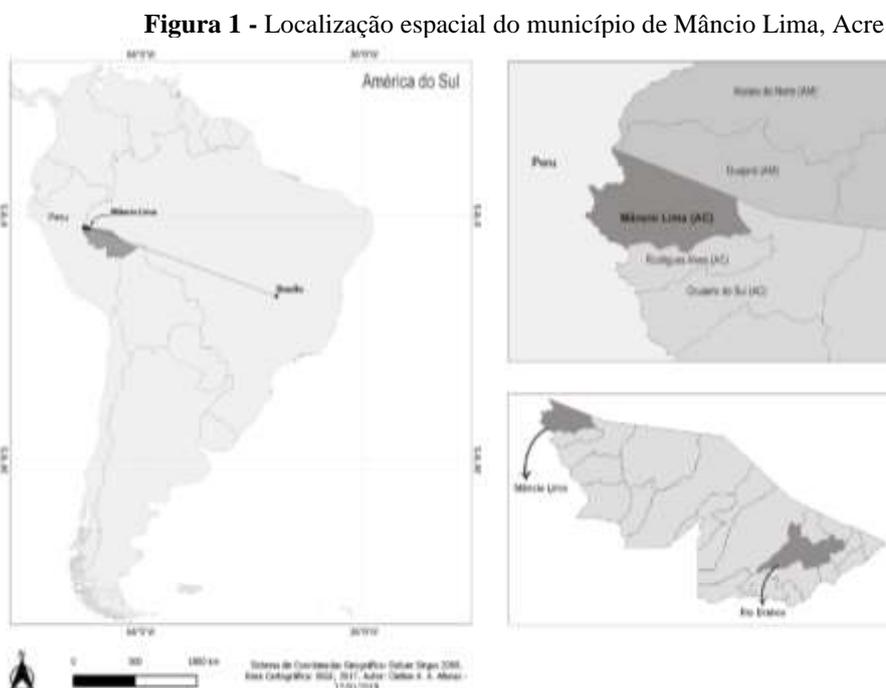
No entanto, não existem, até o momento, estudos voltados para a avaliação da autopercepção de saúde da população de Mâncio Lima, sendo importante a realização de uma abordagem inédita referente a essa região, no intuito de tornar possível o conhecimento mais detalhado dessa parcela da população brasileira.

Isso posto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a autopercepção de saúde “regular” e “ruim” e seus fatores associados na população com idade de 18 anos ou mais, residente na área urbana do município de Mâncio Lima, Acre, no ano de 2012.

Objetivos secundários envolvem analisar como os DSS estão relacionados com os fatores associados à autopercepção de saúde “regular” ou “ruim”, caracterizar a população de estudo quanto à situação econômica, social e condições de moradia e descrever o setor da saúde do município.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal realizado entre janeiro e março de 2012, no núcleo urbano do município de Mâncio Lima, localizado no extremo oeste da região Amazônica, no Estado do Acre. O município é considerado a cidade mais ocidental do país, configurando-se como um dos municípios mais distante, em linha reta, da capital federal. (Figura 1) (ARRUDA et al., 2017; IBGE, 2013).



Para participação no estudo, foram considerados elegíveis os habitantes da área urbana do município de Mâncio Lima que residiam nos domicílios selecionados e que possuíam 18 anos ou mais de idade no momento da entrevista. Foram considerados inelegíveis as pessoas consideradas como visitantes nos domicílios selecionados, ou seja, os não residentes. A amostra de estudo foi composta por 779 pessoas, com idade de 18 anos ou mais, residentes da área urbana, correspondendo a 5,1% da população total e 8,9% da população urbana do município, cálculos realizados segundo dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (IBGE, 2013).

Para analisar a utilização dos serviços de saúde e prevalência de morbidades autorreferidas realizou-se sorteio de 20% dos domicílios pertencentes a cada bairro, totalizando 384 domicílios selecionados na área urbana. Foram usados os setores censitários para realização do sorteio proporcional dos domicílios de forma a garantir a cobertura espacial necessária e, posterior, entrevista de todos os moradores que preencheram os critérios de inclusão no estudo.

Quanto à coleta de dados, os questionários sócio-econômico-familiar e individual foram aplicados por pesquisadores de campo (acadêmicos do curso de graduação em medicina e profissionais de saúde), de janeiro a março de 2012, nos domicílios selecionados. Foram entrevistadas pessoas que preenchiam os critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Em relação ao questionário sócio-econômico-familiar, esse buscou investigar características demográficas (número de moradores no domicílio), condições de habitação e saneamento (tipo de construção da moradia, conexão do domicílio à rede de esgoto, abastecimento de água tratada, coleta de lixo, número de compartimentos usados para dormir, tipo de instalação sanitária, tipo de iluminação utilizada, posse de eletrodomésticos) e nível socioeconômico da família (renda, escolaridade dos pais, recebimento ou não de auxílio social).

Já o questionário individual buscou informações referentes às características gerais dos indivíduos participantes da pesquisa (idade, sexo, naturalidade, raça declarada, religião, escolaridade, renda, ocupação), hábitos nos últimos 12 meses, presença de morbidades, entre outros aspectos. Fazem parte desse questionário os seguintes blocos: I) Características gerais do indivíduo; II) Migrações; III) Exposição à

malária; IV) Hábitos nos últimos 12 meses; V) Morbidades; VI) Sintomas de malária; VII) Exame clínico, antropométrico e hemoglobina.

No que diz às variáveis independentes, foram levadas em consideração: sexo, idade, escolaridade, ocupação, raça declarada, renda per capita, internação anterior, presença de morbididades nos últimos 15 dias, malária alguma vez na vida, consulta médica anterior, consulta de enfermagem anterior, consulta odontológica anterior, escolaridade do chefe da família, benefício governamental ou outros e trabalho remunerado nos últimos 90 dias. A variável dependente considerada foi a autopercepção de saúde regular e ruim.

De acordo com a proposta deste estudo foram utilizados para as análises estatísticas apenas o questionário sócio-econômico-familiar e os respectivos blocos do questionário individual: I) Características gerais do entrevistado; III) Exposição a malária; V) Morbidades.

A autopercepção de saúde foi avaliada por meio da pergunta: “O que você acha da sua condição de saúde?”. As respostas possíveis foram “ruim”, “regular”, “boa” ou “excelente”. Para a realização das análises estatísticas as respostas foram agrupadas em duas categorias: “boa ou excelente” e “ruim ou regular”.

Todos os dados foram tabulados e analisados com o auxílio do programa SPSS Statistics 20. Foram realizadas análises exploratória e descritiva, assim como o teste do Qui-Quadrado para a comparação de frequências, com o nível crítico $\alpha = 0,05$.

O programa estatístico RStudio, por sua vez, foi utilizado para realização da análise de Regressão Logística Simples e Regressão Logística Múltipla, de acordo com um modelo hierarquizado. A prevalência de cada desfecho foi calculada com os respectivos intervalos de confiança.

A análise das variáveis associadas a cada desfecho foi feita inicialmente através de análise bivariada usando-se modelos de regressão logística simples, selecionando-se para os modelos múltiplos aquelas variáveis independentes que apresentarem associações com valor de p abaixo de 0,20. A etapa seguinte envolveu análise múltipla e hierarquizada, por bloco de variáveis, usando-se regressão logística. Foram consideradas como fatores associados ao desfecho as variáveis com $p < 0,05$. O intervalo de confiança (IC) de 95% foi levado em consideração nas análises.

Para os fatores associados à autopercepção de saúde, realizou-se a elaboração de um modelo conceitual hierarquizado para o desfecho “autopercepção de saúde”. O

mesmo foi baseado em Agostinho e colaboradores (AGOSTINHO et al., 2010), com adaptações e abordou aspectos demográficos (idade, sexo, etnia, escolaridade e ocupação); necessidade em saúde (morbidade nos últimos 15 dias, malária alguma vez na vida e nos últimos 12 meses, internação alguma vez na vida, consumo de álcool e/ou cigarro, consulta médica anterior, de enfermagem anterior e odontológica anterior); e aspectos familiares e socioeconômicos (renda per capita, trabalho remunerado nos últimos 90 dias, escolaridade do chefe da família, tipo de moradia, benefício governamental e composição étnica domiciliar). A associação das variáveis explicativas com o desfecho autopercepção de saúde foi avaliada no nível hierárquico correspondente. Uma significância de $\leq 0,20$ foi adotado para a permanência da variável no modelo de regressão logística múltipla e foi adotado nível de significância de 5% em todas as análises.

Quanto aos aspectos éticos, a presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética com Seres Humanos da Universidade Federal do Acre, processo nº 21457613.6.0000.5010 – 2012, estando de acordo com as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando toda a amostra, a maioria foi composta por mulheres (52,4%) e por pessoas com idade entre 18 a 29 anos de idade (36,7%), considerada de cor predominante negra, parda ou outras (75,7%) e de religião católica (65,3%). Em relação ao grau de escolaridade, 46% relataram terem frequentado a escola por 8 anos ou mais. Na Tabela 1, observa-se a descrição detalhada das características socio-econômico-familiar dos indivíduos que fizeram parte do estudo.

A maioria das pessoas referiu estar exercendo alguma atividade profissional no momento da entrevista (57,2%); já em relação a ter realizado trabalho remunerado nos últimos 90 dias, 48,1% referiram não ter tido nenhum tipo de trabalho remunerado nesse período, enquanto 51,9% relataram que sim.

Quanto à renda per capita, 45,1% recebiam menos que meio salário mínimo, 28,3% de meio a um salário mínimo e apenas 26,6% apresentaram renda per capita maior que um salário mínimo. Observa-se que a maioria dos entrevistados (66,9%) recebiam algum tipo de benefício governamental ou outros auxílios, o que reforça a

característica de que, em sua maioria, as pessoas participantes do estudo ser composta por pessoas de baixo poder aquisitivo.

Tabela 1 - População de estudo conforme características demográficas e socioeconômicas. Mâncio Lima, Acre, 2012.

| Variáveis | | N* | % |
|---|---------------------------|-----------|----------|
| Sexo | masculino | 371 | 47,6 |
| | feminino | 408 | 52,4 |
| Idade | 18 a 29 anos | 286 | 36,7 |
| | 30 a 39 anos | 166 | 21,3 |
| | 40 a 49 anos | 117 | 15,0 |
| | 50 a 59 anos | 89 | 11,4 |
| | 60 anos ou mais | 121 | 15,5 |
| Escolaridade | analfabeto | 109 | 14,2 |
| | 1 a 4 anos | 196 | 25,5 |
| | 5 a 8 anos | 110 | 14,3 |
| | > 8 anos | 353 | 46,0 |
| Religião | católico | 502 | 65,3 |
| | outras religiões | 267 | 34,7 |
| Cor declarada | branco | 143 | 18,6 |
| | negro, pardo ou outros | 581 | 75,7 |
| | indígena ou mameluco | 43 | 5,6 |
| Ocupação | com ocupação | 440 | 57,2 |
| | sem ocupação | 329 | 42,8 |
| Trabalho remunerado nos últimos 90 dias | não | 357 | 48,1 |
| | sim | 385 | 51,9 |
| Renda per capita | < ½ salário mínimo | 351 | 45,1 |
| | de < ½ a 1 salário mínimo | 220 | 28,3 |
| | > que 1 salário mínimo | 207 | 26,6 |
| Benefício governamental ou outros auxílios | não | 258 | 33,1 |
| | sim | 521 | 66,9 |

* O n pode variar devido a não respostas (*missing*)

Quanto à avaliação da autopercepção de saúde pelos participantes do estudo, mais da metade (n = 426) (55,5%) considerou seu estado de saúde como bom ou excelente, enquanto 44,5% (n = 341) o considerou como ruim ou regular, denotando uma autopercepção positiva de saúde dos entrevistados.

A seguir, realizou-se a análise bivariada entre percepção de saúde referida e as variáveis demográficas e socioeconômicas (Tabela 2). Considerando o padrão inicial de p abaixo de $<0,05$, apresentaram diferenças estatisticamente significativas as variáveis independentes sexo ($p = 0,002$), idade ($p = <0,001$), escolaridade ($p = 0,001$) e ocupação ($p = 0,001$). Não apresentaram diferenças estatisticamente significativas as variáveis religião ($p = 0,313$) e raça declarada ($p = 0,620$).

Tabela 2 - Avaliação da autopercepção de saúde, segundo aspectos demográficos e socioeconômicos. Mâncio Lima, Acre, 2012.

| Variáveis | Condição de saúde | | | | p-valor** | |
|-----------------------|------------------------|-----|------------------|-----|-----------|--------|
| | Ruim ou regular | | Boa ou excelente | | | |
| | N* | % | N* | % | | |
| Sexo | masculino | 141 | 38,8 | 222 | 61,2 | 0,002 |
| | feminino | 200 | 49,5 | 204 | 50,5 | |
| Idade | 18 a 29 anos | 91 | 32,6 | 188 | 67,4 | <0,001 |
| | 30 a 39 anos | 71 | 43,3 | 93 | 56,7 | |
| | 40 a 49 anos | 68 | 58,6 | 48 | 41,4 | |
| | 50 a 59 anos | 55 | 62,5 | 33 | 37,5 | |
| | 60 anos ou mais | 56 | 46,7 | 64 | 53,3 | |
| Escolaridade | analfabeto | 57 | 52,3 | 52 | 47,7 | 0,001 |
| | 1 a 4 anos | 108 | 55,1 | 88 | 44,9 | |
| | 5 a 8 anos | 53 | 48,2 | 57 | 51,8 | |
| | > 8 anos | 123 | 35,0 | 288 | 65,0 | |
| Religião | católico | 226 | 45,2 | 274 | 54,8 | 0,313 |
| | outras religiões | 115 | 43,1 | 152 | 56,9 | |
| Raça declarada | branco | 59 | 41,3 | 84 | 58,7 | 0,620 |
| | negro, pardo ou outros | 263 | 45,6 | 314 | 54,4 | |
| | indígena ou mameluco | 18 | 41,9 | 25 | 58,1 | |
| Ocupação | com ocupação | 173 | 39,4 | 266 | 60,6 | 0,001 |
| | sem ocupação | 168 | 51,2 | 160 | 48,8 | |

* O n pode variar devido a não respostas (*missing*)

** Teste de Qui-Quadrado de Pearson

Ao verificar a associação do desfecho autopercepção de saúde segundo necessidades em saúde (Tabela 3), foi demonstrado que boa parte das variáveis independentes estudadas apresentaram *valor p* abaixo de 0,05: internação anterior ($p = 0,012$), presença de morbidades nos últimos 15 dias ($p = <0,001$), consulta médica anterior ($p = 0,035$), consulta de enfermagem anterior ($p = <0,001$), malária alguma vez na vida ($p = 0,017$), malária nos últimos 12 meses ($p = 0,010$), consumo de álcool ($p = 0,010$) e consumo de cigarro ($p = 0,010$). Não apresentou associação estatisticamente significativa apenas a variável consulta odontológica anterior ($p = 0,430$).

Tabela 3 - Autopercepção de saúde, segundo necessidades em saúde. Mâncio Lima, Acre, 2012.

| Variáveis | | Condição de saúde | | | | p-valor* |
|---|-----------------|-------------------|------|------------------|------|----------|
| | | Ruim ou regular | | Boa Ou excelente | | |
| | | N* | % | N* | % | |
| Internação anterior | não | 93 | 38,4 | 149 | 61,6 | 0,012 |
| | sim | 248 | 47,4 | 275 | 52,6 | |
| Presença de morbidades nos últimos 15 dias | não | 209 | 70,1 | 88 | 29,9 | <0,001 |
| | sim | 220 | 46,5 | 253 | 53,5 | |
| Consulta médica anterior | não | 7 | 25,9 | 20 | 74,1 | <0,035 |
| | sim | 334 | 45,2 | 405 | 54,8 | |
| Consulta de enfermagem anterior | não | 116 | 36,9 | 198 | 63,1 | <0,001 |
| | sim | 225 | 49,7 | 228 | 50,3 | |
| Consulta odontológica anterior | não | 35 | 46,1 | 41 | 53,9 | 0,430 |
| | sim | 306 | 44,3 | 385 | 55,7 | |
| Malária alguma vez na vida | não | 29 | 33,3 | 58 | 66,7 | 0,017 |
| | sim | 312 | 45,9 | 368 | 54,1 | |
| Malária nos últimos 12 meses | não | 231 | 41,8 | 322 | 58,2 | 0,010 |
| | sim | 110 | 51,4 | 104 | 48,6 | |
| Consumo de álcool | não | 176 | 49,0 | 183 | 51,0 | 0,010 |
| | sim ou consumia | 165 | 40,4 | 243 | 59,6 | |

| | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------|-----|------|-----|------|-------|
| Consumo de cigarro (fumante) | não | 176 | 49,0 | 183 | 51,0 | 0,010 |
| | sim ou já foi | 165 | 40,4 | 243 | 59,6 | |

* O n pode variar devido a não respostas (*missing*)

** Teste de Qui-Quadrado de Pearson

Na Tabela 4 estão apresentados os dados referentes aos aspectos familiares e socioeconômicos, onde escolaridade do chefe da família ($p = <0,001$), renda per capita ($p = <0,001$), trabalho remunerado nos últimos 90 dias ($p = 0,010$) e recebimento de benefícios governamentais ou outros auxílios ($p = <0,001$) estiveram associadas ao desfecho.

Tabela 4 - Avaliação da autopercepção de saúde, segundo aspectos familiares e socioeconômicos

| Variáveis | | Condição de saúde | | | | p-valor** |
|---|------------------------------------|-------------------|------|------------------|------|-----------|
| | | Ruim ou regular | | Boa ou excelente | | |
| | | N* | % | N* | % | |
| Escolaridade do chefe da família | até 4 anos | 143 | 54,6 | 119 | 45,4 | <0,001 |
| | 5 a 8 anos | 53 | 44,9 | 65 | 55,1 | |
| | 9 a 11 anos | 73 | 38,2 | 118 | 61,8 | |
| | > 11 anos | 23 | 28,0 | 59 | 72,0 | |
| Renda per capita | < ½ SM | 174 | 50,6 | 170 | 49,4 | <0,001 |
| | De ½ a 1 SM | 91 | 42,3 | 124 | 57,7 | |
| | > que 1 SM | 75 | 36,2 | 132 | 63,8 | |
| Tipo de moradia | alvenaria ou maior parte alvenaria | 130 | 36,2 | 229 | 63,8 | 0,160 |
| | madeira ou outros | 365 | 39,4 | 561 | 60,6 | |
| Composição étnica do domicílio - brancos e não brancos | não | 59 | 41,3 | 84 | 58,7 | 0,224 |
| | sim | 282 | 45,2 | 342 | 54,8 | |
| Trabalho remunerado nos últimos 90 dias | não | 174 | 49,0 | 181 | 51,0 | 0,010 |
| | sim | 155 | 40,3 | 230 | 59,7 | |

| | | | | | | |
|---|-----|-----|------|-----|------|--------|
| Benefício governamental ou outros auxílios | não | 89 | 35,2 | 164 | 64,8 | <0,001 |
| | sim | 252 | 49,0 | 262 | 51,0 | |

* O n pode variar devido a não respostas (*missing*) ** Teste de Qui-Quadrado de Pearson

De posse das variáveis que apresentaram significância estatística quando entrecruzadas com a autopercepção de saúde, foram construídos e testados em Regressão Logística Simples modelos por blocos de variáveis (Tabela 5).

Tabela 5 - Fatores associados a autopercepção de saúde regular ou ruim, obtidos por análise bivariada, segundo bloco de variáveis.

| Variáveis | OR bruta | (IC 95%) | p-valor** |
|--|----------|-------------|-----------|
| Bloco 1 – Aspectos demográficos e socioeconômicos | | | |
| <i>Sexo</i> | | | |
| Masculino | 1 | | |
| Feminino | 1,54 | 1,15 - 2,05 | 0,003 |
| <i>Idade</i> | | | |
| 18 a 29 anos | 1 | | |
| 30 a 39 anos | 1,59 | 1,07- 2,36 | 0,023 |
| 40 a 49 anos | 2,94 | 1,88 - 4,6 | < 0,001 |
| 50 a 59 anos | 3,46 | 2,1 – 5,7 | < 0,001 |
| 60 anos ou mais | 1,82 | 1,17 -2,81 | 0,007 |
| <i>Escolaridade</i> | | | |
| Analfabeto | 1 | | |
| 5 a 8 anos | 0,44 | 0,31- 0,63 | < 0,001 |
| <i>Raça</i> | | | |
| Branco | 1 | | |
| Negro, pardo ou outros | 1,19 | 0,82 -1,72 | 0,361 |
| Indígena ou mameluco | 1,03 | 0,51 - 2,05 | 0,944 |
| <i>Ocupação</i> | | | |
| Com ocupação | 1 | | |
| Sem ocupação | 1,62 | 1,21- 2,16 | < 0,001 |
| Bloco 2 – Necessidades em saúde | | | |
| <i>Presença de morbidades nos últimos 15 dias</i> | | | |
| Não | 1 | | |

| | | | |
|---|------|-------------|---------|
| Sim | 2,68 | 1,97- 3,65 | < 0,001 |
| <i>Malária alguma vez na vida</i> | | | |
| Não | 1 | | |
| Sim | 1,69 | 1,06- 2,71 | 0,029 |
| <i>Internação anterior</i> | | | |
| Não | 1 | | |
| Sim | 1,45 | 1,07- 1,98 | 0,018 |
| <i>Consumo de álcool</i> | | | |
| Não | 1 | | |
| Sim ou consumia | 0,71 | 0,53- 0,94 | 0,019 |
| <i>Consulta médica anterior</i> | | | |
| Não | 1 | | |
| Sim | 2,35 | 0,98- 5,63 | 0,055 |
| <i>Consulta de enfermagem anterior</i> | | | |
| Não | 1 | | |
| Sim | 1,68 | 1,25- 2,25 | < 0,001 |
| <i>Consulta de odontológica anterior</i> | | | |
| Não | 1 | | |
| Sim | 0,93 | 0,58 - 1,49 | 0,76 |

Bloco 3 - Aspectos familiares e socioeconômicos

| | | | |
|---|------|-------------|---------|
| <i>Renda per capita</i> | | | |
| < 1/2 salário mínimo | 1 | | |
| 1/2 a 1 salário mínimo | 0,72 | 0,51- 1,02 | 0,062 |
| > 1 salário mínimo | 0,56 | 0,39- 0,8 | 0,001 |
| <i>Trabalho remunerado (últimos 90 dias)</i> | | | |
| Não | 1 | | |
| Sim | 0,7 | 0,52 - 0,94 | 0,017 |
| <i>Escolaridade do chefe da família</i> | | | |
| Até 4 anos de estudo | 1 | | |
| 5 a 8 anos | 0,68 | 0,44- 1,05 | 0,082 |
| 9 a 11 anos | 0,51 | 0,35 - 0,75 | < 0,001 |
| > 11 anos | 0,32 | 0,19 - 0,56 | < 0,001 |
| <i>Benefício governamental (bolsa família)</i> | | | |

| | | | |
|-----|------|------------|---------|
| Não | 1 | | |
| Sim | 1,77 | 1,29- 2,41 | < 0,001 |

Nota: ** Teste de Wald

Após realização da análise múltipla hierarquizada (Tabela 6), pôde-se observar os seguintes fatores associados à autopercepção de saúde regular ou ruim: idade, escolaridade, sexo, presença de morbidades nos últimos 15 dias, malária nos últimos 12 meses, benefício governamental (bolsa família) e renda *per capita*.

Evidenciou-se relação quase que linear entre idade e autopercepção de saúde, demonstrando que quanto maior a idade, maior foi a chance de considerar o estado de saúde como regular ou ruim. As pessoas com 50 a 59 anos apresentaram uma chance quatro vezes maior de considerarem seu estado de saúde como regular ou ruim quando comparados àquelas com 18 a 29 anos. Os maiores de 60 anos, porém, apresentaram menor chance de considerarem seu estado de saúde como regular ou ruim, quando comparadas àquelas com faixa etária entre 40 a 49 anos e 50 a 59 anos.

Pessoas com maior escolaridade apresentaram uma menor chance de considerarem sua saúde como regular ou ruim, em comparação às consideradas com até 8 anos de estudo (IC95%: 0,39-0,68). Pessoas com renda *per capita* maior que 1 salário mínimo também apresentam menor chance de considerarem seu estado de saúde como regular ou ruim, quando comparadas às pessoas com renda igual ou menor que 1 salário mínimo (IC95%:0,46-0,88). Ao contrário, pessoas que recebiam benefício governamental bolsa família tiveram maior chance de considerarem seu estado de saúde como regular ou ruim, em comparação às que não tinham direito a esse benefício (IC95%: 1,13-2,28).

Em relação ao sexo, pessoas do sexo feminino apresentaram maior chance de considerarem seu estado de saúde como regular ou ruim, em comparação às pessoas do sexo masculino (IC95%:1,16-2,18). Da mesma forma, presença de morbidades nos últimos 15 dias (IC95%: 1,86-3,56) e ter dito malária nos últimos 12 meses (IC95%: 1,16-2,33) aumentou a chance em cerca de duas vezes, na maioria dos casos, de os participantes considerarem seu estado de saúde como regular ou ruim.

Tabela 6 - Fatores associados a autopercepção de saúde regular ou ruim, obtidos por análise múltipla hierarquizada

| Variáveis | OR bruta | (IC 95%) | OR ajustada | IC (95%) | p-valor** |
|-----------|-------------|----------|----------------|----------|-----------|
|-----------|-------------|----------|----------------|----------|-----------|

| | | | | | |
|---|------|---------------|------|---------------|--------|
| Idade | | | | | |
| 18 a 29 anos | 1 | - | - | - | - |
| 30 a 39 anos | 1,59 | (1,07 – 2,26) | 1,52 | (1 – 2,32) | 0,052 |
| 40 a 49 anos | 2,94 | (1,88 – 4,6) | 3,05 | (1,89 – 4,9) | <0,001 |
| 50 a 59 anos | 3,4 | (2,06 – 5,6) | 4,4 | (2,55 – 7,6) | <0,001 |
| 60 anos ou mais | 1,82 | (1,17 – 2,81) | 2,54 | (1,58 – 4,08) | <0,001 |
| Escolaridade | | | | | |
| Até 8 anos estudo | 1 | - | 1 | - | - |
| > Que 8 anos de estudo | 0,65 | (0,51 – 0,84) | 0,52 | (0,39 – 0,68) | <0,001 |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 1 | - | 1 | - | - |
| Feminino | 1,53 | (1,15 – 2,04) | 1,58 | (1,16 – 2,16) | 0,004 |
| Presença de morbidades nos últimos 15 dias | | | | | |
| Não | 1 | - | 1 | - | - |
| Sim | 2,67 | (1,96 – 3,63) | 2,58 | (1,86 – 3,56) | <0,001 |
| Malária nos últimos 12 meses | | | | | |
| Não | 1 | - | 1 | - | - |
| Sim | 1,49 | (1,08 – 2,04) | 1,64 | (1,16 – 2,33) | 0,006 |
| Benefício governamental (bolsa família) | | | | | |
| Não | 1 | - | 1 | - | - |
| Sim | 1,74 | (1,3 – 2,34) | 1,6 | (1,13 – 2,28) | 0,009 |
| Renda per capita | | | | | |
| Igual ou menor que 1 salário mínimo | 1 | - | 1 | - | - |
| > 1 salário mínimo | 0,63 | (0,46 – 0,88) | 0,66 | (0,44 – 0,97) | 0,035 |

Nota: ** Teste de Wald

A população do estudo foi caracterizada por uma leve predominância de pessoas do sexo feminino, de faixa etária de 18 a 29 anos, tempo de estudo superior a oito anos, de religião católica e raça autodeclarada negro, parda ou outros. Em relação aos aspectos econômicos, a maior parte dos participantes declararam possuírem alguma ocupação (57,2%) e renda per capita menor que meio salário mínimo (45,1%).

A predominância de pessoas do sexo feminino (52,4%) também foi observada por Pavão et al., (2013), em que 57,7% da sua população se autodeclarou ser do sexo

feminino. Outra pesquisa realizada em 2019 obteve resultado semelhante (ARRUDA et al., 2017).

No que diz respeito à faixa etária, a predominância de pessoas da faixa etária considerada jovem diferiu ao apresentado pelas características nacionais. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios Contínua – PNAD, a população brasileira tem mostrado uma tendência de queda da proporção de pessoas abaixo dos 30 anos de idade e consequente aumento do número de indivíduos com maior faixa etária no Brasil. Porém, ao mesmo tempo, foi verificado que, segundo avaliação regional, a Região Norte e Nordeste, no ano de 2018, apresentaram as maiores concentrações de pessoas nos grupos de idade mais jovens, justificando o identificado na presente pesquisa (IBGE, 2015).

Em relação à raça autodeclarada, em que houve maior proporção de pessoas negras, pardas ou outros (75,7%), em estudo realizado na capital do Estado do Acre, indivíduos considerados negros ou pardos equivaleram a 84,2% dos participantes. Ocorreu mesmo padrão em relação à raça autodeclarada em pesquisa realizada à nível nacional, no ano de 2018, em que houve aumento do número de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, em oposição a redução do número de pessoas que se autodeclararam brancas. Possível justificativa para tal fenômeno pode estar relacionada à mudança cultural, a partir de questões políticas de afirmação e ao fenômeno de miscigenação originários das características da população brasileira, somado ao fato de que são os próprios entrevistados que definem a sua raça (BEZERRA et al., 2011; IBGE, 2015). Por outro lado, Arruda e colaboradores (ARRUDA et al., 2015) verificaram, em estudo realizado em estado da Região Sul do país, predominância de pessoas que se autodeclararam brancas (75,4%).

Diversos estudos têm demonstrado que a avaliação da autopercepção de saúde permite verificar parâmetros de saúde diferentes daqueles identificados pelas condições físicas dos indivíduos, sendo capaz de medir algo diferente do que é identificado por avaliações médicas, consideradas avaliações objetivas da saúde (SUCHMAN et al., 1958; TAMAYO-FONSECA et al., 2013).

No que diz respeito à prevalência de autopercepção de saúde, dos indivíduos entrevistados, uma menor proporção considerou seu estado de saúde como regular ou ruim, corroborando com os resultados encontrados por outros estudos nacionais e internacionais, considerando as diferenças metodológicas empregadas entre as pesquisas

(ARRUDA et al., 2015; MORAES et al., 2011; MOREIRA et al., 2014; PORTO et al., 2016; POUBEL et al., 2017; TAMAYO-FONSECA et al., 2013; TRAEBERT et al., 2011; ZAVRAS et al., 2013).

Apesar da menor proporção de participantes desse estudo terem referindo seu estado de saúde como regular ou ruim, tal dado ainda se mostra como importante fator a ser analisado, já que foi demonstrada a associação entre autopercepção negativa de saúde e presença de morbidade e mortalidade em populações (LATHAM; PEEK, 2013; LESKINEN et al., 2012; MOSSEY; SHAPIRO, 1982; TAMAYO-FONSECA et al., 2013).

A avaliação da autopercepção de saúde regular ou ruim apresentou-se associada ao sexo, idade, escolaridade, presença de morbidades nos últimos 15 dias, malária nos últimos 12 meses, benefício governamental (bolsa família) e renda *per capita*.

No que diz respeito aos Determinantes Sociais da Saúde, é possível traçar um paralelo entre estes e os fatores associados à autopercepção de saúde, notando-se que um está fortemente ligado ao outro. Foi demonstrado por outros estudos que fatores econômicos, o contexto sociocultural e ambiental nos quais os indivíduos estão inseridos influenciam, de certo modo, em como cada indivíduo é capaz de perceber seu estado de saúde (AGOSTINHO et al., 2010; MOREIRA et al., 2015; SILVA et al., 2012).

A associação entre ser do sexo feminino e autopercepção de saúde regular ou ruim obtida nesse estudo também pôde ser observado por Silva et al., (2012) e Lindemann et al., (2019). Possível hipótese para essa associação pode dar-se pelo fato de mulheres realizarem mais consultas médicas e exames de rotina quanto comparadas aos homens, o que pode, de certa forma, aumentar a chance de diagnósticos precoces de doenças; pelo fato de mulheres possuírem maior expectativa de vida; serem mais propensas a maior número de morbidades e pelo fato de serem mais atentas às alterações fisiológicas decorrentes de alterações no seu estado de saúde. Todos esses fatores podem favorecer a descoberta de agravos de saúde, fazendo com que mais mulheres considerem seu estado de saúde de maneira negativa, em comparação aos homens (IBGE, 2015).

Outro fator considerado como sendo do nível individual diz respeito à idade: indivíduos com 50 a 59 anos apresentaram uma maior chance de considerarem seu estado de saúde regular ou ruim, quando comparados às pessoas mais jovens. Outros

estudos apresentaram o mesmo efeito linear entre aumento da idade e aumento da chance de considerar o estado de saúde como regular ou ruim, o que pode ser justificado pelo fato de que com o aumento da idade, mudanças físicas relacionados ao processo de envelhecimento parecem afetar de forma negativa a forma como é percebido o estado de saúde pelos idosos (BEZERRA et al., 2011; REICHERT et al., 2012; SILVA et al., 2014).

Em relação à escolaridade foi identificado que pessoas que possuíam mais que oito anos de estudo tiveram menor chance de considerarem seu estado de saúde como regular ou ruim, achado que corrobora com outro estudo (CONFORTIN et al., 2015). Dentre os motivos possíveis, sabe-se que pessoas que possuem maiores níveis de escolaridade têm mais facilidade ao acesso a informações, o que acarreta em maior conscientização em relação à adoção de hábitos de alimentação mais saudável, prática de atividade física, realização de acompanhamento de saúde preventivos, entre outros.

No que diz respeito aos fatores econômicos envolvidos na autopercepção regular ou ruim, a renda per capita, que corresponde ao último nível do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde, tem sido apontada como importante influenciador em como as pessoas consideram seu estado de saúde. As pessoas que possuíam menor renda, tiveram uma maior chance de perceberem seu estado de saúde como regular ou ruim. Esse achado é similar ao apresentado em outro estudo (CONFORTIN et al., 2015).

O recebimento do benefício governamental Bolsa Família, programa do Governo Federal que tem como um de seus objetivos contribuir para a inclusão social de famílias brasileiras consideradas em situação de pobreza, da mesma forma, mostrou-se associado à autopercepção de saúde regular ou ruim das pessoas participantes deste estudo, demonstrando, mais uma vez, como os fatores econômicos são fortes influenciadores na forma como as pessoas enxergam seu estado de saúde (ROCHA, 2011).

Nota-se que, os resultados apresentados apoiam a ideia de que fatores demográficos, sociais e econômicos constituem em importantes determinantes no que diz respeito à avaliação da autopercepção de saúde, uma vez que exposições desfavoráveis de vida, como condição socioeconômica e nível de escolaridade baixa, são capazes de influenciar negativamente em como o estado de saúde é percebido pelas pessoas.

Quanto à associação entre autopercepção de saúde regular ou ruim e presença de morbidades nos últimos 15 dias e malária nos últimos 12 meses, Arruda e colaboradores (ARRUDA et al., 2015) obtiveram resultados semelhantes em seu estudo, onde avaliaram a associação entre autopercepção de saúde e doenças cardiovasculares em adultos, onde foi identificada associação entre presença de doenças cardíacas e autopercepção negativa de saúde.

Diante do exposto, nota-se que os resultados deste estudo fortalecem o entendimento de que a avaliação da autopercepção de saúde consiste em método sensível, confiável e útil para o estudo do estado de saúde de populações. De forma que, a partir desse indicador, é possível verificar os fatores que interferem em como a autopercepção de saúde pode ser influenciado por características individuais e por características relacionadas ao meio em que as pessoas vivem.

Em relação às limitações encontradas, que devem ser consideradas na interpretação dos resultados, pode-se apontar, primeiro, o desenho de estudo ter sido transversal, possuindo como barreira o fato de não ser possível o estabelecimento da identificação da direção das relações causais, além de não ser possível a realização de análise de temporalidade entre exposição e desfecho; e, por último, o tempo transcorrido da coleta de dados até a realização da análise apresentada.

Vale ressaltar, porém, que um dos pontos fortes do estudo diz respeito ao local e à população participante. O município de Mâncio Lima consiste em um dos municípios mais longínquos do Brasil, localizado na Amazônia Legal brasileira, longe dos grandes centros, onde poucos pesquisadores possuem disponibilidade ou apoio para realização de pesquisas, justificando a continuidade das análises mesmo após transcorridos alguns anos desde a coleta de dados. Outro ponto de grande importância, foi a abordagem inédita deste estudo, que buscou entender como os DSS interferem na autopercepção de saúde dos indivíduos mânico-limenses.

CONCLUSÃO

A autopercepção de saúde menos prevalente no município de Mâncio Lima foi regular ou ruim, estando associado de maneira positiva ao desfecho: ser do sexo feminino, ter idade superior a 60 anos, ter renda per capita menor que um salário mínimo, receber benefício governamental bolsa família e apresentar alguma morbidade nos últimos 15 dias. Apresentaram-se como fator protetor, em relação ao desfecho, as

variáveis escolaridade acima de 8 anos de estudo e renda per capita maior que um salário mínimo.

Diante do exposto, foi possível verificar que fatores ligados à saúde, fatores econômicos e sociais mostraram-se relevantes em como as pessoas enxergaram seu estado de saúde, tornando possível a visão de que se mitigadas as desigualdades relacionadas aos fatores socioeconômicos, sociais e de qualidade de vida dos indivíduos é possível que ocorra avanços positivos na autopercepção de saúde.

É importante destacar que, o ineditismo do presente estudo possibilitou o conhecimento do estado de saúde autorreferido de um parcela da população brasileira muito particular, no que diz respeito ao seu estilo de vida e seus fatores externos, dados que poderão subsidiar a orientação e reorientação das políticas públicas voltadas para a diminuição das desigualdades relacionadas à saúde e direcionar melhorias nas ações de promoção e prevenção em saúde.

Igualmente, a implementação de melhorias voltadas às políticas de educação, como incentivo e aumento ao acesso à educação de nível superior, pode ser considerada estratégia importante para o avanço em relação ao aumento da qualificação e consequente aumento de oportunidades de trabalho e renda da população de Mâncio Lima.

Portanto, sugere-se, a partir desse estudo, a realização de pesquisas voltadas exclusivamente para o estudo da autopercepção de saúde dessa população e a utilização da abordagem qualitativa, com o objetivo de verificar outros aspectos relacionados ao tema: pontos não permitidos pelo tipo de delineamento utilizado no momento.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. R.; OLIVEIRA, M. C.; PINTO, M. E. B.; BALARDIN, G. U.; HARZHEIM, E. Autopercepção da saúde entre usuários da atenção primária em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 5, n. 17, p. 9–15, 2010.

ARRUDA, G. O.; SANTOS, A. L.; TESTON, E. F.; CECILIO, H. P. M.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Association between self-reported health and sociodemographic characteristics with cardiovascular diseases in adults. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 61–68, 2015.

ARRUDA, R. A.; ARAUJO, F. M.; NOGUEIRA, R. S. R.; SILVA, A. F.; CAYOTOPA, A. D. E.; ANDRADE, B. W. B.; BASTOS, P. R. J.; SANTOS, A. C. S.; PACHECO, J. V. C.; FILGUEIRA-JÚNIOR, J. A.; RAMALHO, A. A.; ARRUDA, E. F.; MANTOVANI, S. A. S.; PEREIRA, T. M.; DELFINO, B. M.; CAVASINI, C. E.; MALAFRONTA, R. S.; REIS, I. C.; HONÓRIO, N. A.; CODEÇO, C. T.; NUNES, M. S. Determinantes ambientais e não-ambientais da transmissão do plasmódio na

paisagem urbana amazônica e suas consequências clínicas: estudo de base populacional em Mâncio Lima, Acre. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 28, n. 01, p. 12–22, 2017.

BEZERRA, P. C. L.; OPITZ, S. P.; KOIFMAN, R. J.; MUNIZ, P. T. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 12, p. 2441–2451, 2011.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

CONFORTIN, S. C.; GIEHL, M. W. C.; ANTES, D. L.; SCHNEIDER, I. J. C.; D'ORSI, E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 1049–1060, 2015.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Brasil/Acre/Mâncio Lima. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/mancio-lima/panoramal>. Acesso em: 20 fev. 2019.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD. [S. l.], 2015. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9127-pesquisa-nacional-por%20amostra-de-domicilios.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 16 fev. 2021.

JYLHÄ, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. **Social Science & Medicine**, v. 69, n. 3, p. 307–316, 2009.

LATHAM, K.; PEEK, C. W. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. **The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 68, n. 1, p. 107–116, 2013.

LESKINEN, R.; ANTIKAINEN, R. A.; PELTONEN, M.; SIPPOLA, R.; JOUSILAHTI, P.; LAATIKAINEN, T. Determinants of changes in self-rated health among Finnish war veterans: Results from the Veteran Project 1992 and 2004 surveys. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 55, n. 2, p. 343–348, 2012.

LINDEMANN, I. L.; REIS, N. R.; MINTEM, G. C.; MENDOZA-SASSI, R. A. Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 45–52, 2019.

MORAES, J. R. DE; MOREIRA, J. P. DE L.; LUIZ, R. R. Associação entre o estado de saúde autorreferido de adultos e a área de localização do domicílio: uma análise de regressão logística ordinal usando a PNAD 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3769–3780, 2011.

MOREIRA, J. P. L.; OLIVEIRA, B. L. C. A.; MUZI, C. D.; CUNHA, C. L. F.; BRITO, A. S.; LUIZ, R. R. A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 8, p. 1698–1708, 2015.

MOREIRA, T. M. M.; SANTIAGO, J. C. DOS S.; ALENCAR, G. P. Self-perceived health and clinical characteristics in young adult students from the Brazilian northeast. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 794–803, 2014.

MOSSEY, J. M.; SHAPIRO, E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. **American Journal of Public Health**, v. 72, n. 8, p. 800–808, 1982.

PORTO, D. B.; ARRUDA, G. A.; ALTIMARI, L. R.; JÚNIOR, C. G. C. Autopercepção de saúde em trabalhadores de um Hospital Universitário e sua associação com indicadores de adiposidade, pressão arterial e prática de atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1113–1122, 2016.

POUBEL, P. B.; LEMOS, E. L. C.; ARAÚJO, F. C.; LEITE, G. G.; FREITAS, I. S.; SILVA, R. M. A.; BORRALHO, T. G.; PIRES, C. A. A. Autopercepção de saúde e aspectos clínico-funcionais dos idosos

atendidos em uma unidade básica de saúde no norte do Brasil. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 1, p. 71–78, 2017.

REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3353–3362, 2012.

ROCHA, S. O programa Bolsa Família: evolução e efeitos sobre a pobreza. **Economia e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 113–139, 2011.

SCHNITTKER, J.; BACAK, V. The Increasing Predictive Validity of Self-Rated Health. **PLOS ONE**, v. 9, n. 1, p. e84933, 2014.

SILVA, I. T.; JUNIOR, E. P. P.; VILELA, A. B. A. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 275–287, 2014.

SILVA, R. J. DOS S.; SMITH-MENEZES, A.; TRIBESS, S.; RÓMO-PEREZ, V.; JÚNIOR, J. S. V. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 1, p. 49–62, 2012.

SUCHMAN, E. A.; STREIB, G. F.; PHILLIPS, B. S. An analysis of the validity of health questionnaires. **Social Forces**, v. 36, n. 3, p. 223–232, 1958.

TAMAYO-FONSECA, N.; QUESADA, J. A.; NOLASCO, A.; MELCHOR, I.; MONCHO, J.; PEREYRA-ZAMORA, P.; LÓPEZ, R.; CALABUIG, J.; BARBER, X. Self-rated health and mortality: a follow-up study of a Spanish population. **Public Health**, v. 127, n. 12, p. 1097–1104, 2013.

TRAEBERT, J.; BORTOLUZZI, M. C.; KEHRIG, R. T. Auto-percepção das condições de saúde da população adulta, Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 789–793, 2011.

WU, S.; WANG, R.; ZHAO, Y.; MA, X.; WU, M.; YAN, X.; HE, J. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, p. 320–329, 2013.

ZAVRAS, D.; TSIANTOU, V.; PAVI, E.; MYLONA, K.; KYRIOPOULOS, J. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. **European Journal of Public Health**, v. 23, n. 2, p. 206–210, 2013.