

**ANDRÉ FRANCISCO MARCHEWICZ**

**DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS NA AUTOAVALIAÇÃO DE  
SAÚDE EM PACIENTES COM DOENÇA CRÔNICA NO BRASIL,  
2008.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, como requisito para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2012**

**ANDRÉ FRANCISCO MARCHEWICZ**

**DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS NA AUTOAVALIAÇÃO DE  
SAÚDE EM PACIENTES COM DOENÇA CRÔNICA NO BRASIL,  
2008**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, como requisito para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro  
Professor Orientador: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2012**

Francisco Marchewicz, André

Desigualdades socioeconômicas na autoavaliação de saúde em pacientes com doença crônica no Brasil, 2008 / André Francisco Marchewicz – Florianópolis, 2012.

20p.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing.

Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso Graduação em Medicina.

1. Autoavaliação de saúde, diferenças socioeconômicas na autoavaliação de saúde, fatores que influenciam a autoavaliação de saúde, saúde e escolaridade e saúde e renda.

## RESUMO

**Objetivos:** Avaliar a importância da autoavaliação de saúde, e os fatores que influenciam esse marcador na população brasileira.

**Método:** Os dados foram coletados da Pesquisa Nacional por amostra de domicílios do ano de 2008 (Brasil). Foi comparado a autoavaliação de saúde em 11 diferentes doenças crônicas e em diferentes grupos socioeconômicos.

**Resultados:** Foi observado uma prevalência de até 3 vezes mais autoavaliações negativas de saúde nos grupos socioeconômicos mais baixos, principalmente quando o fator socioeconômico usado foi anos de estudo.

**Conclusões:** Apesar de existirem diferenças significativas na autoavaliação de saúde nas variáveis raça, idade e sexo, os fatores socioeconômicos são os mais significativos, ou seja, quanto pior a situação socioeconômica, mais baixa é a autoavaliação de saúde.

**Descritores:** Autoavaliação de saúde, fatores socioeconômicos, doença crônica, morbidade, epidemiologia, desigualdades em saúde e análise socioeconômica.

## ABSTRACT

**Objectives:** Assess the importance of self rated health, and factors that influence this marker in Brazilian population.

**Methods:** Data were collected from the National research household sample of 2008 (Brazil). Was compared to self rated health in 11 different chronic diseases and in different socioeconomic groups.

**Results:** We observed a prevalence of up to three times more negative self-assessments of health in lower socioeconomic groups, especially when the socioeconomic factor used was years of schooling.

**Conclusions:** Although there are significant differences in self rated health in the variables race, age and sex, socioeconomic factors are more significant, worst socio-economic status means lower self rated health.

**Keywords:** Self rated health, socioeconomic differences in self rated health, factors that influence self rated health, health and education and health and income.

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas acarretam grande impacto na qualidade de vida da população e importante perda financeira para as pessoas, governo e sociedade. As doenças crônicas representaram 51% do total de aposentadorias por invalidez no ano de 2010, somando-se um gasto de mais de 14 bilhões de reais aos contribuintes segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social do Brasil<sup>1</sup>. Destaque-se que, após análise dos dados das seguradoras de saúde americanas, embora os portadores de doença crônica correspondam a aproximadamente 20% dos clientes, eles eram responsáveis pelo gasto de 80% dos recursos.<sup>2</sup>

Em Sydney (Austrália), Trevena et al (2001) verificaram que as doenças crônicas podem afetar diferentes grupos socioeconômicos, porém apresentam maior severidade entre os mais pobres. No Brasil e na Europa estudos de base populacional identificaram maior prevalência de doenças crônicas entre as pessoas com menor escolaridade<sup>4,5</sup>.

É também importante ratificar que a autoavaliação de saúde é uma demonstração de satisfação de um indivíduo em relação à sua saúde, sendo importante medida utilizada em estudos epidemiológicos como avaliação indireta da saúde das pessoas<sup>6</sup>.

Observa-se que a baixa autoestima, a angústia profunda e a depressão crônica estão associadas à baixa autoavaliação de saúde<sup>7</sup>. Estudos também demonstraram que as pessoas com idade mais avançada, com menor nível de escolaridade e desempregadas tendem a estimar como pior sua saúde quando comparados a indivíduos mais novos, com maior nível de escolaridade e empregadas<sup>6,8</sup>. Ademais, variáveis de sexo, características da população e uso de medicamentos também podem influenciar na auto avaliação<sup>4</sup>.

Não obstante a autoavaliação de saúde ser uma mensuração subjetiva, indaga-se se ela realmente pode ser uma variante significativa na expectativa de vida. Segundo Idler &

Benyamini (1997), após uma revisão de vinte e sete estudos, constatou-se que em mais de 80% destes foi notado uma expectativa de vida maior nos pacientes que consideraram melhor sua autoavaliação de saúde quando comparados aos pacientes que consideraram pior sua autoavaliação, após separados por sexo, idade e outros marcadores de saúde. Além disso, pessoas que consideraram como ruim ou regular seu estado de saúde apresentaram de 2 a 5 vezes mais chances de ir a óbito dentro de 2 a 13 anos em relação àquelas que avaliaram sua saúde como boa ou muito boa.

Dessa forma, com a percepção da importância que a autoavaliação de saúde tem sobre a expectativa de vida da população, e o impacto que as doenças crônicas podem causar nessa avaliação, este trabalho teve como objetivo comparar as variações na avaliação autorreferida de saúde em diferentes tipos de doenças segundo renda e escolaridade com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

## MÉTODOS

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios ocorre anualmente no Brasil e é coordenada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Seu objetivo primário é produzir informações para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do país e, desde 1998, a cada cinco anos incorpora um suplemento sobre condições de saúde e acesso e utilização de serviços de saúde.

A PNAD é a maior pesquisa de base populacional do país e sua amostra é representativa de todo o território nacional, incluindo regiões urbanas e rurais. O processo de amostragem é complexo e se deu em três estágios. As unidades do primeiro estágio foram os municípios, sendo selecionados com reposição e probabilidade proporcional à população residente auferida no censo mais recente (ano 2000). Com a mesma metodologia foram sorteados os setores censitários, que compuseram as unidades secundárias. Por fim, em cada setor realizou-se a contagem das unidades residenciais e não residenciais existentes na área. Estas foram ordenadas e sorteadas de modo a compor o terceiro estágio.

No total foram incluídas na amostra final 150.591 famílias e 391.868 pessoas residentes em 851 municípios. A coleta de dados ocorreu no domicílio das pessoas em entrevistas face-a-face. As informações foram registradas em *Personal Digital Assistants (PDA)* e os dados passavam simultaneamente por críticas e análise de consistência através do *Canadian Census Edit and Imputation System – CANCEIS*.

O desfecho no presente estudo foi a auto-avaliação de saúde, informação obtida através da pergunta: “De um modo geral, o(a) Sr(a) considera o seu próprio estado de saúde como \_\_\_\_\_?” As opções de resposta eram muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim.



Para a análise dos dados a variável foi dicotomizada em autoavaliação negativa (saúde muito ruim, ruim e regular) e autoavaliação positiva (muito boa e boa). As variáveis exploratórias de principal interesse foram as doenças crônicas. Elas foram autorreferidas a partir da pergunta: “Algum médico ou profissional da saúde disse que o(a) Sr(a) tem \_\_\_\_\_?” Consideraram-se as seguintes doenças: doença de coluna ou costas, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doença do coração, insuficiência renal crônica, depressão, tuberculose, tendinite ou tenossinovite, tuberculose e cirrose. Optou-se por excluir da análise a tuberculose em razão de sua baixa prevalência. Também foram obtidas informações sobre sexo, cor/raça autorreferida (branca, parda, preta, amarela e indígena), escolaridade ( $\leq 4$  anos de estudo, 5-8, 9-11 e 12 ou mais), renda familiar per capita agrupada em quartis, realização de consulta médica nos últimos 15 dias e hospitalização nos últimos 12 meses.

Inicialmente foi analisada a prevalência de autoavaliação negativa de saúde segundo todas as variáveis exploratórias. Em seguida analisou-se o desfecho entre as pessoas que autorreferiram alguma doença crônica segundo os diferentes estratos socioeconômicos de renda e escolaridade. As análises foram realizadas separadamente para adultos (população com 20 a 59 anos de idade) e idosos (60 anos de idade ou mais).

As análises foram feitas a partir do pacote estatístico Stata (College Station, Texas, USA), versão 9.

## RESULTADOS

Foram entrevistados 216.547 adultos, sendo que 51,9% eram mulheres, 45,7% pardos e quase metade tinha mais de oito anos de estudo. Entre os idosos (n=41.269), 56,8% eram do sexo feminino, 51,2% se declararam brancos e cerca de duas em cada três pessoas tinham até quatro anos de estudo conforme Tabela 1.

A prevalência de autoavaliação negativa foi de 25,5% entre os adultos e 55,0% entre os idosos. Pior autoavaliação de saúde foi observada entre as mulheres, principalmente na população adulta. Nota-se, também, pior autoavaliação nos pretos, pardos e indígenas e entre os grupos de menor escolaridade e renda.

A doença crônica mais comum na população adulta foi de coluna ou costas, porém os que pior autoavaliaram a própria saúde foram os portadores de doença do coração (71,5%). Na população idosa a tendinite/tenossinovite foi a doença com maior prevalência (95,1%), e a com pior autoavaliação de saúde foi a insuficiência renal crônica (84,8%).

A Tabela 2 mostra a autoavaliação negativa de saúde de 11 diferentes doenças crônicas, classificadas por escolaridade e quartis de renda na população adulta. A doença do coração foi a que trouxe a pior autoavaliação de saúde na maioria dos quartis de renda e escolaridade, e as doenças que menos impactaram negativamente na autoavaliação de saúde foram bronquite/asma e dor nas costas/coluna. Quando se comparou uma mesma doença dentro das diferentes condições socioeconômicas analisadas, notou-se maior diferença entre os extremos da autoavaliação de saúde nas doenças de coluna/costas, asma/bronquite e tendinite/tenossinovite, que também são as mais prevalentes.

Na Tabela 3 analisou-se a prevalência de autoavaliação negativa de saúde segundo condições socioeconômicas e doenças crônicas na população idosa. Verificou-se também nessa população que os extremos socioeconômicos apresentaram significativa diferença na auto

avaliação de saúde. A insuficiência renal crônica e a cirrose se destacaram negativamente na autoavaliação de saúde na maioria dos índices socioeconômicos. Já a hipertensão foi a doença com menor prevalência de auto avaliação negativa na população idosa.

As Figuras 1 e 2 relacionam a autoavaliação de saúde com o somatório de doenças autorreferidas, separados por quartis de renda e escolaridade em adultos e idosos, respectivamente. Notou-se que os entrevistados com menor renda e escolaridade autoavaliaram pior sua saúde, independentemente do número de doenças crônicas, tanto em adultos como em idosos. Ainda pode-se salientar que as razões entre os extremos socioeconômicos na prevalência de autoavaliação de saúde negativa é maior na variável escolaridade do que na variável quartil de renda.

## DISCUSSÃO

A população idosa autoavaliou sua saúde pior comparando-se com a população adulta, sendo que a população idosa feminina é a que pior autoavalia a saúde (55,4% das vezes), assim como observado em outros estudos<sup>10,11</sup>. Pessoas com consultas médicas e internações recentes tendem a autoavaliar pior a saúde. Quando comparamos a cor da pele, negros, índios e pardos auto avaliam pior a saúde, comparados com os brancos concordando com outros artigos<sup>15,16</sup>.

No que diz respeito às doenças crônicas, a mais prevalente na população adulta foi de colunas e costas e em idosos tendinite ou tenossinovite, sendo que nos adultos a doença que acarretou a pior autoavaliação de saúde foi do coração concordando com Kawashi et. al (1996), e nos idosos foi a insuficiência renal crônica.

Na autoavaliação de saúde em pacientes com doença crônica, as variáveis socioeconômicas foram as mais relevantes. Pacientes portadores de tendinite ou tenossinovite com até 4 anos de estudo, avaliaram negativamente a saúde 3 vezes mais do que pacientes com 12 anos ou mais de estudo. Fazendo a mesma comparação entre quartis de renda, a população no quartil com menor renda, avaliou o dobro das vezes sua saúde como negativa do que a população no maior quartil. A variação da autoavaliação de saúde apresenta-se praticamente constante entre os anos de estudo e quartis de renda, porém, a primeira variante apresenta uma razão maior entre os extremos. É curioso notar que as doenças que menos trazem risco de vida para o paciente são as que apresentam a maior razão entre autoavaliação de saúde entre os extremos socioeconômicos. Essas doenças também são as que mais são facilmente percebidas e diagnosticadas, assim sendo mais prevalentes nas populações com pior situação socioeconômica. Já doenças como diabetes, câncer e hipertensão, que dependem de exames e de um profissional da saúde para serem diagnosticados, foram menos referidas nas populações mais desprivilegiadas, que têm maior dificuldade no acesso a recursos de saúde<sup>16</sup>.

Na Suécia concluiu-se que baixo nível de educação está relacionado com autoavaliação de saúde ruim, porém a diferença só teve valor estatístico na população masculina<sup>7</sup>. Já na Espanha, achou-se uma razão de autoavaliação de saúde negativa 3,4 vezes maior na população que cursou somente o primário comparado com a população com ensino universitário<sup>17</sup>. No Brasil, Barros<sup>12</sup> identificou prevalências de autoavaliação de saúde piores na região norte e nordeste do país, que são as regiões com piores indicadores socioeconômicos.

Mas por que as doenças crônicas provocam uma autoavaliação de saúde tão distinta entre os extremos socioeconômicos? Os indivíduos mais pobres tendem a procurar mais os serviços de saúde por problemas de doença, já os de maior renda tendem a procurar em uma frequência maior por motivo de prevenção ou exames de rotina<sup>16</sup>. Além do mais, indivíduos com maior escolaridade tendem a ter uma melhor percepção dos efeitos do tratamento sobre a saúde, bem como o maior conhecimento das especialidades médicas para cada tipo de tratamento<sup>18</sup>.

Outros autores concordaram que a escolaridade demonstrou relação mais forte na autoavaliação de saúde do que a renda, o que poderia ser explicado por uma subdeclaração de renda<sup>19</sup> ou pelo motivo que a educação não ser uma variável que se altere como renda e ocupação, assim problemas como desemprego não distorcem essa variável<sup>20</sup>.

Sabe-se que a autoavaliação de saúde é um dos mais importantes marcadores de qualidade de vida e de prognóstico e que indivíduos com autoavaliação de saúde baixa, apresentaram risco de morte quase duas vezes maior dos que aqueles que avaliam sua saúde como excelente<sup>21</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico 2010–Disponível em: [http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3\\_111202-105619-646.pdf](http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_111202-105619-646.pdf) Acesso em 22/04/2012
2. Rauber C. Disease management can be good for what ails patients and insurers. *Modern Healthcare* March 1999; 29:48-54.
3. Trevena LJ, Nutbeam D, Simpson JM. Asking the right questions of disadvantaged and homeless communities: The role of housing, patterns of illness and reporting behaviours in the measurement of health status. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2001; 25(4):298-304.
4. Barros MBA, Francisco PSB, Zanchetta LM, Galvão César C. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(9):3755-68.
5. Dalstra JA, Kunst AE, Borrell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. In: *Int J Epidemiol*. England; 2005. p. 316-326.
6. Dachs JNW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:641-57.
7. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A. - Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. 2007 - *The Lancet* - ( Vol. 370, Issue 9590, Pages 851-858 )
8. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordström E, Eriksson HG, et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *Eur J Public Health*. 2006;17(2):125-33.
9. Peres, Marco Aurélio et al. Auto avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* . 2010, vol.44, n.5 pp. 901-911
10. Cott A, Cherly et al., Determinants of self-rated health for Canadians with chronic disease and disability, *J Epidemiol Community Health* 1999; 53:731–736
11. Benyamini, Y. and Idler, EL, 1999. Community studies reporting association between self-rated health and mortality: Additional studies, 1995–1998. *Research on Aging* 21 3, pp. 392–401

12. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta D.C. Self-rated health and associated factors, Brazil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl 2):27-37.
13. Idler, E. L., & Benyamini, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 1997; 38(1), 21-37.
14. Idler, E. L., Leventhal, H., McLaughlin, J., & Leventhal, E. A. In sickness but not in health: self-ratings, identity, and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*. 2004; 45(3), 336-356.
15. Kawachi I, Colditz GA, Ascherio A, et al. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the US. *J Epidemiol Community Health*. 1996;50:245-251.
16. Neri. M, Soares. W. Desigualdades sociais e saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 18(Suplemento):77-87, 2002
17. Muntaner C. The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *Int J Epidemiol* 2003;32:950–58.
18. Neri. M, Soares. W. Desigualdades sociais e saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 18(Suplemento): 77-87, 2002
19. Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde: Evidências empíricas sobre o caso brasileiro, *Revista Econômica do Nordeste* 2001; vol. 32, pp. 877-897.
20. Fox AJ, Valkonen T (1989) Adult mortality and level of education: a comparison of six countries. in *Health inequalities in European countries*. ed Fox AJ (Gower, Aldershot), pp 142–160.
21. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. J Gen Intern Med. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. 2006 *J Gen Intern Med*. Mar; 21(3):267-75.

Tabela 1 – Distribuição da amostra e prevalência de autoavaliação negativa de saúde segundo características demográficas e socioeconômicas. Brasil, 2008.

	Adulto		Idoso	
	Amostra (n)	Prevalência	Amostra (n)	Prevalência (IC95%)
<b>Sexo</b>				
Masculino	104124 (48,1)	21,8 (26,5-27,6)	18002 (43,6)	54,6 (53,5 – 55,5)
Feminino	112423 (51,9)	27 (21,4-22,3)	23267 (56,8)	55,4 (54,5-56,3)
<b>Cor/raça</b>				
Branca	97837 (45,2)	20,9 (20,4-21,4)	21622 (52,4)	51,2 (47,8 – 49,7)
Preta	17822 (8,2)	27,5(26,6-28,4)	3227 (7,8)	57,3 (55,2-59,4)
Amarela	1045 (0,5)	19,6 (16,7-22,4)	355 (0,9)	42,9 (37,3-48,4)
Parda	98976 (45,7)	28,1 (27,5-28,7)	15893 (38,5)	61(60,0-62,0)
Indígena	749 (0,4)	35,2(30,8-39,6)	148 (0,4)	54 (45,2-62,8)
<b>Escolaridade</b>				
≤ 4	57606 (26,7)	59,3 (58,6-60)	28501 (69,1)	61,4 (60,6-62,2)
5-8	51475 (23,9)	26,7(26,1-27,2)	5386 (13,1)	48,4 (46,8-49,9)
9-11	72664 (33,7)	16,5(16-16,9)	4357 (10,6)	35,6(36,9-40,3)
≥ 12	33786 (15,7)	10,4 (10-10,8)	2991 (7,2)	25,9(24,1-27,7)
<b>Renda</b>				
Quartil 1	57576 (27,5)	33,7 (32,9-34,4)	4761 (12,0)	65,6 (64,0-67,1)
Quartil 2	54449 (26,0)	27,2 (26,6-27,8)	7921 (20,0)	63,2 (61,9-64,4)
Quartil 3	47417 (22,6)	23 (22,4-23,5)	14839 (37,5)	60,5 (59,4-61,5)
Quartil 4	50101 (23,9)	14,3 (13,9-14,8)	12057 (30,5)	41,4 (30,4-42,5)
<b>Consulta médica</b>				
Sim	31036 (25,6)	44,5 (43,7-45,3)	9402(22,8)	69,6 (68,5-70,8)
Não	185511(74,4)	21,1 (20,6-21,6)	31867(77,2)	50,7 (49,8-51,6)
<b>Hospitalização no</b>				
Sim	15639 (7,2)	43,4 (42,4-44,4)	5028(12,2)	76,6 (75,3-77,9)
Não	200908(92,8)	23 (22,6-23,5)	36241(87,8)	52(51,2-52,8)
<b>Doença crônica</b>				
Coluna/costas	35055 (16,2)	51,9 (47,2-52,8)	14525 (35,2)	69,6 (68,5-10,6)
Artrite/Reumatismo	11216 (5,2)	66,9 (65,8-68,0)	10270 (24,9)	73,6 (72,6-74,7)
Câncer	1026 (0,5)	63,5 (58-67,0)	1022(2,5)	74,9 (72-77,8)
Diabetes	6555 (3,0)	65,1 (66,8-69,5)	6514 (15,8)	74,1 (72,8-75,4)
Bronquite/asma	7643 (3,5)	45 (43,6-46,4)	2365 (5,7)	76,9 (75-78,8)
Hipertensão	30551 (14,1)	55,1 (54,3-56,0)	21949 (53,2)	65,7 (64,8-66,6)
Doença do coração	7010 (3,2)	71,5 (70,2-72,8)	7144(17,3)	79,5 (78,3-80,6)
Insuficiência renal	3108 (1,4)	67,2 (65,4-69,1)	1364 (3,31)	84,8 (82,6-86,9)
Depressão	11062 (5,1)	65,4 (64,4-66,5)	3709 (9,0)	78,2 (76,6-70,8)
Tendinite/Tenossinovite	7227 (3,3)	46,9 (45,4-48-4)	39234 (95,1)	71,7 (69,4-74)
Cirrose	327 (0,2)	68,6 (63,2-74,1)	153 (0,4)	80,4 (73,4-84,5)



Tabela 2 – Prevalência de autoavaliação negativa de saúde segundo doenças crônicas autorreferidas e condições socioeconômicas da população adulta. Brasil, 2008.

Doença crônica	Escolaridade					Renda				
	0-4	05 - 08	09 - 11	≥ 12	Razão 0-4 / ≥12	Quartil 1	Quartil 2	Quartil 3	Quartil 4	Razão Q1 / Q4
Costas ou coluna	66,4 (65,3-67,5)	54,0 (52,7 -55,4)	40,2 (39 - 41,4)	25,5 (23,9-27,1)	2,6	62,8 (61,7-64)	56,2 (54,8-57,6)	50,8 (49,5-52,2)	35,4 (34,0-36,8)	1,8
Artrites ou reumatismo	77,4 (75,9-78,8)	68,4 (66,4-70,5)	55,6 (53,5-57,8)	39,8 (36,5-43,2)	1,9	75 (73,1-76,8)	71,4 (69,6-73,2)	67,8 (65,8-69,9)	50,9 (48,6-53,4)	1,5
Câncer	79,6 (74,5-84,7)	64,3 (57,2-71,4)	56,6 (49,8-63,5)	44,2 (36,6-51,9)	1,8	77,7 (71,6-83,9)	72,2 (65,6-78,9)	67,7 (60,6-74,7)	48(41,9-54,0)	1,6
Diabetes	78,3 (76,6-80)	69,3 (66,6-72)	58 (55,1-60,9)	46,3(42,2-50,4)	1,7	78,2 (75,8-80,7)	75,2 (72,8-77,6)	66,3 (63,6-69)	55,8 (53,1-58,5)	1,4
Bronquite ou Asma	68,5 (66,0-71)	52,5 (49,8-55,1)	33,0 (31-35)	23,6 (21,2-26,1)	2,9	58,9 (56,3-61,5)	49,8 (47,2-52,4)	43,5 (40,8-46,2)	30,1 (27,8-32,4)	1,9
Hipertensão	67,3 (66,2-68,4)	55,7 (54,5-57,2)	43,8 (42,4-5,1)	31,5 (29,7-33,3)	2,1	67,4 (66,1-68,6)	60,7 (59,4-62)	54 (52,6-55,4)	38,7 (37,3-40,1)	1,7
Doença do coração	84,0 (82,5-85,6)	73,2 (70,9-75,5)	60,3 (57,6-3,0)	44,5 (40,4-48,7)	1,9	81,6 (79,6-83,7)	76,3 (74,1-78,5)	71,8 (69,4-74,2)	57 (54-59,9)	1,4
Insuficiência renal crônica	78 (75,4-80,6)	67,3 (64,0-70,6)	56,5 (52,5-60,4)	41,8 (35,6-48)	1,9	75 (72-77,9)	65,9 (62,2-70)	66,4 (62,5-70,2)	56,5 (51,9-61)	1,3
Depressão	79,0 (77,5-80,6)	67,3 (65,4-69,2)	57,1 (55,1-9,0)	42 (39,2-44,8)	1,9	74,8 (72,9-76,6)	70,1 (68,1-72,1)	67 (65,1-68,9)	50,1 (48-52,2)	1,5
Tendinite ou tendossinovite	73,0 (70,5-75,6)	56,3 (53,4-59,1)	36,8 (34,6-39)	24,1 (21,7-26,6)	3,0	65,3 (61,8-68,7)	56 (53,2-58,8)	50,4 (47,6-53,2)	32,2 (30,1-34,4)	2,0
Cirrose	75,9 (68,6-83,2)	69 (58,3-79,7)	57,7 (41,8-73,7)	45,8 (23,7-67,8)	1,6	75,8 (66,8-84,8)	63,6 (52,2-75)	70 (58,8-81,2)	61,8 (46,2-77,4)	1,2

Tabela 3 – Prevalência de autoavaliação negativa de saúde segundo doenças crônicas autorreferidas e condições socioeconômicas da população idosa. Brasil, 2008.

Doença crônica	0-4	05 - 08	09 - 11	≥ 12	Razão 0-4 / ≥12	Quartil 1	Quartil 2	Quartil 3	Quartil 4	Razão Q1 / Q4
Dor nas costas ou coluna	74,9 (73,8-75,9)	61,8 (59,3-64,3)	54,6 (51,5-57,6)	37,7 (34,0-41,4)	2	79,3 (77,2-81,4)	76,9 (75,2-78,6)	73,9 (72,4-75,3)	57 (55,3-58,7)	1,4
Artrites ou reumatismo	77,9 (76,7-79,1)	66,8 (63,9-69,7)	61,5 (58-65,1)	44,3 (39,3-49,3)	1,8	81,2 (78,7-83,7)	81,5 (79,5-83,4)	77,1 (75,5-78,8)	62,2 (60,1-64,3)	1,3
Câncer	81,4 (78,2-84,7)	76,5 (68,8-84,2)	59,6 (49,3-69,9)	50,4 (39,4-61,4)	1,6	90,2 (83,7-96,6)	83,9 (77,5-90,2)	79,6 (74,9-84,2)	66 (60,8-71,2)	1,4
Diabetes	79 (77,7-80,3)	69,0 (65,4-72,7)	58,6 (54,5-62,7)	48,0 (42,2-53,9)	1,6	84,2 (81-87,3)	82,9 (80,5-85,2)	78,2 (76,2-80,1)	62,2 (59,8-64,7)	1,4
Bronquite ou Asma	82,4 (80,5-84,4)	64,7 (58,8-70,7)	62,9 (55,1-70,7)	44,1 (34,8-53,4)	1,9	83,2 (78,6-87,8)	83,8 (80,1-87,6)	81,1 (78,3-83,9)	64,4 (60,1-68,7)	1,3
Hipertensão	71,4 (70,5-72,4)	58,4 (56,2-60,5)	50,2 (47,8-52,5)	33,9 (31,1-36,6)	2,1	76,7 (74,8-78,7)	74,1 (72,6-75,7)	70,6 (69,4-71,9)	52,1 (50,7-53,6)	1,5
Doença do coração	83,8 (82,6-85)	75,6 (72,4-78,7)	67,6 (63,6-71,6)	51,2 (46,4-56,2)	1,6	88,4 (85,8-90,9)	87,6 (85,6-89,6)	82,8 (81,2-84,4)	68,8 (66,5-71,1)	1,3
Insuficiência renal crônica	87,5 (85,2-89,9)	83,7 (77,5-89,9)	74,4 (65,5-83,3)	60,5 (47,4-73,6)	1,4	88,9 (84-93,9)	92,7 (89,3-96,2)	84 (80,5-87,5)	78,2 (73,5-83)	1,1
Depressão	82,8 (81,0-84,6)	76,2 (72,3-80,1)	65,3 (60,2-70,4)	50,2 (43,1-57,3)	1,6	87,5 (83,6-91,4)	86,2 (83,2-89,2)	82 (79,6-84,3)	69,5 (66,8-72,2)	1,2
Tendinite ou tendossinovite	80,9 (78,3-83,5)	64,2 (58,6-69,8)	60,7 (54,1-67,3)	39,6 (32,3-46,8)	2	87,3 (81,4-93,2)	87,1 (82,8-91,5)	78,9 (75,6-82,2)	59,4 (55,4-63,4)	1,5
Cirrose	88,5 (81,8-95,2)	59,8 (38,7-80,8)	52,7 (4,3- 99,4)	51,4 (10,7-92,1)	1,7	90,2(78,9-101,4)	93 (84,2-101,9)	79,6(67,3-92)	66,8 (50,3-83,3)	1,4

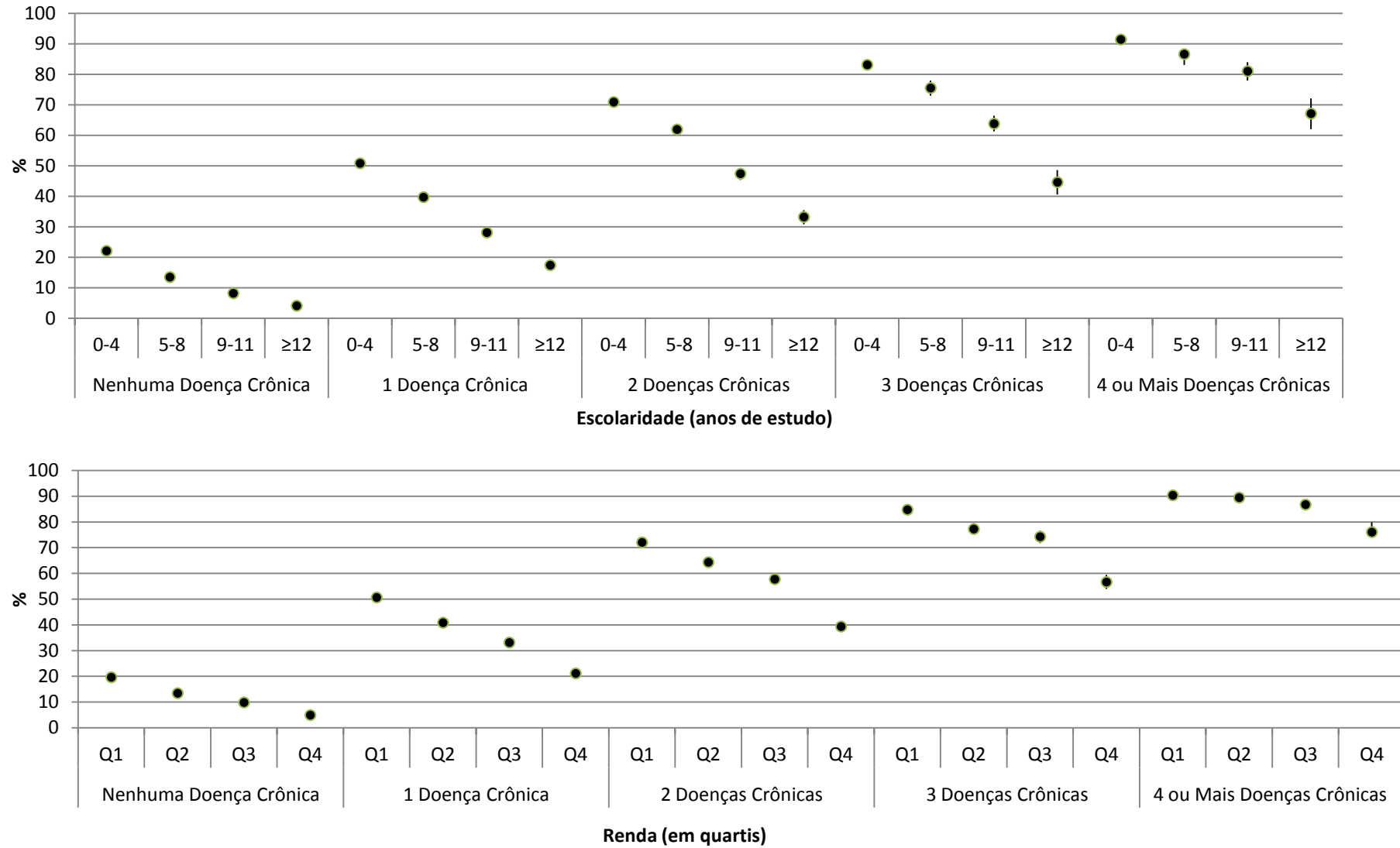


Figura 1 – Prevalência de autoavaliação negativa de saúde segundo número de doenças crônicas autorreferidas e condições socioeconômicas da população adulta. Brasil, 2008.

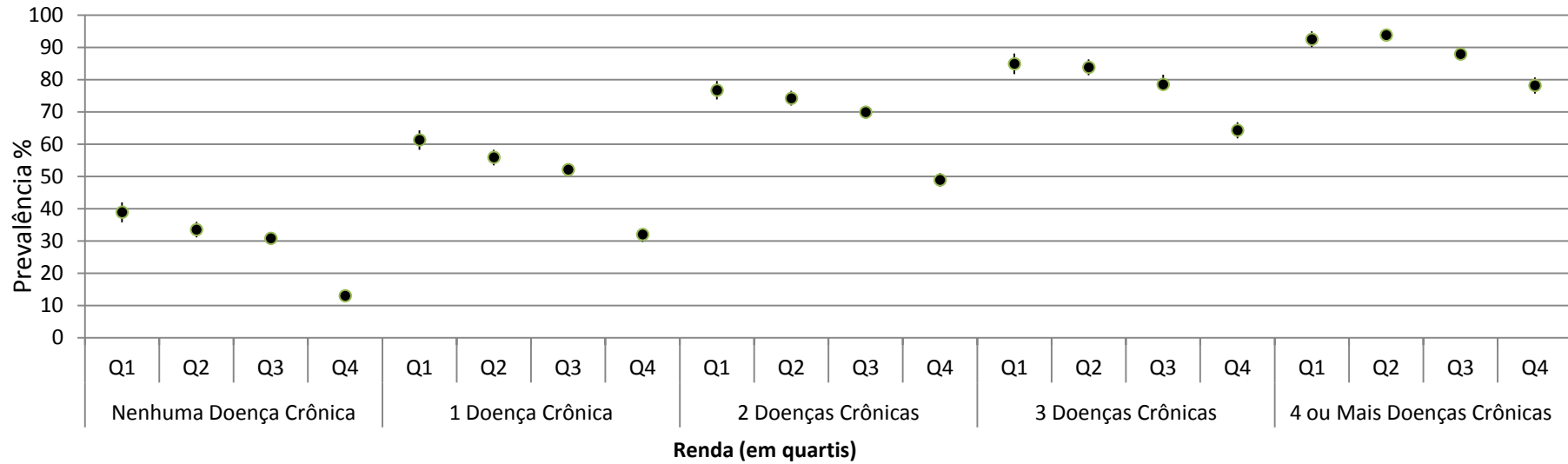
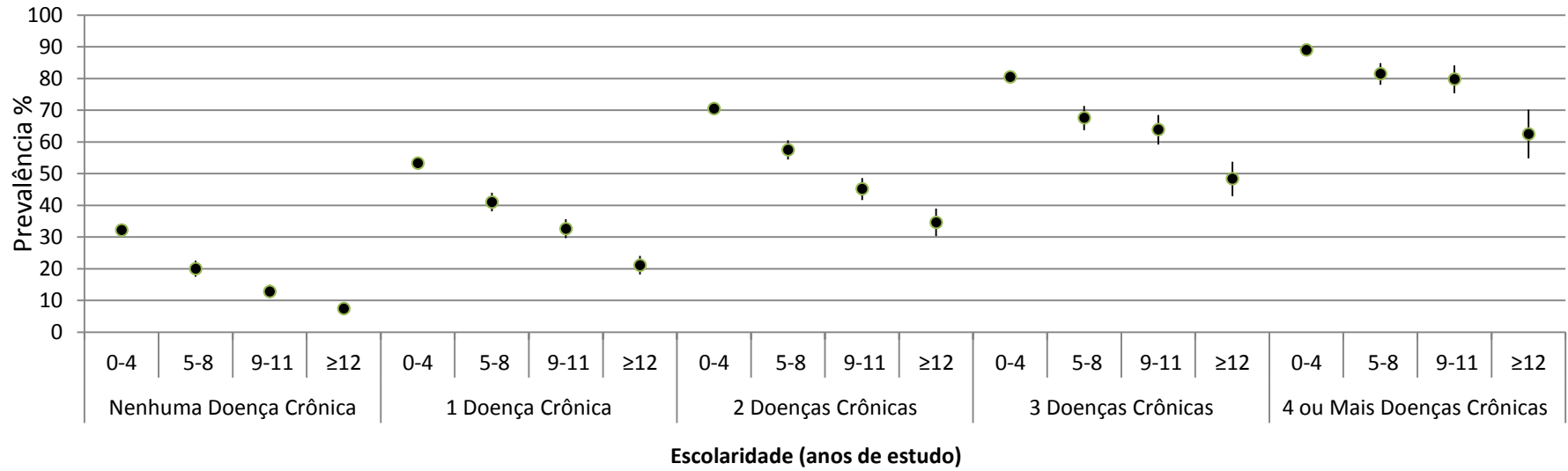


Figura 2 – Prevalência de autoavaliação negativa de saúde segundo número de doenças crônicas autorreferidas e condições socioeconômicas da população idosa. Brasil, 2008.