



AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE FÍSICA ENTRE USUÁRIOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

SELF-ASSESSMENT OF PHYSICAL HEALTH AMONG USERS OF PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK

AUTOEVALUACIÓN DE SALUD FÍSICA ENTRE USUARIOS DE LA RED DE ATENCIÓN PSICOSSOCIAL

Vanda Maria da Rosa Jardim¹, Michele Mandagrá de Oliveira², Luciane Prado Kantorski³, Mariana Luchese Vasem⁴, Elitiele Ortiz dos Santos⁵, Adriane Domingues Eslabão⁶

RESUMO

Objetivo: analisar a autoavaliação de saúde física entre usuários da rede de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Método:** estudo transversal, recorte da pesquisa REDESUL. A amostra foi composta por 392 usuários de SRT e CAPS. Para avaliar a percepção dos usuários sobre a saúde física, utilizou-se uma pergunta dividida em escala de cinco categorias (excelente, muito bom, bom, regular ou ruim). Assumiu-se como desfecho a autoavaliação regular ou ruim. **Resultados:** a autoavaliação de saúde física regular ou ruim caracterizou uma prevalência de 41,65%. A análise bruta indicou a associação dessa avaliação com variáveis de aspectos sociodemográficos, condições de morbidade, tipo de serviço e apoio. **Conclusão:** a autoavaliação de saúde está intimamente ligada aos serviços de saúde que o indivíduo frequenta. **Descritores:** Autoavaliação; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

Objective: to analyze the self-evaluation of physical health among users of the psychosocial care network of Southern Brazil. **Method:** cross-sectional study, cut from the REDESUL research. The sample was composed of 392 members of SRT and CAPS (health services). To assess the users' perception of physical health, researchers used a question divided in scale of five categories (excellent, very good, good, fair or poor). The self-assessment fair or poor was seen as the outcome. **Results:** the self-assessment of physical health as fair or poor featured a prevalence of 41.65%. Gross analysis indicated the association of this evaluation with variables of sociodemographic aspects, morbidity conditions, type of service and support. **Conclusion:** self-assessment of health is closely linked to health services that the individual attends. **Descriptors:** Self-Assessment; Mental Health; Mental Health Services.

RESUMEN

Objetivo: analizar la autoevaluación de salud física entre usuarios de la red de atención psicossocial de la región Sur de Brasil. **Método:** estudio transversal, recorte de la investigación REDESUL. La muestra fue compuesta por 392 usuarios de SRT y CAPS. Para evaluar la percepción de los usuarios sobre la salud física, se utilizó una pregunta dividida en escala de cinco categorías (excelente, muy buena, buena, regular o mala). Se mostró como resultado la autoevaluación regular o mala. **Resultados:** la autoevaluación de salud física regular o mala caracterizó una prevalencia de 41,65%. El análisis bruto indicó la asociación de esa evaluación con variables de aspectos sociodemográficos, condiciones de morbilidad, tipo de servicio y apoyo. **Conclusión:** la autoevaluación de salud está íntimamente ligada a los servicios de salud que el individuo frecuenta. **Descritores:** Autoevaluación; Salud Mental; Servicios de Salud Mental.

¹Enfermeira, Professora Doutora, Graduação/Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas/PPGENF/UFPEL. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: vandamrjardim@gmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora, Graduação/Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas/PPGENF/UFPEL. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: mandagara@hotmail.com; ³Enfermeira, Professora Doutora, Graduação/Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas/PPGENF/UFPEL. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: kantorski@uol.com.br; ⁴Enfermeira, Graduação pela Universidade Federal de Pelotas/UFPEL. Pelotas (RS). Enfermeira na Prefeitura Municipal de São José do Ouro/RS, Brasil. E-mail: ma.luchesevasem@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFGRS. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: elitiele_ortiz@hotmail.com; ⁶Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFGRS. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: adrianeeslabao@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A atenção em saúde mental no Brasil, historicamente marcada por práticas manicomiais, vem passando por intensas modificações desde a década de 80, com a proposta da substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços alternativos que possibilitam o resgate da dignidade e autonomia dos sujeitos com transtorno mental¹. Dentre estes dispositivos estão os Centros de atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher pessoas com transtorno mental, estimular sua integração social e familiar, apoiar a busca de sua autonomia e oferecer atendimento multiprofissional e interdisciplinar. Os SRT constituem-se em residências terapêuticas inseridas na comunidade que visam acolher pessoas egressas de internação de longa permanência e responder às necessidades de moradia e reinserção social,¹ entretanto pessoas em sofrimento psíquico apresentam outras necessidades de saúde, além das necessidades de saúde mental. Assim como a população em geral, também estão expostos e vulneráveis a outros agravos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda diversos indicadores para avaliar a saúde de populações, dentre os quais a autoavaliação do estado de saúde se destaca, sendo um dos preditores que permite avaliar as políticas públicas de saúde e as necessidades de investimento.² No Brasil, os resultados do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizado em 2003, indicaram que aproximadamente 25,6% da população de 14 anos ou mais (22,5% dos homens e 28,5% das mulheres) autoavaliaram seu estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim. Essa percepção de saúde é característica de pessoas que apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas em comparação àquelas que relatam ter saúde muito boa.³

A autoavaliação de saúde apesar de ser uma estimativa subjetiva que combina aspectos físicos, psicológicos e sociais, tem se mostrado mais efetiva do que outras medidas do estado de saúde, uma vez que a integração desses aspectos influencia diretamente na qualidade de vida e bem-estar do indivíduo.⁴ Trata-se de uma medida de saúde que reflete o estado geral da pessoa, independente de doença, mas centrado nos recursos que possam interferir na sua satisfação de saúde.

Considerando os CAPS e SRT dispositivos estratégicos na conjuntura de mudança nos cuidados em saúde mental no país e que o estado físico e mental das pessoas pode sofrer influência direta do contexto em que vivem, julgamos investigações especificamente dirigidas à autoavaliação de saúde física como potencialmente geradoras de subsídios para consolidação de estratégias interdisciplinares de cuidado, tendo em vista a escassez de estudos que analisem a associação entre essas variáveis em uma amostra representativa de usuários de CAPS e SRT. Nesta perspectiva, essa pesquisa tem por objetivo:

- Analisar a autoavaliação de saúde física entre usuários da rede de atenção psicossocial da região Sul do Brasil.

MÉTODO

Estudo transversal, recorte da análise quantitativa da pesquisa “Redes que reabilitam - avaliando experiências inovadoras na composição de redes de atenção psicossocial - (REDESUL)”. O projeto obteve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, sob edital nº 33/2008, e aprovação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, sob parecer nº 073/2009.

Para a definição da amostra, assumiu-se como marcador de rede de serviços em saúde mental a existência de Serviço Residencial Terapêutico (SRT) no município. Assim foram identificados cinco municípios do Rio Grande do Sul (Alegrete, Bagé, Caxias do Sul, Viamão e Porto Alegre).

A amostra foi composta por 392 usuários de Serviços Residenciais Terapêuticos e Centros de Atenção Psicossocial que aceitaram participar do estudo e, posteriormente, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado. A coleta dos dados quantitativos foi realizada por 23 entrevistadores nos cinco municípios selecionados, no período de setembro a dezembro de 2009.

Os dados sofreram dupla digitação por digitadores independentes no *software* Epi-Info 6.04, sendo posteriormente analisados no *software* Stata 9.0. A limpeza dos dados ocorreu por comparação dos dois arquivos e avaliação de erros de amplitude e consistência. O controle de qualidade incluiu a replicação de 10% dos questionários.

Para avaliar a percepção de saúde física entre os usuários, utilizou-se a pergunta: “Como o(a) Sr.(a) avalia sua saúde física nas últimas quatro semanas?”, que mede a autoavaliação do estado de saúde em escala de cinco categorias (excelente, muito bom,

bom, regular ou ruim). Assumiu-se como desfecho a avaliação do estado de saúde negativo, sendo a variável dicotomizada em avaliação positiva (excelente, muito bom, bom) e negativa (regular ou ruim). Foram selecionadas variáveis de exposição demográficas: idade (até 40 anos, 41 anos ou mais), sexo (masculino e feminino), cor (preto/outras, pardo e branco), estado civil (solteiro, casado/com companheiro, separado/viúvo) e escolaridade (sem escolaridade, ensino fundamental incompleto, ensino médio/superior); e de condições de morbidade: primeiro diagnóstico, crise psiquiátrica no último ano, fuma (não, sim, ex-fumante), ingere álcool (não, sim), outros problemas de saúde não psiquiátricos (não, sim), tipo de serviço (CAPS, SRT) e apoio (não, sim).

Na análise bivariada, levou-se em consideração o nível de significância de $p < 0,25$. A análise, inicialmente bivariada, selecionou as variáveis para a regressão logística considerando um p valor de 0,25, mantendo-se no modelo.

A autoavaliação de saúde física regular ou ruim referida pelos 392 usuários de SRT e CAPS entrevistados caracterizou uma prevalência de 41,65%. A análise bruta indicou os resultados apresentados nas Tabelas 1 e 2, os quais demonstram a associação dessa avaliação com variáveis de aspectos sociodemográficos, condições de morbidade, tipo de serviço e apoio.

De acordo com a Tabela 1, a prevalência de autoavaliação de saúde regular ou ruim foi maior em indivíduos que possuem mais de 41 anos (52,53%), e no sexo feminino (48,39%), apresentando 2,63 e 1,70 vezes mais chances de ocorrer, respectivamente. A mesma avaliação predomina em indivíduos autodeclarados pardos (53,13%), entre os casados/com companheiro (54,22%) e entre os separados/viúvos (61,40%). Em relação à escolaridade, essa avaliação foi maior entre o grupo de pessoas que possuem ensino fundamental incompleto, apresentando odds ratio (OR) 3,08 vezes maior em relação aos indivíduos sem escolaridade.

RESULTADOS

Tabela 1. Prevalência e odds ratio (OR) da autoavaliação de saúde regular ou ruim de pessoas/usuárias de SRT e CAPS conforme variáveis sociodemográficas. REDESUL, RS, 2009.

Variável	n*	Prevalência (%)	OR bruto e Intervalo de Confiança (95%)	p-valor
Idade				
Até 40 anos	142	29.58	1	<0.0001
41 anos ou mais	217	52.53	2.63 (1.70 - 4.12)	
Sexo				
Masculino	203	35.47	1	0.009
Feminino	186	48.39	1.70 (1.13 - 2.56)	
Cor				
Preto/outras	107	29.91	1	0.005
Pardo	64	53.13	2.66 (1.40 - 5.05)	
Branco	214	44.86	1.91 (1.16 - 3.12)	
Estado civil				
Solteiro	249	32.93	1	<0.0001
Casado/ c.companheiro	83	54.22	2.41 (1.45 - 4.00)	
Separado/Viúvo	53	61.40	3.24 (1.79 - 5.87)	
Escolaridade				
Sem escolaridade	81	23.46	1	0.0004
Fund. incompleto	171	48.54	3.08 (1.70 - 5.58)	
Ens. Médio/Super.	126	45.24	2.69 (1.45 - 5.02)	

*A amostra difere em razão do número de respostas ignoradas.

Tabela 2. Prevalência e odds ratio (OR) da autoavaliação de saúde regular ou ruim pessoas/usuárias de SRT e CAPS conforme condições de morbidade, tipo de serviço apoio. REDESUL, RS, 2009.

Variável	n*	Prevalência (%)	OR bruto e Intervalo de confiança (95%)	p-valor
1º diagnóstico				
Esquizofrenia	71	33.80	1	0.0048
Trans. Depr. Maior	64	62.50	3.26 (1.61 - 6.61)	
Bipolar	38	57.89	2.69 (1.20 - 6.05)	
Outros	34	44.12	1.55 (0.67 - 3.57)	
Crise				
Não	130	24.62	1	< 0.0001
Sim	258	50.00	3.06 (1.92 - 4.89)	
Fuma				
Não	197	40.10	1	0.69
Sim	163	42.33	1.10 (0.72 - 1.67)	
Ex-fumante	29	48.28	1.39 (0.64 - 3.05)	
Álcool				
Não	361	41.83	1	0.79
Sim	22	39.29	0.90 (0.41 - 1.98)	
Prob. de saúde				
Não	197	26.90	1	< 0.0001
Sim	191	56.54	3.53 (2.31 - 5.41)	
Tipo de serviço				
CAPS	247	51.42	1	< 0.0001
SRT	142	24.65	0.31 (0.19 - 0.49)	
Apoio				
Não	113	49,52	1	0.04
Sim	276	38,41	1.57 (1.01 - 2.45)	

*A amostra difere em razão do número de respostas ignoradas.

Na Tabela 2, a autoavaliação de saúde regular ou ruim também se apresentou maior entre os usuários que referiram o primeiro diagnóstico como Transtorno Depressivo Maior (62,50%). Aqueles que referiram crise psiquiátrica no último ano demonstraram uma prevalência de 50% e 3,6 vezes mais chances de avaliar o seu estado de saúde física como negativo em relação àqueles que não referiram crise.

O hábito de fumar e a ingestão de bebidas alcoólicas não apresentaram significância estatística neste estudo, no entanto, pode-se notar uma prevalência maior de autoavaliação negativa entre os indivíduos ex-fumantes,

seguidos pelos fumantes, em relação aos não fumantes. Já o fato de possuir outros problemas de saúde não psiquiátricos constitui um achado relevante, sendo que entre aqueles que possuem outros problemas de saúde a prevalência foi de 56,54% e a razão de chance em relação aos indivíduos que não possuem outros problemas foi de 3,53 (IC 95% de 2.31 - 5.41).

Quanto ao tipo de serviço, a maioria dos entrevistados que referiram avaliação negativa do estado de saúde não era morador de SRT (51,42%). Observou-se piora na avaliação do estado de saúde em relação à afirmação negativa de apoio (49,56%).

Tabela 3. Odds ratio (OR) da autoavaliação da saúde física regular ou ruim de pessoas/usuárias de SRT e CAPS conforme variáveis sociodemográficas. REDESUL, RS, 2009.

Variável	OR ajustado e Intervalo de confiança (95%)	p-valor
Idade		
Até 40 anos	1	0.0005
41 anos ou mais	2.32 (1.43 - 3.76)	
Sexo		
Masculino	1	0.19
Feminino	1.60 (1.00 - 2.57)	
Cor		
Preto/outras	1	0.0018
Pardo	1.97 (1.14 - 3.42)	
Branco	3.45 (1.69 - 7.03)	
Estado civil		
Solteiro	1	0.0041
Casado/c.companheiro	2.00 (1.15 - 3.49)	
Separado/Viúvo	2.62 (1.32 - 5.20)	
Escolaridade		
Sem escolaridade	1	< 0.0001
Fundamental incompleto	2.39 (1.19 - 4.80)	
Médio/Ensino Superior	2.18 (1.06 - 4.50)	
Primeiro diagnóstico		
Esquizofrenia	1	0.23
Transt. depressivo maior	2.52 (1.01 - 6.25)	
Bipolar	1.82 (0.68 - 4.85)	
Outros	1.28 (0.47 - 3.47)	
Crise		
Não	1	0.0014
Sim	3.91 (1.63 - 9.42)	
Problema de saúde		
Não	1	0.0005
Sim	3.31 (1,66 - 6.60)	
Tipo de serviço		
CAPS	1	0.0009
SRT	0.20 (0.07 - 0.56)	
Apoio		
Sim	1	0.0006
Não	5.08 (1.88 - 13.73)	

A autoavaliação de saúde regular ou ruim, conforme a Tabela 3, esteve significativamente associada a indivíduos maiores de 41 anos, cor branca, estado civil separado/viúvo e com ensino fundamental incompleto. Também se obteve valores significativos quando associada à presença de crise psiquiátrica no último ano, além de outros problemas de saúde não psiquiátricos e tipo de serviço. O fato de não residir em SRT e não receber apoio demonstrou um valor altamente significativo quanto à autoavaliação do estado de saúde física regular ou ruim.

Na análise bivariada, com exceção do hábito de fumar e beber, todas as variáveis estudadas mostraram associação com a autoavaliação regular ou ruim de saúde física entre a população estudada. Entretanto, após o reajuste para variáveis de confusão, através da regressão logística hierarquizada (Tabela 3), diferiram os resultados encontrados em relação à cor da pele, que passou a apresentar maior prevalência em brancos, e também em relação ao sexo e primeiro diagnóstico, que deixaram de apresentar significância estatística, sendo mantido no modelo para controle de fator de confusão.

DISCUSSÃO

Em geral, os estudos sobre autoavaliação de saúde referem pessoas com transtorno mental, usuárias de Serviços Residenciais Terapêuticos e Centros de Atenção Psicossocial. As abordagens, na maioria das vezes, englobam a população idosa,⁵⁻⁷ pessoas que desenvolvem doenças crônicas específicas^{2,8} e a população no geral.^{3,4,8-12} A maioria desses estudos constatou autoavaliação negativa de saúde, independente do tipo de amostra estudada e do país da pesquisa.

Uma análise desenvolvida no Brasil sobre autoavaliação de saúde com uma amostra de 285.778 pessoas acima de 14 anos, baseada nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2003, demonstrou que a porcentagem de avaliações ruim e muito ruim aumenta com a idade tanto para homens como para mulheres,³ concordando com o presente estudo que demonstra essa avaliação na faixa etária acima dos 41 anos quando comparado à população com idade inferior a esta.

A idade mais avançada aumenta a probabilidade de as pessoas desenvolverem

Jardim VMR, Oliveira MM de, Kantorski LP et al.

doenças, principalmente as doenças crônicas, as quais são responsáveis pelo aumento do índice de comorbidades e mudança no estilo de vida.¹³

Em relação à cor da pele não foram encontrados valores com significância estatística entre os indivíduos que referiram autoavaliação de saúde regular ou ruim, segundo os dados do PNAD.³ Nesta pesquisa, observou-se através da análise bivariada, a prevalência da cor branca entre os indivíduos que referiram saúde regular ou ruim. Esse resultado, no entanto, deve levar em consideração o fato de que a maioria da população se autodeclara branca no estado do Rio Grande do Sul, local de realização da pesquisa.

A autoavaliação negativa de saúde mostrou-se maior entre os indivíduos com estado civil separado/viúvo. Pessoas casadas apresentam uma melhor autopercepção do estado de saúde do que aquelas que permanecem eternamente solteiras ou aquelas que perderam o cônjuge por morte ou separação. A instabilidade causada pelo divórcio ou morte do companheiro tem impacto negativo prolongado em aspectos físicos e mentais do indivíduo.¹²

O fato de não receber apoio esteve associado à autoavaliação de saúde negativa. Essa variável correspondeu ao resultado de um estudo realizado com idosos, moradores de uma comunidade, que informaram não receber apoio, nem poder contar com outra pessoa para preparar as refeições e/ou acompanhá-los ao médico em situações de impossibilidade.⁵

Destaca-se, ainda, um estudo longitudinal realizado com uma coorte sueca de trabalhadores. O estudo demonstrou que um fraco suporte social, como não receber apoio, nem ajuda de colegas, foi um dos fatores relacionados a uma pior autopercepção de saúde na população masculina.¹⁴ No entanto, a população do nosso estudo não realiza atividades remuneradas que caracterize trabalho, trata-se de uma população beneficiada, mais propícia a ter a percepção de um pior estado de saúde do que aqueles com emprego remunerado, segundo os dados da mesma pesquisa.

Os dados do PNAD 2003 demonstraram que a avaliação negativa de saúde se destaca em indivíduos que não têm nenhuma escolaridade e é inversamente proporcional àqueles com 12 anos ou mais de escolaridade.³ Em nosso estudo, a autoavaliação de saúde regular ou ruim manteve-se maior em indivíduos com ensino fundamental incompleto, seguido do

Autoavaliação de saúde física entre usuários...

ensino médio/ ensino superior e inversamente proporcional aos indivíduos sem escolaridade.

Uma pesquisa realizada em 18 capitais de estados do Brasil demonstrou que quanto menor a escolaridade, maior o percentual de indivíduos que referem piores condições de saúde. Destacou-se também que as diferenças de escolaridade para a autopercepção em saúde podem variar em relação às regiões do país, podendo o nível de escolaridade interferir ou não.⁹ Isso é reflexo de fatores relacionados à condição socioeconômica, estilo de vida, exposições ambientais diferenciadas e desigualdade social que norteiam os grupos de baixa escolaridade.⁹ Segundo uma pesquisa realizada nos Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Brasil, as condições socioeconômicas desfavoráveis têm sido constantemente associadas a comportamentos menos saudáveis. O estudo evidenciou a caracterização de uma população de menor nível econômico e de menor escolaridade, se comparado à população em geral.¹⁵

O Transtorno Depressivo Maior apareceu na análise bivariada como o primeiro diagnóstico relatado pelos usuários que autoavaliaram sua saúde física como regular ou ruim. Entretanto, essa percepção negativa pode estar associada ao estado de saúde mental que a pessoa se encontra, fazendo com que ela muitas vezes distorça a maneira que se enxerga e se avalia.¹⁶ Por outro lado, um estudo realizado em 2009 constatou que indivíduos com comportamento depressivo, de fato, têm mais probabilidade de desenvolver comportamentos de riscos à saúde, por exemplo, ter hábitos alimentares restritos, fumar diariamente, consumir álcool em excesso, entre outros fatores capazes de ocasionar comorbidades que afetem a percepção de saúde da pessoa.¹⁷

A autoavaliação de saúde regular e ruim prevaleceu nos indivíduos que referiram possuir outros problemas de saúde, não psiquiátricos. Esses resultados estão de acordo com uma pesquisa realizada nos Estados Unidos que acompanhou um grupo de pessoas durante anos para analisar a mudança no *status* de autoavaliação de saúde perante as doenças incidentes. Os resultados demonstraram que a autoavaliação de saúde é diferente pré e pós-diagnóstico, independente da doença. No geral, a autoavaliação de saúde foi boa no início do estudo, mas caiu para uma menor avaliação entre os indivíduos que desenvolveram doença, comparados aos membros saudáveis da coorte.⁸

Resultados como esses também foram observados nos estudos de autoavaliação de saúde com uma amostra representativa da

Jardim VMR, Oliveira MM de, Kantorski LP et al.

população masculina, em que homens com doenças crônicas não transmissíveis autoavaliaram a saúde como ruim, cinco vezes mais do que aqueles que relataram não ter doença.¹⁰

Com relação ao hábito de fumar e à ingestão de bebidas alcoólicas, uma pesquisa realizada através de inquérito telefônico em todas as capitais brasileiras constatou que uma autoavaliação ruim de saúde caracterizou um grupo de fumantes intensos. Não fumar ou estar na condição de ex-fumante reduz o risco de desenvolver doenças, melhora a qualidade de vida e promove um aumento da expectativa de vida.¹¹ Além disso, outro estudo observou que o fato de consumir bebidas alcoólicas moderadamente (de uma a quatro vezes por mês) foi associado a uma melhor autoavaliação de saúde se comparado a de pessoas abstinidas.⁷ Contudo, em nosso estudo, essas duas variáveis não obtiveram valores significativos.

A presença de crise psiquiátrica no último ano também esteve associada à autoavaliação regular ou ruim de saúde no presente estudo. Autores ressaltam que experiência de uma crise causa manifestações corporais intensas que podem permanecer após a intercorrência como problemáticas de ordem clínica.¹⁸

O fato de residir em Serviço Residencial Terapêutico apresentou-se como fator de proteção significativo para a autoavaliação de saúde física regular ou ruim. Um estudo realizado nesta mesma modalidade de serviço identificou que a morada e o cotidiano do SRT possibilitam aos usuários mudanças no estilo e qualidade de vida.¹⁹

Além disso, uma pesquisa realizada com idosos residentes de instituições geriátricas públicas e privadas demonstrou que a maioria daqueles idosos avaliou sua saúde como muito boa ou boa. No entanto, os autores acreditam que a autoavaliação de saúde implica algumas avaliações comparativas, sugerindo que os residentes nesse contexto comparem sua situação de saúde com a de outros ao redor. Fator que pode resultar em avaliações excessivamente positivas para pessoas que vivem em instituições.⁶

Um estudo realizado em um SRT no sul do país identificou atividades que fortalecem os laços sociais e a autonomia dos moradores através da inserção em espaços sociais, tais como igrejas, comércio, amigos, equoterapia, hidroginástica; e também em serviços públicos de saúde mental, por exemplo, CAPS, Unidade Básica de Saúde, hospital geral, pronto-socorro, entre outros.²⁰

Desse modo, acredita-se que os SRT são importantes ferramentas de cuidado dentro da

Autoavaliação de saúde física entre usuários...

política de saúde mental e que ao possibilitar atividades de inserção social e autonomia poderão favorecer uma autoavaliação de saúde positiva.

CONCLUSÃO

Os estudos analisados com diferentes sujeitos, assim como os resultados do presente estudo, apontam que um estado de saúde regular ou ruim tende a aumentar com o envelhecimento da população, refletindo a necessidade de investimentos em saúde pública, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas.

A autoavaliação de saúde está intimamente ligada aos serviços de saúde que o indivíduo frequenta. Dessa forma, destaca-se a importância de estudos periódicos voltados para avaliação de serviços que incentivem a qualificação da assistência oferecida.

Ressalta-se a dificuldade de encontrar estudos de autoavaliação de saúde envolvendo indivíduos em sofrimento psíquico. Assim, pesquisas com essa temática necessitam ser valorizadas, uma vez que ao autoavaliarem sua saúde os sujeitos apontam possíveis caminhos no que se refere à melhoria da assistência, investimento financeiro e redimensionamento das políticas públicas.

FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde- DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental- 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS/Brasília; 2005.
2. Theme Filha MM, Szwarwald CL, Souza Júnior PRB. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003 *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2005 [cited 2013 May 12];21(1):43-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000700006&script=sci_abstract
3. Dachs JNW, Santos APR. Health self-rating in Brazil: analysis of data of the PNAD/2003. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2006 Oct/Dec [cited 2013 May 12];11(4):887-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000400012&script=sci_arttext
4. Szwarwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava, Francisco. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2005 [cited 2013 May 15];21(supl. 1):54-64. Available from:

Jardim VMR, Oliveira MM de, Kantorski LP et al.

Autoavaliação de saúde física entre usuários...

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000700007

5. Nunes APN, Barreto SM e Gonçalves L G. Social relations and self-rated health: the ageing and health project. Rev bras Epidemiol [Internet]. 2012 June [cited 2013 May 15];15(2):415-28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2012000200019&script=sci_arttext

6. Damián J, Pastor-Barriuso R, Valderrama-Gama E. Factors associated with self-rated health in older people living in institutions. BMC Geriatr [Internet]. 2008 [cited 2013 May 15];27(8):1-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2291468/>

7. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Self-rated health in the elderly: a population-based study in Campinas, São Paulo, Brazil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2012 Apr [cited 2013 May 22];28(4):769-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000400016&script=sci_arttext

8. Foraker RE, Rose KM, Chang PP, McNeill AM, Suchindran CM, Selvin E, et al. Socioeconomic status and the trajectory of self-rated health. Age Ageing [Internet]. 2011 [cited 2013 May 22];40(6):706-11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21737460>

9. Souza MC, Otero UB, Almeida LM, Turci, SRB, Figueiredo, VC, Lozana JA. Self-rated health and physical disabilities due to health problems. Rev Saúde Públ [Internet]. 2008 [cited 2013 May 22];42(4):741-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400022

10. Barreto SM, Figueiredo RC. Chronic diseases, self-perceived health status and health risk behaviors: gender differences. Rev Saúde Públ [Internet]. 2009 [cited 2013 May 22];43(2):38-47. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000900006&script=sci_arttext&tlng=en

11. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura ECD, Deborah CM. Auto-avaliación de la salud y factores asociados, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009 [cited 2011 May 12];43(supl. 2):27-37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900005

12. Hughes ME; Waite LJ. Marital Biography and Health at Mid-Life. J Health Social Behavior [Internet]. 2009 [cited 2011 May 12];50(3):344-58. Available from: <http://hsb.sagepub.com/content/50/3/344.abstract>

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): Secretaria de Vigilância em Saúde; 2011.

14. Wulff C, Lindfors P, Sverke M. Childhood general mental ability and midlife psychosocial work characteristics as related to mental distress, neck/shoulder pain and self-rated health in working women and men. J Occup Health

[Internet]. 2011 [cited 2011 May 12];53(6):439-46. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22001596>

15. Adamoli NA, Azevedo MR. Patterns of physical activity of people with chronic mental and behavioral disorders. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2009 Jan/Feb [cited 2011 May 12];14(1):243-51. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100030

16. American Medical Association-APAS. Guia Essencial da Depressão. O atendimento a crise em saúde mental: ampliando os conceitos. São Paulo: Aquariana; 2002.

17. Chapman DP, Perry GS, Strine TW. The vital link between chronic disease and depressive disorders. Prev Chronic Dis [Internet]. 2005 Jan [cited 2013 May 25];2(1):1-12. Available from: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04_0066.htm

18. Ferigato SH, Campos RO, Ballarin ML. The attendance the crisis in Mental Health: Extending Concepts. Rev Psicol UNESP [Internet]. 2007 [cited 2013 May 25];6(1):31-44. Available from: <http://186.217.160.122/revpsico//index.php/revista/article/viewArticle/44/83>.

19. Silva DS, Azevedo DM. New practices in mental health and work in therapeutic residential service. Esc Anna Nery [Internet]. 2011 [cited 2013 May 25];15(3):602-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a23v15n3.pdf>

20. Cortes JM, Kantorski LP, Barros S, Antonacci MH, Magni CT, Guedes AC. Social ties of individuals in psychic distress: contributions for psychiatric nursing. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2015 Apr [cited 2015 Nov 12];9(4):7322-9. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7343/pdf_7519

Submissão: 11/10/2015

Aceito: 27/05/2016

Publicado: 01/07/2016

Correspondência

Elitiele Ortiz dos Santos
Rua Lobo da Costa, 398, Ap. 23
Bairro Azenha
CEP 90050110 – Porto Alegre (RS), Brasil