



Autoavaliação negativa associada ao estado objetivo da saúde e à qualidade de vida em adultos

Negative self-assessment associated with objective health status and quality of life in adults

Rodolfo Esteban Kelca Usnayo¹, Gina Torres Rego Monteiro², Cleidir de Araújo Amara³, Maurício Teixeira Leite de Vasconcellos⁴, Thatiana Lameira Maciel Amara⁵

¹ Mestrando no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco (AC), Brasil; ² Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, Brasil; ³ Docente do Instituto Federal do Acre no Programa de Mestrado Profissional em Educação Profissional e Tecnológica, Rio Branco (AC), Brasil; ⁴ Pesquisador da Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Rio de Janeiro, Brasil; ⁵ Doutora em Ciências, docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco (AC), Brasil.

*Autor correspondente: Thatiana Lameira Maciel Amara - E-mail: thatianalameira27@gmail.com

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência de autoavaliação negativa da saúde e os fatores a ela associados em adultos. Para tanto, realizou-se um inquérito com adultos de 18 a 59 anos, das zonas urbana e rural do município de Rio Branco, Acre, no ano de 2014. Os possíveis fatores relacionados a tal autoavaliação foram verificados por regressão logística múltipla. A prevalência de autoavaliação negativa da saúde foi de 12,1%, estando associada a idade, estresse (OR: 1,87; IC 95%: 1,04-3,38), uso de medicamentos (OR: 2,23; IC 95%: 1,19-4,20) e autorrelato de insônia (OR: 2,33; IC 95%: 1,20-4,53) ou depressão (OR: 2,03; IC 95%: 1,02-4,04). A lipoproteína de baixa densidade também esteve associada, bem como o tercil inferior dos domínios físico e psicológico da qualidade de vida. Conclui-se que a autoavaliação de saúde refletiu as condições físicas e psicológicas e constitui uma medida do estado global de saúde do indivíduo.

Palavras-chave: Autoavaliação. Inquéritos de saúde. Saúde do adulto.

ABSTRACT

The prevalence of negative self-rated health and associated factors in adults are estimated. A survey was conducted with adults aged 18 to 59 years, from urban and rural areas in the municipality of Rio Branco AC Brazil, in 2014. The possible factors associated with self-evaluation were verified by multiple logistic regression. The prevalence of negative self-rated health was 12.1%, associated with age, stress (OR: 1.87; 95% CI: 1.04-3.38), use of medicine (OR: 2, 23; 95% CI: 1.19-4.20) and self-reported insomnia (OR: 2.33; 95% CI: 1.20-4.53) or depression (OR: 2.03; 95% CI: 1.02-4.04). Low-density lipoprotein and the lower tercile of the physical and psychological domains of life quality were also associated. Results show that self-rated health reflected physical and psychological conditions and actually assessed the individual's overall health status.

Keywords: Adult health. Health surveys. Self-evaluation.

Recebido em Maio 27, 2020

Aceito em Marco 04, 2021

INTRODUÇÃO

A autoavaliação da saúde resulta da união de fatores biológicos, sociais e psicológicos, contemplando a percepção que os indivíduos possuem da própria saúde, ou seja, uma concepção individual e subjetiva¹. Portanto, trata-se do resultado da análise que cada pessoa faz sobre sua saúde física e emocional, sua cognição, sua funcionalidade, seu comportamento social, e como essas condições influenciam o bem-estar geral e a satisfação com a vida².

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a autoavaliação da saúde como uma medida a ser incorporada regularmente em inquéritos de saúde³. Ela é levada em conta para medição da qualidade de vida, presença de morbidades e como preditor de mortalidade⁴.

A prevalência da autoavaliação negativa em saúde depende da população que está sendo pesquisada e da classificação adotada. Para estudos que consideraram as categorias “ruim” e “muito ruim”, as prevalências variaram de 29,5%, na China⁵, a 4,3%, no Brasil⁶. Os fatores considerados pelos indivíduos para classificar seu estado de saúde incluem diferentes aspectos, entre os quais indicadores sociodemográficos, hábitos de vida, condições de saúde e qualidade de vida^{7,8}. Além disso, a identificação de elementos que impactam a autoavaliação de saúde de maneira precoce é crucial, sendo discutido o papel dos biomarcadores – um deles é a LDL-c (lipoproteína de baixa densidade) devido sua associação com a ocorrência de doença cardiovascular aterosclerótica^{9,10}.

Pesquisas que exploram a temática, realizadas em diversas realidades, contribuem para a elucidação das diferenças existentes em um país com dimensões continentais como o Brasil. Estudar a autoavaliação de saúde na Amazônia possibilita conhecer limitações regionais impostas pelo distanciamento dos grandes centros que resultam em menor acesso à saúde. Vale mencionar ainda a importância de trabalhos com dados objetivos e subjetivos das condições de saúde,

pois consideram os aspectos biológico e psicossocial do indivíduo.

Assim, o objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência de autoavaliação negativa da saúde e verificar os fatores a ela associados em adultos do município de Rio Branco, Acre.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, realizado com dados do Estudo das Doenças Crônicas (Edoc)¹¹. A pesquisa matriz se baseia em duas pesquisas domiciliares, e neste trabalho foi utilizada aquela com adultos de 18 a 59 anos (Edoc-A), residentes nas zonas urbana e rural do município de Rio Branco, Acre.

Foram incluídos no estudo todos os indivíduos que residiam no domicílio, tendo como critérios de exclusão estar grávida ou apresentar comprometimentos cognitivos que inviabilizassem a comunicação ou o entendimento das perguntas. A pesquisa utilizou plano amostral por conglomerado em dois estágios: no primeiro, foram selecionados setores com probabilidade proporcional ao número de domicílios observado no CD2010; e no segundo, foi feita a seleção de domicílios. O tamanho da amostra do Edoc-A foi determinado pressupondo uma prevalência de alteração na função renal de 15% entre adultos (18 a 59 anos), com grau de confiança de 95% e erro absoluto de 3%. Mais informações sobre o plano amostral podem ser encontradas no artigo metodológico¹¹.

A coleta de dados ocorreu de abril a setembro de 2014. Foram realizadas entrevistas com questionários sobre condições socioeconômicas e demográficas, hábitos de vida e condições de saúde. Elas aconteceram nos domicílios, e ao término eram agendadas a coleta de sangue e a avaliação física, com as orientações para esses procedimentos. No caso da coleta das amostras biológicas, era solicitado jejum de 12 horas. Mensurações antropométricas se centraram em medidas de estatura, massa e perímetros corporais.

As amostras de sangue foram obtidas por meio da coleta de sangue periférico, com antisepsia

prévia da fossa antecubital dos participantes. O soro extraído foi acondicionado para dosagem bioquímica de triglicérides, colesterol total e frações (HDL – lipoproteína de alta densidade – e LDL – lipoproteína de baixa densidade). O colesterol total foi dosado pelo método enzimático colorimétrico COD/PAD, da mesma forma que as frações (HDL, LDL e VLDL) e os triglicérides GPO/PAP (Labtest diagnóstica). A creatinina sérica foi dosada pelo método enzimático rastreável de espectrometria de massa de diluição com isótopos IDMS em um analisador automático (Labmax 240 Premium).

Para a análise da glicemia sérica, utilizou-se amostra de 4 ml de sangue acondicionada em tubo a vácuo contendo 2 mg/ml de fluoreto de sódio centrifugados antes das análises. A glicemia sérica foi dosada por meio do método glicose oxidase (Labtest Diagnostica).

A presença de hipertensão arterial foi definida como pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg e/ou pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou uso atual de medicação anti-hipertensiva. O diabetes mellitus usou os critérios da *American Diabetes Association* (ADA) como sendo glicose no plasma em jejum ≥ 126 mg/dl, bem como a utilização de hipoglicemiante oral ou de insulina. Para efeito de diagnóstico de síndrome metabólica, os dados foram interpretados segundo a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, que adotou a íntegra do estabelecido pelo *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III*, cujos critérios requerem o achado de três ou mais dos seguintes componentes: i) diâmetro de cintura > 102 cm para homens e > 88 cm para mulheres; ii) triglicérides ≥ 150 mg/dl; iii) HDL-colesterol < 40 mg/dl para homens e < 50 mg/dl para mulheres; iv) PAS ≥ 130 mmHg, PAD ≥ 85 mmHg, ou uso de anti-hipertensivo; e v) glicemia de jejum ≥ 110 mg/dl ou uso de hipoglicemiante¹².

A variável dependente da presente investigação foi obtida pelas respostas à pergunta “Em geral, diria que sua saúde é: muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?”. Para análise da autoavaliação negativa da saúde, utilizada como desfecho, foram considerados os estratos “ruim” e “muito ruim”.

As variáveis independentes incluíram as sociodemográficas, de hábitos de vida, de condições de saúde autopercebidas e avaliadas. A qualidade de vida foi obtida por meio do Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS), versão abreviada WHOQOL-Bref (*The World Health Organization Quality of Life Assessment*)¹³. Os escores dos domínios físico, psicológico, social e ambiental da qualidade de vida e a qualidade de vida total foram verificados em tercís.

A amostragem complexa adotada na pesquisa implica a necessidade de utilizar a estimação da variância entre as médias obtidas por unidades primárias de amostragem dentro de cada estágio. As análises dos dados utilizaram as rotinas do *complex samples* do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, para Windows.

Os dados foram analisados de forma descritiva e exploratória para avaliar a distribuição e caracterizar a população estudada. As variáveis qualitativas foram descritas mediante números absolutos e proporções, e as variáveis quantitativas, por meio da média e desvio-padrão. Para análise das diferenças entre as variáveis categóricas, empregou-se o teste de qui-quadrado de Pearson, e para as contínuas, o teste t de Student.

A análise bivariada foi realizada com objetivo de explorar a associação das diferentes variáveis e o objeto de estudo. Modelos de regressão logística estimaram a magnitude de associação, em *odds ratio* (OR), entre a variável dependente, autoavaliação negativa da saúde, e as variáveis independentes. Na qualidade de vida, o tercil superior foi usado como referência, sendo o indicativo de melhor qualidade de vida.

Na análise múltipla, foram selecionadas para inclusão as variáveis que apresentaram valor de p menor que 0,20 na análise bruta, sendo avaliada a magnitude das variáveis ajustadas pelas demais variáveis significativas. Utilizou-se o modelo hierárquico, no qual no primeiro nível entraram as variáveis demográficas e socioeconômicas, no segundo, os hábitos de vida e condições de saúde, e no terceiro, as morbidades e fatores relacionados às doenças. As variáveis significativas em uma etapa

permaneciam no modelo nas etapas seguintes. O nível de significância considerado foi de $\alpha = 0,05$. Todas as análises levaram em conta o efeito do desenho amostral e os pesos calibrados das observações, sendo os resultados das observações demonstrados por 'n' e os resultados considerando os pesos calibrados para extrapolação para a população pelo 'n expandido (N)'.

O estudo-matriz atendeu aos dispositivos da Resolução CNS n. 466/2012, que trata da ética em pesquisas envolvendo seres humanos, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Federal do Acre sob o CAAE n. 17543013.0.0000.5010.

RESULTADOS

A prevalência de autoavaliação negativa foi de 12,1%. Nas demais categorias avaliadas, a prevalência de autorrelato da saúde como regular foi de 45,0%, e a de autoavaliação positiva (muito boa e boa) foi de 42,9% entre os 685 adultos que participaram da presente pesquisa. As maiores prevalências em relação com a autoavaliação negativa foram observadas nos indivíduos com 40 a 59 anos e com relato anterior ou atual de tabagismo ($p < 0,005$). A escolaridade foi limítrofe na análise de diferenças entre grupos (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalência de autoavaliação negativa da saúde segundo as características sociodemográficas e de hábitos de vida em adultos de Rio Branco, Acre, 2014

Variáveis	Total		Autoavaliação Negativa da Saúde		p-valor ^a	OR _{Bruta} (IC 95%)
	N	n	N	%		
Idade (anos)					<0,001	
18 - 39 anos	146.447	376	11.598	7,9		1
40 - 59 anos	65.455	309	13.988	21,4		3,16 (2,03 - 4,93)
Sexo					0,530	
Masculino	101.133	212	11.301	11,2		
Feminino	110.769	473	14.285	12,9		
Estado civil*					0,737	
Com companheiro	94.979	316	10.883	11,5		
Sem companheiro	115.800	365	14.493	12,5		
Cor da pele					0,684	
Branca	39.856	129	5.266	13,2		
Não Branca	172.046	556	20.320	11,8		
Escolaridade*					0,051	
Ensino médio e superior	95.832	292	9.529	9,9		1
Até o ensino fundamental	112.246	379	15.756	14,0		1,48 (1,00 - 2,20)
Atividade física*					0,102	
Sim	70.513	180	6.367	9,0		1
Não	140.210	502	19.219	13,7		1,60 (0,90 - 2,84)
Tabagismo*					0,012	
Não fumante	119.579	368	11.352	9,5		1
Fumante e ex-fumante	91.022	312	13.933	15,3		1,72 (1,13 - 2,63)
Consumo abusivo de álcool*					0,211	
Não	177.019	594	21.699	12,3		
Sim	26.795	65	1.840	6,9		
Total	211902	685	25.586	12,1		

*Perda de de informação; ^aQui-quadrado de Pearson; OR= Odds Ratio; N= amostra expandida.

A prevalência negativa também foi significativamente maior ($p < 0,005$) entre aqueles que utilizam medicamentos, os obesos, os que sempre ou quase sempre se sentem estressados, os classificados com obesidade central segundo medida da circunferência da cintura (CC), os hipertensos, os que autorreferiram insônia ou depressão, os com

problemas cardíacos ou portadores da síndrome metabólica (Tabela 2).

Os domínios físico, psicológico e ambiental da qualidade de vida apresentaram menores médias entre os indivíduos com autoavaliação negativa da saúde quando comparados aos com autoavaliação positiva ($p < 0,001$). Não houve diferença estatisticamente significativa para o domínio ambiental (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência de autoavaliação negativa da saúde segundo condições de saúde, presença de morbididades e domínios da qualidade de vida em adultos de Rio Branco, Acre, 2014

Variáveis	Total		Autoavaliação Negativa da Saúde		p-valor ^a	OR _{Bruta} (IC 95%)
	N	n	N	%		
Uso de medicação					<0,001	
Não	148.550	435	10.129	6,8		1
Sim	63.352	250	15.457	24,4		4,41 (2,54-7,67)
IMC (kg/m²)*					0,013	
<25	84.520	255	9.058	10,7		1
25 – 29,9	71.808	241	7.390	10,3		0,96 (0,51-1,79)
≥ 30	37.467	141	8.477	22,6		2,44 (1,22-4,88)
Obesidade central (CC)*					0,002	
CC ≤ 102M ou ≤ 88F	158.881	484	16.924	10,7		1
CC > 102M ou > 88F	38.001	161	8.331	21,9		2,36 (1,38-4,03)
Estresse*					0,020	
Nunca, às vezes	154.389	494	15.848	10,3		1
Sempre, quase sempre	50.637	170	9.005	17,8		1,89 (1,11-3,23)
Internação*					0,062	
Não	176.454	560	19.021	10,8		1
Sim	25.120	97	4.518	18,0		1,82 (0,96-3,42)
Hipertensão arterial*					0,001	
Não	156.041	477	16.266	10,4		1
Sim	39.534	167	9.037	22,9		2,53 (1,46-4,45)
Diabetes*					0,631	
Não	188.349	617	23.125	12,3		
Sim	10.372	34	1.534	14,8		
Insônia*					<0,001	
Não	161.849	508	13.668	8,4		1
Sim	48.855	174	11.427	23,4		3,31 (2,00-5,49)
Depressão					<0,001	
Não	192.251	611	19.343	10,1		1
Sim	18.293	70	5.451	29,8		3,79 (2,05-7,01)
Síndrome metabólica*					0,003	
Não	171.05	540	18.635	10,9		1
Sim	24.758	102	5.903	23,8		2,56 (1,39-4,70)
Qualidade de Vida	média ± EP		média ± EP		p-valor^b	
Físico	71,6 ± 0,77		56,6 ± 2,59		<0,001	
Psicológico	67,7 ± 0,72		56,7 ± 1,50		<0,001	
Social	71,9 ± 0,66		66,9 ± 1,25		0,001	
Ambiental	58,3 ± 0,79		57,8 ± 1,55		0,690	

* Perda de informação; ^aQui-quadrado de Pearson; ^bTeste t de Student; OR = Odds Ratio; N = amostra expandida. OR bruta da qualidade avaliada para o tercil inferior de cada domínio.

Na análise multivariada ajustada por nível hierárquico, mantiveram a significância estatística a idade, no nível distal, e o estresse, no nível interme-

diário ($p < 0,05$). No modelo 3 (modelo proximal), foram significativos o uso de medicação e a presença de insônia e depressão (Tabela 3).

Tabela 3. Modelo hierárquico da autoavaliação negativa da saúde segundo as variáveis independentes em adultos de Rio Branco, Acre, 2014

Variáveis	OR _{Ajust} (IC95%) Modelo 01	OR _{Ajust} (IC95%) Modelo 02	OR _{Ajust} (IC95%) Modelo 03
Idade			
18-39	1		
40-59	3,18 (2,02-5,02)		
Escolaridade			
Médio e superior	1		
Até ensino fundamental	1,18 (0,78-1,78)		
Atividade física*			
Sim	1		
Não	1,08 (0,61-1,93)		
Tabagismo*			
Não fumante	1		
Fumante e ex-fumante	1,50 (0,97-2,33)		
IMC (kg/m²)*			
<25		1	
25 – 29,9		0,78 (0,40-1,50)	
≥ 30		1,94 (0,91-4,12)	
Obesidade central (CC)			
CC ≤ 102M ou ≤ 88F		1	
CC > 102M ou > 88F		1,80 (0,99-3,24)	
Estresse*			
Nunca, às vezes		1	
Sempre, quase sempre		1,87 (1,04-3,38)	
Uso de medicação			
Não			1
Sim			2,23 (1,19-4,20)
Morbidades			
Hipertensão arterial			1,32 (0,72-2,43)
Insônia			2,33 (1,20-4,53)
Depressão			2,03 (1,02-4,04)
Síndrome metabólica			1,75 (0,90-3,40)
Internação nos últimos 12 meses			
Não			1
Sim			1,61 (0,87-2,96)

IMC = Índice de Massa Corporal; OR = Odds Ratio; IC = intervalo de confiança. Modelo 1 - Variáveis distais, ajustadas entre si; Modelo 2 - Variáveis intermediárias, ajustadas entre si e pelas variáveis do bloco de variáveis significativas do modelo 1, exceto para Obesidade central (CC) que foi rodado sem o IMC; Modelo 3 - Variáveis proximais, ajustadas entre si e pelas variáveis significativas dos modelos 1 e 2.

Na avaliação dos parâmetros laboratoriais objetivos, obtidos por meio de exames laboratoriais, houve diferença de médias entre os que autoavaliaram a saúde negativamente para o colesterol total e fração do colesterol LDL. Na análise por controle de variáveis

potencialmente confundidoras, os indivíduos com LDL maior ou igual a 160mg/dl tiveram quase três vezes mais chances de autoavaliarem a saúde como negativa (Tabela 4).

Tabela 4. Parâmetros laboratoriais alterados segundo autoavaliação negativa da saúde ajustado por variáveis potencialmente confundidoras em adultos de Rio Branco, Acre, 2014

Parâmetros laboratoriais	Total	Autoavaliação negativa da saúde	p-valor ^a	Pontos de corte	OR _{Ajust} (IC95%)
	média ± EP	média ± EP			
Hemoglobina (g/dl)	13,6 ± 1,36	13,6 ± 0,11	0,741	≤12g/dl	-
Colesterol total (mg/dl)	185 ± 1,89	202 ± 4,18	<0,001	<240mg/dl	1,00 (0,59-1,68)
Triglicerídeos (mg/dl)	142 ± 5,24	169 ± 15,6	0,063	<150mg/dl	1,29 (0,66-2,53)
LDL (mg/dl)	110 ± 1,36	122 ± 4,03	0,004	<160mg/dl	2,85 (1,24-6,54)
Glicose (mg/dl)	89 ± 1,67	92 ± 5,42	0,601	≤126mg/dl	-
Creatinina sérica (mg/dl)	0,8 ± 0,35	0,8 ± 0,24	0,882	<1,3mg/dl	-
Albuminúria (mg/g)	17 ± 2,50	21 ± 7,00	0,509	<30mg/dl	-

^a Teste t de Student; OR = Odds Ratio; IC = intervalo de confiança; Modelo ajustado por idade, escolaridade, tabagismo e atividade física.

A autoavaliação negativa da saúde esteve associada aos menores escores dos domínios físico e psicológico da qualidade de vida. Após ajuste por variáveis independentes distais, intermediárias e proximais, acrescida a variável sexo, as magnitudes

das associações tiveram oito vezes mais chances de pertencer aos tercis inferiores da qualidade de vida no domínio físico, e sete vezes mais chances no domínio psicológico, dado que o indivíduo autoavalia negativamente a saúde (Tabela 5).

Tabela 5. Análise de regressão logística dos tercis dos domínios da qualidade de vida (WHOQOL) com autoavaliação negativa da saúde em adultos de Rio Branco, Acre, 2014

Domínios da Qualidade de Vida	OR (IC95%) (modelo 1)*	OR (IC95%) (modelo 2)**
Físico		
Tercil superior	1	1
Tercil intermediário	6,25 (3,09 – 12,69)	6,23 (2,92 – 13,30)
Tercil inferior	11,06 (3,77 – 32,45)	8,33 (2,43 – 28,50)
p tendência	<0,001	<0,001
Psicológico		
Tercil superior	1	1
Tercil intermediário	3,95 (2,17 – 7,20)	3,47 (1,81 – 6,67)
Tercil inferior	8,96 (2,20 – 36,47)	7,01 (1,78 – 27,51)
p tendência	<0,001	0,002
Social		
Tercil superior	1	1
Tercil intermediário	1,28 (0,60 – 2,70)	1,19 (0,51 – 2,76)
Tercil inferior	1,72 (0,66 – 4,46)	1,93 (0,66 – 5,62)
p tendência	0,406	0,429
Ambiental		
Tercil superior	1	1
Tercil intermediário	0,70 (0,40 – 1,22)	0,69 (0,40 – 1,21)
Tercil inferior	0,86 (0,32 – 2,28)	0,85 (0,30 – 2,39)
p tendência	0,399	0,371

OR= Odds Ratio; IC = intervalo de confiança; *Modelo 1: ajustado por sexo, idade, escolaridade, tabagismo, atividade física, índice de massa corporal e estresse; **Modelo 2: ajustado por ajustado por sexo, idade, escolaridade, tabagismo, atividade física, índice de massa corporal, estresse, uso de medicação, internação nos últimos 12 meses, depressão, insônia e hipertensão arterial.

DISCUSSÃO

A prevalência de autoavaliação negativa da saúde, composta pelos estratos “ruim” e “muito ruim”, foi alta entre os adultos (12,1%), e esteve associada com a idade (40 a 59 anos), o estresse, o uso de medicamentos e o autorrelato de insônia ou depressão, mesmo após ajustes. Na análise da qualidade de vida, indivíduos que autoavaliaram negativamente a saúde tiveram maior chance de pertencer ao tercil inferior dos domínios físico e psicológico, controlando por possíveis variáveis confundidoras.

Na comparação com estudos nacionais, a prevalência de autoavaliação negativa da saúde foi muito superior no presente trabalho, visto que dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2013 apontaram uma prevalência de 5,9% na população brasileira, com base em indivíduos de 18 anos e mais residentes nos 27 estados e no Distrito Federal¹². Também em pesquisa anterior, com 54.213 pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, segundo dados da Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) obtidos nas capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2006, a prevalência no país foi de 5,4%, e em Rio Branco, 6,8%¹⁵.

Manteve-se elevada a prevalência, mesmo em comparação com estudos por regiões, como observado na comparação com dados de 13.894 pessoas residentes nas capitais da Região Nordeste (Aracaju, Fortaleza, João Pessoa, Maceió, Natal, Recife, Salvador, São Luís e Teresina), em 2011, que obteve uma prevalência de 4,6% nos homens, e 8,1% nas mulheres⁶. Na cidade de Maringá (Paraná), a prevalência entre indivíduos de 20 a 59 anos, entre 2010 e 2011, foi de 8,7%¹⁶; em Joaçaba (Santa Catarina), em pessoas da mesma faixa etária, ela foi de 3,9%¹⁷, valores bem menores que os encontrados no presente estudo.

Os valores de prevalência flutuam entre os estudos em virtude da população e do local, bem como da classificação adotada como autoavaliação negativa da saúde, visto que alguns autores incluem a categoria intermediária (regular). A presente pesquisa não incluiu essa categoria por acreditar que a autoavaliação negativa da saúde compreende as afirmativas que demonstram claramente a opção dos indivíduos em relatar sua saúde como ruim ou muito ruim, com respaldo de outros trabalhos. Em estudo realizado em Maringá (Paraná), a categoria regular diferiu totalmente da ruim na análise das associações nos diferentes estratos, visto que a regular se associou somente à hipertensão arterial, ao passo que a ruim não se associou a essa morbidade, mas à insuficiência cardíaca, ao acidente vascular cerebral e ao infarto agudo do miocárdio¹⁶. Outro estudo também apontou problemas na dicotomização da autoavaliação de saúde com inclusão do estrato regular na avaliação negativa¹⁸. Vale notar que alguns trabalhos que analisam os fatores associados à autoavaliação positiva da saúde não incluem o estrato regular ou o avaliam separadamente^{6,17}.

A autoavaliação negativa da saúde esteve associada com a idade no presente estudo. O progredir dela resulta em maior efeito sobre a saúde física e mental, visto que a maioria das doenças e as limitações aparecem com o passar do tempo. Um estudo de coorte realizado na Albânia por três anos

consecutivos apontou a idade como fator importante para a autoavaliação de saúde ruim, independente do sexo¹⁹. Em uma pesquisa desenvolvida em Maringá (Paraná), a chance de autoavaliação negativa da saúde aumentou em quase oito vezes nos indivíduos na faixa etária de 50 a 59 anos, comparada com os indivíduos de outras faixas etárias¹⁶.

Um destaque no presente estudo é o efeito das condições psíquicas na autoavaliação de saúde, revelada pela associação com estresse, insônia, depressão e no domínio psicológico da qualidade de vida. Atualmente, a sociedade tem sofrido com os problemas psíquicos, e isso é explicado, em parte, pelas pressões relacionadas à vida ativa²⁰.

O estresse nos dias atuais tem assumido condição de morbidade²¹. Em estudo conduzido na China, a autoavaliação negativa da saúde foi quase sete vezes maior nos indivíduos com alto nível de estresse⁶, mais elevado do que o obtido nesta pesquisa no modelo intermediário. Um estudo de revisão sobre os efeitos do estresse na saúde aponta para uma distinção entre o estresse de curto prazo, importante para melhora das respostas imunoprotetoras, e o crônico, que atua suprimindo as respostas imunes protetoras e/ou exacerbando aquelas imunes patológicas, o que resulta em aumento de doenças como o câncer²². Assim, o estresse tem efeito direto na saúde, como no aumento do fibrinogênio, e também indireto, sobre os comportamentos em saúde²³.

Além do estresse, o sono inadequado está associado à ocorrência de morbidades e à autoavaliação negativa da saúde²⁴, corroborando o observado no presente estudo. Em trabalho conduzido com 377.160 pessoas com 18 anos e mais, representativo da população dos Estados Unidos, houve associação positiva entre categorias crescentes de sono insuficiente e autoavaliação negativa da saúde, controlado por variáveis potencialmente confundidoras²⁵. A Pesquisa Nacional de Saúde, realizada no Brasil em 2013 com 60.202 adultos (≥ 18 anos), obteve uma prevalência de distúrbio de sono de 14,9%, e este esteve associado com a presença de

morbidades, mesmo após ajuste²⁶. A insônia com curta duração do sono está relacionada com hiperexcitação fisiológica, morbidades cardiometabólicas, comprometimento neurocognitivo e dificuldade de tratamento, e o tratamento dessa condição constitui uma prioridade devido a seu efeito nocivo à saúde²⁷. Outro ponto importante da consequência da insônia é o impacto sobre a saúde psicológica, como apontado em estudo caso-controle com 1.741 indivíduos (≥ 20 anos), que relatou associação com depressão, fadiga, ansiedade e autoavaliação negativa da saúde com insônia²⁸.

A depressão responde por 4,3% da carga mundial de morbidade e se encontra entre as principais causas de incapacidade (11,0% do total mundial de anos vividos com incapacidade)²⁹. Entre 2013 e 2016, 8,1% dos adultos americanos (≥ 20 anos) tiveram depressão³⁰. No Brasil, um estudo detectou uma prevalência de 9,7% entre os adultos de depressão³¹. No presente trabalho, houve associação entre depressão e autoavaliação negativa da saúde, fato corroborado por outro estudo³².

Evidências sugerem que a depressão pode estimular diretamente a produção de citocinas pró-inflamatórias³³ com efeito bidirecional sobre as doenças cardiovasculares e metabólicas³⁴. Além disso, pode desregular a resposta imune celular, alimentando a produção sustentada dessas citocinas³⁵.

O componente físico parece influenciar mais a autoavaliação do que o componente mental. No entanto, a depender da idade, aspectos psicossociais refletem de forma equivalente aos acometimentos físicos sobre a autoavaliação negativa da saúde⁷. Esse fato foi confirmado no presente estudo, visto que as condições psicológicas obtiveram associação com autoavaliação negativa da saúde, assim como os aspectos relacionados aos componentes objetivos de saúde como utilização de medicamentos e alteração no colesterol lipoproteína de baixa densidade (LDL-c).

A presença de morbidades culmina com a necessidade de utilização de medicamentos, fator associado à autoavaliação negativa da saúde no

presente estudo. Pesquisas conduzidas na Austrália – em 1997 com 10.641 pessoas, e em 2007 com 8.841 entrevistados (≥ 18 anos) – revelaram que o uso de medicamentos foi três vezes maior entre os indivíduos que autoavaliaram negativamente a saúde quando comparado aos que a avaliaram de forma positiva³⁶. Também em estudo realizado na Itália em 2015 e que envolveu 20.814 pessoas, houve associação entre uso de medicamentos e autoavaliação negativa da saúde³⁷. A presente associação desvela o poder preditor da autoavaliação negativa da saúde, visto que o uso de medicamentos resulta da piora das condições de saúde. Também deve-se salientar a influência dos medicamentos sobre a percepção da saúde devido às reações adversas³⁸.

Dentre os biomarcadores, o LDL-c esteve associado à autoavaliação negativa da saúde nesse estudo, porém não foi uma condição encontrada em todos os trabalhos¹⁷. Uma pesquisa conduzida na Noruega entre 2000 e 2001 com 18.770 indivíduos apontou o colesterol de lipoproteína de alta densidade (HDL-c) como associado positivamente à autoavaliação positiva de saúde³⁹, refletindo a mesma ideia da presente pesquisa, porém olhando os complementos de ambos. O LDL-c atua na ocorrência da doença cardiovascular aterosclerótica, visto que esse é o principal transportador de colesterol na circulação para os tecidos periféricos; é um importante alvo terapêutico para reduzir os riscos de doenças cardiovasculares¹⁰.

No presente estudo, os aspectos físicos e psicológicos da qualidade de vida impactaram sobremaneira a autoavaliação de saúde. No primeiro aspecto, a chance de o indivíduo avaliá-la negativamente foi oito vezes maior, e no segundo, sete vezes maior. Em estudo internacional realizado na Suécia, entre os anos 2004 e 2008, com 1.475 indivíduos de 40 a 84 anos, houve associação entre a qualidade de vida e a autoavaliação negativa da saúde⁸. Em um trabalho conduzido em Minas Gerais, Brasil, com 1.129 participantes (adultos e idosos),

ficou evidenciada associação entre avaliação negativa da saúde e avaliação negativa da qualidade de vida⁴⁰.

Os resultados aqui apresentados e discutidos devem ser interpretados dentro do contexto de suas limitações. O tipo de estudo não permitiu a avaliação de causalidade entre as variáveis independentes e a autoavaliação negativa da saúde. Além disso, algumas informações sobre morbidades, tais como insônia e depressão, foram consideradas segundo o autorrelato. No entanto, para a maioria das morbidades foram consideradas as medições clínicas e laboratoriais. Outro ponto a ser abordado refere-se ao potencial efeito da causalidade reversa observada em variáveis comportamentais e psicossociais, o que implica que os resultados devem ser analisados com cautela. Também se ressalta a possível ocorrência do viés de sobrevivência seletiva comum em estudos transversais, devido à sobrevida dos indivíduos saudáveis por mais tempo, ao passo que aqueles com piores condições de saúde morrem antes, fato que pode subestimar os resultados ora apresentados.

Como pontos fortes deste estudo, cita-se a utilização de uma amostra representativa da população de adultos de 18 a 59 anos de Rio Branco e a medição de parâmetros clínicos e laboratoriais importantes para avaliação da saúde objetiva. Além disso, examinou-se a associação entre autoavaliação negativa da saúde e os domínios da qualidade de vida, evidenciando a influência das condições físicas e psicológicas sobre a saúde da população.

CONCLUSÃO

A prevalência de autoavaliação negativa da saúde foi de 12,1% entre os adultos de Rio Branco e está associada com a idade, o estresse, o uso de medicamentos e o autorrelato de insônia ou depressão. Os indivíduos que autoavaliaram negativamente a saúde tiveram maior chance de pertencer ao tercil inferior dos domínios físico e psicológico da qualidade de vida.

Assim, os resultados apontaram que a autoavaliação de saúde refletiu não somente as condições físicas, mas também psicológicas, sendo, portanto, uma medida do estado global de saúde do participante, representando de maneira abrangente o estado de saúde individual. A maioria dos fatores apontados neste estudo podem ser alterados com a melhora da saúde da população, mediante o tratamento efetivo das morbidades, a adoção de comportamentos saudáveis e a melhora do bem-estar mental, resultando em impacto positivo na qualidade de vida da população. Estudos que investigam as condições subjetivas e objetivas da saúde devem ser incentivados em todo o país, especialmente em locais distantes como na Amazônia.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico [CNPq – Chamada MCTI/CNPQ/MS-SCTIE-DECIT 06/2013, para apoio a pesquisas estratégicas para o Sistema de Saúde pela Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats), Processo 401081/2013-3]; e Fundação de Amparo à Pesquisa do Acre [Fapac – Chamada PPSUS 001/2013, do Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (MS/CNPq/Fapac/Sesacre), Processo 6068-14-0000029].

REFERÊNCIAS

1. Vingilis ER, Wade TJ, Seeley JS. Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the National Population Health Survey. *Can J Public Health*. 2002; 93(3):193-7.
2. Bustos-Vázquez E, Fernández-Niño JA, Astudillo-García CI. Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. *Biomédica*. 2017; 37:92-103.
3. Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. Anatoly and World Health Organization. Health interview

- surveys: towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen (DK): WHO Regional Office for Europe; 1996.
- Alves PC. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cad Saúde Pública*. 1993; 9(3):263-71.
 - Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, *et al*. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*. 2013; 13(320):2-9.
 - Carvalho AT, Malta DC, Barros MBA, Oliveira PNFP, Mendonça DMMV, Barros H. Desigualdades na autoavaliação de saúde: uma análise para populações do Brasil e de Portugal. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(11):2449-61.
 - Meireles AL, Xavier CC, Andrade ACS, Friche AAL, Proietti FA, Caiaffa WT. Self-rated health in urban adults, perceptions of the physical and social environment, and reported comorbidities: The BH Health Study. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(Supl 1):120-35.
 - Arne M, Lundin F, Boman G, Janson C, Janson S, Emtner M. Factors associated with good self-rated health and quality of life in subjects with self-reported COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2011; 6:511-9.
 - Liu F, Zhang C, Liang Y, Deng Q, Hang D, Pan Y, *et al*. Epidemiology of self-rated health in rural China: a population-based cross-sectional study. *Scientific Reports*. 2017; 7(1):4459. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-017-04381-6>
 - Upadhyay RK. Emerging risk biomarkers in cardiovascular diseases and disorders. *J Lipids*. 2015; 2015:971453. doi: <https://doi.org/10.1155/2015/971453>
 - Amaral TLM, Amaral CA, Portela MC, Monteiro GTR, Vasconcellos MTL. Estudo das Doenças Crônicas (Edoc): aspectos metodológicos. *Rev Saúde Pública*. 2019; 53:8. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000847>
 - Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(Supl 1):1-51.
 - Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, *et al*. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(2):178-83.
 - Andrade FCD, Mehta JD. Increasing educational inequalities in self-rated health in Brazil, 1998-2013. *PLoS ONE*. 2018; 13(4): e0196494. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196494>
 - Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Autoavaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(Supl 2):27-37.
 - Arruda GO, Santos AL, Teston EF, Cecilio HPM, Radovanovic CAT, Marcon SS. Association between self-reported health and sociodemographic characteristics with cardiovascular diseases in adults. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(1):61-8.
 - Traebert J, Bortoluzzi MC, Kehrig RT. Self-rated health conditions of the adult population, Southern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(4):789-93.
 - Hays RD, Spritzer KL, Thompson WW, Cella D. U.S. General Population Estimate for “Excellent” to “Poor” Self-Rated Health Item. *J Gen Intern Med*. 2015; 30(10):1511-6.
 - Vaillant G, Wolf F. Retirement intentions of older migrant workers: does health matter? *Internat J Manpower*. 2012; 33(4):441-60.
 - Hämmig O, Bauer GF. Work, work-life conflict and health in an industrial work environment. *Occupational Medicine*. 2014; 64(1):34-8.
 - Sadir MA, Bignotto MM, Lipp MEN. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2010; 20(45):73-81.
 - Dhabhar FS. Effects of stress on immune function: the good, the bad, and the beautiful. *Immunol Res*. 2014; 58(2-3):193-210.

23. Bidulescu A, Din-Dzietham R, Coverson DL, Chen Z, Meng YX, Buxbaum SG, *et al.* Interaction of sleep quality and psychosocial stress on obesity in African Americans: the Cardiovascular Health Epidemiology Study (CHES). *BMC Public Health*. 2010;10:581. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-581>
24. Paine SJ, Harris R, Cormack D, Stanley J. Self-reported sleep complaints are associated with adverse health outcomes: cross-sectional analysis of the 2002/03 New Zealand Health Survey. *Ethn Health*. 2019; 24(1):44-56.
25. Geiger SD, Sabanayagam C, Shankar A. The relationship between insufficient sleep and self-rated health in a nationally representative sample. *J Environ Public Health*. 2012; 2012:518263. doi: <https://doi.org/10.1155/2012/518263>
26. Wendt A, Costa CS, Machado AKF, Costa FS, Neves RG, Flores TR, *et al.* Sleep disturbances and daytime fatigue: data from the Brazilian National Health Survey, 2013. *Cad Saúde Pública*. 2019; 35(3):e00086918. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00086918>
27. Fernandez-Mendoza J, Vgontzas AN. Insomnia and its impact on physical and mental health. *Curr Psychiatry Rep*. 2013; 15(12):418. doi: <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0418-8>
28. Fernandez-Mendoza J, Calhoun SL, Bixler EO, Karataraki M, Liao D, Vela-Bueno A, *et al.* Sleep misperception and chronic insomnia in the general population: role of objective sleep duration and psychological profiles. *Psychosom Med*. 2011; 73(1):88-97.
29. World Health Organization (WHO). Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
30. Brody DJ, Pratt LA, Hughes JP. Prevalence of depression among adults aged 20 and over: United States, 2013-2016. *NCHS Data Brief*. 2018; (303):1-8.
31. Barros MBA, Lima MG, Azevedo RCS, Medina LBP, Lopes CS, Menezes PR, *et al.* Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(Suppl 1):8s. doi: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000084>
32. Joo Y, Roh S. Risk factors associated with depression and suicidal ideation in a rural population. *Environ Health Toxicol*. 2016; 31:e2016018. doi: <https://doi.org/10.5620/eh.t.e2016018>
33. Young JJ, Bruno D, Pomara N. A review of the relationship between proinflammatory cytokines and major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2014; 169:15-20.
34. Moulton CD, Pickup JC, Ismail K. The link between depression and diabetes: the search for shared mechanisms. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015; 3(6):461-71.
35. Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Depression and immune function: central pathways to morbidity and mortality. *J Psychosom Res*. 2002; 53(4):873-6.
36. Newton L, Andrews G. Poor self-rated health and its associations with somatisation in two Australian national surveys. *BMJ Open* 2013; 3:e002965. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002965>
37. Cislighi B, Cislighi C. Self-rated health as a valid indicator for health-equity analyses: evidence from the Italian health interview survey. *BMC Public Health*. 2019; 19:533. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6839-5>
38. Egualé T, Buckeridge DL, Verma A, Winslade NE, Benedetti A, Hanley JA, *et al.* Association of Off-label Drug Use and Adverse Drug Events in an Adult Population. *JAMA Intern Med*. 2016; 176(1):55-63.
39. Tomten SE, Høstmark AT. Self-rated health showed a consistent association with serum HDL-cholesterol in the cross-sectional Oslo Health Study. *Int J Med Sci*. 2007; 4(5):278-87.
40. Vasconcellos LJ. Autopercepção de saúde e qualidade de vida em adultos e idosos: associação com os determinantes sociais [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2017.