

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PRÓ-REITORIA
DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

DANIELA SILVA DE ARAÚJO

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, PREVALÊNCIA E FATORES
ASSOCIADOS À AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE NA POPULAÇÃO URBANA
DO MUNICÍPIO DE MÂNCIO LIMA, ACRE

Rio Branco - AC

2020

DANIELA SILVA DE ARAÚJO

**DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, PREVALÊNCIA E FATORES
ASSOCIADOS À AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE NA POPULAÇÃO URBANA
DO MUNICÍPIO DE MÂNCIO LIMA, ACRE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Processo saúde-adoecimento nas populações e seus determinantes

Orientadora:

Prof.^a Dra. Mônica da Silva Nunes

Coorientador:

Prof. Dr. Alanderson Alves Ramalho

Rio Branco - AC

2020

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

A663d Araújo, Daniela Silva de, 1991 -

Determinantes sociais da saúde, prevalência e fatores associados à autopercepção de saúde na população urbana do município de Mâncio Lima, Acre / Daniela Silva de Araújo; orientadora: Profa. Dra. Mônica da Silva Nunes; coorientador: Prof. Dr. Alanderson Alves Ramalho. Rio Branco, 2020.

70 f.: il.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Acre, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Mestrado em Saúde Coletiva. Linha de pesquisa: Processo saúde-adoecimento nas populações e seus determinantes. Rio Branco, Acre, 2020.

Inclui referências e apêndice.

1. Epidemiologia 2. Saúde coletiva - Amazônia 3. Percepção de saúde I. Nunes, Mônica da Silva (orientadora) II. Ramalho, Alanderson Alves (coorientador) III. Título

CDD: 614

Daniela Silva de Araújo

Determinantes sociais da saúde, prevalência e fatores associados à auto percepção de saúde na população urbana do município de Mâncio Lima, Acre

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 02 de maio de 2020

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Mônica da Silva Nunes (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Acre

Prof. Dr. Alanderson Alves Ramalho (Coorientador)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Acre

Prof. Dr. Orivaldo Florencio de Souza (Membro Interno)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Acre

Prof.^a Dra. Patrícia Rezende do Prado (Membro Externo)
Centro de Ciências da Saúde e do Desporto
Universidade Federal do Acre

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, Francisca Oliveira, pelos ensinamentos e esforços realizados para que eu dedicasse a maior parte da minha vida aos estudos.

Ao meu marido, Matheus Carvalho, meu companheiro de todas as horas, por estar presente em todos os momentos, ajudando e apoiando sempre que se fez necessário.

Aos meus sogros, Maria Nonata e Francisco Dantas, pelo apoio e cuidado durante o meu período de viagens.

AGRADECIMENTOS

À orientadora Prof.^a Dra. Mônica da Silva Nunes, pela oportunidade e confiança.

Ao professor Dr. Alanderson Alves Ramalho, pelo apoio e suporte na realização das análises estatísticas deste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que desenvolveram com maestria sua missão em conduzir nossa formação.

À querida Sara, secretária do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelo apoio nos momentos de angústia, sempre disposta a ajudar em tudo que estava ao seu alcance.

Aos membros da banca examinadora, Prof. Dr. Orivaldo Florencio de Souza e Prof.^a Dra. Patrícia Rezende do Prado, por aceitarem prontamente o convite e pelas críticas construtivas e sugestões.

À Prof.^a Dra. Rozilaine Redi Lago e Prof.^a Dra. Clarice Maia Carvalho, pelas contribuições realizadas durante a banca de qualificação deste trabalho.

Ao meu querido amigo Ualison Pontes, pelo incentivo durante as etapas de seleção para o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Às queridas amigas Caire e Aline, por terem tornado essa caminhada mais leve.

À Universidade Federal do Acre, instituição que tenho muito orgulho de ter feito parte durante meu período de graduação e mestrado.

Às minhas colegas de trabalho Denilde e Ewanklésia, que me auxiliarem nos períodos em que se fez necessária a minha ausência.

A todos que de alguma forma me auxiliaram durante essa jornada, mas que mesmo sem serem citados sabem a importância que tiveram durante todo esse período de renúncias, meu muito obrigada.

ARAÚJO, D.S. Determinantes Sociais da Saúde, prevalência e fatores associados à autopercepção de saúde na população urbana do município de Mâncio Lima, Acre. 2020 Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Acre.

RESUMO

Introdução: a avaliação da autopercepção de saúde consiste em método prático, eficaz e de baixo custo, utilizada em diversos estudos nacionais e internacionais como meio de obtenção de informações sobre o estado de saúde de determinadas populações. Já os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), podem ser considerados importantes influenciadores na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de riscos nas populações, constituindo fator decisivo na forma como as pessoas enxergam o seu estado de saúde. **Objetivo:** avaliar como os DSS influenciam a prevalência de autopercepção de saúde regular ou ruim e seus fatores associados na população residente na área urbana do município de Mâncio Lima, Acre, durante o ano de 2012. **Métodos:** trata-se de um estudo transversal realizado entre janeiro e março de 2012, por meio de inquérito domiciliar, com indivíduos maiores de 18 anos, residentes na área urbana do município de Mâncio Lima, Acre. Realizou-se análises exploratória e descritiva, assim como o teste do Qui-Quadrado para a comparação de frequências, usando-se o nível crítico $\alpha=0,05$. A análise das variáveis associadas a cada desfecho foi feita inicialmente através de análise bivariada, usando-se modelos de regressão logística simples e múltipla. Foram consideradas como fatores associados ao desfecho as variáveis com $p<0,05$, com intervalo de confiança (IC) de 95%. **Resultados:** a prevalência de autopercepção de saúde regular ou ruim foi de 44,5%. Após análise multivariada, as seguintes variáveis mostraram-se estatisticamente associadas ao desfecho: sexo, idade, escolaridade, presença de morbidades nos últimos 15 dias, benefício governamental (bolsa família) e renda *per capita*. **Conclusão:** o conhecimento, a partir desse estudo, dos fatores que interferem em como os indivíduos enxergam seu estado de saúde consiste em importante ferramenta para subsídio de criação e melhorias de políticas públicas de prevenção e promoção à saúde da população participante da pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE: Autopercepção de saúde regular ou ruim. Epidemiologia. Amazônia.

ABSTRACT

Introduction: the evaluation of self-perceived health is a practical, effective and low-cost method, used in several national and international studies as a means of obtaining information about the health status of certain populations. The Social Determinants of Health (DSS), on the other hand, can be considered important influencers in the occurrence of health problems and their risk factors in populations, constituting a decisive factor in the way people see their health status. **Objective:** to evaluate how the DSS influence the prevalence of self-perceived regular or poor health and its associated factors in the population living in the urban area of the municipality of Mâncio Lima, Acre, during 2012. **Methods:** this is a cross-sectional study between January and March 2012, through a household survey, with individuals of all ages, living in the urban area of the municipality of Mâncio Lima, Acre. Exploratory and descriptive analyzes were carried out, as well as the Chi-Square test to compare frequencies, using the critical level $\alpha = 0,05$. The analysis of the variables associated with each outcome was performed initially through bivariate analysis, using simple and multiple logistic regression models. Variables with $p < 0,05$, with a 95% confidence interval (CI), were considered as factors associated with the outcome. **Results:** the prevalence of regular or poor self-perceived health was 44,5%. After multivariate analysis, the following variables were statistically associated with the outcome: sex, age, education, presence of morbidities in the last 15 days, government benefit (family allowance) and per capita income. **Conclusion:** the knowledge, from this study, of the factors that interfere in how individuals see their health status is an important tool for creating subsidies and improving public policies for the prevention and health promotion of the population participating in the research.

KEYWORDS: Self-perception of regular or poor health. Epidemiology. Amazon.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Localização espacial do município de Mâncio Lima, Acre.....	16
Figura 2. Mapa da regionalização da saúde no Estado do Acre, 2015.....	17
Figura 3. Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.....	22
Figura 4. O processo de avaliação individual da saúde.....	25
Figura 5. Mapa do Estado do Acre (em destaque município de Mâncio Lima e de Rio Branco)	38
Quadro 1. Estudos nacionais relacionados à autopercepção de saúde.....	28
Quadro 2. Estudos internacionais relacionados à autopercepção de saúde.....	32
Quadro 3. Modelo conceitual hierarquizado para análise dos fatores associados à autopercepção de saúde.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. População de estudo conforme características demográficas e socioeconômicas. Mâncio Lima, Acre, 2012.....	44
Tabela 2. Prevalência de autopercepção de saúde. Mâncio Lima, Acre, 2012.....	45
Tabela 3. Avaliação da condição de saúde, segundo aspectos demográficos e socioeconômicos. Mâncio Lima, Acre, 2012.....	46
Tabela 4. Autopercepção da condição de saúde, segundo necessidades em saúde. Mâncio Lima, Acre, 2012.....	47
Tabela 5. Avaliação da condição de saúde, segundo aspectos familiares e socioeconômicos. Mâncio Lima, Acre, 2012.....	48
Tabela 6. Fatores associados a percepção de saúde, obtidos por análise bivariada, segundo bloco de variáveis. Mâncio Lima, Acre, 2012.....	51
Tabela 07. Fatores associados a percepção de saúde, obtidos por análise múltipla hierarquizada. Mâncio Lima, Acre, 2012.....	53

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CDSS-OMS	Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Percepção Negativa de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MÂNCIO LIMA, ACRE.....	15
2.2 DEFININDO O CONCEITO DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE.....	19
2.3 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE	26
3 PERGUNTA DE PESQUISA.....	34
4 JUSTIFICATIVA	35
5 OBJETIVOS.....	36
5.1 OBJETIVO GERAL	36
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
6 MATERIAL E MÉTODO	37
6.1 TIPO DE ESTUDO.....	37
6.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	37
6.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	37
6.4 LOCAL DO ESTUDO.....	37
6.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO	38
6.6 SELEÇÃO DA AMOSTRA	38
6.7 COLETA DE DADOS.....	39
6.8 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	39
6.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	39
6.10 VARIÁVEIS DO ESTUDO	40
6.10.1 Variáveis Independentes	40
6.10.2. Variáveis Dependente	40
6.11 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	40
6.11.1 Fatores Associados à Autopercepção de Saúde	41
7 RESULTADOS.....	43
7.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICO-FAMILIAR DA POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	43

7.2 AVALIAÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE REFERENTE À POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	45
8 DISCUSSÃO.....	54
9 CONCLUSÃO	59
10 REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICE A – Questionário sócio-econômico familiar	65
APÊNDICE B – Questionário individual	68

1 INTRODUÇÃO

As diferenças regionais e entre as diversas parcelas da população constituem em características marcantes do Brasil, podendo serem consideradas influenciadoras no que diz respeito a percepção de saúde dos indivíduos.

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), entendidos como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de riscos nas populações, da mesma forma, podem ser decisivos em como as pessoas enxergam o seu estado de saúde (BUSS; FILHO, 2007).

No que diz respeito a avaliação da autopercepção de saúde, ela tem sido utilizada como medida aproximada do estado de saúde de indivíduos, e vem sendo obtida com alguma regularidade desde a década de oitenta. O seu conceito pode ser entendido como a forma que os indivíduos enxergam seu estado de saúde, consistindo em um significado subjetivo, complexo, composto por dimensões físicas, emocionais, entre outros aspectos (LESKINEN, et al., 2012).

Ao mesmo tempo, a obtenção desse dado apresenta-se como um método rápido e simples de coleta de informações sobre o estado de saúde de determinadas populações. De forma que diversos estudos têm demonstrado que a avaliação da autopercepção de saúde pode ser considerada como um forte preditor de morbidade, mortalidade e qualidade de vida (MOSSEY; SHAPIRO, 1982; LESKINEN, et al., 2012; TAMAYO-FONSECA, et al., 2013).

O município de Mâncio Lima, cidade brasileira localizado no extremo oeste do Estado do Acre, considerada a cidade mais ocidental do país, configura-se como uma das cidades mais distante, em linha reta, da capital federal do Brasil. No ano de 2010, sua população foi estimada em 15.206 pessoas (IBGE, 2011).

No momento, não existem estudos publicados voltados para a avaliação da autopercepção de saúde pela população de Mâncio Lima. Dessa forma, o presente estudo constitui em importante ferramenta de obtenção de informações para o planejamento, implementação, intervenção e acompanhamento de programas e ações de saúde naquele município e em outros municípios amazônicos com características populacionais, culturais e ambientais semelhantes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MÂNCIO LIMA, ACRE

Anteriormente à promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, o modelo de saúde adotado pelo Brasil dividia a população entre os que podiam pagar pelo serviços de saúde ofertados pela rede particular; os que tinham direito a saúde pública oferecida pela Previdência Social, ou seja, trabalhadores de carteira assinada; e os que não possuíam direito algum, que eram amparados pela Santas Casas de Misericórdia, por exemplo (CARVALHO, et al., 2013; PAIM, 2013).

Como resultado de décadas de luta, de um movimento denominado de Movimento da Reforma Sanitária, houve a criação da Carta Magna Brasileira de 1988 e consequentemente concretização do Sistema Único de Saúde (SUS), em que todo cidadão brasileiro passou a ter direito ao acesso de forma integral e igualitária aos serviços de saúde, a ser garantido pelo Estado. Tal fato consistiu em um dos principais avanços alcançados na área da saúde pública de toda história brasileira (BRASIL, 1988; CARVALHO, 2013; PAIM, 2013).

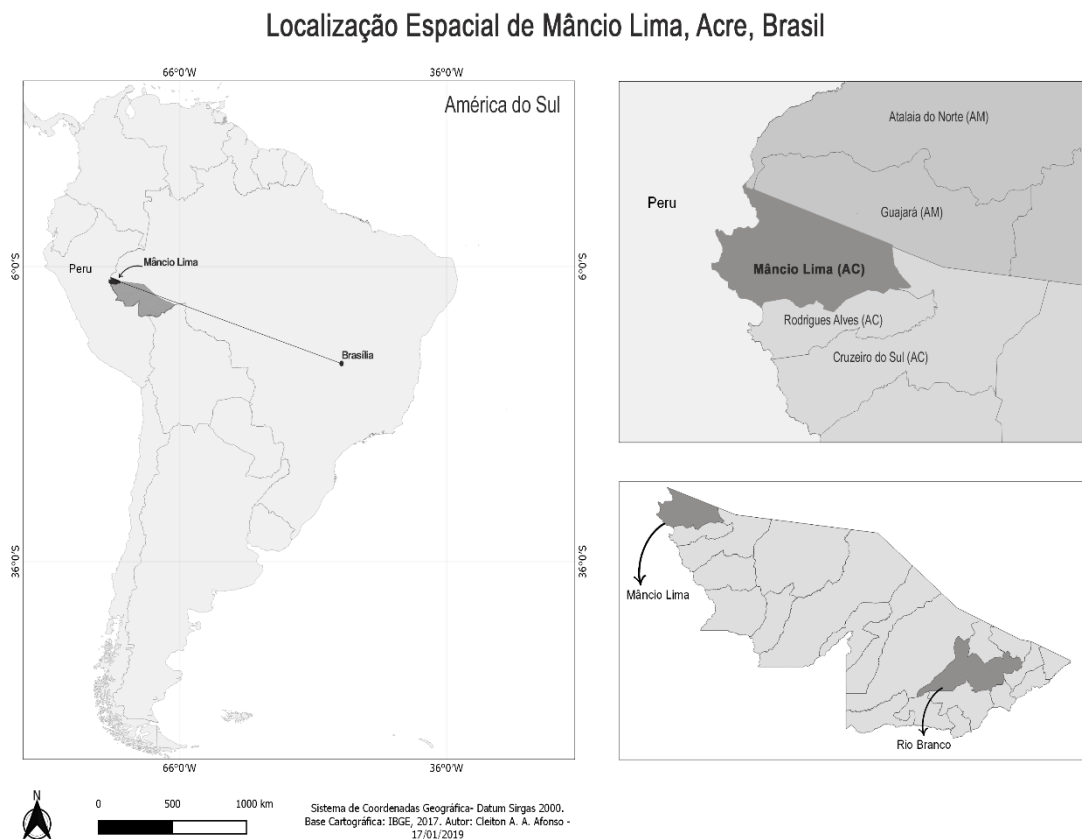
Na mesma linha de avanços na área de saúde pública, houve a criação da Lei nº 8.080, em 19 de setembro de 1990, que dispôs sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, entre outros aspectos, definindo, então, como fatores condicionantes e determinantes da saúde a “alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990), o que deu caráter multidimensional a ideia de saúde.

Apesar desses avanços, é importante que se tenha em mente que além do caráter político, há também o aspecto social da formulação e execução de políticas de saúde relacionado a cada nicho de população, área e regiões do Brasil, já que possuímos em nosso país diversas desigualdades e singularidades relacionadas a aspectos sociais, culturais, econômicos, entre outros (FIORATI et al., 2016).

O município de Mâncio Lima, localizado no extremo oeste do Estado do Acre, pertencente à Região Norte do Brasil, e é considerada a cidade mais ocidental do país, configurando-se como um dos municípios mais distante, em linha reta, da capital federal do Brasil. Possui cerca de 669 km de distância de Rio Branco e cerca de 3.720 km de

Brasília, ambos por rodovia federal, a BR-364. O acesso ao município se dá por via aérea - aeroporto de Cruzeiro do Sul; por via terrestre - BR-364, apenas no verão e por via fluvial - Rio Juruá. Com 5.452,853 km², Mâncio Lima faz divisa com os municípios de Cruzeiro do Sul e Rodrigues Alves, o Estado do Amazonas e com o país Peru (Figura 1) (ARRUDA et al., 2017; IBGE, 2019).

Figura 1. Localização espacial do município de Mâncio Lima, Acre



Em 2010, segundo último censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Mâncio Lima apresentava uma população total de 15.206 pessoas, distribuídas entre 7.836 pessoas do sexo masculino e 7.370 do sexo feminino. Já no ano de 2019 essa população estava estimada em 18.977 pessoas, número consideravelmente inferior a população da cidade de Rio Branco, capital do Estado do Acre, que no ano de 2019 foi estimada em 407.319 pessoas. A densidade demográfica no ano de 2010 foi de cerca de três (03) habitantes por quilômetro quadrado (IBGE, 2019).

No que diz respeito ao trabalho e rendimento da população daquele município, no ano de 2010, o percentual da população com rendimento mensal per capita de até meio

salário mínimo foi de 48,7%, correspondendo a quase metade da população. Em 2017, o percentual da população ocupada foi de 5,5% e o salário mensal dos trabalhadores formais foi de 1,6 salário mínimo (IBGE, 2019).

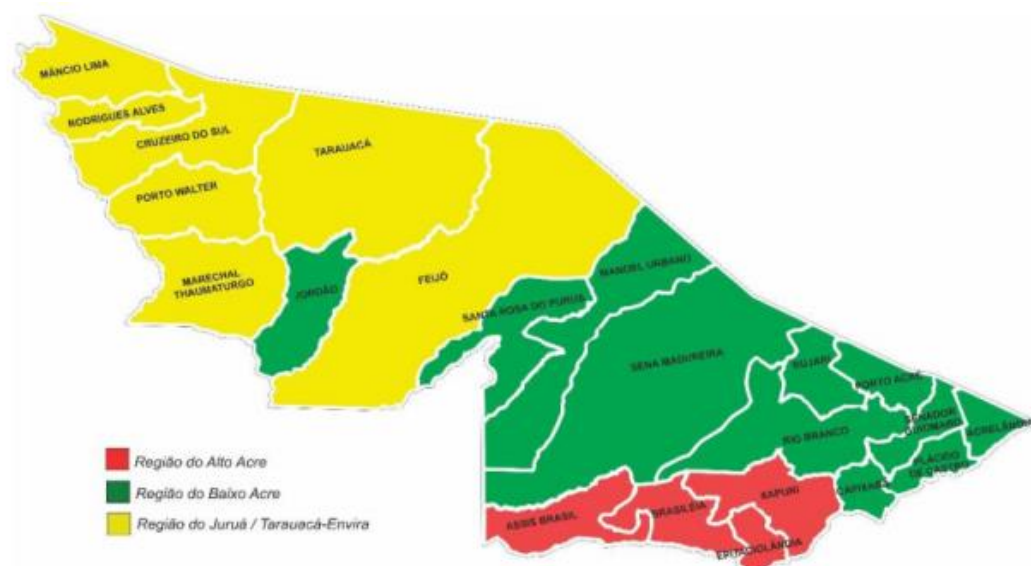
Na economia, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita foi estimado em R\$10.855,28 no ano de 2017, em comparação ao PIB per capita da cidade de Rio Branco, que foi de R\$21.258,68. Esse dado posicionou Mâncio Lima entre os municípios com menor PIB do Estado do Acre (IBGE, 2019).

Em relação à educação, em 2010, o município de Mâncio Lima contava com uma taxa de escolarização de 94,9% entre as pessoas de 6 a 14 anos de idade. No ano de 2018 o município possuía 42 escolas de ensino fundamental e 6 escolas de ensino médio, não contando com nenhum estabelecimento de ensino superior (IBGE, 2019).

Em 2010, do total de domicílios, apenas 8% possuíam esgotamento sanitário adequado e somente 7,5% das vias públicas eram urbanizadas (presença de bueiros, pavimentação, meio-fio e calçadas) (IBGE, 2010).

No processo de regionalização da saúde, responsável por orientar o processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde, o Estado do Acre está dividido em três regiões de saúde: Baixo Acre e Purus, Alto Acre e Juruá/Tarauacá/Envira. O município de Mâncio Lima encontra-se localizado na Região de Juruá/Tarauacá/Envira (Figura 2) (SESACRE, 2016).

Figura 2. Mapa da regionalização da saúde no Estado do Acre, 2015



Fonte: SAPG/DGRSBAP/SESACRE, 2015.

A Região Norte do Brasil é caracterizada por apresentar baixa oferta e complexidade dos serviços de saúde locais, com menor número de hospitais de atenção terciária e quaternária, com menor número proporcional de profissionais médicos, menor distribuição desses serviços, iniquidades na utilização de serviços odontológicos, entre outros aspectos (ANDRANDE et al., 2013; ALBUQUERQUE et al., 2017).

O IBGE, em 2017, estimou a mortalidade infantil em cerca de nove (09) mortes para 100 nascidos vivos, posicionando Mâncio Lima entre os cinco municípios com a maior taxa de mortalidade infantil do Estado do Acre (IBGE, 2019).

Em relação ao número de estabelecimentos públicos de saúde, referente ao ano de 2019, existiam 14 estabelecimentos de saúde: um (01) Posto de Saúde, sete (07) Centros de Saúde/Unidade Básica de Saúde, um (01) Hospital Geral, uma (01) Unidade de Vigilância em Saúde, um (01) Centro de Atenção Psicossocial, duas (02) Unidades de Atenção à Saúde Indígena e um (01) Polo de Prevenção de Doenças e Agraços e Promoção da Saúde. O município de Mâncio Lima, no mesmo ano, também contava com 1 (uma) Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência e com a sede da Secretária de Saúde Municipal (CNES, 2019).

Já no ano de 2012, correspondente ao ano de realização desse estudo, Mâncio Lima contava com nove (09) Postos de Saúde, cinco (05) Centros de Saúde/Unidade Básica de Saúde, um (01) Hospital Geral, uma (01) Unidade de Vigilância em Saúde, mais a Secretária Municipal de Saúde (CNES, 2019). Significando um aumento no número de unidades de saúde com atendimento especializado, como a inclusão do Centro de Atenção Psicossocial, as Unidades de Atenção à Saúde Indígena e o Polo de Prevenção de Doenças e Agraços e Promoção da Saúde.

Em relação ao número de profissionais de saúde que exerciam suas atividades no SUS naquele município, no ano de 2019, existiam 17 médicos, destes sete (07) clínicos gerais, nove (09) médicos de Estratégia de Saúde da Família e um (01) médico ginecologista; 11 cirurgiões dentistas; 26 enfermeiros; dois (02) nutricionistas; 53 técnicos em enfermagem e 52 agentes comunitários de saúde, fora as demais categorias de profissionais de saúde pertencentes ao quadro da secretária de saúde do município. No ano de 2012, esse número era consideravelmente inferior ao apresentado em 2019 (CNES, 2019).

No que diz respeito ao número e especificações de leito, no ano de 2012, Mâncio Lima possuía 18 leitos: quatro (04) leitos de clínica médica, seis (06) de obstetrícia clínica, seis (06) de pediatria clínica, um (01) de psiquiatria e um (01) de pneumologia

sanitária. Em 2019 esse número foi ampliado para 25 leitos, com aumento da quantidade de leitos de clínica médica, de quatro para onze leitos (CNES, 2019).

Já em relação ao número de equipamentos em uso e disponíveis no SUS, o município de Mâncio Lima, no ano de 2012, possuía um (01) aparelho de raio-x e um (01) aparelho de eletrocardiograma, não havendo qualquer outro equipamento de diagnóstico por imagem, como mamógrafo, tomógrafo computadorizado, aparelho de ultrassonografia e aparelho de ressonância magnética. Até o ano de 2019, o município manteve o mesmo padrão de equipamentos de diagnóstico por imagem (CNES, 2019).

A grande parte dos serviços de saúde prestados neste município são de cunho público, sendo a maioria deles executado pelo poder público municipal. A rede privada tem a menor parcela de serviços de saúde, possuindo apenas duas (02) unidades, correspondendo ao setor de apoio diagnóstico (SESACRE, 2016; CNES, 2019; IBGE, 2019).

2.2 DEFININDO O CONCEITO DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), por vezes, podem apresentar diversos conceitos, uns considerados mais genéricos e outros nem tanto. Já no século XIX, diversos estudiosos na área de Epidemiologia consideravam as condições socioeconômicas como importantes influenciadores sobre a saúde e a doença, trabalhos realizados nesse período apontavam a importância da determinação social como reflexo de estado de saúde ou doença (CASTRO; ZIONE, 2010).

Tarlov, em 1996, primeiro autor a empregar o termo, definiu de forma sintética o conceito de DSS, dizendo que são “características sociais dentro das quais a vida transcorre”. Em seu trabalho, Tarlov também dividiu os determinantes de saúde em quatro categorias: fatores genéticos e biológicos, atenção médica, comportamento individual e características sociais de onde a vida se dá.

Porém, Krieger (2001) foi mais além, conceituando os Determinantes Sociais da Saúde como “os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação”.

Raphael (2006), referiu que os DSS são condições sociais e economias que influenciam a saúde dos indivíduos e das comunidades, determinando se os indivíduos se

mantêm sãos ou não, e também a extensão em relação ao qual uma pessoa possui os recursos sociais, pessoais e físicos para alcançar aspirações, satisfazer necessidades e lidar com o ambiente.

A Organização Mundial da Saúde, em 2010, conceituou os DSS como “as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham” (CDSS, 2010). Já de acordo com a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (2011), estes podiam ser caracterizados como “as condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem”, sendo considerados causas importantes de iniquidades em saúde. O mesmo documento aponta que esses determinantes incluem as experiências do indivíduo desde os seus primeiros anos de vida até sua velhice, como sua educação, situação econômica, oportunidade de emprego e trabalho decentes, habitação, meio ambiente, além do acesso a serviços de saúde eficientes para a prevenção e tratamento de doenças.

No documento fruto da Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde, realizada em 2011, também foi reafirmado que “as desigualdades em cada país, e entre países, são política, econômica e socialmente inaceitáveis – além de injustas e, em grande parte, evitáveis – e que a promoção da equidade em saúde é fundamental ao desenvolvimento sustentável e a uma melhor qualidade de vida e bem-estar para todos” (WHO, 2011).

Em 2005, a partir de um movimento global encabeçado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em torno da temática dos DSS, foi criada a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS (CDSS-OMS), que teve como objetivo a divulgação em âmbito internacional da importância dos Determinantes Sociais da Saúde na agenda mundial para o enfrentamento das desigualdades em saúde (CASTRO; ZIONE, 2010; GARBOIS, et al., 2014).

No Brasil, no ano de 2006, foi instituída, por meio do Decreto Presidencial, a primeira Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde. Após o movimento realizado pela OMS, foi determinado que essa comissão seria composta por dezessete especialistas e personalidades das diversas esferas sociais, para o mandato de dois anos. Seu objetivo seria centrado na produção de conhecimento sobre os DSS no país, sendo capaz de contribuir para a formulação de políticas públicas que minimizassem as desigualdades em saúde, promovendo a equidade em saúde, além de promover atividades de mobilização da sociedade civil, no que diz respeito a conscientização e atuação sobre

os DSS (BRASIL, 2006; BUSS; FILHO, 2007; CASTRO; ZIONE, 2010; GARBOIS, et al., 2014).

Há diversos modelos que procuram relacionar os vários determinantes sociais e a situação de saúde. O modelo usado pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde foi o elaborado por Dahlgren e Whitehead, em 1991 (Figura 3), escolhido por sua simplicidade, fácil compreensão e pela clareza na visualização gráfica dos DSS (CNDSS, 2008).

Neste modelo demonstra-se a interação entre os diferentes níveis de condições sociais e a produção de desigualdades em saúde, em que estão dispostos em diferentes camadas. No primeiro nível, considerado como nível individual, considerou-se algumas características como idade, sexo e fatores hereditários; no nível acima estão os aspectos relacionados ao estilo de vida dos indivíduos, tais como hábito de fumar, de alimentação e sedentarismo (BUSS; FILHO, 2007; CASTRO; ZIONE, 2010; GEIB, 2012; SOUZA, et al., 2013).

Saindo do âmbito individual, partimos para o próximo nível dos Determinantes Sociais da Saúde. Nele estão os fatores relacionados às redes sociais e comunitárias em que estão inseridos os indivíduos, como as propagandas, acesso à informação, a possibilidade de acesso a espaços de lazer e alimentação saudável, serviços de segurança, entre outros. No quarto nível estão os fatores relacionados às condições de trabalho, de habitação, presença de saneamento básico adequado, educação, alimentação e acesso aos serviços de saúde. Já o último nível é composto pelos macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, sociais, culturais e ambientais, como a promoção do desenvolvimento sustentável, preservação do meio ambiente, promoção da paz, entre outros. (BUSS; FILHO, 2007; CASTRO; ZIONE, 2010; GEIB, 2012; SOUZA, et al., 2013; GARBOIS et al., 2017).

Figura 3. Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead, 1991



Fonte: Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, 2008

A partir desse modelo proposto, torna-se possível a identificação dos pontos de maior relevância que podem ser objetos de intervenções políticas, com o objetivo de minimizar as iniquidades relacionados aos DSS. No nível relacionado aos fatores comportamentais e estilo de vida, é possível a efetivação de políticas de abrangência populacional, que sejam capazes de promoverem mudanças de comportamento, como por exemplo, realização de campanhas educativas, criação de espaço público para realização de atividades físicas, conscientização quanto aos malefícios do uso de drogas lícitas - bebida alcoólica e tabaco, entre outros (GARBOIS et al., 2017).

No próximo nível, relacionado às redes sociais e comunitárias, é possível que se busque, por meio de políticas públicas, estabelecer redes de apoio e fortalecimento da organização e participação das pessoas na comunidade que fazem parte, com o objetivo de melhorar a condição de vida e bem-estar, especialmente das pessoas em situação de maior vulnerabilidade (GARBOIS et al., 2017).

Já em relação às condições de vida e trabalho, pode-se assegurar, por meio de políticas sociais, o melhor acesso à água potável, o aumento da rede de esgoto das comunidades, melhores condições de habitação, acesso à ambiente de trabalho seguro e digno, diminuição dos níveis de desemprego, acesso a serviços de saúde e de educação de qualidade, possibilidade de acesso a alimentos saudáveis, entre outras ações (GARBOIS et al., 2017).

A intervenção sobre os DSS, principalmente para as pessoas consideradas em situação de vulnerabilidade, é essencial para o avanço da ideia de equidade em saúde conceituada pelo Sistema Único de Saúde e, conseqüentemente, geração de melhoria na qualidade de vida das populações. De forma que, torna-se importante a visão de que o conhecimento sobre esses determinantes é capaz de gerar ações que promovam a implantação de políticas públicas e intervenções que minimizem as desigualdades sociais atuais (FILHO, 2011).

Nota-se, dessa forma, a importância dos fatores considerados não-clínicos sobre a situação de saúde das populações, o que pode interferir, de certo modo, em como é enxergada a percepção de saúde dos indivíduos com base no meio em que vivem, demonstrando que os Determinantes Sociais da Saúde afetam de maneira direta os indicadores de saúde das coletividades (SOUZA, 2012).

A partir da visão estabelecida pela OMS, no ano de 1948, em que a definição de saúde se caracterizou como o completo bem-estar físico, mental e social, não se resumindo a somente a ausência de doenças, notou-se um avanço no que diz respeito a influência dos Determinantes Sociais da Saúde em relação à autopercepção de saúde.

Dentre as definições utilizadas, a autopercepção de saúde pode ser entendida como a avaliação do indivíduo sobre o seu estado de saúde. Podendo ser baseada em critérios subjetivos ou objetivos, estando ligada diretamente com as experiências pessoais, com as condições físicas individuais e com o comprometimento de saúde (AGOSTINHO et al., 2010; SILVA et al., 2012; MOREIRA et al., 2015).

Já em 1958, pesquisadores dos Estados Unidos da América, já concluíam que a autopercepção de saúde média algo diferente das classificações realizadas pelos médicos, ou seja, a chamada saúde percebida ou subjetiva em oposição à saúde real ou objetiva. Enfatizando que, de certo modo, essa autoavaliação pode ou não ser válida (SUCHMAN et al.; 1958).

Embora a autopercepção de saúde seja um processo individual e subjetivo, pode-se afirmar que ela está inserida em um dado contexto econômico, social, cultural e ambiental em que o indivíduo está inserido, de forma que as escolhas individuais são guiadas pelo entendimento cultural do conceito de “saúde” (JYLHÄ, 2009).

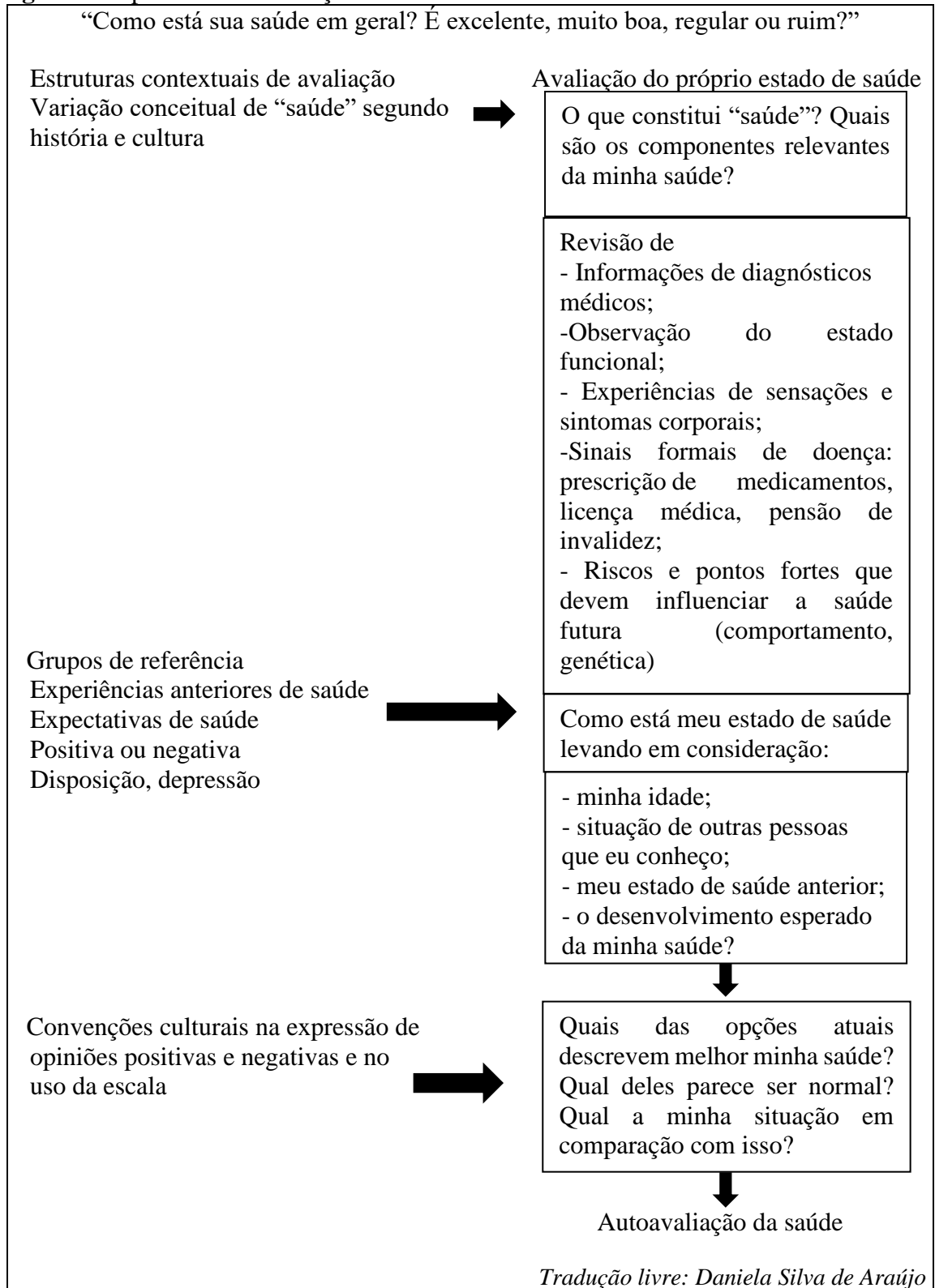
Jylhä, em 2009, em seu estudo sobre o conceito de autoavaliação de saúde, propôs um modelo para auxiliar no entendimento do processo individual da avaliação da saúde, onde seu objetivo foi esclarecer a natureza dos diferentes tipos de informação que as pessoas têm sobre sua saúde e como essas informações interferem em suas

autoavaliações. Segundo seu modelo, Julhä refere que a autoavaliação da saúde envolve necessariamente o processo de informação, interpretação de significados e seleção, e que, embora seja um processo individual e subjetivo, ele está incorporado em um dado ambiente social, cultura e ambiental (Figura 4).

Verifica-se a importante no conhecimento de como o estado de saúde é entendido pelo indivíduo, pois seu comportamento é condicionado a importância dada a este. De forma que esse estado pode ser influenciado por fatores socioeconômicos, biológicos e de vínculo com o serviço. Assim, dentre as classificações possíveis, a avaliação da autopercepção de saúde pode ser dividida em: muito boa, boa, regular, ruim ou péssima (AGOSTINHO et al., 2010; SILVA et al., 2012; MOREIRA et al., 2014).

A avaliação dessa autopercepção consiste em um método de fácil compreensão, rápido e simples e de baixo custo de coleta de informações sobre o estado de saúde de determinadas populações. Diversos estudos têm demonstrado que essa avaliação pode ser considerada como um forte preditor de morbidade, mortalidade e qualidade de vida, em alguns casos, também pode ser recomendado como instrumento para triagem de alguns tipos de doenças. Em pacientes com câncer avançado, a autopercepção de saúde mostrou-se como um preditor da mortalidade mais forte quando comparado a indicadores clínicos, por exemplo (MOSSEY; SHAPIRO, 1982; JULHÄ, 2009; LATHAN; PEEK, 2012; LESKINEN, et al., 2012; TAMAYO-FONSECA, et al., 2013; WU, et al., 2013; SCHNITTKER; BACK, 2014).

A obtenção de informação quanto a autopercepção de saúde tem sido usada em importantes inquéritos populacionais nacionais e internacionais. Sendo utilizado como importante preditor da utilização dos serviços de saúde e, comumente é capaz de mensurar a condição de saúde das populações, podendo servir como ferramenta abrangente para triagem do estado de saúde de indivíduos (SILVA et al., 2012; TAMAYO-FONSECA, et al., 2013; MOREIRA et al., 2014).

Figura 4. O processo de avaliação individual da saúde

Fonte: JYLHÄ, M., 2009.

2.3 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

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

Em relação a prevalência de autopercepção de saúde em estudos nacionais, Moraes e colaboradores (2011), em estudo transversal realizado com estimativas representativas para o Brasil, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD), verificaram que a maior parte da população adulta brasileira avaliou o seu estado global de saúde como bom ou muito bom (68,4%), apenas 5,6% dos adultos avaliaram o seu estado de saúde como ruim ou muito ruim, enquanto os demais (26%) referiram avaliar seu estado de saúde como regular.

Estudo realizado em três municípios interioranos representativos da região Nordeste, Sudeste e Sul do país (Distrito de Olienza em Ilhéus/BA, Caratinga/MG e Nova Santa Rosa/PR), no período de março a maio de 2009, que teve como população 909 adultos entre 60 a 91 anos, verificou que a prevalência de idosos que referiram percepção negativa de saúde (PNS) foi de 49,8%, destes a maior parte era representada pelo sexo feminino (56,7%). Para as pessoas do sexo masculino foi identificado associação entre a percepção de saúde negativa e aumento da idade, risco de desnutrição e incapacidade funcional. Enquanto entre as mulheres, foi verificado associação entre PNS e o uso superior a dois medicamentos, presença de hipertensão arterial e incapacidade funcional. Entre os participantes da pesquisa, demonstrou-se que quase a metade possuía percepção negativa da sua saúde (SILVA et al., 2012).

Outra pesquisa, que também utilizou a população de idosos como ponto de análise, identificou que a maioria dos participantes apresentaram autopercepção negativa de saúde (70,10%), o que foi ao encontro ao apresentando por Silva e colaboradores (2012). Nesse estudo foi identificado associação entre a autopercepção de saúde negativa e a variável hospitalização recente, concluindo que as percepções de saúde influenciam na morbimortalidade em idosos (RIBEIRO et al., 2018).

Em 2017, estudo realizado no norte do Brasil, em um município da região metropolitana de Belém-PA, com indivíduos de 60 ou mais, avaliou a autopercepção de

saúde de idosos atendidos em uma unidade básica de saúde localizada em um município do Estado do Pará. Foi demonstrado que a maioria dos idosos (53,7%) referiram percepção de saúde positiva, sendo evidenciado associação significativa entre a autopercepção de saúde com as variáveis sexo, idade, escolaridade, raça e presença de doenças crônicas (POUBEL et al., 2017).

Em relação à autopercepção de saúde entre adultos jovens escolares, de 20 a 24 anos, estudo transversal realizado entre dezembro de 2011 e maio de 2012, identificou que entre estes 57,9% referiram uma autopercepção de saúde positiva, enquanto 42,1% referiram autopercepção de saúde negativa, demonstrando associação entre autopercepção de saúde e idade. O modelo final explicou 83,3% da autopercepção positiva, demonstrando associação entre autopercepção de saúde com sexo masculino, moradia em comunidade e ter estilo de vida excelente ou bom (MOREIRA et al., 2014).

Estudo transversal de base populacional realizado em Rio Branco - capital do Estado do Acre -, analisou a autoavaliação de saúde e seus fatores associados entre pessoas com 18 anos ou mais. Dentre os achados, verificou-se que a prevalência de saúde avaliada como ruim aumentou significativamente com o aumento da idade (sendo maior para as mulheres), nos negros e pardos em relação aos não negros e pardos e a probabilidade de declaração de saúde regular/ruim no grupo de pessoas sem ocupação foi 1,20 vezes a observada no grupo com ocupação. Notou-se, também, que o índice de insatisfação com a saúde apresentou-se significativamente maior para pessoas com morbidade referida, indivíduos considerados inativos e obesos (BEZERRA et al., 2011).

No Estado de Minas Gerais, estudo transversal avaliou a autopercepção de saúde e fatores associados à percepção de saúde negativa da própria saúde em quilombolas do norte do estado - comunidade caracterizada por viver em vulnerabilidade social -, encontrou que, entre os participantes do estudo, 46% referiram uma percepção negativa da saúde e 59% referiram pelo menos um problema de saúde. Algumas das variáveis associadas a uma percepção de saúde negativa foram: idade, escolaridade e morbidades autorreferidas (OLIVEIRA et al., 2015).

Quadro 1. Estudos nacionais relacionados à autopercepção de saúde.

Autor e Ano de publicação	Local do Estudo/Período	Métodos	Principais Resultados
TRAEBERT et al., 2011	Município de Joaçaba – SC 2006	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo transversal. - População: pessoas de 20 a 59 anos. - Regressão Logística Múltipla Hierarquizada. - Variável desfecho: percepção de saúde ruim/muito ruim. 	<ul style="list-style-type: none"> - Constatou-se que 74,7% referiram ter uma condição de saúde boa e, apenas, 3,9% relataram uma condição ruim ou muito ruim - Foi demonstrado que ter idade entre 40 a 59 anos e ter estudado menos que oito anos aumentou em cerca de três vezes a chance de autopercepção de saúde ruim/muito ruim. - Ser do sexo feminino e não estar trabalhando aumentou a chance de referir a saúde como ruim/muito ruim - Ter deixado de realizar atividades habituais por problemas de saúde e internação nos últimos 12 meses também se mostraram associadas ao desfecho.
REICHERT et al., 2012	Município de Pelotas - RS	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo transversal. - População: pessoas de 10 anos ou mais. - Regressão de Poisson. - Variável desfecho: autopercepção de saúde regular ou ruim. 	<ul style="list-style-type: none"> - A prevalência de autopercepção de saúde regular ou ruim foi de 12,1%, 22,3% e 49,4% entre adolescentes, adultos e idosos, respectivamente. - Adolescentes com menor nível econômico e com menor escolaridade relataram pior autopercepção de saúde. - Entre adultos e idosos, as mulheres, aqueles com maior faixa etária, menor nível econômico e os que possuíam algumas morbidades relataram pior autopercepção de saúde.

Quadro 1. Estudos nacionais relacionados à autopercepção de saúde. (Continuação)

Autor e Ano de publicação	Local do Estudo/Período	Métodos	Principais Resultados
CUREAU et al., 2013	Município de Santa Maria – RS	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo transversal. - População: pessoas de 14 a 19 anos. - Regressão de Poisson. - Variável desfecho: autopercepção de saúde negativa (regular/ruim). 	<ul style="list-style-type: none"> - A prevalência de autopercepção de saúde negativa foi de 25,7%. - As meninas apresentaram um risco 58% maior de perceberem sua saúde como regular/ruim quando comparada aos meninos. - Adolescentes fumantes apresentam maior risco para autopercepção de saúde negativa.
MOREIRA et al., 2015	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD) 2008	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo transversal. - População: trabalhadores com 18 anos ou mais, cuja atividade principal do empreendimento do trabalho era agrícola. - Regressão Logística Múltipla Hierarquizada. - Variável desfecho: percepção de saúde boa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificou-se que 65,3% dos trabalhadores agrícolas referiram sua saúde como boa, enquanto entre os trabalhadores não-agrícolas esse percentual subiu para 78,3%. - Foi demonstrado que a ocupação agrícola diminuiu a chance dos participantes em referir seu estado de saúde como bom. - Ser do sexo feminino, ser mais velho, ser fumante ou ex-fumante e possuir alguma morbidade diminuiu a chance de referir a saúde como boa. - Ter mais anos de estudo e possuir plano de saúde aumentou a chance de referir a saúde como boa. - Quanto maior a renda do trabalhador, maior foi a chance de considerar a saúde como boa.

Quadro 1. Estudos nacionais relacionados à autopercepção de saúde. (Continuação)

Autor e Ano de publicação	Local do Estudo/Período	Métodos	Principais Resultados
MEIRELES, et al., 2015	Município de Belo Horizonte – MG	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo transversal. - População: pessoas maiores de 11 anos - Regressão de Poisson. - Variável desfecho: percepção de saúde ruim. 	<ul style="list-style-type: none"> - A prevalência de autopercepção de saúde ruim foi de 29,9%. - Mostrou-se relação linear entre autopercepção de saúde e presença de morbidades autorreferidas. - No grupo sem morbidade referida, associaram-se ao desfecho: ambiente social, sociodemográfico, estilo de vida e saúde psicológica. - Foi observado aumento da prevalência de autoavaliação de saúde ruim com o aumento da idade, independente do sexo.
PORTO et al., 2016	Hospital Universitário de Londrina - PR 1999 a 2009	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo transversal. - População: trabalhadores de um Hospital Universitário, com faixa etária entre 20 a 59 anos. - Teste de Qui-quadrado e Regressão de Poisson. Variável desfecho: percepção de saúde como satisfeito e não satisfeito 	<ul style="list-style-type: none"> - A maioria dos entrevistados (60,8%) relataram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com o seu estado de saúde. - As mulheres apresentaram menor nível de satisfação (53,2%) quando comparadas aos homens (75%). - As porcentagens de autoavaliação de saúde como ruim ou muito ruim aumentou acentuadamente com o avançar da idade, quanto menor foi a escolaridade.

Quadro 1. Estudos nacionais relacionados à autopercepção de saúde. (Continuação)

Autor e Ano de publicação	Local do Estudo/Período	Métodos	Principais Resultados
PINTO et al., 2017	Realizado em cinco municípios do Amazonas	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo transversal. - População: pessoas de 14 a 19 anos - Regressão logística binária. - Variável desfecho: autopercepção de saúde negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - A prevalência de autopercepção de saúde negativa foi de 19,3%, sendo superior nas pessoas do sexo feminino. - Os rapazes que eram inativos fisicamente apresentam maior risco de considerarem seu estado de saúde como negativo quando comparados àqueles ativos fisicamente.
LINDEMANN et al., 2019	Município de Pelotas – RS	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo transversal. - População: pessoas com 20 anos ou mais. - Regressão de Poisson. - Variável desfecho: autopercepção de saúde negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - A prevalência de autopercepção de saúde negativa foi de 41,6%. - As variáveis associadas ao desfecho foram: sexo, escolaridade, ocupação e número de moradores no domicílio. - Foi evidenciado maior prevalência de autopercepção negativa de saúde para o sexo feminino e naqueles desempregados no momento da entrevista. - Menor prevalência do desfecho foi verificada nos entrevistados com maior escolaridade e que relataram quatro ou mais moradores no domicílio. - Verificou-se maior prevalência naqueles com maior número de doenças crônicas.

Quadro 2. Estudos internacionais relacionados à autopercepção de saúde.

Autor e Ano de publicação	Local do Estudo/Período	Métodos	Principais Resultados
HASEEN et al., 2010	Tailândia	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo transversal. - População: pessoas de 60 anos ou mais. - Regressão logística múltipla. - Variável desfecho: autopercepção de saúde negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - A prevalência de autopercepção de saúde negativa foi de 56%. - Foi constatado associação entre autopercepção de saúde e as variáveis idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil, renda, presença de morbidades, ocupação e local de residência (rural ou urbano). - Proporção significativamente maior das pessoas com 80 anos ou mais (73%) relatou estado de saúde ruim, quando comparados às pessoas com idades entre 60 e 69 anos (48%). - Em relação ao sexo, as mulheres foram as que mais avaliaram a sua saúde como ruim (60%). - Em relação à renda, do total de entrevistados considerados pobres, 70% relataram estado de saúde ruim.
TAMAYO-FONSECA et al., 2013	Comunidade Valenciana - Espanha 2005 a 2009	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo coorte. - População: pessoas de 21 anos ou mais. - Regressão logística múltipla. - Variável desfecho: autopercepção de saúde negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - A prevalência de autopercepção de saúde negativa foi de 25,9%, destes 41,1% eram homens e 58,9% eram mulheres. - Identificou-se associação entre a autoavaliação de saúde ruim e presença de doença crônica e incapacidade em ambos os sexos. - Foi demonstrado que uma autopercepção de saúde ruim, levou ao risco de mortalidade de 3 nos homens e 2,7 nas mulheres, sendo a percepção de saúde preditiva de mortalidade mesmo após o reajuste para todas as outras variáveis.

Quadro 2. Estudos internacionais relacionados à autopercepção de saúde. (Continuação)

Autor e Ano de publicação	Local do Estudo/Período	Métodos	Principais Resultados
ZAVRAS et al., 2013	Grécia	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo transversal. - População: pessoas de 18 anos ou mais. - Regressão logística múltipla. - Variável desfecho: autopercepção de saúde positiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - A prevalência de autopercepção de saúde positiva foi de 68,8%. - Os indivíduos do sexo masculino, com maior renda e com ensino superior tiveram maior probabilidade de classificar seu estado de saúde como bom ou ótimo. - Pessoas com maior idade e portadoras de doença crônica mostraram menor probabilidade de considerar seu estado de saúde como bom ou ótimo. - Em relação ao emprego, os desempregados, as donas de casa e os pensionistas também mostraram serem menos propensos a classificarem seu estado de saúde como bom ou ótimo
CARVALHO et al., 2015	Brasil e Portugal	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo coorte. - População: pessoas de 30 anos ou mais. - Regressão de Poisson. - Variável desfecho: autopercepção de saúde positiva e negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verificou-se que o número de pessoas que avaliaram seu estado de saúde de forma negativa foi maior em Portugal quando comparado ao Brasil. - Em ambos os países, as maiores prevalências de autopercepção de saúde negativa estiveram relacionadas com o sexo feminino, ter baixa escolaridade e ser portador de doença crônica

3 PERGUNTA DE PESQUISA

Como temática da pesquisa, serão abordados aspectos relativos à prevalência e fatores associados de autopercepção de saúde regular ou ruim na população urbana do Município de Mâncio Lima, no Estado do Acre. Este projeto de pesquisa é derivado do seguinte projeto matriz: **PANORAMA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE, MORBIDADES TRANSMISSÍVEIS E NÃO-TRANSMISSÍVEIS E ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA EM MÂNCIO LIMA, ACRE**, coordenado pela professora doutora Mônica da Silva Nunes.

Após estudo do projeto matriz, delineamento e recorte de dados, chegamos ao seguinte título do projeto de pesquisa: **DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE NA POPULAÇÃO URBANA DO MUNICÍPIO DE MÂNCIO LIMA, ACRE**.

A pergunta de pesquisa desse projeto é: Qual a prevalência de autopercepção de saúde regular e ruim e seus fatores associados na população urbana do município de Mâncio Lima, Acre?

4 JUSTIFICATIVA

A autopercepção de estado de saúde consiste em um importante indicador de saúde, que permite a avaliação do estado de saúde de indivíduos, sendo utilizado amplamente em pesquisas nacionais e internacionais em saúde. Além de ser considerado um forte preditor de mortalidade e morbidade, a avaliação da autopercepção de saúde possui como uma de suas principais características a praticidade e o baixo custo de execução de estudos utilizando essa variável.

Sabe-se que o Brasil possui a desigualdade econômica, social, cultural como uma de suas principais características. No que diz respeito ao estudo dos Determinantes Sociais da Saúde, esses têm sido empregados como importante ferramenta no conhecimento de como o meio em que as pessoas vivem podem influenciar no estado de saúde individual.

Nesse contexto, a avaliação da autopercepção de saúde e como ela pode ser influenciada pelos Determinantes Sociais da Saúde, consiste em importante instrumento de conhecimento das características de saúde de populações, podendo auxiliar no avanço e melhorias das políticas públicas não só de saúde, mas econômicas e sociais. Consiste em ferramenta chave para o uso por gestores de políticas públicas na tomada de decisões e conseqüentemente diminuição das desigualdades para aqueles considerados mais vulneráveis.

É importante que se enfatize, que não existem estudos publicados na literatura referente ao tema de pesquisa proposto nesse estudo, consistindo tal abordagem em análise inédita referente a avaliação da autopercepção de saúde por pessoas residentes na área urbana do município de Mâncio Lima, o que vai tornar possível o conhecimento mais detalhado dessa parcela da população brasileira.

Dessa forma, destaca-se a importância de investigar a avaliação da autopercepção de saúde, sua prevalência e seus fatores associados, na população urbana de um dos municípios mais afastados do Estado do Acre, o município de Mâncio Lima.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a autopercepção de saúde regular e ruim e seus fatores associados na população maior de 18 anos de idade residente na área urbana do município de Mâncio Lima, Acre, no ano de 2012.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar como os Determinantes Sociais da Saúde estão relacionados com os fatores associados à autopercepção de saúde regular ou ruim;
- Avaliar a prevalência de autopercepção de saúde regular ou ruim na população de estudo e seus fatores associados;
- Caracterizar a população de estudo quanto a situação econômica, social e condições de moradia;
- Descrever o setor saúde do município de Mâncio Lima, Acre.

6 MATERIAL E MÉTODO

6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal realizado entre janeiro e março de 2012 no núcleo urbano do município de Mâncio Lima, Acre.

6.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram considerados elegíveis para participação no estudo os habitantes da área urbana do município de Mâncio Lima que residiam no domicílio selecionado e que possuíam 18 anos ou mais de idade no momento da entrevista.

6.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram considerados inelegíveis para participação da pesquisa as pessoas consideradas como visitantes nos domicílios selecionados, ou seja, não residentes.

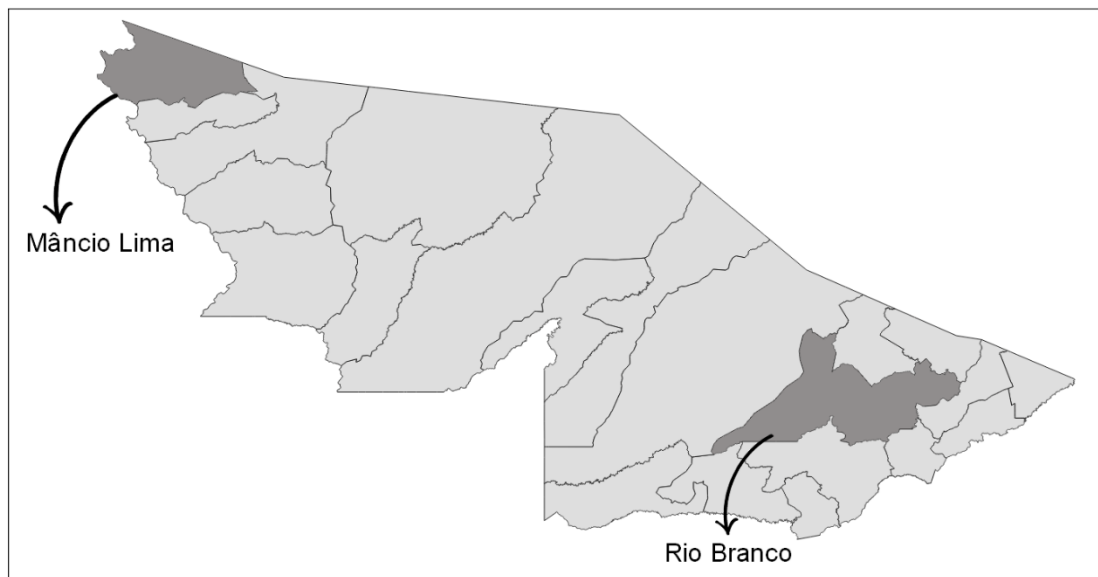
6.4 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no núcleo urbano do Município de Mâncio Lima, localizado no extremo oeste da região Amazônica, no Estado Acre. Este Município foi criado em 1976, ocupando uma área de 5.452,853 km². Está situado entre a fronteira com o Peru, o Estado do Amazonas e os Municípios de Cruzeiro do Sul e Rodrigues Alves (Figura 5) (IBGE, 2010).

Com população de 15.206 habitantes, identificado no último Censo Demográfico do IBGE, destes cerca de 6.464 residiam na zona rural e 8.782 na zona urbana. A sede do Município está localizada a 38 km de Cruzeiro do Sul e 650 km de Rio Branco. O acesso dá-se por via aérea - aeroporto de Cruzeiro do Sul, terrestre - BR 364, apenas no verão, e fluvial - Rio Juruá (IBGE, 2010; ARRUDA et al., 2017).

A área urbana de Mâncio Lima segue o eixo SE → NO, paralelo ao rio Juruá. De forma alongada, ela se espalha no entorno da estrada principal, Avenida Japiim. Ao norte/nordeste, a cidade é limitada por uma área de reserva bem preservada. À oeste e sudoeste e sul, as estradas continuam em direção às áreas e aldeias indígenas. Esta área é um mosaico de fragmentos florestados e derrubados (ARRUDA et al., 2017).

Figura 5. Mapa do Estado do Acre (em destaque município de Mâncio Lima e de Rio Branco)



Fonte: Sistemas de Coordenadas Geográficas. Base Cartográfica: IBGE, 2017. Autor: Cleiton A. A. Afonso – 17 de janeiro de 2019.

6.5 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A amostra de estudo foi composta por 779 pessoas, com idade de 18 anos ou mais, residentes na área urbana, correspondendo a 5,1% da população total e 8,9% da população urbana do município de Mâncio Lima, Acre, cálculos realizados segundo dados do último senso do IBGE (IBGE, 2010).

6.6 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Para analisar a utilização dos serviços de saúde e prevalência de morbidades autorreferidas foi realizado sorteio de 20% dos domicílios pertencentes a cada bairro, totalizando 384 domicílios selecionados na área urbana do município de Mâncio Lima. Foram usados os setores censitários para realização do sorteio proporcional dos domicílios de forma a garantir a cobertura espacial necessária. Foram entrevistados todos os moradores que preencheram os critérios de inclusão do estudo.

6.7 COLETA DE DADOS

No ano de 2012, nos meses de janeiro a março, foram aplicados os questionários sócio-econômico-familiar e individual por pesquisadores de campo, acadêmicos de curso de graduação em medicina e profissionais de saúde, nos domicílios selecionados das pessoas residentes na área urbana do município de Mâncio Lima.

As pessoas que preenchiam os critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa, após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foram entrevistadas.

6.8 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados dois questionários neste estudo, o questionário sócio-econômico-familiar e individual. Os questionários aplicados foram criados com base no instrumento de coleta de dados do Vigitel, 2010 (Apêndices A e B).

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

O segundo, correspondendo ao questionário individual, busca informações referentes às características gerais dos indivíduos participantes da pesquisa (idade, sexo, naturalidade, raça declarada, religião, escolaridade, renda, ocupação), hábitos nos últimos 12 meses, presença de morbidades, entre outros aspectos. É composto pelos seguintes blocos: I) Características gerais do indivíduo; II) Migrações; III) Exposição à malária; IV) Hábitos nos últimos 12 meses; V) Morbidades; VI) Sintomas de malária; VII) Exame clínico, antropométrico e hemoglobina.

6.9 ASPECTOS ÉTICOS

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

O consentimento informado foi obtido de cada participante adulto ou responsável legal, no caso de menores de idade, antes do início do estudo, pela equipe de campo. Os pesquisadores de campo explicaram todas as etapas do estudo e a sua importância.

Qualquer informação divulgada em relatório ou publicação garantirá a confidencialidade dos dados pessoais e familiares. Da mesma forma, foi garantido aos sujeitos da pesquisa recusar ou desistir do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum ao participante ou à sua família.

6.10 VARIÁVEIS DO ESTUDO

6.10.1. Variáveis independentes

As variáveis independentes levadas em consideração nesse estudo foram: sexo, idade, escolaridade, ocupação, raça declarada, renda per capita, internação anterior, presença de morbidades nos últimos 15 dias, malária alguma vez na vida, consulta médica anterior, consulta de enfermagem anterior, consulta odontológica anterior, escolaridade do chefe da família, benefício governamental ou outros e trabalho remunerado nos últimos 90 dias.

6.10.2. Variável Dependente

A variável dependente considerada foi a autopercepção de saúde regular e ruim.

6.11 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

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

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

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

O programa estatístico RStudio, por sua vez, foi utilizado para realização da análise de Regressão Logística Simples e Regressão Logística Múltipla, de acordo com um modelo hierarquizado (Quadro 1). A prevalência de cada desfecho foi calculada com os respectivos intervalos de confiança.

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

6.11.1 Fatores associados à autopercepção de saúde

Inicialmente realizou-se a elaboração de um modelo conceitual hierarquizado para o desfecho autopercepção de saúde, que segue no Quadro 3. O mesmo foi baseado em Agostinho e colaboradores (2010), com adaptações.

As variáveis utilizadas no modelo hierarquizado para auxiliar na descrição da autopercepção de saúde foram agrupadas em três níveis. O primeiro nível, proximal, apresentando aspectos demográficos, tais como: idade, sexo, etnia, escolaridade e ocupação. O segundo nível (intermediário) foi composto por variáveis relacionados a necessidade em saúde, como: presença de morbidades nos últimos 15 dias, malária alguma vez na vida, internação alguma vez na vida, consumo de álcool, consumo de cigarro, consulta médico anterior, consulta de enfermagem anterior e consulta odontológica anterior. Já no nível distal foram consideradas as variáveis familiares e socioeconômicas: renda per capita, trabalho remunerado nos últimos 90 dias, escolaridade do chefe da família, benefício governamental ou outros benefícios, tipo de moradia e composição étnica do domicílio.

A associação das variáveis explicativas com o desfecho autopercepção de saúde foi avaliada no nível hierárquico correspondente. Uma significância de $\leq 0,20$ foi adotado para a permanência da variável no modelo de regressão logística múltipla. Foi adotado nível de significância de 5% em todas as análises.

Quadro 3. Modelo conceitual hierarquizado para análise dos fatores associados à autopercepção de saúde

PROXIMAL	Aspectos demográficos <ul style="list-style-type: none"> - Idade - Sexo - Etnia - Escolaridade - Ocupação
INTERMEDIÁRIO	Necessidades em saúde <ul style="list-style-type: none"> - Presença de morbidades nos últimos 15 dias - Malária alguma vez na vida - Malária nos últimos 12 meses - Internação alguma vez na vida - Consumo de álcool - Consumo de cigarro - Consulta médica anterior - Consulta de enfermagem anterior - Consulta odontológica anterior
DISTAL	Familiares e socioeconômico <ul style="list-style-type: none"> - Renda per capita - Trabalho remunerado nos últimos 90 dias - Raça do chefe da família - Renda do chefe da família nos últimos 90 dias - Escolaridade do chefe da família - Benefício governamental ou outros auxílios - Tipo de moradia - Composição étnica domiciliar
DESFECHOS	<ul style="list-style-type: none"> - Autopercepção de saúde

7 RESULTADOS

7.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICO-FAMILIAR DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

Considerando toda a amostra ($n = 779$), a maioria foi composta por mulheres (52,4%) e por pessoas com idade entre 18 a 29 anos (36,7%), considerada de cor predominante negra, parda ou outras (75,7%) e de religião católica (65,3%). Pessoas que se consideraram indígenas ou mamelucos corresponderam a 5,6% da população estudada.

Em relação ao grau de escolaridade, 46% relataram terem frequentado a escola por 8 anos ou mais. Na Tabela 1, observa-se a descrição detalhada das características socio-econômico-familiar dos indivíduos que fizeram parte do estudo.

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

Quanto à renda per capita, 45,1% recebiam menos que meio salário mínimo, 28,3% de meio a um salário mínimo e apenas 26,6% apresentaram renda per capita maior que um salário mínimo. Observa-se que a maioria dos entrevistados (66,9%) recebiam algum tipo de benefício governamental ou outros auxílios, o que demonstra que a boa parte dos participantes do estudo foi composta por pessoas de baixo poder aquisitivo.

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

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

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

7.2 AVALIAÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE REFERENTE À POPULAÇÃO DE ESTUDO

A Tabela 2 apresenta a avaliação da autopercepção de saúde pelos participantes do estudo, essa variável foi agrupada em duas categorias: regular ou ruim e boa ou excelente. Das pessoas participantes da pesquisa, mais da metade (55,5%) considerou seu estado de saúde como bom ou excelente, enquanto 44,5% o considerou como ruim ou regular, denotando uma autopercepção positiva de saúde dos entrevistados.

Tabela 2. Prevalência de autopercepção de saúde. Mâncio Lima, Acre, 2012

Variável	N*	%	Percentual Válido
regular ou ruim	341	43,8	44,5
boa ou excelente	426	54,7	55,5
Total	767	98,5	100,0

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

A seguir, realizou-se a análise bivariada entre percepção de saúde referida e as variáveis demográficas e socioeconômicas (Tabela 3). Considerando o padrão inicial de p abaixo de $<0,05$, apresentaram diferenças estatisticamente significativas as variáveis independentes sexo ($p = 0,002$), idade ($p = <0,001$), escolaridade ($p = 0,001$) e ocupação ($p = 0,001$). Não apresentaram diferenças estatisticamente significativas as variáveis religião ($p = 0,313$) e raça declarada ($p = 0,620$).

Ao verificar a associação do desfecho autopercepção de saúde segundo necessidades em saúde (Tabela 4), foi demonstrado que boa parte das variáveis independentes estudadas apresentaram p -valor abaixo de 0,05: internação anterior ($p = 0,012$), presença de morbidades nos últimos 15 dias ($p = <0,001$), consulta médica anterior ($p = 0,035$), consulta de enfermagem anterior ($p = <0,001$), malária alguma vez na vida ($p = 0,017$), malária nos últimos 12 meses ($p = 0,010$), consumo de álcool ($p = 0,010$) e consumo de cigarro ($p = 0,010$). Não apresentando associação estatisticamente significativa apenas a variável consulta odontológica anterior ($p = 0,430$).

Tabela 3. Avaliação da autopercepção de saúde, segundo aspectos demográficos e socioeconômicos. Mâncio Lima, Acre, 2012

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

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

** Teste de Qui-Quadrado de Pearson.

Tabela 4. Autopercepção de saúde, segundo necessidades em saúde. Mâncio Lima, Acre, 2012

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

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

** Teste de Qui-Quadrado de Pearson

Na Tabela 5 estão apresentados os dados referentes aos aspectos familiares e socioeconômicos, onde escolaridade do chefe da família ($p = <0,001$), renda per capita ($p = <0,001$), trabalho remunerado nos últimos 90 dias ($p = 0,010$) e recebimento de benefícios governamentais ou outros auxílios ($p = <0,001$) estiveram associadas ao desfecho.

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

A Tabela 6 apresenta a análise bruta entre percepção de saúde e as variáveis demográficas e socioeconômicas, segundo necessidades em saúde e aspectos familiares. As variáveis selecionadas como candidatas para compor o modelo múltiplo final com valor de $p < 0,20$ foram: sexo, idade, escolaridade, ocupação, presença de morbidades nos últimos 15 dias, malária alguma vez na vida, internação anterior, consumo de álcool, consulta de enfermagem anterior, renda per capita, trabalho remunerado nos últimos 90 dias, escolaridade do chefe da família e recebimento de benefício governamental ou outros auxílios.

Após realização da análise múltipla hierarquizada (Tabela 7), pode-se observar os seguintes fatores associados a autopercepção de saúde regular ou ruim: idade, escolaridade, sexo, presença de morbidades nos últimos 15 dias, malária nos últimos 12 meses, benefício governamental (bolsa família) e renda *per capita*.

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

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

de saúde como regular ou ruim, em comparação às que não tinham direito a esse benefício (IC95%: 1,13-2,28).

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

Tabela 5. Avaliação da autopercepção de saúde, segundo aspectos familiares e socioeconômicos. Mâncio Lima, Acre, 2012

Variáveis		Condição de saúde				p-valor**
		Ruim ou regular		Boa ou excelente		
		N*	%	N*	%	
Escolaridade do chefe da família	até 4 anos	143	54,6	119	45,4	<0,001
	5 a 8 anos	53	44,9	65	55,1	
	9 a 11 anos	73	38,2	118	61,8	
	> 11 anos	23	28,0	59	72,0	
Renda per capita	< ½ SM	174	50,6	170	49,4	<0,001
	De ½ a 1 SM	91	42,3	124	57,7	
	> que 1 SM	75	36,2	132	63,8	
Tipo de moradia	alvenaria ou maior parte alvenaria	130	36,2	229	63,8	0,160
	madeira ou outros	365	39,4	561	60,6	
Composição étnica do domicílio - brancos e não brancos	não	59	41,3	84	58,7	0,224
	sim	282	45,2	342	54,8	
Trabalho remunerado nos últimos 90 dias	não	174	49,0	181	51,0	0,010
	sim	155	40,3	230	59,7	
Benefício governamental ou outros auxílios	não	89	35,2	164	64,8	<0,001
	sim	252	49,0	262	51,0	

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

Tabela 6. Fatores associados a autopercepção de saúde regular ou ruim, obtidos por análise bivariada, segundo bloco de variáveis. Mâncio Lima, Acre, 2012

Variáveis	OR bruta	(IC 95%)	p-valor**
Bloco 1 – Aspectos demográficos e socioeconômicos			
<i>Sexo</i>			
Masculino	1		
Feminino	1,54	1,15 - 2,05	0,003
<i>Idade</i>			
18 a 29 anos	1		
30 a 39 anos	1,59	1,07- 2,36	0,023
40 a 49 anos	2,94	1,88 - 4,6	< 0,001
50 a 59 anos	3,46	2,1 – 5,7	< 0,001
60 anos ou mais	1,82	1,17 -2,81	0,007
<i>Escolaridade</i>			
Analfabeto	1		
5 a 8 anos	0,44	0,31- 0,63	< 0,001
<i>Raça</i>			
Branco	1		
Negro, pardo ou outros	1,19	0,82 -1,72	0,361
Indígena ou mameluco	1,03	0,51 - 2,05	0,944
<i>Ocupação</i>			
Com ocupação	1		
Sem ocupação	1,62	1,21- 2,16	< 0,001
Bloco 2 – Necessidades em saúde			
<i>Presença de morbidades nos últimos 15 dias</i>			
Não	1		
Sim	2,68	1,97- 3,65	< 0,001
<i>Malária alguma vez na vida</i>			
Não	1		
Sim	1,69	1,06- 2,71	0,029
<i>Internação anterior</i>			
Não	1		
Sim	1,45	1,07- 1,98	0,018

<i>Consumo de álcool</i>			
Não	1		
Sim ou consumia	0,71	0,53- 0,94	0,019
<i>Consulta médica anterior</i>			
Não	1		
Sim	2,35	0,98- 5,63	0,055
<i>Consulta de enfermagem anterior</i>			
Não	1		
Sim	1,68	1,25- 2,25	< 0,001
<i>Consulta de odontológica anterior</i>			
Não	1		
Sim	0,93	0,58 - 1,49	0,76
Bloco 3 - Aspectos familiares e socioeconômicos			
<i>Renda per capita</i>			
< 1/2 salário mínimo	1		
1/2 a 1 salário mínimo	0,72	0,51- 1,02	0,062
> 1 salário mínimo	0,56	0,39- 0,8	0,001
<i>Trabalho remunerado (últimos 90 dias)</i>			
Não	1		
Sim	0,7	0,52 - 0,94	0,017
<i>Escolaridade do chefe da família</i>			
Até 4 anos de estudo	1		
5 a 8 anos	0,68	0,44- 1,05	0,082
9 a 11 anos	0,51	0,35 - 0,75	< 0,001
> 11 anos	0,32	0,19 - 0,56	< 0,001
<i>Benefício governamental (bolsa família)</i>			
Não	1		
Sim	1,77	1,29- 2,41	< 0,001

Nota: ** Teste de Wald

Tabela 7. Fatores associados a autopercepção de saúde regular ou ruim, obtidos por análise múltipla hierarquizada. Mâncio Lima, Acre, 2012

Variáveis	OR bruta	(IC 95%)	OR ajustada	(IC 95%)	p-valor**
Idade					
18 a 29 anos	1	-	1	-	-
30 a 39 anos	1,59	(1,07 - 2,26)	1,52	(1 - 2,32)	0,052
40 a 49 anos	2,94	(1,88 - 4,6)	3,05	(1,89 - 4,9)	<0,001
50 a 59 anos	3,4	(2,06 - 5,6)	4,4	(2,55 - 7,6)	<0,001
60 anos ou mais	1,82	(1,17 - 2,81)	2,54	(1,58 - 4,08)	<0,001
Escolaridade					
Até 8 anos de estudo	1	-	1	-	-
> que 8 anos de estudo	0,65	(0,51 - 0,84)	0,52	(0,39 - 0,68)	<0,001
Sexo					
Masculino	1	-	1	-	-
Feminino	1,53	(1,15 - 2,04)	1,58	(1,16 - 2,16)	0,004
Presença de morbidades nos últimos 15 dias					
Não	1	-	1	-	-
Sim	2,67	(1,96 - 3,63)	2,58	(1,86 - 3,56)	<0,001
Malária nos últimos 12 meses					
Não	1	-	1	-	-
Sim	1,49	(1,08 - 2,04)	1,64	(1,16 - 2,33)	0,006
Benefício governamental (bolsa família)					
Não	1	-	1	-	-
Sim	1,74	(1,3 - 2,34)	1,6	(1,13 - 2,28)	0,009
Renda per capita					
Igual ou menor que 1 salário mínimo	1	-	1	-	-
> 1 salário mínimo	0,63	(0,46 - 0,88)	0,66	(0,44 - 0,97)	0,035

Nota: ** Teste de Wald

8 DISCUSSÃO

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

A predominância de pessoas do sexo feminino (52,4%) também foi observada por Pavão e colaboradores (2013), em que 57,7% da sua população se autodeclarou ser do sexo feminino. Outra pesquisa realizada em 2019 obteve resultado semelhante (PNAD, 2019).

No que diz respeito a faixa etária, a predominância de pessoas da faixa etária considerada jovem, diferiu ao apresentado pelas características nacionais em relação à esse dado. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios Contínua - PNAD, a população brasileira tem mostrado uma tendência de queda da proporção de pessoas abaixo dos 30 anos de idade e consequente aumento do número de indivíduos com maior faixa etária no Brasil. Porém, ao mesmo tempo, foi verificado que, segundo avaliação regional, a Região Norte e Nordeste, no ano de 2018, apresentaram as maiores concentrações de pessoas nos grupos de idade mais jovens, o que justifica o identificado na presente pesquisa (PNAD, 2019).

Em relação a raça autodeclarada, em que houve maior proporção de pessoas negras, pardas ou outros (75,7%), em estudo realizado na capital do Estado do Acre, indivíduos considerados negros ou pardos equivaleram a 84,2% dos participantes. Ocorreu mesmo padrão em relação à raça autodeclarada em pesquisa realizada à nível nacional, no ano de 2018, em que houve aumento do número de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, em oposição a redução do número de pessoas que se autodeclararam brancas. Possível justificativa para tal fenômeno pode estar relacionada à mudança cultural, a partir de questões políticas de afirmação e ao fenômeno de miscigenação originários das características da população brasileira, somado ao fato de que são os próprios entrevistados que definem a sua raça (BEZERRA, 2011; PNAD, 2019). Por outro lado, Arruda e colaboradores (2015) verificaram, em estudo realizado em estado da Região Sul do país, predominância de pessoas que se autodeclararam brancas (75,4%).

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

No que diz respeito a prevalência de autopercepção de saúde, dos indivíduos entrevistados, uma menor proporção considerou seu estado de saúde como regular ou ruim, corroborando com os resultados encontrados por outros estudos nacionais e internacionais, considerando as diferenças metodológicas empregadas entre as pesquisas (ARRUDA, et al., 2015; MORAES, et al., 2011; MOREIRA et al., 2014; PORTO et al., 2016; POUBEL et al., 2017; TAMAYO-FONSECA et al., 2013; TRAEBERT et al., 2011; ZAVRAS et al., 2013).

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

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

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

A associação entre ser do sexo feminino e autopercepção de saúde regular ou ruim obtida nesse estudo também pôde ser observado por Silva e colaboradores e Lidemann e colaboradores. Possível hipótese para essa associação pode dar-se pelo fato de mulheres realizarem mais consultas médicas e exames de rotina quanto comparadas aos homens, o que pode, de certa forma, aumentar a chance de diagnósticos precoces de doenças; pelo fato de mulheres possuírem maior expectativa de vida; serem mais propensas a maior número de morbidades e pelo fato de serem mais atentas às alterações fisiológicas decorrentes de alterações no seu estado de saúde. Todos esses fatores podem favorecer a

descoberta de agravos de saúde, fazendo com que mais mulheres considerem seu estado de saúde de maneira negativa, em comparação aos homens (PNAD, 2019; SANTOS, et al., 2016).

Em relação ao modelo de Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead, em 1991, o sexo corresponde ao nível individual, as estratégias que podem ser utilizadas para capacitarem as pessoas do sexo masculino quanto ao seu real estado de saúde diz respeito a realização de campanhas educativas em saúde voltadas para a saúde do homem e estruturação das unidade de saúde para acolhimento direcionado para essa parcela da população, como por exemplo, funcionamento em horários alternativos aos horários em que os mesmos encontram-se no trabalho (CNDSS, 2008).

Outro fator considerado como sendo do nível individual pelo modelo de DSS que apresentou associação com a autopercepção de saúde regular ou ruim diz respeito à idade, indivíduos com 50 a 59 anos apresentaram uma maior chance de considerarem seu estado de saúde regular ou ruim, quando comparados às pessoas mais jovens. Outros estudos apresentaram o mesmo efeito linear entre aumento da idade e aumento da chance de considerar o estado de saúde como regular ou ruim, o que pode ser justificado pelo fato de que com o aumento da idade, mudanças físicas relacionados ao processo de envelhecimento parecem afetar de forma negativa a forma como é percebido o estado de saúde pelos idosos (BEZERRA et al, 2011; REICHERT, et al., 2012; SILVA, et al., 2014).

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

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

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

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

Quanto a associação entre autopercepção de saúde regular ou ruim e presença de morbidades nos últimos 15 dias e malária nos últimos 12 meses, Arruda e colaboradores (2015) obtiveram resultados semelhantes em seu estudo, onde avaliaram a associação entre autopercepção de saúde e doenças cardiovasculares em adultos, onde foi identificado associação entre presença de doenças cardíacas e autopercepção negativa de saúde. Outro estudo apresentou resultados semelhantes, demonstrando que presença de doenças prévias tendem a piorar a avaliação do estado de saúde individual (SANTOS, et al., 2016).

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

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

Porém, vale ressaltar, que um dos pontos fortes do estudo diz respeito ao local e à população participante. O município de Mâncio Lima consiste em um dos municípios mais longínquos do Brasil, localizado na Amazônia Legal brasileira, longe dos grandes

centros, onde poucos pesquisadores possuem disponibilidade ou apoio para realização de pesquisas, o que justifica a continuidade das análises mesmo após transcorridos alguns anos desde a coleta de dados. Outro ponto de grande importância, foi a abordagem inédita deste estudo, que buscou entender como os Determinantes Sociais da Saúde interferem na autopercepção de saúde dos indivíduos Mancio-Limenses.

9 CONCLUSÃO

A autopercepção de saúde menos prevalente no município de Mâncio Lima foi regular ou ruim, estando associado de maneira positiva ao desfecho: ser do sexo feminino, ter idade superior a 60 anos, pessoas que tiveram renda per capita menor que um salário mínimo e recebiam benefício governamental bolsa família, e que apresentaram alguma morbidade nos últimos quinze dias. Apresentaram-se como fator protetor, em relação ao desfecho, as variáveis ter escolaridade acima de 8 anos de estudo e ter renda per capita maior que um salário mínimo.

Diante do exposto foi possível verificar que fatores ligados à saúde, fatores econômicos e sociais mostraram serem relevantes em como as pessoas enxergam seu estado de saúde, tornando possível a visão de que se diminuíssem as desigualdades relacionados aos fatores socioeconômicos, sociais e de qualidade de vida dos indivíduos é admissível que ocorra avanços positivos em como as pessoas enxergam seu estado de saúde.

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

Igualmente, a implementação de melhorias voltadas às políticas de educação, como incentivo e aumento ao acesso à educação de nível superior, podem ser consideradas como estratégias importantes para o avanço em relação ao aumento da qualificação e conseqüente aumento de oportunidades de trabalho e aumento de renda da população de Mâncio Lima.

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

10 REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. R. et al. Autopercepção de saúde entre usuários da Atenção Primária de Saúde em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 5, n. 17, p. 9-15, 2010.

ALBUQUERQUE, M. V. et al. Desigualdade regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 22, v. 4, p. 1055-1064, 2017.

ALMEIDA, G. et al. Analysis of the Evolution and determinants of income-related inequalities in the brazilian health system, 1998-2000. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 33, n. 2, p. 90-97, 2013.

ANDRADE, M. V. et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada**, v. 17, n. 4, p. 623-645, 2013.

ARRUDA, G. O. et al. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 49, n. 1, p. 61-68, 2015.

ARRUDA, R. A. et al. Determinantes ambientais e não-ambientais da transmissão do plasmódio na paisagem urbana amazônica e suas consequências clínicas: estudo de base populacional em Mâncio Lima, Acre. **Comunicação em Ciência da Saúde**, v. 28, n. 01, p. 12-22, 2017.

BEZERRA, P. C. L. et al. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito de base populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 12, p. 2441-2451, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigos de 196 a 200. Senado Federal. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 12 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Decreto de 13 de março de 2006. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde – CDSS. **Diário Oficial da União, Brasília, DF**, 14 mar. de 2006. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.mpf.mp.br/bdmpf/handle/11549/14676> >. Acesso em: 26 set. 2019.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 12 de fevereiro de 2019.

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

CARVALHO, A. T. et al. Desigualdades na autoavaliação de saúde: uma análise para populações do Brasil e de Portugal. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2449-2461, 2015.

CARVALHO, M.; SANTOS, N.R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 372-387, 2013.

CASTRO, A. M. B. B.; ZIONI, F. Análise da produção científica em determinantes sociais da saúde na Faculdade de Saúde Pública – USP. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 3, 2010.

CDSS. **Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde**. Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: relatório final. Genebra: OMS, 2010.

CNDSS. **Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde**. Sumário Executivo. In: As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. FIOCRUZ, p. 193-204, 2008.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/atencAC.def>>. Acesso em: 9 junho 2019.

CONFORT, S. C. et al. Autopercepção de saúde positiva em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 1-11, 2015.

CUREAU, F. V. et al. Autopercepção de saúde em adolescentes: prevalência e fatores associados com fatores de risco cardiovascular. **Revista Brasileira de Atividades Física e Saúde**, v.18, n.6, p.750-760, 2013.

FILHO, A. P. Conferência mundial sobre determinantes sociais da saúde – Editorial. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2080-2081, 2011.

FIORATI, R. C.; ARCÊNCIO, R. A.; SOUZA, L. B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M.D. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

HASEEN, F.; ADHIKARI, R.; SOONTHORNDHADA, K. Self-assessed health among Thai elderly. **BMC Geriatrics**, v. 10, n. 30, p. 1-9, 2010.

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

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Sinopse do censo demográfico: 2010. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>>. Acesso em 20 fevereiro 2019.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2015. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio – PNAD. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html>>. Acesso em 20 fevereiro 2019.

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

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. *Journal Epidemiology*, v. 55, n. 10, p. 693-700, 2001.

LATHAN, K.; PEEK, C. W. Self-Rated Health and Morbidity Onset Among Late Midlife U.S. Adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, v. 68, n. 1, p. 107–116, 2013.

LESKINEN, R. et al. Determinants of changes in self-rated health among Finnish war veterans: Results from the Veteran Project 1992 and 2004 surveys. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 55, n. 2, p. 343-348, 2012.

LINDEMANN, I. L. et al. Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 24, n. 1, p. 45-52, 2019.

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

MOREIRA, J. P. L. et al. A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 31, n. 8, p. 1698-1708, 2015.

MOREIRA, T. M. M.; SANTIAGO, J. C. S.; ALENCAR, G. P. Autopercepção de saúde e características clínicas em adultos jovens escolares de um interior do nordeste brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 48, n. 5, p. 794-803, 2014.

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

OLIVEIRA, S. K. M. et al. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, n. 9, p. 2879-2890, 2015.

OMS. **Organização Mundial da Saúde**. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, Rio de Janeiro, Brasil, 19 a 21 outubro de 2011.

OKSANEN, T.; KIVIMÄKI, M.; PENTTI, J.; VIRTANEN, M.; KLAUKKA, T.; VAHTERA, J. **Self-report as an indicator of incident disease. *Annals of Epidemiology***, v. 20, n. 7, p. 547-554, 2010.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 1927-1953, 2013.

PNAD - **Pesquisa Nacional por amostragem de Domicílios Contínua**. Características gerais dos domicílios e dos moradores. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2019.

PORTO, D. B. et al. Autopercepção de saúde em trabalhadores de um Hospital Universitário e sua associação com indicadores de adiposidade, pressão arterial e prática de atividade física. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1113-1122, 2016.

POUBEL, P. B. et al. Autopercepção de saúde e aspectos clínicos-funcionais dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde do norte do Brasil. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 1, p. 71-78, 2017.

RAFHAEL, D. Social determinants of health: Canadian perspectives. Toronto: **Canadian Scholars Press Inc**, 2004.

REICHERT, F. F. et al. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3353-3362, 2012.

RIBEIRO, E. G. et al. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade clínico-funcional de idosos de Belo Horizonte/Minas Gerais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 914-921, 2018.

ROCHA, S. O programa bolsa família. Evolução e efeitos sobre a pobreza. **Economia e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 113-139, 2011.

SCHNITTKER, J.; BACAK, V. The increasing predictive validity of self-rated health. **Plos One**, v. 9, n. 1, 2014.

SESACRE. Secretária de Saúde do Estado do Acre. Plano estadual de saúde, 2016-2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/AC_PES%202016-2019%20-%20SESACRE-%20FINAL.pdf>. Acesso em: 9 de junho de 2019.

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

SILVA, R. J. S. et al. Prevalência e fatores associados à percepção de saúde negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 1, p. 49-62, 2012.

SOUZA, D. E. Determinação social da saúde: associação entre sexo, escolaridade e saúde autorreferida. **Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia**. Bahia, 2012.

SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V.; SILVA, N.O. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir de raízes da “questão social”. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

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

TAMAYO-FONSECA, N. et al. Self-rated health and mortality: a follow-up study of a Spanish population. **Public Health**, v. 127, n. 12, p. 1097-1104, 2013.

TAVARES, N. U. L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, p. 1-11, 2016.

TARLOV, A.R. Social determinants of death: the sociobiological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (Eds.). **Health and Social Organization**. London: Routledge. p. 71–93, 1996.

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

WHO. World Health Organization. **World Conference on Social Determinants of Health**. Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde. Brasil, 2011.

WHO. **World Health Organization**. Officials Records of the World Health Organization. New York, 1948.

WU, S. et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, 2013.

ZAVRAS, D. et al. Impacto of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. **European Journal of Public Health**, v. 23, n. 2, p. 206–210, 2013.

<p>41a. Qual foi a renda total média de sua família nos últimos 90 dias? _____ (99999) NS/Recusa</p> <p>41b. Você acha que a renda mensal da família em um mês normal é: a) sempre insuficiente b) sempre suficiente para os gastos, mas não sobra d) às vezes suficiente, mas às vezes insuficiente c) mais do que suficiente (ou seja, sobra dinheiro no final do mês)</p> <p>41c. Qual foi a renda do principal responsável pela família nos últimos 30 dias? _____ (99999,99) NS/Recusa</p> <p>41d. Qual foi a renda média do principal responsável pela família nos últimos 90 dias? _____ (99999,99) NS/Recusa</p> <p>42. Por favor, diga para mim a renda de cada pessoa da sua família que tem trabalho remunerado ou qualquer outra forma de salário (pensão, bolsa alimentícia, outras rendas, etc) nos últimos 30 dias: a) Pessoa 1: _____ (0) sem renda (99) NS/recusa Pessoa 5: _____ (0) sem renda (99) NS/recusa b) Pessoa 2: _____ (0) sem renda (99) NS/recusa Pessoa 6: _____ (0) sem renda (99) NS/recusa c) Pessoa 3: _____ (0) sem renda (99) NS/recusa Pessoa 7: _____ (0) sem renda (99) NS/recusa d) Pessoa 4: _____ (0) sem renda (99) NS/recusa Pessoa 8: _____ (0) sem renda (99) NS/recusa</p> <p>43. Houve mudança na quantidade de moradores da sua casa nos últimos 12 meses? (0) não (1) sim</p> <p>44. Alguma delas saiu /mudou desta casa? (0) não (1) sim 45. Quantas se mudaram? _____</p> <p>46. Por que elas se mudaram? _____</p> <p>47. Descreva qual era a ocupação das pessoas que saíram. _____</p>	<p>42a.rendpes1: _____</p> <p>42b. rendpes2: _____</p> <p>42c. rendpes3: _____</p> <p>42d. rendpes4: _____</p> <p>42e. rendpes5: _____</p> <p>42f. rendpes6: _____</p> <p>42g. rendpes7: _____</p> <p>42h. rendpes8: _____</p> <p>43. mudança: _____</p> <p>44.morsalu: _____</p> <p>45.qtmoraa: _____</p> <p>46.pgmud? _____</p> <p>47.ocumud: _____</p> <p>48.malmud: _____</p>
--	---

<p>36c. Qual renda informal? d) Roça ou horta para venda (0) não (1) sim h) Comércio de produtos industrializados (0) não (1) sim e) Extrativismo (0) não (1) sim i) Outra. (0) não (1) sim f) Pesca para venda (0) não (1) sim Qual? _____ g) Artesanato (0) não (1) sim</p> <p>37. A família produz estes alimentos para consumo próprio? a) verduras e hortaliças (0) não (1) sim b) leite e derivados (0) não (1) sim c) carnes (0) não (1) sim d) ovos (0) não (1) sim e) feijão (0) não (1) sim f) arroz, milho (0) não (1) sim g) frutas (0) não (1) sim h) extrativismo: _____ (0) não (1) sim i) caça (0) não (1) sim j) pesca (0) não (1) sim</p>	<p>36b.reninform: _____</p> <p>36d.roccaven: _____</p> <p>36e.extrat: _____</p> <p>36f.pescven: _____</p> <p>36g.artesana: _____</p> <p>36h.comercio: _____</p> <p>36i.ourendInf: _____</p> <p>37a.verdura: _____</p> <p>37b.leite: _____</p> <p>37c.carne: _____</p> <p>37d.ovos: _____</p> <p>37e.feijao: _____</p> <p>37f.arrozml: _____</p> <p>37g.frutas: _____</p> <p>37h.extratcons: _____</p> <p>37i.caca: _____</p> <p>37j.pesca: _____</p>
---	--

<p>38- O chefe ou responsável pela família estudou na escola? (1) não freqüentou escola e não sabe ler/escrever (2) não freqüentou escola, mas sabe ler e escrever (3) não sabe/ não informa (4) Frequentou ou freqüenta a escola. Fez (ou está fazendo) a _____ série _____ grau (99) ns/nl (88) nsa Anos de escolaridade: _____ (total de anos na escola) (99) ns/nl (88) nsa</p> <p>39. Contando salário, pensão, aluguel, bolsa família etc em que faixa de renda sua família se encaixa referente aos últimos 30 dias? (1 SM = _____ reais)</p> <table border="1"> <tr> <td>(0) Sem renda</td> <td>(5) De 3 a menos de 4 SM</td> <td>(10) De 30 a menos de 40 SM</td> </tr> <tr> <td>(1) Até 0,5 SM</td> <td>(6) De 4 a menos de 5 SM</td> <td>(11) De 40 a menos de 50 SM</td> </tr> <tr> <td>(2) De 0,5 a menos de 1 SM</td> <td>(7) De 5 a menos de 10 SM</td> <td>(12) 50 SM ou mais</td> </tr> <tr> <td>(3) De 1 a menos de 2 SM</td> <td>(8) De 10 a menos de 20 SM</td> <td>(13) não sabe ou recusa</td> </tr> <tr> <td>(4) De 2 a menos de 3 SM</td> <td>(9) De 20 a menos de 30 SM</td> <td></td> </tr> </table> <p>40. Qual foi a renda total de sua família nos últimos 30 dias? _____ (99999) NS/Recusa Renda proveniente de emprego: _____ (99999) NS/Recusa Renda proveniente de bolsas, auxílios, pensões: _____ (99999) NS/Recusa</p> <p>41a. Qual foi a renda total média de sua família nos últimos 90 dias? _____ (99999) NS/Recusa</p> <p>41b. Você acha que a renda mensal da família em um mês normal é: a) sempre insuficiente b) sempre suficiente para os gastos, mas não sobra d) às vezes suficiente, mas às vezes insuficiente c) mais do que suficiente (ou seja, sobra dinheiro no final do mês)</p>	(0) Sem renda	(5) De 3 a menos de 4 SM	(10) De 30 a menos de 40 SM	(1) Até 0,5 SM	(6) De 4 a menos de 5 SM	(11) De 40 a menos de 50 SM	(2) De 0,5 a menos de 1 SM	(7) De 5 a menos de 10 SM	(12) 50 SM ou mais	(3) De 1 a menos de 2 SM	(8) De 10 a menos de 20 SM	(13) não sabe ou recusa	(4) De 2 a menos de 3 SM	(9) De 20 a menos de 30 SM		<p>38.escola: _____</p> <p>38a.serie: _____</p> <p>8 _____ g</p> <p>38b.anoec: _____</p> <p>38c.anorep: _____</p> <p>39. rendfam1: _____</p> <p>40. rendfam2: _____</p> <p>41a. rendfam90: _____</p> <p>41b.rendafa: _____</p> <p>41c. rendachefe: _____</p> <p>41d.rendachefe90: _____</p> <p>42a.rendpes1: _____</p> <p>42b. rendpes2: _____</p> <p>42c. rendpes3: _____</p>
(0) Sem renda	(5) De 3 a menos de 4 SM	(10) De 30 a menos de 40 SM														
(1) Até 0,5 SM	(6) De 4 a menos de 5 SM	(11) De 40 a menos de 50 SM														
(2) De 0,5 a menos de 1 SM	(7) De 5 a menos de 10 SM	(12) 50 SM ou mais														
(3) De 1 a menos de 2 SM	(8) De 10 a menos de 20 SM	(13) não sabe ou recusa														
(4) De 2 a menos de 3 SM	(9) De 20 a menos de 30 SM															

APÊNDICE B – Questionário Individual (recortes)

QUESTIONÁRIO 1 - INDIVIDUAL – Márcio Lima		
Número domicílio: _____ Número do paciente: _____ Data: ___/___/2012 Nome: _____ Entrevistador: _____ Revisor: _____ Endereço: _____ Telefone: _____		
Bloco I- Características gerais		
01. Data de nascimento ___/___/___ (conferir com documento) 02. Idade: _____ anos _____ meses 03. Sexo: (1) masculino (2) feminino 04. Naturalidade: cidade: _____ estado: _____ país: _____		
05. Raça declarada ou informada: (1) branca (2) negra (3) Indígena (4) oriental (ex. japonês, chinês) (5) parda [branco com negro] (6) mistura de branco com índio (7) outros mestiços (8) sem declaração		
06. Religião: (1) católica (2) protestante (3) espírita (4) umbandista (5) evangélica (6) nenhuma (7) outra. Qual? _____ (99) ns/nl		
8. Qual a sua escolaridade? (1) não frequentou escola e não sabe ler/escrever (2) não frequentou escola, mas sabe ler e escrever (3) não sabe/ não informa (4) Frequentou ou frequenta a escola. Fez (ou está fazendo) a _____ série _____ grau (99) ns/nl (88) nsa Anos de escolaridade: _____ (total de anos na escola ou equivalente em escolaridade) (99) ns/nl (88) nsa		
9. Você fuma? (0) nunca fumou (1) é fumante (pelo menos 1 cigarro nos últimos 30 dias) (2) é ex-fumante (não fuma há pelo menos 30 dias)		
10. Você costuma ingerir bebida alcoólica? (0) não (1) sim (2) costumava beber, mas parou.		
11. Qual a sua ocupação atual? _____		
12. Há quanto tempo você tem essa ocupação? _____ anos _____ meses _____ semanas (calcular em decimais de meses)		
Outras ocupações nos últimos anos:		
13. Tipo _____	2 Local/Cidade/Estado: _____	3. Período: _____
14. Tipo _____	2 Local/Cidade/Estado: _____	3. Período: _____
15. Tipo _____	2 Local/Cidade/Estado: _____	3. Período: _____
16. Tipo _____	2 Local/Cidade/Estado: _____	3. Período: _____
17. Tipo _____	2 Local/Cidade/Estado: _____	3. Período: _____
18. Tipo _____	2 Local/Cidade/Estado: _____	3. Período: _____
Para as questões de 11 a 13, não considerar aposentadoria, auxílios ou bolsas-família		
19. Nos últimos trinta dias, você teve trabalho/emprego remunerado? (0) não (1) sim (88) nsa		
20. Nos últimos noventa dias você teve trabalho/emprego remunerado? (0) não (1) sim (88) nsa		
21. No ano passado (2011), por quantos meses você teve um trabalho remunerado? _____ meses (88) criança/idoso		
22. Em que mês foi sua última renda? _____ (88)		
23. De quanto foi sua última renda total? _____ (9999) recusa/ns		
23a Renda de trabalho/emprego: _____ (9999) recusa/ns		
23b Renda de bolsa/auxílio/aposentadoria/pensão: _____ (9999) recusa/ns		

Bloco V – Morbidades

54. O que você acha sobre sua condição de saúde? (0) ruim (1) regular (2) boa (4) excelente

54a. Alguma vez na vida você já foi consultado:

a) por um médico? (0) não (1) sim (99) NS/NL

b) por um enfermeiro (0) não (1) sim (99) NS/NL

c) por um dentista? (0) não (1) sim (99) NS/NL

55. Você fez alguma consulta com MÉDICO OU ENFERMEIRO no ano de 2011?

(0) não (1) sim. Quantas vezes? _____ (99) NS/NL

56. Você fez alguma consulta com DENTISTA no ano de 2011?

(0) não (1) sim. Quantas vezes? _____ (99) NS/NL

57. Você já esteve internada(o) alguma vez? (0) não (1) sim (99) NS/NL

58. Se sim, Indicar a causa da Internação, o período de Internação, o ano e o local onde ficou Internada(o) (hospital e cidade) para cada uma das Internações:

1. motivo: _____ Ano _____

1. motivo: _____ Ano _____

1. motivo: _____ Ano _____

1. motivo: _____ Ano _____

1. motivo: _____ Ano _____

1. motivo: _____ Ano _____

59. Recebeu sangue na veia alguma vez na vida? (0) não (1) sim (99) NS/NL

Morbidade nos últimos 15 dias

60. Você teve algum destes problemas de saúde nos último 15 dias?

a) diarreia (0) não (1) sim (99) NS/NL Duração: ___ dias (99) NS/NL

b) sangue nas fezes (0) não (1) sim (99) NS/NL

c) febre (0) não (1) sim (99) NS/NL

d) vômitos (0) não (1) sim (99) NS/NL

e) chiado no peito (0) não (1) sim (99) NS/NL

f) coriza (0) não (1) sim (99) NS/NL

g) tosse seca (0) não (1) sim (99) NS/NL

h) desidratação (0) não (1) sim (99) NS/NL

i) tosse com catarro (0) não (1) sim (99) NS/NL

j) perda de apetite (0) não (1) sim (99) NS/NL

k) eliminação de vermes (0) não (1) sim (99) NS/NL

l) abatimento/tristeza (0) não (1) sim (99) NS/NL

m) problema de garganta (0) não (1) sim (99) NS/NL

n) problema de ouvido (0) não (1) sim (99) NS/NL

o) dor de dente (0) não (1) sim (99) NS/NL

p) malária (0) não (1) sim (99) NS/NL q) espécie? (1) V (2) F (3) mista (99) não!

r) Outro problema (0) não (1) sim (99) NS/NL s) Qual? _____

61. Para o(s) problemas de saúde que você apresentou nos últimos quinze dias você procurou algum serviço de saúde público? (0) não (1) sim (99) não se aplica

62. Caso não tenha procurado, diga o motivo:

- a) achou que não seria necessário (0) não (1) sim (99) nsa (88) nsa
 b) usou remédio ou tratamento caseiro (0) não (1) sim (99) nsa (88) nsa
 c) teve dificuldade financeira (0) não (1) sim (99) nsa (88) nsa
 d) não tem médico no serviço local (0) não (1) sim (99) nsa (88) nsa
 e) o atendimento demora (0) não (1) sim (99) nsa (88) nsa
 f) o serviço não resolve o problema (0) não (1) sim (99) nsa (88) nsa
 g) outro motivo. _____

63. Se você procurou atendimento, conseguiu ser atendido (a)? (0) não (1) sim (88) nsa (99) ns/nl

64. Se você precisou de medicamentos, o medicamento foi adquirido? (0) não (1) sim (88) NSA (99) NS/NL

65. Como o medicamento foi adquirido?

(1) foi dado pelo próprio serviço de saúde (2) foi comprado com recursos próprios (4) foi doado (88) NSA (99) NS/NL

Morbidade progressa

66. Alguma vez na vida um médico ou enfermeiro disse que você tinha:

Doença	Teve?	Isso foi há menos de 12 meses?	Fez tto. médico?
Anemia	(0) N (1) S (99) ns/nl	(0) N (1) S (99) ns/nl (88) nsa	(0) n (1) s (99) ns/nl (88) nsa
Verme	(0) N (1) S (99) ns/nl	(0) N (1) S (99) ns/nl (88) nsa	(0) n (1) s (99) ns/nl (88) nsa
Hanseníase	(0) N (1) S (99) ns/nl	(0) N (1) S (99) ns/nl (88) nsa	(0) n (1) s (99) ns/nl (88) nsa
Dengue	(0) N (1) S (99) ns/nl	(0) N (1) S (99) ns/nl (88) nsa	(0) n (1) s (99) ns/nl (88) nsa
Tuberculose	(0) N (1) S (99) ns/nl	(0) N (1) S (99) ns/nl (88) nsa	(0) n (1) s (99) ns/nl (88) nsa
hepatite	(0) N (1) S (99) ns/nl	(0) N (1) S (99) ns/nl (88) nsa	(0) n (1) s (99) ns/nl (88) nsa
Chiado peito	(0) N (1) S (99) ns/nl	(0) N (1) S (99) ns/nl (88) nsa	(0) n (1) s (99) ns/nl (88) nsa
Asma	(0) N (1) S (99) ns/nl	(0) N (1) S (99) ns/nl (88) nsa	(0) n (1) s (99) ns/nl (88) nsa
Pneumonia	(0) N (1) S (99) ns/nl	(0) N (1) S (99) ns/nl (88) nsa	(0) n (1) s (99) ns/nl (88) nsa
Leishmaníase	(0) N (1) S (99) ns/nl	(0) N (1) S (99) ns/nl (88) nsa	(0) n (1) s (99) ns/nl (88) nsa
Diabetes	(0) N (1) S (99) ns/nl	(0) N (1) S (99) ns/nl (88) nsa	(0) n (1) s (99) ns/nl (88) nsa
Pressão alta	(0) N (1) S (99) ns/nl	(0) N (1) S (99) ns/nl (88) nsa	(0) n (1) s (99) ns/nl (88) nsa
Desnutrição	(0) N (1) S (99) ns/nl	(0) N (1) S (99) ns/nl (88) nsa	(0) n (1) s (99) ns/nl (88) nsa
Obesidade	(0) N (1) S (99) ns/nl	(0) N (1) S (99) ns/nl (88) nsa	(0) n (1) s (99) ns/nl (88) nsa
Outra doença	(0) N (1) S (99) ns/nl	(0) N (1) S (99) ns/nl (88) nsa	(0) n (1) s (99) ns/nl (88) nsa

Qual outra dç? _____

67. Para o(s) problemas de saúde que você apresentou nos últimos 12 meses você procurou algum serviço de saúde público? (0) não (1) sim (88) não se aplica

68. Se você procurou atendimento médico, conseguiu ser atendido (a)? (0) não (1) sim (88) nsa (99) ns/nl

69. Se você precisou de medicamentos, o medicamento foi adquirido? (0) não (1) sim (88) NSA (99) NS/NL

70. Como o medicamento foi adquirido?

(1) foi dado pelo próprio serviço de saúde (2) foi comprado com recursos próprios (4) foi doado (88) NSA (99) NS/NL

71. Se você procurou atendimento dentário, conseguiu ser atendido (a)? (0) não (1) sim (88) nsa (99) ns/nl