



**AUTO PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE HIPERTENSOS**  
**SELF-PERCEPTION OF THE HEALTH STATE OF HYPERTENSIVE PEOPLE**

**AUTO PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE HIPERTENSOS**

*Roberto Allan Ribeiro Silva<sup>1</sup>, Poliane Osmira Rodrigues Sakon<sup>2</sup>*

**RESUMO**

**Objetivo:** avaliar os determinantes da autoavaliação do estado de saúde de hipertensos. **Método:** estudo quantiqualitativo, de campo observacional, com hipertensos com idade superior aos 40 anos e risco cardiovascular estratificado. Os dados foram coletados com consulta aos prontuários, questionário e entrevista semiestruturada. Foi utilizada a técnica de Análise de conteúdo na modalidade Análise Categórica temática. **Resultados:** 19 (54%) participantes avaliaram sua saúde como ruim, sendo que 13 (54%) mulheres e 6 (55%) homens não estavam satisfeitos com o seu estado de saúde. Dentre os aspectos mencionados na entrevista para determinar a autoavaliação de saúde, 39% eram do domínio físico, 35% eram do domínio comportamental, 22% do domínio funcional e o domínio do bem-estar, que foi o menos mencionado, foi citado por 2%. **Conclusão:** os resultados demonstram o caráter multidimensional da auto percepção do estado de saúde a alta incidência de auto percepção negativa se deve às características metodológicas deste estudo. Os aspectos do domínio físico foram os mais prevalentes, evidenciando o predomínio da visão biomédica no grupo estudado. **Descritores:** Auto percepção; Nível de Saúde; Hipertensão Arterial; Atenção Primária à Saúde; Pesquisa Qualitativa; Qualidade de Vida.

**ABSTRACT**

**Objective:** to evaluate the determinants of the self-assessment of hypertensive health status. **Method:** this is a quantitative and qualitative, observational field study with hypertensive patients over 40 years old and stratified cardiovascular risk. The data were collected with consultation to the medical records, questionnaire, and semi-structured interview. The Content Analysis technique was used in the category Categorical Analysis modality. **Results:** there were 19 (54%) participants rated their health as poor, 13 (54%) women and 6 (55%) men were not satisfied with their health status. Among the aspects mentioned in the interview to determine health self-assessment, 39% were from the physical domain, 35% were from the behavioral domain, 22% from the functional domain and the domain of well-being, which was the least mentioned, was cited by 2%. **Conclusion:** the results demonstrate the multidimensional nature of the self-perception of the health state the high incidence of negative self-perception is due to the methodological characteristics of this study. The aspects of the physical domain were the most prevalent, evidencing the predominance of the biomedical vision in the studied group. **Keywords:** Self-Concept; Health Status; Hypertension; Primary Health Care; Qualitative Research; Quality of Life.

**RESUMEN**

**Objetivo:** evaluar los determinantes da auto-evaluación del estado de salud de hipertensos. **Método:** estudio cuantitativo y cualitativo, de campo observacional, con hipertensos con edad superior a los 40 años y riesgo cardiovascular estratificado. Los datos fueron recogidos con consulta a los prontuarios, cuestionario y entrevista semi-estructurada. Fue utilizada la técnica de Análisis de contenido en la modalidad Análisis Categórico temático. **Resultados:** 19 (54%) participantes evaluaron su salud como mala, siendo que 13 (54%) mujeres y 6 (55%) hombres no estaban satisfechos con su estado de salud. Dentro los aspectos mencionados en la entrevista para determinar la auto-evaluación de salud, 39% eran del dominio físico, 35% eran del dominio comportamental, 22% del dominio funcional y el dominio del bienestar, que fue el menos mencionado, fue citado por 2%. **Conclusión:** los resultados demuestran el carácter multidimensional de la auto percepción del estado de salud la alta incidencia de auto-percepción negativa se debe a las características metodológicas de este estudio. Los aspectos del dominio físico fueron los más prevalentes, evidenciando el predominio de la visión biomédica en el grupo estudiado. **Palabras clave:** Auto-percepción; Estado de Salud; Hipertensión; Atención Primaria de Salud; Investigación Cualitativa; Calidad de Vida.

<sup>1</sup>Enfermeiro, Faculdade Vale do Gortuba/FAVAG. Nova Porteirinha (MG), Brasil. E-mail: roberto.allan@ufvjm.edu.br. ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-0992-9583>; <sup>2</sup>Mestre, Faculdade Vale do Gortuba/FAVAG. Nova Porteirinha (MG), Brasil. E-mail: polisakon2017@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-8426-860X>

## INTRODUÇÃO

A autoavaliação da saúde tem sido amplamente utilizada como método confiável para mensuração e monitoramento do estado de saúde e do bem-estar de indivíduos, além de ser um meio prático e de baixo custo para utilização em serviços de saúde.<sup>1</sup> Trata-se de um indicador de qualidade de vida, de morbidade, declínio funcional e, sobretudo, um preditor sólido de mortalidade, fundamental na avaliação das condições de saúde das pessoas. Essa autoclassificação geral do estado de saúde engloba vários aspectos da vida do indivíduo como os de natureza física, funcional, cognitivas e emocionais, assim como de bem-estar.<sup>2</sup>

Os fatores levados em consideração pelo indivíduo, ao auto classificar seu estado de saúde, ainda não são totalmente compreendidos, mas parecem refletir a percepção abrangente de saúde que inclui aspectos biológicos, psicológicos e sociais, assim como fatores demográficos, culturais e ainda aqueles relacionados ao ambiente de vida.<sup>3</sup>

A autoavaliação de saúde capta, além da exposição a doenças (diagnosticadas ou não por profissional de saúde), o impacto que essas doenças geram no bem-estar físico, mental e social dos indivíduos.<sup>4</sup> A autoavaliação do estado de saúde é um dos indicadores recomendados pela Organização Mundial da Saúde para avaliar a saúde das populações. É um indicador confiável e válido das condições reais e objetivas de saúde das pessoas.<sup>5</sup>

A hipertensão arterial (HA) é o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, sendo uma condição clínica associada à elevada mortalidade e pode resultar em consequências graves a alguns órgãos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos), além de ser considerado um grave problema de saúde pública pela sua cronicidade, pelos altos custos com internações, pela incapacitação por invalidez e pelas aposentadorias precoce.<sup>6-7</sup>

Os fatores de risco para a HA incluem hábitos modificáveis, relacionados ao estilo de vida, como tabagismo, dislipidemias, obesidade, sedentarismo, uso abusivo de álcool, alimentação inadequada e características não modificáveis, como idade, sexo e história familiar. Assim, pela sua estreita correlação com estilo de vida, a HA pode ser evitada, minimizada ou tratada com a adoção de hábitos saudáveis.<sup>8</sup>

Apesar das dificuldades na adesão ao tratamento, os avanços no conhecimento e a

evolução obtida na terapêutica têm aumentado a expectativa de vida da população. Com a longevidade, é importante que os indivíduos mantenham a autonomia e a saúde, pois o envelhecimento aumenta o risco de doenças crônicas, sobretudo as cardiovasculares. Além disso, com o aumento da sobrevida dos pacientes com doenças crônicas e/ou graves, a qualidade de vida passou a ser mais valorizada e a importância de sua avaliação foi reconhecida e incorporada aos ensaios clínicos.<sup>6</sup>

Tendo em vista a estreita relação entre a autoavaliação de saúde com a mortalidade e a morbidade, uma melhor compreensão dos fatores relacionados a este indicador pode servir de base para o desenvolvimento de ações preventivas, de modo a manter ou a melhorar a saúde das populações.

## OBJETIVO

- Avaliar os determinantes da autoavaliação do estado de saúde de um grupo de hipertensos.

## MÉTODO

Estudo quantiquantitativo, de campo observacional, realizado numa unidade básica de saúde que possui quatro equipes da estratégia saúde da família, atendendo uma área de bairros residenciais no município de Janaúba, uma cidade do Norte de Minas Gerais, Brasil. Foi selecionando uma equipe da unidade por conveniência, esta possuía, em sua área adstrita, 3050 pessoas das quais 322 são hipertensas.

Este estudo é continuação de uma pesquisa realizada no ano de 2015 que, após analisar os prontuários de todos os hipertensos cadastrados na referida equipe, estratificou 50 deles conforme o risco cardiovascular e variáveis socioeconômicas e demográficas.

Foram incluídos hipertensos de ambos os sexos cadastrados na referida equipe, que tiveram o risco cardiovascular estratificado previamente. Como este estudo trabalhou com participantes de um estudo anterior vale mencionar os critérios de inclusão deste estudo inicial que foram: idade superior a 40 anos (idade em que a classificação de risco é mais sensível), prontuário devidamente preenchido, contendo informações sobre colesterol total, colesterol High Density Lipoproteins (HDL), triglicérides e glicemia de jejum, dosados em período inferior a 12 meses, e que concordaram em participar do estudo. Foram excluídos hipertensos que possuíam registro no prontuário de evento cardiovascular prévio (infarto agudo do

Silva RASR, Sakon POR.

miocárdico, angina *pectoris*, acidente vascular encefálico, doença arterial periférica ou insuficiência cardíaca).

O presente estudo foi desenvolvido no segundo semestre de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise.

As entrevistas foram realizadas nas residências dos hipertensos com duração média de 10 minutos, conduzidas pelo pesquisador acompanhado pela agente de saúde responsável por cada paciente. As entrevistas foram orientadas pelas seguintes questões de pesquisa: Como o(a) Sr(a) descreve o seu estado de saúde atualmente? De um modo geral, em comparação com pessoas da sua idade, como o(a) Sr(a) considera o seu próprio estado de saúde?

Foram consideradas as respostas da questão de auto percepção do estado de saúde como dicotômicas, sim ou não, para análise da incidência de auto percepção do estado de saúde positiva e negativa.

As entrevistas foram analisadas conforme a proposta de análise de conteúdo, na modalidade análise temática categorial. Essa abordagem consiste num conjunto de técnicas de análise de comunicações, visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens.<sup>9</sup> Para a análise, realizou-se o recorte das falas, levando-se em consideração a frequência dos temas extraídos dos discursos, a fim de se encontrarem os principais núcleos de sentido, cuja presença dá significado ao objetivo proposto.

Para a análise dos dados cumpriu-se as seguintes etapas: a) transcrição e digitação das gravações das entrevistas; b) atribuição de códigos aos entrevistados; c) leitura compreensiva dos textos; d) elaboração de estruturas de análise, agrupando trechos de depoimentos mais ilustrativos nos eixos temáticos; e) identificação das ideias centrais; f) identificação dos sentidos atribuídos às ideias; e g) elaboração de sínteses compreensivas, interpretativas e contextualizadas.

Optou-se, neste estudo, por analisar todos os aspectos de saúde mencionados pelos participantes, caracterizando-se como referência múltipla, por demonstrar um panorama mais amplo dos fatores considerados pelos indivíduos em sua autoavaliação.

Auto percepção do estado de saúde de hipertensos.

O esquema de categorização final consiste em 12 aspectos de saúde, categorizados em quatro domínios de saúde: domínios físico, funcional, comportamental e do bem-estar.

As características observadas para a caracterização foram as seguintes: a) Considerou-se referências físicas, qualquer referência à doença, tratamentos médicos ou outro tema "corporal"; b) Qualquer referência a habilidades funcionais gerais ou limitações considerou-se como aspecto da domínio funcional; c) Considerou-se que qualquer referência a uma atitude positiva em relação a uma doença atual ou que se tenha adaptado às suas limitações e qualquer tema referente ao comportamento de saúde para ser um aspecto da domínio comportamental d) Qualquer referência a sentir-se apto ou enérgico ("não se sentir cansado") ou a sentimentos sem justificação adicional (simplesmente "sentir-se bem") foram considerados um aspecto da domínio de bem-estar.

Foram observados os critérios éticos, seguindo todas as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Unidas do Norte de Minas de Montes Claros - MG e aprovado sob número de parecer 1.897.679 com Certificado de apresentação para apreciação ética: 60540716.4.0000.5141. Todos os sujeitos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e houve o assentimento da coordenadora da unidade de saúde para a realização da pesquisa. Para assegurar o anonimato, os discursos foram identificados com as letras "P", em referência à palavra paciente, seguido do número, conforme a sequência de sua realização.

## RESULTADOS

Ao final do percurso metodológico, foram avaliados 35 indivíduos, 11 (31,4%) do sexo masculino e 24 (68,6%) do sexo feminino, a faixa etária esteve entre 45 e 85 anos de idade, com média de idade de  $64 \pm 10,0$  (homens) e  $65 \pm 10,8$  (mulheres) de modo que 24 (68,5%) dos indivíduos são idosos. A maioria dos entrevistados se autodeclarou "não branco" 22 (63%) em contraposição aos "brancos" 13 (37%). No que se refere à situação socioeconômica, 97% da amostra tinha uma renda mensal entre R\$ 622,00 a 1.866,00 reais (1-3 salários-mínimos), 43% não tinham escolaridade e 46% tinham até o ensino fundamental completo. Quanto ao estado civil, 26 (76%) eram casados.

No que tange a auto percepção do estado de saúde, 19 (54%) dos participantes avaliaram sua saúde como ruim, e 13 (54%) das mulheres e 6 (55%) dos homens não estavam satisfeitos com o seu estado de saúde.

Os aspectos mencionados durante as entrevistas para determinar a auto percepção do estado de saúde dos hipertensos deste estudo foram categorizados em quatro domínios conforme a Tabela 1:

**Tabela 1. Frequência dos domínios de saúde no discurso de um grupo de hipertensos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde. Janaúba (MG), Brasil, 2016.**

Domínio de saúde	n (% do total)
<b>Domínio Físico</b>	<b>37 (39,3%)</b>
Presença da doença/queixas (25)	
Limitações (6)	
Idade (6)	
<b>Domínio Comportamental</b>	<b>33 (35,1%)</b>
Relacionamento social (18)	
Figura do remédio (12)	
Medo (2)	
Manter hábitos saudáveis (1)	
<b>Domínio Funcional</b>	<b>22 (23,4%)</b>
Capacidade para realizar as atividades diárias (12)	
Ser útil/ativo (9)	
Dependência (1)	
<b>Domínio do Bem-estar</b>	<b>2 (2,1%)</b>
Estar vivo (1)	
Saber conviver com a doença (1)	

O número de domínios referidos pelos participantes variou de 1 a 4. Quase metade dos participantes (48,6%) mencionou aspectos de dois domínios, 25,7% dos indivíduos mencionaram aspectos de três domínios e 2,6% dos participantes mencionaram aspectos de quatro domínios de saúde. No total, 35 participantes fizeram 94 referências a determinantes da saúde, sendo 54 negativos e 40 positivos, assim, em média, os participantes mencionaram 3,6 aspectos da saúde.

A depender do contexto e da vivência de cada indivíduo, um mesmo aspecto pode exercer influência positiva ou negativa na formação de juízo sobre o estado de saúde. A frequência com que os aspectos foram

referidos como determinantes de uma boa saúde e de uma saúde ruim é mostrada na Tabela 2:

**Tabela 2. Os determinantes positivos e negativos dos aspectos de saúde na autoavaliação de saúde de um grupo de hipertensos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde. Janaúba (MG), Brasil, 2016.**

Determinantes Negativos	Frequência	Determinante Positivo	Frequência
Presença de doença/ queixas frequentes	19	Relacionamento Social	12
Ter que tomar remédio	09	Capacidade de realizar as atividades diárias	08
Idade	06	Ausência de queixa/doença	06
Limitações	06	Ser ativo	06
Relacionamento social	06	Ter remédio	03
Incapacidade de realizar as atividades diárias	04	Ser útil	02
Medo	02	Estar vivo	01
Dependência	01	Manter hábitos saudáveis	01
Não ser ativo	01	Saber conviver com a doença	01

A maior parte dos indivíduos se referiu ao domínio físico, que correspondeu a 39,3% dos aspectos mencionados, e foi referido por 81%

dos homens e 67% das mulheres, prevalecendo no extrato mais jovem da amostra estudada, com idade entre 40 e 59 anos, com 82%. O

Silva RASR, Sakon POR.

domínio físico esteve predominantemente associado à percepção negativa do estado de saúde, conforme demonstra os depoimentos a seguir:

*A única coisa que eu tenho são as restrições que o tempo mesmo favorece, eu sou saudável, só tem mesmo as dificuldades do tempo. (P. 16)*

*Eu sou cheio de problemas, se eu for contar aqui... Asmático, joelho tudo com problema, não aguento caminhar nem aqui, tenho síndrome das pernas inquietas [...], sou hipertenso também. (P.18)*

O domínio comportamental, que foi o segundo mais mencionado, 35,1% dos aspectos, referido pela maior parte dos homens, 81%, e das mulheres, 58%, prevalecendo no sexo masculino, foi mais comumente referido pelos extratos mais velhos da amostra, sendo relatado por 69% dos indivíduos com idade entre 60 e 39 anos, 73% daqueles com 70 anos ou mais ante 54,5% dos indivíduos de 40 a 59 anos.

Os aspectos comportamentais foram mencionados com frequência como determinante como de boa saúde, sendo o relacionamento social e mais mencionado. Em muitas entrevistas, foi enfatizado que estar cercado por pessoas, ter companhia, ter um bom casamento, não estar sozinho, ajudar os outros, ser membro de uma organização e ter relacionamentos com outras pessoas são aspectos importantes para se ter saúde.

*Eu tenho vizinhos tão bons, eles são meus melhores amigos ... e eu não poderia desejar um vizinho próximo melhor. Ele varre a caçada pra mim, e se eu precisar de ajuda com qualquer coisa, eu posso confiar nele. (P.28)*

Os papéis sociais significativos são um aspecto importante de uma vida boa em qualquer idade. A capacidade de manter uma vida social significativa e de continuar as atividades sociais, quando ausente, também foi importante na percepção negativa da saúde.

*Eu não, ando só doente, não saio pra canto nenhum, pra casa de um amigo, de um vizinho, ninguém... E o medo de eu cair? (P.32)*

Este trabalho permitiu identificar sentimentos de insatisfação manifestados pelos pacientes frente à situação de doença e tratamento em que se encontram. O conhecimento do paciente sobre a possibilidade de sofrer uma complicação da HA e o esgotamento por viver na condição de doente.

*Tem vez que eu estou até bom, mas esses negócio de pressão é perigoso né, pode dá*

Auto percepção do estado de saúde de hipertensos.

*parada cardíaca até enfartar por causa da idade e gordura no sangue. (P.7)*

*Meus ossos estão fracos, se eu cair e quebrar alguma coisa... Tem que ter cautela. (P.32)*

Embora a figura do remédio tenha sido o segundo aspecto mais mencionado como determinante negativo da saúde, houve alguns pacientes que o associaram positivamente, evidenciando a subjetividade desse tema.

*Porque eu vivo em paz, principalmente, minha saúde é controlada, só tomo os remédios direito e eu fico em paz. (P. 21)*

O domínio funcional foi mais frequente no discurso dos indivíduos mais velhos, 64% daqueles com 70 anos ou mais e 85% dos indivíduos com 60 a 69 anos de idade mencionaram aspectos deste domínio, enquanto 27% dos indivíduos com idade entre 40 e 59 anos. Os homens também mencionaram com maior frequência este domínio, 72% contra 24% das mulheres. Esse domínio apresentou uma maior associação com o bom estado de saúde no discurso dos indivíduos.

A ideia mais presente nos discursos que contemplaram o domínio funcional vincula a compreensão da saúde a permanecer ativo dentro das capacidades físicas e de mobilidade e executar tarefas simples do dia a dia.

*Eu estou (saudável), porque eu faço tudo, eu lavo, eu passo e ninguém faz nada pra mim, igual minha irmã, ela acorda lá pras nove horas e não consegue fazer nada. (P. 15)*

A dependência esteve presente na auto percepção de saúde dos indivíduos mais velhos como demonstra o fragmento abaixo:

*Eu acho assim que a pessoa saudável tem todo momento que as vez a gente precisa dele, ele está apto para ajudar, porque ele tem saúde, ele tem experiência na mente e no coração para ajudar. (P. 6)*

Por fim o domínio do bem-estar foi o menos mencionado na auto percepção do estado de saúde neste estudo. Sentir-se bem e saber conviver com a doença foram aspectos que o extrato mais velho, indivíduo com mais de 70 anos, não mencionou.

*Só de alcançar os 70 anos já tem que agradecer a Deus. (P. 4)*

*Eu tenho saúde, eu não tenho nada de dificuldade, tomo remédio controlado, mas eu me sinto saudável, faço o tratamento direito. (P. 12)*

## DISCUSSÃO

Em uma revisão sistemática da literatura sobre a autoavaliação do estado de saúde na população idosa brasileira<sup>10</sup>, foi identificado

Silva RASR, Sakon POR.

que a prevalência em geral de saúde autoavaliada como ruim nos estudos variou de 12 a 51%. Embora não haja, na literatura, valores de referência definindo o que seria aceitável em termos de saúde auto avaliada isoladamente, sendo necessário comparar os resultados de diferentes artigos e analisar os fatores associados similares e divergentes, ainda assim, os autores sugerem 25% para a prevalência de autoavaliação de saúde ruim entre idosos.

A auto percepção apresenta uma natureza subjetiva intrínseca e por isso a abordagem qualitativa é mais indicada para desvendar os aspectos multidimensionais deste indicador e pode ampliar a compreensão de seus efeitos sobre a saúde.<sup>3</sup>

A análise qualitativa da saúde auto avaliada mostra que diferentes aspectos da saúde podem parecer incomensuráveis e até contraditórios com o indivíduo, muitas vezes, é apenas através de um processo complexo de raciocínio e negociação de que este fenômeno genuinamente multidimensional da própria saúde pode ser expresso.<sup>11</sup>

Em um estudo qualitativo<sup>12</sup> demonstrou que homens e mulheres de grupos sociais mais elevados usavam mais informações multidimensionais na avaliação de sua saúde, incluindo elementos de estar em forma, estar ativos e ausência de doença, enquanto aqueles de classes mais baixas tendiam a se limitar mais a aspectos físicos e funcionais. Como este estudo apresenta uma população quase que homogênea quanto à renda, não foi observada essa associação.

A presença de doenças é uma variável cuja associação com autoavaliação de saúde negativa é esperada, podendo ser resultado do referencial de saúde dos idosos como ausência de doença, aproximando do modelo biomédico. Sabe-se que as comorbidades, comuns com o avançar da idade, podem trazer limitações e dificuldades de autocuidado, o que pode influenciar a percepção de saúde.<sup>13</sup>

Questões mais complexas como a capacidade funcional e qualidade de vida estão mais relacionadas à percepção de estar doente do que ao fato de apresentar uma doença crônica e suas consequências.<sup>13</sup>

Um estudo qualitativo, conduzido entre mulheres idosas residentes na cidade de Bambuí, mostrou que a avaliação da gravidade e da relevância de um problema de saúde era determinada pela possibilidade de enfrentá-lo, mais do que pelo problema em si. Essa possibilidade estava associada ao apoio familiar e ao acesso a cuidados médicos.<sup>14</sup>

Auto percepção do estado de saúde de hipertensos.

Os indivíduos que fazem uma avaliação da sua saúde como negativa apresentam, frequentemente, problemas de saúde de ordem física, enquanto as avaliações mais positivas revelam uma preocupação mais abrangente da saúde, no que diz respeito ao bem-estar geral.<sup>14</sup>

Diferente do domínio físico, em que os aspectos são focados majoritariamente na presença de problemas de saúde, no domínio comportamental, o foco está voltado para a medida com que os indivíduos são capazes de lidar com esses problemas que determina a sua eventual avaliação de saúde. Dessa forma, os aspectos físicos foram mencionados com frequência como determinante de má saúde e os aspectos comportamentais como de boa saúde.

O aspecto que mais foi mencionado como determinante de boa saúde foi o relacionamento social. A explicação para tais resultados pode estar baseada no efeito protetor sobre a saúde que o apoio social favorece.<sup>3</sup>

Os relatos revelam que esta autoavaliação positiva de saúde encobre certo esforço dos indivíduos no sentido de permanecer ativo, preservar sua identidade intersubjetiva e seu papel no grupo.<sup>15</sup> A ideia mais presente nas entrevistas vincula a compreensão da saúde a permanecer ativo dentro das capacidades físicas e de mobilidade e executar tarefas simples do dia a dia.

Em um estudo qualitativo sobre envelhecimento bem sucedido foi identificado a independência, a capacidade de tomar decisões e ter a liberdade de agir de acordo com o próprio interesse como um importante determinante de um bom envelhecimento.<sup>16</sup>

Um senso de autonomia geralmente pode resultar em bem-estar e uma atitude positiva para as pessoas.<sup>16</sup> Como a dependência está vinculada à fragilidade, definida como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente, reduzindo sua capacidade de adaptação e sensação de ser útil ao mesmo, tende a estar presente na auto percepção de saúde dos indivíduos mais velhos como ocorreu neste estudo.<sup>17</sup>

Tal como neste estudo, foi identificado em outro estudo<sup>17</sup> que os homens se referem aos aspectos funcionais mais frequentemente do que as mulheres. Esse resultado foi associado ao fato de, nas sociedades ocidentais, os homens serem normalmente o chefe de família e, portanto, responsáveis pela principal fonte de renda. Sendo assim, esta pode ser a razão pela qual os homens, mais do que as mulheres, têm incorporado a definição

Silva RASR, Sakon POR.

funcional de saúde como "poder desempenhar os deveres necessários"<sup>17</sup>

A proporção de referência ao bem-estar no presente estudo foi muito menor que a encontrada em outro estudo<sup>17</sup> em indivíduos holandeses, onde metade dos participantes com menos de 40 anos mencionou aspectos de bem-estar, enquanto apenas um participante idoso menciona que ele baseou sua avaliação de saúde em "sentir-se em forma". Portanto, esta diferença pode ter sido influenciada pela idade dos participantes.

As narrativas mostram que as pessoas que mencionaram esta temática percebiam a saúde como um conceito complexo e multidimensional. As pessoas podem julgar-se saudáveis, apesar dos problemas de saúde de que estão conscientes e que voluntariamente relatam. Ter saúde e estar saudável não são encaradas como sinônimos nos relatos dos indivíduos.

Em geral, as pessoas observam a presença ou ausência de doença ou sintomas, mas isso é apenas um dos principais aspectos da saúde, os aspectos restantes incluem sua capacidade de fazer o que precisam e querem fazer (funcionamento), à medida que se adaptaram ou sua atitude em relação a uma doença existente (comportamento) e uma sensação geral de bem-estar, vitalidade, força e resistência (bem-estar). Assim, na avaliação da saúde, os próprios indivíduos incluem indicadores de doença e incapacidade, bem como indicadores de saúde e funcionamento positivos, e estas concepções não são mutuamente exclusivas.

## CONCLUSÃO

A incidência de auto percepção do estado de saúde negativa entre os hipertensos deste estudo foi de 54%, quase o dobro da média encontrada em outros estudos nacionais, o que pode estar associado às características metodológicas deste estudo que incluiu indivíduos hipertensos predominantemente idosos, com pouca renda, além de serem usuários que possuem prontuários atualizados, o que demonstra utilização frequente do serviço de saúde.

Vários estudos utilizaram a autoavaliação do estado de saúde para avaliar a saúde das populações com base numa série de características demográficas e socioeconômicas. No entanto, quase nenhum deles procurou saber quais aspectos da saúde estavam sendo considerados para a autoavaliação do estado de saúde e como esses aspectos foram levados em conta nesta autoavaliação. A esse respeito, o presente

Auto percepção do estado de saúde de hipertensos.

estudo contribuiu significativamente. Foram investigados os fatores que influenciaram a percepção do estado de saúde destes indivíduos e chegou-se a quatro domínios: físico, comportamental, funcional e bem-estar.

O domínio físico, com ênfase para a presença de doença, foi o mais mencionado como determinante de percepção negativa e o domínio comportamental, sobretudo o aspecto de relacionamento social foi decisivo para determinar a boa saúde. Outros achados importantes são o fato da menção ao aspecto físico ter sido mais frequente entre os mais jovens, o domínio comportamental e o funcional foram mais mencionados pelos homens e pelos mais velhos e o domínio do bem-estar foi o menos mencionado e não esteve presente no relato dos indivíduos mais velhos da amostra.

Os indivíduos que incorporaram o domínio físico na avaliação apresentaram uma visão biomédica do processo saúde doença, aqueles que incorporaram o domínio comportamental valorizam mais os mecanismos de enfrentamento. Quanto ao domínio funcional, o foco dos indivíduos que mencionaram os seus aspectos está voltado para as consequências dos problemas de saúde e da idade e aqueles que mencionaram o domínio do bem-estar privilegiaram a adaptação às circunstâncias adversas.

Em meio a esta complexa relação surge duas análises: a auto percepção do estado de saúde reflete o nível de consciência dos indivíduos em relação ao seu estado de saúde, de modo que aqueles que avaliam sua saúde de forma favorável, apesar de indícios objetivos de saúde precária, devem ter sua auto percepção de saúde ajustada através da educação e a adoção de mudanças de comportamento adequadas.

Outra inferência possível é que a auto percepção do estado de saúde é motivada por um contexto sociocultural particular e não apenas uma ação de ignorância, embora incongruentes com medidas objetivas da saúde, algumas classificações positivas podem ser demonstrativas da resiliência.

O conhecimento das diferenças nas características associadas à boa ou má saúde relacionadas a variáveis socioeconômicas e fatores de risco é importante para orientar intervenções apropriadas, considerando que o estado de saúde é uma construção complexa, de modo que as implicações para a saúde de um único fator de risco ou exposição podem não ser universalmente idênticas, ou seja, o estado de saúde dependeria da interação com variáveis coexistentes, de modo que

diferentes combinações de fatores de risco e de proteção produzem resultados diferentes. A utilização da auto percepção do estado de saúde para orientar a prática requer a adoção de uma visão holística do paciente, que o perceba em sua totalidade dada a complexidade deste indicador.

Os resultados deste estudo podem subsidiar o serviço da atenção básica ampliando o olhar sobre a subjetividade de cada paciente, considerando-o como um todo complexo, não se limitando ao cuidado da doença ou do doente, mas do indivíduo. A auto percepção do estado de saúde se refere à autoimagem do indivíduo que é determinada considerando valores culturais, expectativa e experiências. Sendo assim, sua utilização como um indicador de saúde, que deve ser analisada em conjunto com os comportamentos e fatores de risco, é capaz de direcionar as ações de educação de saúde que tende a serem mais resolutivas quando se considera a subjetividade dos indivíduos.

## REFERÊNCIAS

1. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, d'Orsi E. Positive self-rated health in the elderly: a population-based study in the South of Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 May [cited 2017 July 17];31(5):1049-60. Available from: doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00132014>
2. Cardoso JDC, Azevedo RCS, Reiners AAO, Louzada CV, Espinosa MM. Poor self-rated health and associated factors among elderly urban residents. *Rev gaúch enferm* [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 July 22];35(4):35-41. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.46916>.
3. Petarli GB, Salaroli LB, Bissoli NS, Zandonade E. Self-assessment of health status and associated factors: a study in bank workers. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 Apr [cited 2017 June 25]; 31(4):787-99. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00083114>.
4. Stenholm S, Kivimäki M, Jylhä M, Kawachi I, Westerlund H, Pentti J, et al. Trajectories of self-rated health in the last 15 years of life by cause of death. *Eur j Epidemiol* [Internet]. 2016 Feb [cited 2017 July 10]; 31(2):177-85. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10654-015-0071-0>.
5. Theme MM Filha, Souza PRB Junior, Damacena GN, Szwarcwald CL. Prevalence of chronic non-communicable diseases and association with self-rated health: National Health Survey, 2013. *Rev bras Epidemiol* [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 Aug 21];18(2):98-106. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060008>.
6. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL, Jardim PCBV. The influence of hypertension on quality of life. *Arq bras cardiol* [Internet]. 2013 Feb [cited 2017 July 17];100(2):164-74. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130030>.
7. Tocci G, Valenti V, Sciarretta S, Volpe M. Multivariate risk assessment and risk score cards in hypertension. *Vasc health and risk manag* [internet]. 2007 Jun [cited 2017 Apr 20];3(3):313-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17703639/>
8. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva 2014 [internet]. 2014 Apr [cited 2017 Apr 1]. Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
9. Gonçalves, ATP. Content analysis, discourse analysis, and conversation analysis: preliminary study on conceptual and theoretical methodological differences. *Administração: ensino e pesquisa*. [internet]. 2016 Mar [cited 2017 May 17];17(2):275-300. Available from: doi: 10.13058/raep.2016.v17n2.323
10. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Self-assessment of health by older Brazilians: systematic review of the literature. *Rev panam salud pública* [Internet]. 2013 Apr [cited 2017 May 27];33(4):302-10. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892013000400010>.
11. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc sci med*. [Internet]. 2009 Aug [cited 2017 Jan 17];69(3):307-16. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>.
12. Husman M, Lenthe FV, Mackenbach J. The predictive ability of self-assessed health for mortality in different educational groups. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2007 Dec [cited 2017 May 07];36(6):1207-13. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dym095>.
13. Paskulin LMG, Vianna LAC. Sociodemographic profile and self-referred health conditions of the elderly in a city of Southern Brazil. *Rev Saúde Públ* [Internet]. 2007 Oct [cited 2017 June 24]; 41(5):757-768.



Available from: doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500010>

14. Bezerra PCL, Opitz SP, Koifman RJ, Muniz PT. Self-rated health and associated factors in adults: a population survey in Rio Branco, Acre State, Brazil, 2007-2008. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 Dec [cited 2017 May 07]; 27(12):2441-51. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001200015>.

15. Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola Al Filho, Uchoa E. Role of autonomy in self-assessment of health by the elderly. *Rev Saúde Públ* [Internet]. 2010 Feb [cited 2017 May 17];44(1):159-65. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000100017>

16. Nosraty L, Jylhä M, Raittila T, Lumme-Sandt K. Perceptions by the oldest old of successful aging, Vitality 90 + Study. *J aging stud* [Internet]. 2015 Jan [cited 2017 Aug 17];32:50-8. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2015.01.002>.

17. Simon JG, Boer JB, Joung IM, Bosma H, Mackenbach JP. How is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. *Eur J public health* [Internet]. 2005 Apr [cited 2017 July 14];15(2):200-8. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cki102>.

Submissão: 30/12/2017

Aceito: 18/05/2018

Publicado: 01/07/2018

### Correspondência

Roberto Allan Ribeiro Silva  
Faculdade Vale do Gortuba  
Departamento de Enfermagem  
Av. Tancredo Neves, 302  
Bairro Centro  
CEP: 39440-000 – Nova Porteirinha (MG),  
Brasil

Português/Inglês

Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(7):1826-34, jul., 2018