

Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa da saúde em usuários atendidos na atenção primária em um município do norte gaúcho

Prevalence and factors associated with negative self-perception of health in patients treated in primary care in a municipality in the north of the state of Rio Grande do Sul

Raimundo Maurício dos Santos¹, Jéssica Pasquali Kasperavicius², Maríndia Biffi³, Gustavo Olszanski Acrani⁴, Ivana Loraine Lindemann⁵

RESUMO

A autopercepção da saúde é considerada um importante indicador das condições de saúde por se basear em critérios subjetivos e objetivos e por sua capacidade preditora de morbimortalidade, sendo, portanto, utilizada como instrumento norteador de ações de promoção da saúde. Objetivou-se estimar a prevalência de autopercepção negativa da saúde e sua associação com fatores sociodemográficos, de saúde e de comportamento em usuários da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo transversal realizado em Passo Fundo, RS, entre maio e agosto de 2019, com adultos e idosos em atendimento na Atenção Primária à Saúde. Calculou-se a prevalência do desfecho, com intervalo de confiança de 95% (IC95) e as Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas, visando identificar os fatores associados. A amostra foi de 1.443 participantes, com prevalência do desfecho de 47% (IC95 44-49), sendo esta maior entre mulheres, idosos, portadores de multimorbidade, com dor crônica, polimedicados, com insônia, em tratamento psicológico e com autopercepção negativa da alimentação. Por outro lado, os usuários com no mínimo o ensino superior, brancos, não tabagistas e aqueles com hábitos alimentares inadequados estiveram menos associados ao desfecho. Conclui-se que a alta prevalência de autopercepção negativa da saúde e os fatores associados reforçam a necessidade da atenção por parte dos profissionais de saúde para a promoção de intervenções específicas e efetivas nessa população.

PALAVRAS-CHAVE: Autoavaliação. Atendimento Primário. Estudos Transversais. Condições de Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

Self-perceived health is considered an important indicator of health conditions because it is based on subjective and objective criteria and because of its predictive capacity for morbidity and mortality, therefore, it is used as a guiding instrument for health promotion actions. The objective of this study was to estimate the prevalence of negative self-rated health and its association with sociodemographic, health and behavioral factors in users of Primary Health Care. It was about a cross-sectional study carried out in Passo Fundo, RS, between May and August 2019, with adults and elderly people cared for at the Primary Health Care. The prevalence of the outcome was calculated, with a 95% confidence interval (CI95) and the crude and adjusted Prevalence Ratios (PR) in order to identify the associated factors. The sample consisted of 1,443 participants, with an outcome prevalence of 47% (CI95 44-49), which was higher among women, elderly, multimorbidity patients, with chronic pain, polymedicated, with insomnia, undergoing psychological treatment and with self-perception negative food. On the other hand, users with at least higher education, whites, non-smokers and those with inadequate eating habits were less predisposed to the outcome. It is concluded that the high prevalence of negative self-perception of health and associated factors reinforce the need for attention by health professionals to promote specific and effective interventions in this population.

KEYWORDS: Self-Assessment. Primary Care. Cross-Sectional Studies. Health Conditions. Public Health.

doi:10.34019/1809-8363.2023.v26.39277 – Artigo Original

¹ Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) –  <https://orcid.org/0000-0002-7026-7662>  raimundo.santos@estudante.uffs.edu.br

² Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) –  <https://orcid.org/0000-0001-6045-5312>

³ Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) –  <https://orcid.org/0000-0003-0486-4634>

⁴ Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) –  <https://orcid.org/0000-0002-5786-6732>

⁵ Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) –  <https://orcid.org/0000-0002-6222-9746>

INTRODUÇÃO

As propostas do movimento da Reforma Sanitária, que teve início da década de 1970, consolidaram na década seguinte a universalidade do direito à saúde, oficializada com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em atendimento às proposições formuladas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na Conferência de Alma-Ata no Cazaquistão, em 1978. Em meio a esse contexto de transformações, foi elaborada uma nova e definitiva formulação teórica para o conceito de saúde pautada no bem-estar físico, mental e social do indivíduo e não meramente uma compreensão clínica¹.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS), surge como o eixo fundamental e estruturador do SUS, incorporando os princípios da Reforma Sanitária, passando a ser considerada a porta de entrada às ações e serviços de saúde disponíveis na Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada como modelo de atenção prioritário nos vários estados do Brasil, onde os usuários buscam atendimento no intuito de tratar e, se possível, curar suas comorbidades.^{2,3} Assim, a atenção básica proporciona uma organização do fluxo de atendimentos nas redes de saúde, desde os mais simples até os mais complexos.²

Evidencia-se, portanto, que a atenção básica desempenha um papel de suma importância no que diz respeito às ações de prevenção e diagnóstico precoce de doenças crônicas proporcionando assim, uma melhor perspectiva de vida para a população de uma forma geral. Tal fator, por abranger os aspectos físicos, cognitivos e emocionais dos indivíduos, influencia diretamente na percepção positiva de saúde.²

Nesse sentido, a autopercepção da saúde, por se basear em critérios subjetivos e objetivos, configura-se como um determinante do uso dos serviços da rede e possibilita o entendimento da satisfação do paciente acerca da sua condição. Ademais, o referido componente vem sendo relacionado a características socioeconômicas, demográficas e de saúde, evidenciando as discrepâncias presentes entre os diversos grupos da população e permitindo a identificação de prioridades em saúde e suas tendências³, sendo considerado pela própria OMS um importante indicador de saúde da população. Ainda, tais aspectos epidemiológicos são importantes determinantes da autoavaliação da saúde e influenciam diretamente o bem-estar social, a qualidade de vida, satisfação do usuário e a capacidade funcional da população.⁴

A percepção individual acerca da própria saúde pode ser mensurada através de um questionamento direcionado, tendo como exemplo: *Como você considera o seu estado de saúde?* Em geral, a pergunta apresenta opções de resposta que englobam muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim.⁵ Entretanto, há outras formas de mensuração, como por exemplo,

solicitar que o indivíduo compare a sua saúde com a dos seus pares⁶ ou com um período anterior, tal como o último ano.⁷

A prevalência de autopercepção negativa da saúde na população geral, de adultos e idosos, tanto em estudos realizados no Brasil, como em outros países, tem apresentado valores que variam em torno de 20% a 40%, sendo influenciada por determinados fatores, entre eles: sexo, idade, cor da pele, escolaridade, realização de atividade remunerada, renda per capita familiar, número de pessoas na residência, doenças crônicas autorreferidas e hábitos de vida não saudáveis, tais como tabagismo, etilismo e inatividade física.^{3,8,9}

Por fim, devido à inegável importância da APS no contexto do SUS e, tendo em vista que a autopercepção da saúde pode ser considerada uma das determinantes do uso dos serviços, o presente estudo tem como objetivo avaliar a autopercepção negativa da saúde e sua associação com características sociodemográficas, de saúde e de comportamento entre usuários da rede urbana da APS na cidade de Passo Fundo, RS, Brasil.

METODOLOGIA

O estudo foi efetivado com dados originários de uma pesquisa transversal que objetivou analisar características sociodemográficas, de saúde e de comportamento de usuários do SUS, a partir da APS. Para tal pesquisa, calculou-se o tamanho da amostra considerando nível de confiança de 95%, poder estatístico de 80%, margem de erro de cinco pontos percentuais, prevalência estimada de 10% para os diversos desfechos, razão de não expostos/expostos de 9:1, frequência esperada do desfecho em não expostos de 9,1% e RP de 2. Assim, seriam necessários 1.220 entrevistados, aos quais acrescentando-se 15% para fatores de confusão, totalizaram uma amostra de 1.403 participantes.

Consideraram-se como elegíveis os pacientes com idade mínima de 18 anos, de ambos os sexos, atendidos na rede urbana de APS e residentes no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul.

Considerada a capital do planalto médio, a cidade de Passo Fundo é a maior do norte gaúcho contando com uma estimativa populacional de 206.103 habitantes, área territorial de 784.407 km² e densidade demográfica de 235,92 hab./km², distribuídos em 61.808 domicílios particulares. Além disso, está a 289 km de distância da capital do estado, Porto Alegre, RS, e ocupa o papel de cidade de passagem, interligando e desenvolvendo muitas cidades ao seu redor.^{10,11}

A economia do município baseia-se principalmente em agricultura, pecuária e comércio, além de ser um centro de referência na área educacional (universitário) e em saúde, inclusive sendo considerada o terceiro maior centro médico do sul do Brasil. Nesse sentido, vale

mencionar que a cidade possui duas importantes instituições hospitalares filantrópicas, Hospital de Clínicas de Passo Fundo e Hospital São Vicente de Paulo, as quais são conhecidas em âmbito nacional por serem referência em alta e média complexidade em diversas especialidades médicas.^{10,11}

Foram excluídas as pessoas impossibilitadas de responderem ao questionário, por déficits cognitivos ou disfunções relacionadas à comunicação e as que são usuárias da APS, mas são atendidas em domicílio. O total de entrevistados em cada uma das 34 unidades foi definido de forma proporcional ao número de procedimentos realizados no local no mês anterior ao início da coleta dos dados. Posteriormente, por amostragem de conveniência, foram incluídos de forma consecutiva todos os usuários que estavam na unidade para a realização de algum procedimento/consulta, até que se atingisse o número necessário em cada local, ou até que todos os usuários presentes no último turno da coleta fossem convidados a participar. Os dados foram coletados por entrevistadores previamente treinados, por meio da aplicação de questionário padronizado, de maio a agosto de 2019. As entrevistas foram feitas de segunda à sexta-feira, nos turnos da manhã e da tarde, conforme horários de funcionamento das unidades, na sala de espera, antes dos procedimentos.

O desfecho deste estudo, *autopercepção negativa da saúde*, foi gerado através do questionamento: *Como você considera a sua saúde?* As opções de resposta (*excelente, boa, regular e ruim*), foram agrupadas, para fins de análise, em *positiva (excelente e boa) e negativa (regular e ruim)*. Ainda, foram coletadas informações a respeito de características sociodemográficas, incluindo sexo, idade (em anos completos, categorizada em 18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-64 e ≥ 65), cor da pele autorreferida (branca, outra), escolaridade, número de moradores no domicílio, exercício de atividade remunerada e renda mensal familiar *per capita* em salários mínimos (valor de R\$ 998,00 no período da coleta de dados).

Também, foram analisadas características de saúde incluindo multimorbidade (diagnóstico médico autorreferido de duas ou mais doenças crônicas não transmissíveis – DCNT¹², dor crônica (≥ 6 meses de duração¹³), polifarmácia (uso concomitante de cinco ou mais medicamentos diariamente¹⁴), insônia (profunda interrupção do ciclo diário de sono-vigília¹⁵), realização de tratamento psicológico, uso de medicamento para dormir, tempo em meses desde a última consulta médica na APS (≤ 1 , 2-6, 7-12, > 12), autopercepção da alimentação (categorizada como positiva – excelente, boa e negativa – regular, ruim) e estado nutricional, avaliado a partir de peso e altura autorreferidos, com classificação pelo índice de massa corporal (IMC)^{16,17,18,19,20}.

Por fim, em relação às características de comportamento, considerou-se automedicação nos últimos 30 dias, costume de pesquisar sobre saúde na internet, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, prática de atividade física no lazer e hábitos alimentares. Os hábitos

alimentares foram avaliados conforme os marcadores de consumo alimentar, e considerados adequados quando incluíram, no dia anterior, consumo de feijão, de frutas frescas e de verduras e/ou legumes; e inadequados quando contemplaram hambúrguer e/ou embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e biscoito recheado, doces ou guloseimas.²¹

Os dados foram duplamente digitados e validados e a análise estatística incluiu a descrição da amostra e o cálculo da prevalência do desfecho com um intervalo de confiança de 95% (IC95). Além disso, verificaram-se os fatores associados à autopercepção negativa da saúde, por meio da Regressão de Poisson, sendo que na análise bivariada geraram-se as Razões de Prevalências (RP) brutas e seus IC95. Na análise multivariada, com ajuste para dados amostrais complexos (conglomerados), calcularam-se as RP ajustadas e seus respectivos IC95. Nesta análise, do tipo *backward stepwise*, seguiu-se um modelo hierárquico pré-definido, composto por três níveis de determinação (variáveis demográficas e socioeconômicas, características de saúde e comportamentais, respectivamente), sendo que em cada um as variáveis foram ajustadas entre si e as que apresentaram $p \leq 0,20$ foram mantidas para o ajuste com o nível seguinte. Para as categóricas politômicas, quando as categorias se apresentaram ordenadas, realizou-se o teste de *Wald* para tendência linear e, caso contrário ou com resultado não significativo, testou-se a heterogeneidade. Em todos os testes, admitiu-se um erro α de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$, para testes bicaudais.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS (parecer n.º 3.219.633; CAAE n.º 09474719.3.0000.5564), obedecendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A amostra foi constituída de 1.443 participantes, sendo, conforme a Tabela 1, a maior parte do sexo feminino (71%), na faixa etária entre 18 a 29 anos (20,5%), brancos (64,8%), com ensino fundamental (45,6%), com 1 a 3 moradores no domicílio (61,0%), sem atividade remunerada (57,4%) e com renda familiar *per capita* de até um salário mínimo (R\$ 998,00 – 71,2%).

Referente às características de saúde, 40,7% eram portadores de multimorbidade, 54,7% relataram dor crônica, 14,9% eram polimedicados e 52,8% apresentavam quadro clínico de insônia. No que diz respeito ao tratamento psicológico, 8,8% afirmaram realizar e 14,5% referiram fazer uso de medicamentos para dormir. Prevaleceu o pouco tempo desde a última consulta (45,8% procuraram atendimento médico na APS no último mês), autopercepção positiva da alimentação (61,8%) e excesso de peso (64,7%). E, por fim, em relação às características

comportamentais, 50,6% referiram automedicar-se nos últimos 30 dias, 65,2% mencionaram costume de pesquisar sobre saúde na internet, 18,3% eram fumantes, 20,1% consumiam bebida alcoólica, 57,5% não realizavam atividade física e 89% possuíam hábitos alimentares inadequados.

Tabela 1 – Caracterização de uma amostra de adultos e idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2019 (n=1.443)

Variáveis	n	%
Características sociodemográficas		
Sexo		
Masculino	418	29,0
Feminino	1.025	71,0
Idade em anos completos (n=1.438)		
18-29	295	20,5
30-39	279	19,4
40-49	215	15,0
50-59	246	17,1
60-64	142	9,9
≥65	261	18,1
Cor da pele autorreferida (n=1.437)		
Branca	931	64,8
Outra	506	35,2
Escolaridade em anos (n=1.338)		
Ensino fundamental	610	45,6
Ensino médio	454	33,9
Ensino superior ou mais	274	20,5
Número de moradores no domicílio		
1-3	880	61,0
≥4	563	39,0
Exercício de atividade remunerada		
Não	828	57,4
Sim	615	42,6
Renda mensal familiar <i>per capita</i> em SM* (R\$ 998,00; n=1.349)		
>1	389	28,8
≤1	960	71,2

(Continuação)

Variáveis	n	%
Características de saúde		
Multimorbidade**		
Não	856	59,3
Sim	587	40,7
Dor crônica (n=807)***		
Não	366	45,3
Sim	441	54,7
Polifarmácia****		
Não	1.228	85,1
Sim	215	14,9
Insônia (n=1.435)		
Não	677	47,2
Sim	758	52,8
Em tratamento psicológico (n=1.440)		
Não	1.313	91,2
Sim	127	8,8
Uso de medicamento para dormir (n=1.440)		
Não	1.231	85,5
Sim	209	14,5
Tempo em meses desde a última consulta médica na APS (n=1.419)		
≤1	650	45,8
2-6	464	32,7
7-12	183	12,9
>12	122	8,6
Estado nutricional (n=1.264)		
Eutrofia	446	35,3
Excesso de peso	818	64,7
Autopercepção da alimentação (1.442)		
Positiva	891	61,8
Negativa	551	38,2
Características de comportamento		
Automedicação		
Não	713	49,4
Sim	730	50,6
Costume de pesquisar sobre saúde na internet (n=992)		
Não	345	34,8
Sim	647	65,2

Variáveis	(Conclusão)	
	n	%
Tabagismo (n=1.441)		
Sim	264	18,3
Não	1.177	81,7
Consumo de bebida alcóolica (n=1.442)		
Sim	419	20,1
Não	1.023	70,9
Prática de atividade física no lazer (n=1.442)		
Não	829	57,5
Sim	613	42,5
Hábitos alimentares (n=1.427)		
Adequados	157	11,0
Inadequados	1.270	89,0

Legenda: *Salário mínimo: R\$ 998,00; **Diagnóstico médico autorreferido de 2 ou mais Doenças Crônicas Não Transmissíveis; ***Dor há mais de 6 meses; **** Uso de 5 ou mais medicamentos; APS: Atenção Primária à Saúde

Fonte: elaborada pelos autores

A prevalência da autopercepção negativa da saúde na amostra foi de 47% (IC95 44-49) e na análise hierarquizada, demonstrada na Tabela 2, após ajuste para potenciais fatores de confusão, evidencia-se relação estatisticamente significativa com o sexo feminino (RP=1,12; IC95 1,00-1,24) e a idade, apresentando maior prevalência do desfecho entre 60 e 64 anos (RP=2,23; IC95 1,63-3,04). Em relação à escolaridade, verificou-se tendência linear inversamente proporcional, com redução de 19% na probabilidade do desfecho entre os participantes com ensino superior (RP=0,81; IC95 0,67-0,98), e observou-se também menor frequência de autopercepção negativa da saúde entre os indivíduos com cor da pele branca (RP=0,83; IC 0,73-0,93).

Ainda, dentre as variáveis do segundo nível, foi encontrada uma maior prevalência do desfecho entre aqueles com multimorbidade (RP=1,19; IC95 1,04-1,37), com dor há mais de seis meses (RP=1,13; IC95 1,03-1,24), que faziam uso de 5 ou mais medicamentos (RP=1,23; IC95 1,10-1,37), com insônia (RP=1,20; IC95 1,05-1,37), em tratamento psicológico (RP=1,26; IC95 1,10-1,44) e com autopercepção negativa da alimentação (RP=1,22; IC95 1,04-1,42). Por fim, entre as variáveis comportamentais observou-se menor probabilidade do desfecho entre os participantes não tabagistas (RP=0,86; IC95 0,76-0,96) e com hábitos alimentares inadequados (RP=0,89; IC95 0,79-0,99).

Tabela 2 – Fatores associados à autopercepção negativa da saúde em usuários da Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2019. (n=1.443)

Variáveis	RP Bruta (IC95)	p	RP Ajustada (IC95)	P
1º nível: características demográficas e socioeconômicas (n=1.241)				
Sexo		0,284 ^a		0,046 ^a
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	1,07 (0,95-1,20)		1,12 (1,00-1,24)	
Idade em anos completos		<0,001 ^b		<0,001 ^b
18-29	1,00		1,00	
30-39	1,21 (0,90-1,63)		1,25 (0,87-1,79)	
40-49	1,60 (1,15-2,23)		1,67 (1,09-2,56)	
50-59	1,89 (1,51-2,35)		1,94 (1,49-2,52)	
60-64	2,17 (1,70-2,78)		2,23 (1,63-3,04)	
≥65	2,16 (1,72-2,70)		2,11 (1,64-2,71)	
Cor da pele autorreferida		0,001 ^a		0,002 ^a
Outra	1,00		1,00	
Branca	0,84 (0,76-0,93)		0,83 (0,73-0,93)	
Escolaridade em anos		<0,001 ^c		0,008 ^c
Ensino fundamental	1,00		1,00	
Ensino médio	0,69 (0,62-0,77)		0,83 (0,74-0,92)	
Ensino superior ou mais	0,65 (0,53-0,80)		0,81 (0,67-0,98)	
Número de moradores no domicílio		0,519 ^a		0,093 ^a
≥4	1,00		1,00	
1-3	1,03 (0,94-1,14)		0,90 (0,79-1,02)	
Exercício de atividade remunerada		<0,001 ^a		0,053 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	0,72 (0,63-0,82)		0,86 (0,75-1,00)	
Renda mensal familiar <i>per capita</i> em SM*		0,076 ^a		0,056 ^a
>1	1,00		1,00	
≤1	1,15 (0,99-1,33)		1,12 (1,00-1,26)	
2º nível: características de saúde (n=611)				
Multimorbidade**		<0,001 ^a		0,011 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	1,92 (1,67-2,21)		1,19 (1,04-1,37)	
Dor crônica***		<0,001 ^a		0,013 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	1,37 (1,23-1,52)		1,13 (1,03-1,24)	
Polifarmácia****		<0,001 ^a		<0,001 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	1,99 (1,78-2,22)		1,23 (1,10-1,37)	

(Continuação)

Variáveis	RP Bruta (IC95)	p	RP Ajustada (IC95)	P
Insônia		<0,001 ^a		0,006 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	1,64 (1,48-1,81)		1,20 (1,05-1,37)	
Em tratamento psicológico		<0,001 ^a		0,001 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	1,56 (1,30-1,87)		1,26 (1,10-1,44)	
Uso de medicamento para dormir		<0,001 ^a		0,948 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	1,78 (1,58-2,00)		1,00 (0,87-1,16)	
Tempo em meses desde a última consulta médica na APS		<0,001 ^c		0,122 ^b
≤1	1,00		1,00	
2-6	0,99 (0,88-1,10)		1,01 (0,88-1,16)	
7-12	0,74 (0,62-0,89)		0,90 (0,69-1,16)	
>12	0,46 (0,27-0,78)		0,60 (0,33- 0,80)	
Estado nutricional		<0,001 ^a		0,305 ^a
Eutrofia	1,00		1,00	
Excesso de peso	1,22 (1,09-1,36)		1,08 (0,93-1,27)	
Autopercepção da alimentação		0,003 ^a		0,015 ^a
Positiva	1,00		1,00	
Negativa	1,27 (1,09-1,48)		1,22 (1,04-1,42)	
3º nível: características comportamentais (n=458)				
Automedicação		0,786 ^a		0,312 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	1,01 (0,94-1,09)		1,08 (0,93-1,25)	
Costume de pesquisar sobre saúde na internet		0,290 ^a		0,289 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	0,92 (0,79-1,07)		1,10 (0,92-1,31)	
Tabagismo		<0,001 ^a		0,008 ^a
Sim	1,00		1,00	
Não	0,83 (0,75-0,92)		0,86 (0,76-0,96)	
Consumo de bebida alcóolica		<0,001 ^a		0,526 ^a
Sim	1,00		1,00	
Não	1,26 (1,12-1,41)		0,94 (0,77-1,14)	
Prática de atividade física no lazer		0,117 ^a		0,884 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	0,90 (0,79-1,03)		1,02 (0,81-1,28)	

Variáveis	(Conclusão)			
	RP Bruta (IC95)	p	RP Ajustada (IC95)	P
Hábitos alimentares		0,019 ^a		0,032 ^a
Adequados	1,00		1,00	
Inadequados	0,81 (0,68-0,97)		0,89 (0,79-0,99)	

Legenda: Testes: a) qui-quadrado; b) teste de heterogeneidade; c) tendência linear; *Salário mínimo: R\$ 998,00; **Diagnóstico médico autorreferido de 2 ou mais Doenças Crônicas Não Transmissíveis; ***Dor há mais de 6 meses; ****Uso de 5 ou mais medicamentos; RP: Razão de Prevalências; IC95: Intervalo de Confiança de 95%; APS: Atenção Primária à Saúde

Fonte: elaborada pelos autores

DISCUSSÃO

Neste estudo, a prevalência da autopercepção negativa da saúde em usuários da APS (47,0%) apresentou-se expressivamente maior do que a prevalência nacional (9,0%) avaliada no componente inquérito domiciliar da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) no Brasil, em 2005.²² Também foi superior à encontrada em um estudo transversal de base populacional, realizado nas capitais brasileiras e Distrito Federal, em 2006, sobre a autoavaliação da saúde e fatores associados (35,0%)²³, ao passo que, pesquisas internacionais^{9,24}, com diferentes populações e períodos recordatórios, apresentaram prevalência inferior à observada no presente trabalho, em torno de 20,0%.

Ainda, uma pesquisa realizada em Pelotas, RS, com adultos e idosos atendidos na APS, demonstrou que 41,7% dos entrevistados referiram de forma negativa seu estado de saúde.³ Por outro lado, um outro estudo realizado em Porto Alegre, RS, também com usuários da APS, apresentou uma prevalência da autopercepção negativa da saúde inferior à encontrada neste trabalho (21,7%).⁸

É esperado que na população geral a prevalência seja inferior, visto que, possivelmente, as pessoas em atendimento nos serviços de saúde sejam mais frequentemente acometidas por comorbidades, as quais poderiam repercutir negativamente sobre a percepção de sua saúde. Por outro lado, as diferenças verificadas por estudos com usuários da APS podem ser devidas aos cenários sociodemográficos e culturais próprios de cada pesquisa, ficando evidente, assim, a existência da diversidade de características específicas entre a população atendida, o que justifica a importância de uma atenção diferenciada.

A maior prevalência de autopercepção negativa da saúde entre as mulheres e os indivíduos com mais idade corrobora dados da literatura,^{3,4} os quais demonstram uma tendência de pior avaliação da saúde no sexo feminino. e com progressão proporcional ao aumento da

idade. O mesmo foi observado em Singapura, com a Pesquisa Nacional de Vigilância em Saúde de 2001, coorte com 6.236 indivíduos de 18 anos ou mais.²⁴

Percebeu-se ainda, que a escolaridade se mostrou associada ao desfecho, assim como descrito em outros estudos nacionais e internacionais.^{4,8,24} Isso poderia estar relacionado ao fato de melhores indicadores socioeconômicos impactarem positivamente na condição de saúde autoavaliada.⁴ Além disso, vale mencionar, que é notório o maior acesso a informações e a recursos e cuidados de saúde entre as pessoas com maior nível de escolaridade.²⁵

Alguns trabalhos associam a maior prevalência da percepção negativa de saúde na população negra aos efeitos do racismo persistente e a oportunidades econômicas mais limitadas.^{26,27} Por outro lado, em muitas outras pesquisas essa associação não se faz presente e, quando discutida, as explicações sugeridas pelos autores se mostram limitadas devido à baixa profundidade na discussão dos dados apresentados.^{3,8} Portanto, nota-se que há uma discrepância entre os estudos com relação à influência da cor da pele na autoavaliação do estado de saúde, não havendo ainda na literatura uma justificativa totalmente consistente para a associação entre essas variáveis. Possivelmente, essa diferença nos resultados está relacionada à diversidade das populações analisadas e também aos instrumentos de medida do estado de saúde utilizados.

De modo semelhante aos achados do presente estudo, pesquisas prévias demonstraram associação entre pior autopercepção da saúde e presença de dor crônica.^{13,28} Salienta-se que em todos os estudos referidos, assim como neste, a população idosa compunha grande parte da amostra, e na literatura é descrito que as alterações orgânicas e psicossociais próprias do processo de envelhecimento acabam por interferir na qualidade de vida da pessoa idosa.²⁹ Com isso, infere-se que grandes são os prejuízos sofridos por esses indivíduos com relação à sua saúde, o que impacta diretamente na sua percepção sobre a sua condição.

Em relação à polifarmácia e à multimorbidade, verificou-se maior prevalência do desfecho entre os indivíduos com duas ou mais doenças crônicas e polimedicados. Em um estudo transversal, o qual faz parte da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), composto por 8.803 usuários da APS, de 18 anos ou mais, evidenciou-se que, mesmo após um ajuste, a polifarmácia esteve significativamente associada, de forma inversamente proporcional, à pior autopercepção da saúde. Ademais, observou-se um consumo crescente de fármacos entre os participantes que autorreferiram maior número de diagnósticos médicos de DCNT, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e depressão.¹⁴ A partir dos achados na literatura, pode-se concluir que provavelmente os pacientes portadores de um número maior de morbidades crônicas necessitam fazer uso de várias medicações para o controle delas, culminando assim, em uma pior qualidade de vida e uma percepção negativa da saúde.^{3,14}

Na literatura obtida sobre a temática, nenhum estudo avaliou uma possível associação entre realização de tratamento psicológico e autopercepção negativa da saúde. O tratamento psicológico é um processo terapêutico que tem como objetivo auxiliar os pacientes a lidar com problemas emocionais, comportamentais ou pensamentos intrusivos, os quais impedem a obtenção de uma vida plena e realizada. Dentre os transtornos emocionais mais prevalentes, tanto na população em geral, quanto entre os usuários da APS, estão a depressão e a ansiedade, as quais impactam de forma negativa o estado de saúde do paciente.³⁰ Com isso, pode-se inferir que os pacientes acometidos por tais transtornos sejam influenciados a buscarem com maior frequência os serviços de saúde do seu bairro, no intuito de obter prescrição de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos, encaminhamento para avaliação psiquiátrica e, se for necessário, o acompanhamento com o psicólogo da unidade.³¹ Nesta pesquisa observou-se que os participantes que estavam em tratamento psicológico apresentaram maior probabilidade do desfecho, o que é contraditório, tendo em vista os benefícios proporcionados pela psicoterapia, porém, não foi avaliado o tempo desde o início do tratamento, assiduidade, frequência das sessões, adesão e ocorrência de recaídas, sendo esses fatores importantes para a eficácia do método psicoterápico.³²

No que se refere à associação entre insônia e autopercepção da saúde, os resultados do presente estudo apresentaram significância estatística, assim, como também foi relatado em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, com pacientes que estavam em atendimento ambulatorial. No referido estudo, foi observado que a insônia se mostrou como um dos fatores que apresentaram distribuição significativa com a pior avaliação do estado de saúde (28,6%; $p < 0,01$).³³ No mesmo sentido, autores de uma pesquisa australiana, ao analisarem uma amostra composta de adultos de meia-idade e de idosos, também evidenciaram que a curta duração do sono esteve fortemente associada à autopercepção ruim da saúde e à pior qualidade de vida.³⁴

No que diz respeito à autopercepção da alimentação e aos hábitos alimentares, nota-se que ambos estiveram associados ao desfecho. Um estudo realizado com usuários da APS de Albacete, na Espanha, com idade de 50 a 74 anos, apontou uma melhor autopercepção da saúde entre os participantes que possuíam uma alimentação saudável, fazendo consumo regular de frutas, verduras, leguminosas, cereais e carne.³⁵ É plausível que os indivíduos com hábitos alimentares mais adequados possuam, conseqüentemente, uma melhor percepção da sua alimentação, ao mesmo tempo em que esta influencia positivamente o seu estado de saúde, repercutindo igualmente em uma análise positiva sobre tal aspecto.³⁶

Nas variáveis comportamentais, observou-se que o tabagismo mostrou associação com autoavaliação ruim de saúde mesmo após o ajuste pelas outras variáveis. No mesmo sentido, Barros *et al.* (2009), ao analisar dados coletados em diferentes capitais brasileiras pelo sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

(VIGITEL), observaram uma associação entre fumar 20 ou mais cigarros por dia e referir um estado de saúde ruim.²³ A nicotina nos produtos do tabaco tem uma ampla gama de efeitos negativos no corpo, incluindo aumento do risco de doenças cardíacas e danos aos rins, além de ser um forte fator de risco para o desenvolvimento de câncer de pulmão e de pâncreas.³⁷

O número de moradores no domicílio, o exercício de atividade remunerada, renda e o tempo desde a última consulta na APS não se mostraram associados ao desfecho, o que está em divergência com a literatura^{8,23}, assim como o consumo de bebida alcoólica.⁸ Da mesma forma, não foi identificada associação entre o estado nutricional e a autopercepção negativa da saúde, diferentemente de outros estudos^{23,24}, assim como para a prática de atividade física no lazer.⁵ Com isso, infere-se que tais discrepâncias sejam devido às diferenças metodológicas entre as pesquisas, visto que nem todas realizaram análise hierarquizada, assim como em razão das diferentes amostras utilizadas em cada trabalho e as formas de mensurar e analisar cada variável.

O presente estudo apresenta algumas limitações. A primeira está no delineamento transversal, o qual não permite afirmar se o fator é determinante ou determinado pela autoavaliação da saúde, devido à probabilidade de causalidade reversa entre algumas variáveis. Além disso, é válido mencionar a possibilidade de viés de informação, pois, a coleta de dados por aplicação de questionário se limita a respostas condicionadas à interpretação do indivíduo sobre o que é questionado. E, por fim, é admissível o viés de seleção devido ao fato de os participantes terem sido recrutados nos próprios serviços de saúde.

Contudo, como ponto forte destaca-se sua importância como estimulador de discussões envolvendo temática, visto a escassez de pesquisas nacionais e internacionais com amostras compostas exclusivamente por usuários da APS. Ainda, cabe mencionar o tamanho da amostra, o qual possibilitou estimativas mais precisas nos resultados.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram que, em conformidade com a literatura, quase metade dos participantes apresentou autopercepção negativa da saúde, além da variação desta conforme características sociais, demográficas, de saúde e comportamentais. Além disso, evidenciou-se a complexidade do uso da autopercepção da saúde para explicar o processo saúde-doença devido à influência direta das características subjetivas, as quais possuem limitações relacionadas às particularidades individuais. Com isso, pelo fato de a percepção negativa sobre o próprio estado de saúde ser um importante preditor desfavorável do autocuidado, é importante que os profissionais de saúde estejam atentos, de modo a promover intervenções específicas e efetivas como ações programadas de prevenção de doenças e

promoção de saúde, com participação multiprofissional ampla e integrada, focalizada na qualidade de vida dessa população, contribuindo conseqüentemente para uma melhor autopercepção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Cutolo LRA. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *ACM Arq Catarin Med* [internet]. 2006 [acesso em 2022 out 19];35(4):16-24. Disponível em: <https://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.12.001>
2. Ferreira RAA, Silva SA, Nascimento MC, Barbieri AF, Fiorini LN. Avaliação da atenção primária à saúde: comparação entre modelos organizativos. *Interações (Campo Grande)* [internet]. 2022 Abr – Jun [acesso em 2023 mai 29];23(2):489-503. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/7BcLc6S5JBhZj7PBKSTqSnG/#ModalHowcite>. doi: <https://doi.org/10.20435/inter.v23i2.3246>.
3. Lindemann IL, Reis NR, Mintem GC, Mendonza-Sassi RA. Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2019 Jan [acesso em 2022 out 19];24(1):45-52. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2019.v24n1/45-52/pt/>. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34932016>
4. Dachs, JNW, Santos APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2006 Dez [acesso em 2022 out 19];11(4):887-894. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QMv9PyTYQJCBkL7gb5FSHk/>. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400012>
5. Silva JB, Costa EC. Autopercepção da saúde e fatores associados em usuários da Atenção Básica à Saúde, de Vitória de Santo Antão, PE. *Demetra (Rio J)* [internet]. 2021 [acesso em 2022 out 19];16(e51740):1-13. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/51740/37500>. doi: <https://doi.org/10.12957/demetra.2021.51740>
6. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med* [internet]. 2009 Ago [acesso em 2022 out 19];69(3):307–316. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953609002925>. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>
7. Shen C, Schooling CM, Chan WM, Zhou JX, Johnston JM, Lee SY, Lam TH. Self-rated health and mortality in a prospective Chinese elderly cohort study in Hong Kong. *Prev Med* [internet]. 2014 Out [acesso em 2022 out 19];(67):112–118. Disponível em: Self-rated health and mortality in a prospective Chinese elderly cohort study in Hong Kong - ScienceDirect. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.07.018>
8. Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Autopercepção da Saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [internet]. 2010 Jan-Dez [acesso em 2022 out 19];5(17):9-15. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/175/128>. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc5\(17\)175](https://doi.org/10.5712/rbmfc5(17)175)
9. Freidoony L, Chhabi R, Kim CS, Park MB, Kim C-S. The components of self-perceived health in the Kailali district of Nepal: a cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2015 Mar 17 [acesso em 2022 out 19];12(3):3215-3231. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4377960/>. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph120303215>

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2022). Censo Demográfico – 2010 [internet]. Rio de Janeiro: IBGE. 2022 [acesso em 2023 mai 29]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>
11. Bernades FL, Neckel A, Kujawa HA, Maculan LS. Novas tendências de metropolização em cidades médias do Brasil: um estudo de caso no Estado do Rio Grande na possível Região Metropolitana de Passo Fundo – RMPF. *Urbe, Rev Bras Gest Urbana* [internet]. 2021 [acesso em 2023 mai 29];13(e20200165):1-17. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/urbe/a/Z5hnlwLwZXKZjsLhbNy846cn/>. doi: <https://doi.org/10.1590/2175-3369.013.e20200165>
12. Wang X-X, Lin W-Q, Chen X-J, Lin Y-Y, Huang L-L, Zhang S-C, Wang P-X. Multimorbidity associated with functional independence among community-dwelling older people: a cross-sectional study in Southern China. *Health Qual Life Outcomes* [internet]. 2017 Abr 17 [acesso em 2022 out 19];15(73):1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5392938/>. doi: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0635-7>
13. Pereira LV, Vasconcelos PP, Souza LAF, Pereira GA, Nakatani AYK, Bachion MM. Prevalence and intensity of chronic pain and self-perceived health among elderly people: a population-based study. *Rev Latinoam Enferm* [internet]. 2014 Jul-Ago [acesso em 2022 out 19];22(4):662-669. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/jGKGpY86W433NV36dwjXqnx/?lang=en>. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3591.2465>
14. Nascimento RCRM, Álvares J, Junior AAG, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, Leite SN, Costa KS, Soeiro OM, Guibu IA, Karnikowski MGO, Acurcio FA. Polifarmácia: um desafio para a atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2022 out 19];51 (supl 2):S1-19. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/xMVtMdQ7pdM7zcGSVFBMrdm/>. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007136>
15. Crowley K. Sleep and Sleep Disorders in Older Adults. *Neuropsychol Rev* [internet]. 2011 Mar [acesso em 2022 out 19];21(1):41-53. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11065-010-9154-6>. doi: <https://doi.org/10.1007/s11065-010-9154-6>.
16. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994 Mar [acesso em 2022 out 19];21(1):55-67. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0095454321004528>. doi: [https://doi.org/10.1016/S0095-4543\(21\)00452-8](https://doi.org/10.1016/S0095-4543(21)00452-8)
17. World health organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva (Switzerland): Editor of the World Health Organization; 1995. [acesso em 2022 out 19]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241208546>
18. Atalah ES, Castilho CL, Castro RS, Aldea AP. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. *Rev Med Chil* [internet]. 1997 Dez [acesso em 2022 out 19];125(12):1429-1436. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/13675304_Proposal_of_a_new_standard_for_the_nutritional_assessment_of_pregnant_women
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. [acesso em 2022 out 19]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf

20. World health organization (WHO). Anthro Plus for personal computers Manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva (Switzerland): Editor of the World Health Organization, 2009. [acesso em 2022 out 19]. Disponível em: https://www.academia.edu/34178595/WHO_AnthroPlus_for_Personal_Computers_Manual_Software_for_assessing_growth_of_the_worlds_children_and_adolescents_Lets_move_it_baby
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016. [acesso em 2022 out 19]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_avaliacao_marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf
22. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PR, Esteves MA, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2005 [acesso em 2022 out 19];21(suppl 1):S54-64. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qHRL9DkxFmXVVJtxjVsFN8x/?lang=en>. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000700007>
23. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação de saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2009 Nov [acesso em 2022 out 19];43(suppl2):S27-37. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/VLrQr5MDVmL6c7TgrxFZT8z/>. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000900005>
24. Lim WY, Ma S, Heng D, Bhalla V, Chew SK. Gender, ethnicity, health behaviour & self-rated health in Singapore. *BMC Public Health* [internet]. 2007 Jul 27 [acesso em 2022 out 19];7(184):1-7. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-7-184>. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-184>
25. Dantas MNP, Souza DLB, Souza AMG, Aiquoc KM, Souza TA, Barbosa IR. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* [internet]. Dez 2021 [acesso em 2023 mai 29];24(e210004):1-13. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rbepid/2021.v24/e210004/>. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>
26. Subramanian SV, Kawachi I. The association between state income inequality and worse health is not confounded by race. *Int J Epidemiol* [internet]. 2003 Dez [acesso em 2022 out 19];32(6):1022-1028. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/article/32/6/1022/775167?login=false>. doi: <https://doi.org/10.1093/ije/dyg245>
27. Oliveira SKM, Pereira MM, Guimarães ALS, Caldeira AP. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciê Saúde Colet* [internet]. 2015 Set [acesso em 2022 out 19];20(9):2879-2890. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PPHS3ndWChSfvqSxZPGrg9x/>. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.20342014>
28. Perruccio AV, Baldey EM, Johnson-Hogg S, Davis AM. Characterizing self-rated health during a period of changing health status. *Soc Sci Med* [internet]. 2010 Nov [acesso em 2022 out 19];71(9):1636-1643. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953610006155>. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.042>

29. Moraes EM, Moraes FL, Lima SPP. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev Med Minas Gerais* [internet]. 2010 [acesso em 2022 out 19];20(1):67-73. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/384>.
30. Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JRA, Lopes CS, Silva GA, Gamarra CJ, Duque KCD, Machado MLSM. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr* [internet]. 2018 Abr-Jun [acesso em 2022 out 19];67(2):101-109. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/TrQdtMNct5Dk3VSvjpthXtH/>. doi: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000192>
31. Fleck MPA, Lafer B, Sougey EB, Porto JAD, Brasil MA, Juruena MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Braz J Psychiatry* [internet]. 2003 Jun [acesso em 2023 mai 29];25(2):114-122. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/zF73qjhhGdpPx8jNkZM34vf/>. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000200013>.
32. Baptista MN, Berberian AA, Marín Rueda FJ, Mattos RMCB. Eficácia de intervenções psicoterápicas no tratamento de depressão. *Psic Rev Psicol Vetor Ed* [internet]. 2007 [acesso em 2022 out 19];8(1):77-88. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142007000100010
33. Silva J, Truzzi A, Schaustz F, Barros R, Santos M, Laks J. Impact of insomnia on self-perceived health in the elderly. *Arq Neuropsiquiatr*. 2017 Maio [acesso em 2022 out 19];75(5):277-281. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/JbY3cc6K6jv4BRsy6K6FjZR/?lang=en>. doi: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20170031>
34. Mago CA, Caputi P, Iverson DC. Relationships between self-rated health, quality of life and sleep duration in middle aged and elderly Australians. *Sleep Med X* [internet]. 2011 Abr [acesso em 2022 out 19];12(4):346-350. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1389945711000244>. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.09.013>
35. Abellán GB, Hidalgo JDL-T, Sotos JR, López JL-T, Jiménez CLV. Healthy eating and self-perception of health. *Aten Primaria* [internet]. 2016 Out [acesso em 2022 out 19];48(8):535-542. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716000238?via%3Dihub>. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.12.001>
36. Lindemann IL, Oliveira RR, Mendonza-Sassi RA. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 Fev [acesso em 2022 out 19];21(2):599-610. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n2/599-610/>. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.04262015>
37. Nunes SOB, Castro MRP, Castro MSA. Tabagismo, comorbidades e danos à saúde. In: Nunes SOV, Castro MRP, organizadores. *Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento* [internet]. Londrina: EDUEL; 2011. p. 17-38. [acesso em 2022 out 19]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/sj9xk/pdf/nunes-9788572166751-00.pdf>

Artigo recebido em outubro de 2022
Versão final aprovada em junho de 2023