

# Autoavaliação negativa do estado de saúde entre adultos no Brasil

## Negative self-assessment of health status among adults in Brazil

## Autoevaluación negativa del estado de salud entre adultos en Brasil

Flávia Carvalho Rocha<sup>1</sup>, Cátia Suely Palmeira<sup>2</sup>, Tássia Teles Santana de Macêdo<sup>3</sup>, Claudete Dantas da Silva Varela<sup>4</sup>

**Como citar:** Rocha FC, Palmeira CS, Macêdo TTS, Varela CDS. Autoavaliação negativa do estado de saúde entre adultos no Brasil. 2023; 12(1): 112-23. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n1.p112a123>

# REVISA

1. Escola Bahiana de Medicina de Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5977-2863>
2. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6328-8118>
3. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-2423-9844>
4. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-6665-7281>

Recebido: 23/10/2022  
Aprovado: 29/12/2022

### RESUMO

**Objetivo:** Descrever a autoavaliação negativa do estado de saúde entre adultos no Brasil no período de 2011 a 2020. **Método:** Estudo ecológico descritivo de série temporal realizado com dados secundários oriundos da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). As variáveis consideradas foram: ano, região de residência, capitais, sexo, idade e escolaridade. **Resultados:** No período ocorreu uma redução das taxas de adultos brasileiros com autoavaliação negativa do estado de saúde. A região Norte apresentou o maior percentual de autoavaliação negativa de saúde (3,9%). A frequência de autoavaliação negativa do estado de saúde foi maior nas mulheres (4,9%), entre as pessoas na faixa etária de 65 anos ou mais e em adultos com menor escolaridade (7,5%). **Conclusão:** As mulheres, adultos com mais idade e com menor grau de escolaridade tem uma maior autoavaliação negativa de saúde.

**Descritores:** Autoavaliação; Avaliação em Saúde; Saúde do Adulto; Epidemiologia Descritiva.

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the negative self-assessment of health status among adults in Brazil from 2011 to 2020. **Method:** Descriptive ecological study of time series conducted with secondary data from the Surveillance of Risk and Protection Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey (VIGITEL). The variables considered were: year, region of residence, capital, sex, age, and education. **Results:** In the period there was a reduction in the rates of Brazilian adults with negative self-assessment of health status. The North region presented the highest percentage of negative self-rated health (3.9%). The frequency of negative self-assessment of health status was higher in women (4.9%), among people aged 65 years or more and in adults with lower education (7.5%). **Conclusion:** Women, adults with older age and lower level of education have a higher negative self-rated health.

**Descriptors:** Self-Assessment; Health Evaluation; Adult Health; Epidemiology, Descriptive.

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir la autoevaluación negativa del estado de salud entre adultos en Brasil de 2011 a 2020. **Método:** Estudio descriptivo de serie temporal ecológica realizado con datos secundarios de la Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección para Enfermedades Crónicas por Encuesta Telefónica (VIGITEL). Las variables consideradas fueron: año, región de residencia, capitales, sexo, edad y escolaridad. **Resultados:** Durante el período, hubo una reducción en las tasas de adultos brasileños con estado de salud autopercibido negativo. La región Norte presentó el mayor porcentaje de salud autoevaluada negativa (3,9%). La frecuencia de autoevaluación negativa del estado de salud fue mayor entre las mujeres (4,9%), entre las personas de 65 años o más y entre los adultos con menor escolaridad (7,5%). **Conclusión:** Las mujeres, los adultos mayores y los adultos con menor nivel educativo tienen una mayor autopercepción negativa de salud.

**Descritores:** Autoevaluación; Evaluación en Salud; Salud del Adulto; Epidemiología

ORIGINAL

## Introdução

A autoavaliação de saúde (AAS), conhecida como a perspectiva que o indivíduo tem sobre o próprio estado, seja ele positivo ou negativo,<sup>1</sup> vem sendo frequentemente empregada em grandes pesquisas populacionais.<sup>2-3</sup> Diferente da avaliação clínica, onde os resultados são obtidos através de exames e da análise profissional, a autoavaliação julga, em um único contexto, componentes físicos e psicossociais. A percepção do sujeito em se sentir bem ou não vai além dos desconfortos físicos, podendo abranger as consequências advindas de alguma enfermidade e a satisfação com a própria vida.<sup>1</sup>

Essa perspectiva subjetiva da autopercepção da saúde revela propriedades que extrapolam o sentido de saúde no contexto literário, que é visto como estado sadio e ausência de doença, pois é julgada sob uma ótica multidimensional do indivíduo e seus diferentes entendimentos sobre saúde, diante do contexto cultural e psicossocial existente.<sup>1,4</sup>

Outro aspecto fundamental é que a AAS exerce também o potencial de capturar julgamentos do indivíduo sobre a gravidade de seus próprios problemas de saúde, pois incluem a forma como eles experimentam dor, doenças, sensações corporais, paralelamente ao apoio e interferências familiares, refletindo na trajetória do estado de saúde.<sup>5</sup> A percepção ruim da própria saúde pode ocorrer mesmo sem a identificação de quaisquer doenças, sendo revelado então que circunstâncias psicossociais, ou seja, a relação entre sentimentos, sensações e relação social são capazes de afetar a percepção negativa do sujeito sobre próprio estado de saúde mesmo na ausência de um diagnóstico médico.<sup>1</sup>

Características que influenciam na AAS são fatores diversificados que se encaixam em diferentes domínios, dentre eles: presença de morbidade, características sociodemográficas (renda, sexo, idade e grau de instrução),<sup>3</sup> sensações sobre bem-estar, conforto e eventos psicossociais também influenciam na compreensão do entrevistado sobre seu estado de saúde.<sup>6</sup> Entretanto, apesar do reconhecimento da AAS como importante preditor para avaliar diagnóstico, funcionalidade e morbimortalidades,<sup>7</sup> ainda se observa a falta de especificidade quanto aos problemas de saúde que estariam sendo avaliados.<sup>8</sup>

Um ponto que cabe ser destacado é que a percepção individual da saúde frequentemente concorda com a avaliação feita pelo médico. Nesta perspectiva esse indicador representa um importante fator no prognóstico de problemas de saúde que só seriam descobertos tardiamente.<sup>1,9</sup> Dados apontam que componentes físicos influenciam mais a autoavaliação que componentes mentais. Por esse motivo, torna-se tão importante a necessidade de que serviços de saúde que contemplem toda a população da área geográfica de onde estão localizados, estabelecem diferenças entre as morbidades e suas patologias e aplicam o modelo biopsicossocial, sem deixar o paciente desamparado em nenhum ponto.<sup>9</sup>

Além disso, a AAS já é considerada um indicador de morbidade e mortalidade reconhecido e bastante utilizado em estudos recentes, principalmente em grandes inquéritos populacionais ao que se refere à saúde.<sup>4,10</sup> Além de representar uma medida de fácil aplicação para avaliar associação com algumas condições clínicas, tem se mostrado um importante

preditor de doenças crônicas e mortalidade.<sup>1,4</sup> No nível de mortalidade, já existem comprovação entre a associação da autoavaliação de saúde ruim e aumento do risco de morte prematura.<sup>10</sup>

A AAS tem sido examinada em diferentes contextos sociais e culturais. No Brasil, alguns estudos transversais e longitudinais relevantes de base populacional que analisaram a saúde autoavaliada<sup>5</sup>. Com finalidade de descrever os fatores envolvidos na autopercepção dos indivíduos quanto a saúde, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003) e a Pesquisa Mundial de Saúde (2003) consideraram que há associação entre a autopercepção e fatores sociodemográficos.<sup>11-12</sup>

Considerando a necessidade de monitorar a frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo desde 2006 em todas as 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, um estudo denominado de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que inclui na avaliação da distribuição dos determinantes das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), a autoavaliação do estado de saúde.<sup>13</sup>

A pergunta objetiva sobre a condição de saúde é uma tática simples aplicada em inquéritos populacionais. Além da facilidade e clareza funcional para obter os dados, sua ampla utilidade é reconhecida pela efetividade da informação e sua resposta eficaz mesmo diante da presença de limitações funcionais, antecipando assim, a possível demanda de serviço médico e mortalidade posteriormente.<sup>8</sup> Sendo ainda importante citar que pergunta objetiva sobre a condição de saúde permite a reflexão da importância positiva e problemática do seu estado, compondo uma especificação do sujeito que manifesta sinais e sintomas, até mesmo não notificados por profissionais, e a repercussão dessas circunstâncias sobre sua satisfação física, mental e social.<sup>13</sup>

Tendo em vista a relevância do tema, a lacuna observada na literatura nacional e a disponibilidade dos dados, surgiu o interesse de obter um panorama da autoavaliação negativa de saúde em entre os adultos brasileiros.

Assim este estudo teve como objetivo: descrever a autoavaliação negativa do estado de saúde entre adultos no Brasil no período de 2011 a 2020.

## **Método**

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal descritivo realizado com dados secundários oriundos da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), gerido pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Riscos para as DCNT, do Ministério da Saúde, disponível e processado pelo Governo Federal.

O inquérito da VIGITEL é realizado anualmente utilizando uma amostragem probabilística, composta somente por adultos de idade igual ou superior a 18 anos, que residiam em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica e residentes de uma das 26 capitais brasileiras ou do Distrito Federal. As entrevistas telefônicas realizadas ocorreram entre os meses de janeiro e dezembro de seus respectivos anos, e foram realizadas por uma empresa especializada.

O presente estudo analisou dados dos relatórios do VIGITEL publicados anualmente referentes ao período de 2011 a 2020, ou seja, dos últimos 10 anos.

Embora a pesquisa VIGITEL venha sendo realizada desde 2006, somente considerou-se o ano de 2011 porque a partir deste ano houve alteração no método de avaliação deste indicador em relação às possibilidades de respostas. Assim os dados da amostra final deste estudo foram constituídos pelas 485.707 entrevistas realizadas no período pelo VIGITEL, sendo composta da seguinte forma: em 2011 foram realizadas 54.144, 45.448 em 2012, 52.929 em 2013, 40.853 em 2014, 54.174 em 2015, 53.210 em 2016, 53.034 em 2017, 52.395 em 2018, 52.443 em 2019 e em 2020 foram realizadas 27.077 entrevistas.

A autoavaliação do estado de saúde, objeto do presente estudo, foi obtida pelo VIGITEL utilizando a seguinte questão: "O(a) Sr.(a) classificaria seu estado de saúde como: muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?". Foi considerado como negativa pelo VIGITEL as respostas "ruim" ou "muito ruim" dividido pelo número de entrevistados.

As variáveis consideradas para a análise foram: região de residência (Nordeste, Norte, Centro-Oeste, Sudeste e Sul); capitais, sexo (masculino, feminino); idade (18-24 anos, 25-34 anos, 35-44 anos, 45-54, 55-64, 65 anos ou mais); escolaridade (de 0 a 8 anos de estudo, de 9 a 11 anos de estudo, 12 anos ou mais de estudo).

A análise dos dados se deu a partir da estatística descritiva com a frequência relativa (percentual) das pessoas que autoavaliaram seu estado de saúde negativamente. Os dados foram coletados em julho de 2022, organizados e analisados em planilhas idealizadas para essa finalidade utilizando o software do Microsoft Office Excel versão 2016.

Por se tratar de uma pesquisa que utilizou dados secundários de domínio público, dispensa autorização do comitê de ética em pesquisa.

## Resultados

A tabela 1 apresenta o percentual de adultos brasileiros com autoavaliação negativa do estado de saúde, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal no período de 2011 a 2020. Durante todo o período analisado ocorreu uma redução das taxas em algumas capitais e aumento em outras, sendo que na media geral houve uma discreta redução.

Observa-se que as capitais com maior percentual médio foram Rio Branco (4,8%) seguido de Maceió (4,7%). Nota-se uma redução do percentual em 17 capitais (Aracaju, Fortaleza, Maceió, Natal, Recife, São Luís, Teresina, Boa Vista, Manaus, Palmas, Porto Velho, Rio Branco, Campo Grande, Curitiba, Belo Horizonte, São Paulo, Vitória), manutenção em 1 (Macapá) e aumento em 9 (João Pessoa, Salvador, Belém, Cuiabá, Distrito Federal, Goiânia, Florianópolis, Porto Alegre, Rio de Janeiro) entre o primeiro e o último ano analisado (valores na Tabela 1).

No ano de 2011, primeiro ano incluído na análise de dados, Natal foi a capital que apresentou menor taxa (1,7%) enquanto Rio Branco a maior taxa de autoavaliação negativa de saúde (7,5%). No entanto em 2020, último ano analisado, as cidades de Fortaleza, Aracaju, Natal e Teresina foram as que apresentaram as menores porcentagens de adultos com autoavaliação negativa de saúde (valores na Tabela 1).

**Tabela 1-** Percentual de adultos brasileiros com autoavaliação negativa do estado de saúde, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal no período de 2011 a 2020.

<b>Ano</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>%</b>
<b>Capitais</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>Médio</b>
Aracaju	2,5	4,4	3,1	3,2	3,1	4,4	3,7	3,1	3,7	1,4	3,3
Fortaleza	4,6	3,5	3,8	2,7	3,3	4,6	1,9	3,5	4,4	1,3	3,4
João Pessoa	2,1	1,9	2	4,9	2,5	5,5	4,3	2,7	2,9	2,8	3,2
Maceió	5,5	5	4,9	5,6	4,8	3,2	4,8	4,2	4	5,2	4,7
Natal	1,7	3,8	2,8	2,4	5,6	4,4	3,2	3,7	6,1	1,6	3,5
Recife	5,5	3,3	4,1	4,9	3,9	4,1	3,4	5,4	2,9	2,0	3,9
Salvador	3,2	2,8	2,8	2,8	2,3	2,9	2,7	3,2	5,4	3,7	3,2
São Luís	5,9	3,6	6,4	3,5	3,4	1,8	2,9	4,1	2	5,4	3,9
Teresina	2,4	4,5	5,2	3,8	3,5	3,6	2,7	3,3	2,5	1,7	3,3
Belém	2,6	3,1	3,7	2,1	2,4	2,6	2,1	3,7	3,1	3,4	2,9
Boa Vista	5,2	3,5	5,9	4,6	2,8	3,6	3,3	7,4	3,5	3,4	4,3
Macapá	3,8	4,8	4,4	3,3	2,3	3,0	3,6	3,6	3,6	3,8	3,6
Manaus	4,1	2,8	4,8	6,1	5,0	3,3	2,3	7,5	3,9	3,6	4,3
Palmas	5,0	2,5	3,2	2,7	3,2	2,3	3,4	2,3	2,8	2,7	3,0
Porto Velho	5,5	4,4	4,7	4,6	5,7	5,2	4,3	5,6	3,5	3	4,6
Rio Branco	7,4	5,5	3,1	4,6	5,5	5,3	2,8	1,7	6,3	5,5	4,8
Campo Grande	3,2	2,3	2,1	1,8	2,7	3,0	3,6	2,5	2,1	3,1	2,6
Cuiabá	3,6	2,3	6,4	3,5	4,2	3,6	3,5	2,3	4,3	4,2	3,8
Distrito Federal	2,3	5,1	3,0	3,7	1,8	1,7	2,3	3,1	4,9	5,6	3,3
Goiânia	3,0	1,6	3,1	2,8	6,8	3,6	3	2,2	4,4	3,9	3,4
Curitiba	3,0	3,7	2,4	2,1	2,3	2,8	3,1	3,1	2,8	2,0	2,7
Florianópolis	2,6	2,8	3,2	2,6	3,0	2,6	3,2	2,4	3,2	5,5	3,1
Porto Alegre	2,2	2,2	3	1,6	2,4	3,1	2,8	3,9	4,2	4,3	3,0
Belo Horizonte	3,1	2,2	3,2	3,0	2,3	1,8	3,2	2,7	3,1	2,6	2,7
Rio de Janeiro	2,8	4,0	3,7	3,7	3,4	1,7	2,2	4,2	3,3	3,5	3,2
São Paulo	5,9	4,4	4,4	3,5	2,0	1,6	3,3	3,9	2,4	2,5	3,4
Vitória	2,3	2,1	2,2	4,1	2,5	2,1	0,8	4,6	3,0	2,1	2,6
Percentual médio	3,7	3,4	3,8	3,5	3,4	3,2	3,1	3,7	3,6	3,3	3,5

**Fonte:** VIGITEL - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (2011 a 2020).

Na tabela 2, nota-se que a região Norte (3,9%) apresenta maior percentual nos 10 anos analisados. As regiões que apresentaram aumento das taxas entre 2011 e 2020 foram Nordeste, Norte e Sudeste enquanto as regiões que apresentaram redução foram Centro-Oeste e Sul (valores na tabela). Ressalta-se que esta variação entre as taxas é pequena.

**Tabela 2-** Percentual de adultos brasileiros com autoavaliação negativa do próprio estado de saúde, segundo as regiões brasileiras no período de 2011 a 2020.

Região	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	%
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	Médio
Nordeste	3,7	3,6	3,9	3,8	3,6	3,8	3,3	3,7	3,8	2,8	3,5
Norte	4,8	3,8	4,3	4,0	3,8	3,6	3,1	4,5	3,8	3,6	3,9
Centro oeste	3,0	2,8	3,7	3,0	3,9	3,0	3,1	2,5	3,9	4,2	3,5
Sul	2,6	2,9	2,9	2,1	2,6	2,8	3,0	3,1	3,4	3,9	2,9
Sudeste	3,5	3,2	3,4	3,6	2,6	1,8	2,4	3,8	2,9	2,7	3,0

Fonte: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (2011 a 2020).

Na tabela 3 estão os percentuais da autoavaliação negativa de saúde entre adultos das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal por sexo, faixa etária e escolaridade no período de 2011 a 2020. Em relação ao sexo, as mulheres apresentam o percentual médio de 4,9% no período, variando entre 6,0% em 2011 a 4,8% em 2020. Já o sexo masculino o percentual médio foi de 3,4%, com variação de 3,5% em 2011 a 3,4% em 2020, e apresentando seu maior pico em 2014 com 4,1%.

Em relação à faixa etária, jovens entre 18 e 24 anos apresentaram o menor percentual médio (3,3%) e os adultos entre 65 ou mais anos o maior de autoavaliação negativa de saúde (7,5%). A diferença percentual entre os anos de 2011 a 2020 com relação à faixa etária de 18 a 24 anos e os mais idosos (65 anos ou mais) foi de 4,2%. Com relação à escolaridade, adultos com maior escolaridade (12 anos ou mais de estudo) apresentaram menor valor 2,1%, enquanto adultos com menos anos de estudo (0 a 8 anos) maior autoavaliação negativa de saúde (7,5%).

**Tabela 3-** Percentual da autoavaliação negativa de saúde entre adultos das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal por sexo, faixa etária e escolaridade no período de 2011 a 2020.

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Percentual
Variáveis	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	médio
<b>Sexo</b>											
Masculino	3,52	3,26	3,64	4,1	3,3	3	3,0	3,5	3,6	3,4	3,4
Feminino	6,0	5,7	5,7	5,5	5,6	5,2	4,8	5,5	5,4	4,8	4,9
<b>Faixa etária</b>											
18-24	3,2	2,6	2,7	3,4	3,2	2,9	3,8	3,4	3,8	4,3	3,3
25-34	4,1	3,6	3,3	3,1	4	2,7	2,7	4,2	4,3	3,4	3,5
35- 44	4,0	4,8	4,4	3,7	4,2	4,4	3,3	3,2	4	4,2	4,0
45 -54	5,3	5,7	6,3	5,5	5,2	4,3	4,5	4,9	4,6	5,2	5,2
55 – 64	7,2	8,5	6,8	6,1	6,6	7	6	6,7	5,9	4,8	6,6
65 e mais	9,3	8,0	8,5	6,9	7,3	7,5	6,4	6,9	7,5	6,3	7,5
<b>Escolaridade</b>											
0 -8	6,7	8,8	7,9	7	7,7	7,4	6,6	7,2	7,3	7,9	7,5
9 - 11	3,0	3,4	3,8	3,9	3,8	3,8	3,8	4,5	4,7	4,5	3,9
12 e mais	1,8	2	2,3	1,6	2,6	2,0	2,1	2,4	2,8	1,7	2,1

Fonte: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (2011 a 2020).

## Discussão

O presente estudo traz informações sobre autoavaliação negativa do estado de saúde, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal no período de 2011 a 2020. De acordo com os resultados observou-se uma discreta redução da autopercepção negativa do estado de saúde em adultos brasileiros no período analisado.

Embora a frequência para autoavaliação negativa de saúde tenha sido baixa (menor que 5,0%) em todas as capitais, estes valores devem ser considerados, pois estudos ainda reconhecem que a autoavaliação de saúde fornece informações de saúde relevantes e sustentadas da visão individual, social e global das pessoas.<sup>4,10</sup>

Estudo que utilizou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 com 60.202 indivíduos em relação à percepção da própria saúde, constatou que 66,1% dos entrevistados avaliaram o seu estado de saúde como muito bom ou bom, 28% como regular, e 5,9% como ruim ou muito ruim.<sup>12</sup> Destaca-se que o conceito de saúde tem significado diferente para cada indivíduo, principalmente quando considerado que este é reflexo de aspectos individuais, psicossociais, econômicos e principalmente culturais.<sup>14</sup>

Neste estudo, a diferença das taxas de autoavaliação negativa de saúde entre as regiões foi muito pequena, não permitindo assim inferir que as características socioeconômicas e culturais entre as regiões brasileiras possam ter tido alguma influência neste resultado, mesmo com as evidências que essas questões alteram essa percepção.

Considera-se então que este achado mostra-se relativamente contraditório, pois as desigualdades entre as macrorregiões brasileiras chegam a ser representada por certa polaridade e separação, ficando o Norte/Nordeste em um bloco (menos desenvolvido) e o Sul/Sudeste/Centro-Oeste (mais desenvolvido) em outro. As diferenças sociais e econômicas entre as regiões são marcantes no tocante aos indicadores socioeconômicos (educação, renda e riqueza) e acesso à saúde.<sup>7,15</sup>

É de conhecimento que as regiões do bloco Norte/Nordeste possuem rendas médias muito inferiores, ostentando desigualdades internas muito maiores do que as demais<sup>16-17</sup>. Em razão dessa realidade, esperava-se que as regiões Norte e Nordeste apresentassem maiores percentuais de autoavaliação negativa de saúde e que essas diferenças comparadas com o Sul e o Sudeste fossem maiores. Ainda em relação a essa situação vale mencionar, que situação socioeconômica e condições de saúde têm inter-relação e que falta de recursos financeiros pode ser a causa de problemas de saúde, incluindo a possibilidade de não obter os serviços de saúde necessários ao diagnóstico e problema de saúde, contribuindo para um mau prognóstico.

É bem estabelecida pela literatura a influência dos efeitos das desigualdades relacionada aos aspectos socioeconômicos, como educação, ocupação, renda, gênero, etnia, escolaridade e posse de planos de saúde na distribuição da morbimortalidade das DCNT e seus fatores de risco na saúde das populações.<sup>2</sup> Vale ressaltar que a forma de cada um pensar sobre a sua condição em saúde também sofre alteração de aspectos individuais como a idade, sexo, etnia, escolaridade, renda e aspectos comportamentais, e ainda de outros determinantes que interferem no processo de saúde-doença, como,

estrutura familiar, acesso aos serviços, saneamento, apoio social, discriminação social e acesso a ações preventivas de saúde.<sup>3</sup>

Diante dos resultados apresentados neste estudo, observou-se na população do sexo feminino uma predominância na avaliação negativa do estado de saúde, comparada aos homens, assemelhando-se a o que é evidenciado em outros estudos, a nível local,<sup>18</sup> nacional<sup>16</sup> e internacional.<sup>3</sup> No caso das mulheres, a busca com maior frequência pelos serviços de atendimento, mais predisposição de queixarem-se da sua condição de saúde física e/ou mental e, portanto, mais possibilidade de diagnóstico de doenças crônicas, constituem variáveis com maior capacidade de predizer a autopercepção da saúde negativa.<sup>3,18-19</sup> Enquanto nos homens, uma das explicações é que esses têm uma tendência de não informar seus problemas de saúde e não buscar os serviços para consultas e exames de rotina, e dessa maneira não perceber a sua saúde negativamente.<sup>3,18</sup>

Pesquisa realizada sobre fatores associados à autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas, mostrou que mulheres com faixa etária acima dos 52 anos de idade (período da pós-menopausa) apresentaram um aumento na prevalência de uma pior autopercepção de saúde em relação às mulheres mais jovens.<sup>20</sup>

Por outro lado, o estudo sobre marcadores de desigualdade na autoavaliação da saúde de adultos no Brasil, segundo o sexo, que analisou 59.758 indivíduos com 18 anos ou mais de idade verificou que indivíduos de menor renda domiciliar per capita, com pior nível de escolaridade, das classes sociais mais desfavorecidas e moradores das regiões Norte e Nordeste tiveram mais chances significativas de avaliar pior sua saúde.<sup>6</sup>

Além disso, o presente estudo também evidenciou que os indivíduos com idade mais avançada apresentam maior percentual de autoavaliação negativa de saúde comparada aos mais jovens. Geralmente essa avaliação está associada tanto aos indicadores de bem-estar quanto aos indicadores de morbidade, declínio funcional e mortalidade.<sup>21</sup>

A autoavaliação de saúde tem sido associada significativamente com o aumento da idade. A proporção de autoavaliação muito boa/boa decresce à medida que a idade aumenta<sup>22</sup>, e que diferenças por sexo são igualmente observadas: a percepção da própria saúde pior entre as mulheres, independentemente da faixa de idade.<sup>12</sup>

Vale ressaltar que com o avanço da idade e as conseqüentes alterações fisiológicas e sociais na vida do indivíduo, é esperado que ocorra maior vulnerabilidade para surgimento de doenças crônicas, e a presença de algumas comorbidades que podem alterar de forma substancial as condições de saúde e a qualidade de vida de uma pessoa.<sup>23</sup> Os efeitos do processo de doenças crônicas, a dificuldade de mobilidade, a instabilidade postural, a restrição das atividades de vida diária e as incapacidades, que são mais prevalentes nos idosos, podem também explicar a variabilidade da autopercepção negativa da saúde aumentando com a idade.<sup>3,22,24</sup>

Notavelmente, as disfunções biológicas podem representar preditores generalizados para que os idosos concebam a noção de saúde física durante o envelhecimento, bem como na forma de lidar com sentimentos de controle, autonomia e funcionalidade em sua vida diária. Estudos apontam que idosos



independentes na realização das atividades de vida diária apresentaram maior prevalência de autoavaliação de saúde muito boa/boa.<sup>5</sup>

Por outro lado, vale mencionar que a frequência mais elevada de pessoas adultas que avaliaram de forma negativa a saúde entre as pessoas com menor grau de escolaridade observada neste estudo está em consonância com a literatura existente<sup>3</sup>. Estudo realizado em São Paulo aponta que a autoavaliação de saúde se associa com escolaridade, indicando melhor percepção de saúde principalmente para os idosos com mais anos de estudo e com renda mais elevada.<sup>8</sup>

A escolaridade vem sendo utilizada tradicionalmente em estudos sobre desigualdade em saúde, renda, emprego e ocupação social, importantes determinantes sociais de saúde, condições e estilo de vida, são influenciados particularmente pelo grau de instrução do sujeito.<sup>6</sup> Acrescente-se, ainda, que a autoavaliação de saúde também representa um indicador subjetivo de uma medida de desigualdade socioeconômica, pois sofre influências não só da condição de saúde de um indivíduo, mas do seu padrão de vida, disponibilidade e acessibilidade de proteção à saúde.<sup>3</sup>

Estudo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 evidenciou de forma significativa os efeitos do grau de instrução na percepção de saúde, pois a razão de chances de ter uma avaliação ruim/muito ruim da própria saúde foi 9 vezes maior entre os que tinham ensino fundamental incompleto, quando comparados aos que tinham o ensino superior completo.<sup>12</sup>

Ainda no que concerne a escolaridade, sabe-se que ela se associa a prevalência das doenças crônicas, como a hipertensão arterial, a dificuldade em lidar com a condição crônica<sup>22</sup> e ao acesso aos cuidados de saúde, condições que têm o potencial de influenciar os indicadores de saúde, particularmente a percepção de saúde geral.<sup>15</sup> Entretanto sabe-se que a percepção ruim da própria saúde pode ocorrer mesmo com a ausência de diagnóstico de doenças, o que reflete na possibilidade de vivência de sentimentos que geram uma percepção ruim da própria saúde antes da identificação médica de doença.<sup>12</sup>

É importante salientar que pesquisas que envolvem a própria avaliação de saúde são de grande relevância para a saúde pública, para os profissionais de saúde e para enfermagem, pois, representa um indicador que possibilita a identificação das percepções dos indivíduos de sua própria condição, com base em suas crenças, prioridades, experiências e circunstâncias individuais.

Na assistência à saúde da população, encontrando-se na linha de frente do cuidado em saúde e em contato direto com os usuários, famílias e comunidade, o enfermeiro deve compreender como a população percebe a sua saúde para atuar em com ações específicas que atenuem os efeitos de vários fatores que interferem nesta percepção.

O presente estudo apresenta limitações inerentes ao uso de dados secundários, embora esse seja um procedimento válido e utilizado em diversas pesquisas. A respeito dessas limitações, os dados analisados são relevantes, pois indicam quais as camadas da população mais vulneráveis para a autoavaliação negativa de saúde, portanto, a necessidade de ações voltadas para a busca de alternativas que viabilizem uma maior qualidade e sobrevida dessa população, e conseqüentemente melhor autoavaliação de saúde.

## Conclusão

A análise da autoavaliação negativa do estado de saúde nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal no período de 2011 a 2020 mostrou uma discreta redução das taxas ao longo do período. Rio Branco e Maceió foram as capitais com maiores frequências de autoavaliação negativa de saúde, e em contrapartida foi em Vitória e Campo Grande, onde se verificou os menores percentuais.

De acordo com os resultados do estudo, as macrorregiões brasileiras apresentaram diferença das taxas relativamente pequenas da autoavaliação negativa de saúde. Apesar do percentual de adultos brasileiro que autoavaliaram negativamente sua saúde no período analisado ser relativamente baixo, ficou claro que as mulheres autoavaliaram sua saúde pior, comparada aos homens e que as pessoas com mais idade e com menor grau de escolaridade apresentam maior frequência desta avaliação negativa da saúde quando comparadas com pessoas mais jovens e com mais anos de estudo.

Espera-se que os dados obtidos nesse estudo possam impulsionar novas pesquisas com foco em atender um público maior, correlacionar com outras comorbidades e servir de subsídios para a melhoria da assistência à saúde de populações específicas.

## Agradecimentos

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

## Referências

1. Bezerra PCL, Opitz SP, Koifman RJ, Muniz PT. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. *Cadernos de Saúde Pública*, 2011; 27(12), 2441-2451. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2011001200015>
2. Hamplová D, Klusáček J, Mráček T. Assessment of self-rated health: The relative importance of physiological, mental, and socioeconomic factors. *PLoS One*. 2022;17(4):e0267115. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267115>
3. Mihailovic N, Simic-Vukomanovic I, Sunjka ML, Zivanovic S, Milicic B, Milicic V. Self-Assessment of Health among the Citizens of Serbia in the Transition Period. *Iran J Public Health*. 2021;50(4):756-763. *Iran J Public Health*. 2021;50(4):756-763. doi: <https://doi.org/10.18502/ijph.v50i4.600>
4. Barbosa REC, Fonseca GC, Azevedo DSS, Simões MRL, Duarte ACM, Alcântara MA. Prevalência e fatores associados à autoavaliação negativa de saúde entre trabalhadores da rede municipal de saúde de Diamantina, Minas Gerais. *Epidemiologia E Serviços de Saúde*, 2020; 29(2). <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200013>
5. Cachioni M, Cipolli GC, Borim FSA, Batistoni SST, Yassuda MS, Neri AL, Paúl C. Factors Associated With Positive Self-Rated Health: Comparing Older Adults in Brazil and in Portugal. *Frontiers in Public Health*, 2021; 9:650294. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.650294>

6. Sousa JL, Alencar GP, Antunes JLF, Silva ZP. Marcadores de desigualdade na autoavaliação da saúde de adultos no Brasil, segundo o sexo. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020; 36(5), e00230318. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00230318>
7. Santos JAF. Social class, territory and health inequality in Brazil. *Saúde e Sociedade*, 2018; 27(2), 556-572. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170889>
8. Antunes JLF, Chiavegatto Filho ADP, Duarte YAO, Lebrão ML. Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2018; 21(supl 2). <https://doi.org/10.1590/1980-549720180010.supl.2>
9. Petarli GB, Salaroli LB, Bissoli NS, Zandonade E. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados: um estudo em trabalhadores bancários. *Cadernos de Saúde Pública*, 2015; 31(4), 787-799. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00083114>
10. Andrade GF, Loch MR, Silva AMR. Mudanças de comportamentos relacionados à saúde como preditores de mudanças na autopercepção de saúde: estudo longitudinal (2011-2015). *Cadernos de Saúde Pública*, 2019; 35(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00151418>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-2007. Rio de Janeiro 2004. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/2044-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios>
12. Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PRB, Almeida WS, 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. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2015; 18(supl 2), 33-44. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060004>
13. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde; 2019.*
14. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, 2018; 34(3), e00101417. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00101417>
15. Andrade FCD, Mehta JD. Increasing educational inequalities in self-rated health in Brazil, 1998-2013. *Plos One*, 2018; 13(4), e0196494. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196494>
16. Santos GGS, Santos MD, Costa JGR, Albuquerque TIP, Teles CPS. Avaliação da orientação familiar prestada a usuários de uma Unidade Básica de Saúde no município de Lagarto. *Research, Society and Development*, 2022; 11(4), e59111427786. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27786>
17. Santos EC, Couto BDM, Bastone ADC. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde. *ABCS Health Sciences*, 2018; 43(1), 47-54. <https://doi.org/10.7322/abcshs.v43i1.999>

- 18.Figueiredo ACMG, Macedo MLC, Cunha DF, Santos DS, Cabral NES, Gomes-Filho IS, et al. Autoavaliação da condição de saúde da população baiana. *Revista de Saúde Coletiva Da UEFS*, 2017; 7(3). <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v0i0.2114>
- 19.Souza Muniz GCM, Arcanjo FPN, Silva MAM, Melo ES, Sousa AJC, Muniz CFF. Hipertensão e diabetes na estratégia saúde da família: uma reflexão sobre a ótica dos determinantes sociais da saúde. *Brazilian Journal of Development*, 2022; 8(5), 34172-34184. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n5-100>
- 20.Silva VH, Rocha JSB, Caldeira AP. Fatores associados à autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018; 23(5), 1611-1620. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.17112016>
- 21.Zanescio C, Bordin D, Santos CB, Muller EV, Fadel CB.. Factors determining the negative perception of the health of Brazilian elderly people. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2018; 21(03):283-292. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170210>
- 22.Belém PL, Melo RL, Pedraza DF, Menezes TN. Self-assessment of health status and as-sociated factors in elderly persons registered with the Family Health Strategy of Campina Grande, Paraíba. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 2016; 19: 265-76.
- 23.Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde ea associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 2013; 29(4), 723-734. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400010>
- 24.Gumà J. What influences individual perception of health? Using machine learning to disentangle self-perceived health. *SSM - Population Health*, 2021; 16, 100996. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100996>

**Autor de correspondência**

Flávia Carvalho Rocha.  
Rua Pedro Gama, 140. CEP: 40231-015-  
Federação. Salvador, Bahia, Brasil.  
[flaviacrocha98@outlook.com](mailto:flaviacrocha98@outlook.com)