

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DE USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Health self-perception of primary care users

Auto-percepción de salud de los usuarios de atención primaria

Franciéle Marabotti Costa Leite¹; Juliana Almeida Storari Silva²; Mayara Alves Luis³; Karla de Melo Batista⁴; Eliane de Fátima Almeida Lima⁵

Como citar este artigo:

Leite FMC, Silva JAS, Luis MA, et al. AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DE USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA. Rev Fun Care Online. 2021. jan./dez.; 13:802-808. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9167>

ABSTRACT

Objective: To determine the self-rated health of primary care users and to verify the association with socioeconomic and clinical factors and experience of violence. **Methods:** epidemiological, analytical, cross-sectional study with 991 women in 26 Basic Units of Vitória, Espírito Santo. Socioeconomic, clinical, health perception, and life-threatening experiences of intimate partner violence were used in data analysis. Poisson regression test for multivariate analysis was used to obtain the prevalence ratios, and the adjustment of variables was performed by the backward method, based on the hierarchical model. **Results:** women aged 40 years and over, non-white, with education of up to four years, evangelical and without paid work, more often perceive health negatively. **Conclusions:** socioeconomic, clinical and experience characteristics of intimate partner violence may contribute to negative perception of health.

Descriptors: Epidemiology, Perception, Women's health, Violence, Socioeconomic factors.

*Manuscrito oriundo de um estudo maior intitulado “Violência contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo: estudo em unidades de saúde do município de Vitória, Espírito Santo” financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES – Processo 60530812/12)

¹ Enfermeira. Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Professora da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória (ES), Brasil.

² Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória (ES), Brasil.

³ Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória (ES), Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Professora da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória (ES), Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória (ES), Brasil.

RESUMO

Objetivo: Determinar a autopercepção de saúde de usuárias da atenção primária e verificar a associação com fatores socioeconômicos, clínicos e experiência de violência. **Métodos:** estudo epidemiológico, analítico, do tipo transversal realizado com 991 mulheres em 26 Unidades Básicas de Vitória, Espírito Santo. Variáveis socioeconômicas, clínicas, de percepção de saúde, e, as experiências de violência praticada pelo parceiro íntimo ao longo da vida foram utilizadas nas análises dos dados. Teste de Regressão de Poisson para análise multivariada foi utilizada para obtenção das razões de prevalência, sendo o ajuste das variáveis realizado pelo método tipo backward, tendo por base o modelo hierárquico. **Resultados:** mulheres com 40 anos ou mais, não brancas, com escolaridade de até quatro anos, evangélicas e sem trabalho remunerado percebem mais frequentemente a saúde negativamente. **Conclusões:** características socioeconômicas, clínicas e de experiência de violência por parceiro íntimo podem contribuir para percepção negativa da saúde.

Descritores: Epidemiologia, Percepção, Saúde da mulher, Violência, Fatores socioeconômicos.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la salud autoevaluada de los usuarios de atención primaria y verificar la asociación con factores socioeconómicos y clínicos y la experiencia de violencia. **Métodos:** estudio epidemiológico, analítico, transversal, con 991 mujeres en 26 unidades básicas de Vitória, Espírito Santo. En el análisis de los datos utilizaron variable socioeconómicas, clínicas, de percepción de la salud y que amenazan la vida de la violencia de la pareja. La prueba de regresión de Poisson para el análisis multivariado utilizó para obtener las tasas de prevalencia, y el ajuste de las variables se realizó mediante el método hacia atrás, basado en el modelo jerárquico. **Resultados:** mujeres de 40 años y más, no blancas, con educación de hasta cuatro años, evangélicas y sin trabajo remunerado, con mayor frecuencia perciben la salud negativamente. **Conclusión:** las características socioeconómicas, clínicas y de experiencia de la violencia de pareja pueden contribuir a percepción negativa de la salud.

Descriptor: Epidemiología, Percepción, Salud de la mujer, Violencia, Factores socioeconómicos.

INTRODUÇÃO

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Estimativas apontam que elas vivem mais do que os homens, todavia, estão mais vulneráveis a certas doenças e agravos de saúde, de modo que, as causas de morte estão mais relacionadas à situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.¹

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX. Inicialmente essas políticas estavam limitadas às questões relacionadas à gestação e ao parto, ou seja, tinham uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.¹

Na década de 80 foi lançado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), tendo como pilar

o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuíssem para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. O foco desta política visa as necessidades das mulheres, que incluíam ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando uma assistência à mulher não apenas no pré-natal, parto e puerpério, mas também com ações no climatério, planejamento familiar, garantindo um cuidado integral e não somente com foco no ciclo gravídico- puerperal.²

Nesse contexto, torna-se de grande relevância a abordagem da autopercepção de saúde, tendo em vista que a atenção integral a saúde é de natureza complexa e multidimensional.³ A análise dos fatores determinantes da autopercepção de saúde se torna importante, pois modular esses fatores significa alterar a autopercepção de saúde, podendo alterar a morbimortalidade dessa população.⁴

Múltiplos fatores podem influenciar a percepção de saúde dos indivíduos, sendo importante ressaltar que sujeitos com diferentes condições socioculturais experimentam uma percepção de saúde variada.^{3,5} Destaca-se também que a vivência da diretamente a saúde de suas vítimas, podendo gerar traumatismos e incapacidade, provocando danos ao bem-estar físico, mental, emocional e, em muitos casos, levar à morte.⁶ Estudos de âmbito nacional e internacional comprovam que uma parcela considerável de mulheres que sofreram algum tipo de violência percebem seu estado de saúde como regular ou ruim.^{7,8}

Mulheres em situação de violência tendem apresentar maior fragilidade, podendo sofrer efeitos permanentes em sua autoestima e autoimagem, tornando-se menos seguras do seu valor e mais vulneráveis à depressão.^{7,8} Enfim, a vivência da violência nas mais variadas dimensões traduz-se em repercussões negativas na saúde das mulheres, e, também no modo como percebem a sua saúde. Sendo assim, a violência tem sido considerada como uma questão de saúde de ampla complexidade, acarretando desfechos desfavoráveis de variadas dimensões, sendo considerado um problema de saúde pública de grande relevância⁹

Desse modo, considerando a magnitude da violência contra a mulher, e sua implicação com a percepção de saúde, esse estudo teve por objetivo determinar a autopercepção de saúde de usuárias da atenção primária e verificar a associação com fatores socioeconômicos, clínicos e de experiência de violência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, analítico, do tipo transversal, realizado com 991 mulheres em 26 Unidades Básicas (US) de Vitória, ES. A amostra foi calculada considerando uma margem de erro de 5%, nível de 95% de confiança, e, prevalência de 50,0%. Para as análises de associação com os fatores de risco foi considerado nível

de 95% de confiança, poder de 80% e razão exposto/não exposto de 1:1. Foi considerado também um acréscimo de 10% para as possíveis perdas e 30% para análises ajustadas, sendo o tamanho da amostra de 991 mulheres. As participantes foram entrevistadas na unidade de saúde em local privativo com a presença somente da entrevistadora. As entrevistadoras e as supervisoras, todas do sexo feminino, passaram por treinamento para padronização da entrevista e aplicação dos instrumentos.

Neste estudo a variável dependente considerada foi a autopercepção de saúde. Tal informação foi coletada por meio da seguinte questão de pesquisa: “A Sra. acha que a sua saúde é?”, apresentando como resposta as opções: satisfatória (excelente/ boa) ou insatisfatória (regular/fraca ou muito fraca). Para coleta das variáveis independentes foi elaborado um instrumento padronizado contendo informações socioeconômicas: idade (20-39 e 40-59 anos); cor da pele autorreferida (conforme preconizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE – estratificada em branca e não branca; anos de estudo (até 04; 5-8; 9 ou mais); situação conjugal (com companheiro e sem companheiro); renda familiar mensal (até 1000; 1001-1900; acima de 1900 reais); religião - católica (sim/não), evangélica (sim/não); e se atualmente tem trabalho remunerado (sim/não). Quanto as variáveis clínicas foram coletadas: fumo (não; sim; ex-fumante), consumo de bebida alcoólica (sim/não), e diagnóstico médico de diabetes e hipertensão (não; hipertensão ou diabetes; ou hipertensão e diabetes). A experiência de violência foi avaliada por meio da aplicação do questionário da Organização Mundial de Saúde¹⁰ (OMS) que consta de 13 questões relacionadas às violências praticadas pelo parceiro íntimo, do tipo: psicológica, física e sexual. Para a variável história de violência praticada pelo parceiro íntimo, na vida, foi considerada as seguintes categorias (não; um tipo de violência; dois tipos de violência ou três depois de violência).

Os dados foram analisados por meio do programa STATA 13.0 e apresentados na forma descritiva através de tabelas com frequências brutas e relativas e intervalo de confiança. A análise bivariada foi realizada por meio do teste Qui Quadrado. Já a análise multivariada foi feita por meio da Regressão de Poisson com variância robusta. A entrada no modelo aconteceu com $p < 0,20$, e, a permanência no modelo com $p < 0,05$. O ajuste das variáveis foi realizado pelo método tipo backward (seleção para trás), sendo considerado o modelo hierárquico demonstrado na **figura 1**.

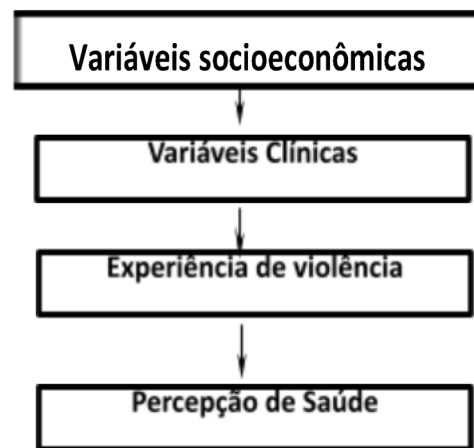


Figura 1 - Modelo hierárquico das relações entre os fatores de risco para o desfecho percepção de saúde.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (Parecer 470.744/2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 991 mulheres. Quanto à percepção de saúde (N: 565; P: 57,0%; IC95%: 53,7-59,9) perceberam sua saúde como satisfatória, enquanto (N: 426; P: 43,0%; IC95%: 40,1-46,3) percebiam sua saúde como insatisfatória (**Figura 2**).

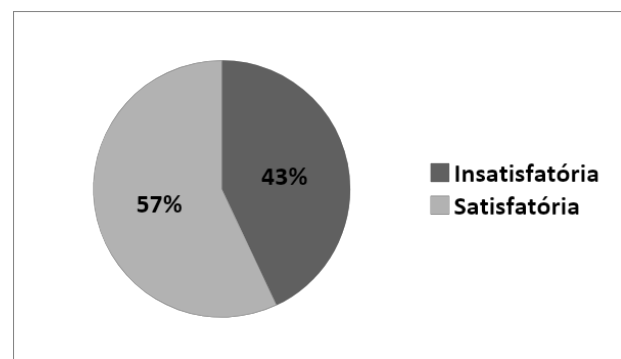


Figura 2 – Prevalências das percepções de saúde das usuárias da atenção primária. Vitória, ES, março a setembro de 2014.

Observa-se que a maior parte das participantes estão na faixa etária de 20 a 39 anos (59,6%), se declaram não-branca (78,3%), tem nove ou mais anos de estudos (69,4%), vivem com companheiro (74,0%), relatam ser evangélicas (56,0%), possuem renda familiar acima de 1.900,00 reais mensais (54,6%) e tem trabalho remunerado (60,4%). Quanto às características clínicas nota-se que 721 (72,7%) e 642 (64,8%) mulheres negam fumo e consumo de bebida alcoólica, respectivamente. O diagnóstico médico de hipertensão arterial ou diabetes foi referido por 200 (20,2%) mulheres, e, cerca de 49 (5,0%) mulheres apresentam

diabetes e hipertensão de forma concomitante (Tabela 1).

Na **tabela 1** encontra-se a análise bivariada da percepção de saúde segundo as características socioeconômicas, clínicas e de experiências de vida. Observam-se maiores frequências de percepção insatisfatória de saúde entre mulheres com 40 anos ou mais, não brancas, que possuem companheiro, com até quatro anos de estudo, renda total de até 1000 reais mensais, sem trabalho remunerado, com diagnóstico de hipertensão e diabetes, e, que vivenciaram os três tipos de violência (psicológica, física e sexual) ($p < 0,05$).

Tabela 1: Prevalência da percepção insatisfatória de saúde, de acordo com características socioeconômicas, clínicas e de experiência de violência na vida. Vitória, ES, março a setembro de 2014.

Variável	N	%	Percepção Insatisfatória		
			%	IC95%	p-valor
Socioeconômicas					
Idade (anos)					0,004
20-39	591	59,6	39,4	35,5-43,4	
40 ou mais	400	40,4	48,7	43,9-53,7	
Cor da pele					0,005
Branca	215	21,7	34,9	28,8-41,5	
Não branca	776	78,3	45,5	42,0-49,0	
Escolaridade					0,000*
Até 4	112	11,3	65,2	55,9-73,4	
5-8	191	19,3	51,3	44,2-58,4	
9 ou mais	668	69,4	37,3	33,8-41,0	
Situação conjugal					0,168
Com companheiro	733	74,0	44,5	40,9-48,1	
Sem companheiro	258	26,0	39,5	33,7-45,6	
Católica					0,074
Não	438	51,1	45,7	41,0-50,4	
Sim	419	48,9	39,6	35,0-44,4	
Evangélica					0,000
Não	377	44,0	34,7	30,0-39,7	
Sim	480	56,0	49,0	44,5-53,4	
Renda familiar mensal					0,000*
Até 1000	194	19,6	53,6	46,5-60,5	
1001-1900	256	25,8	47,7	41,6-54,0	
Acima de 1900	541	54,6	37,3	33,4-41,5	
Trabalho remunerado					0,003
Não	392	39,6	49,0	44,0-53,9	
Sim	599	60,4	39,4	35,6-43,4	
Clínicas					
Fumo					0,052
Não	721	72,7	40,9	37,4-44,6	
Sim	109	11,0	51,4	42,0-60,5	
Ex-fumante	161	16,3	47,8	40,2-55,6	
Consumo de bebida alcoólica					0,150
Não	642	64,8	44,9	41,0-48,7	
Sim	349	35,2	40,1	35,1-45,4	
Diabetes e hipertensão					0,000
Não	742	74,9	35,7	32,2-39,3	
Diabetes ou hipertensão	200	20,2	62,0	55,1-68,5	
Diabetes e hipertensão	49	4,9	79,6	65,9-88,7	
Experiência de vida					

Violência física, sexual e psicológica na vida	0,000*			
Não	370	37,3	33,0	28,4-37,9
Um tipo de violência	232	23,4	41,0	34,8-47,4
Dois tipos de violência	261	26,3	51,7	45,6-57,8
Três tipos de violência	128	12,9	59,4	50,6-67,6

*Valor do p de tendência

A **tabela 2** apresenta as razões de prevalência brutas e ajustadas dos efeitos das variáveis socioeconômicas, clínicas e de experiências de violência sobre a percepção insatisfatória de saúde. Após o ajuste, nota-se que a percepção insatisfatória esteve associada à idade, cor de pele, escolaridade, religião evangélica, trabalho remunerado, diagnóstico de diabetes e/ou hipertensão e à experiência de violência cometida pelo parceiro ao longo da vida ($p < 0,05$).

Mulheres com 40 anos ou mais e não brancas apresentam 1,19 (IC95%: 1,01-1,39) e 1,28 (IC95%: 1,04-1,58) vezes mais frequência de percepção insatisfatória de saúde, respectivamente. Já as mulheres com escolaridade de até quatro anos tem 59,0% mais prevalência de percepção insatisfatória de sua saúde quando comparada àquelas com maior escolaridade (nove anos ou mais de estudo). Ainda, mulheres evangélicas e sem trabalho remunerado percebem 1,37 e 1,24 vezes com mais frequência a sua saúde de forma negativa ($p < 0,05$).

Ter o diagnóstico de diabetes ou hipertensão representa um aumento na percepção de saúde insatisfatória de 62,0%. Já aquelas que têm os dois agravos, a percepção negativa da saúde é duas vezes maior se comparado àquelas que não têm essas doenças.

Mulheres que ao longo da vida vivenciaram violência, cometida por parceiro íntimo, do tipo psicológica, física e sexual apresentam um aumento de 47,0%, na prevalência de percepção insatisfatória de saúde.

Tabela 2- Análise bruta e ajustada dos efeitos das variáveis socioeconômicas, comportamentais e experiência de vida sobre a percepção insatisfatória de saúde. Vitória, ES, março a setembro de 2014

Variáveis socioeconômicas	RP bruta	IC95%	p-valor	RP ajustada	IC95%	p-valor
Idade (anos)			0,003			0,033
20-39 anos	1,0			1,0		
40 anos ou mais	1,24	1,07-1,42		1,19	1,01-1,39	
Cor da pele			0,009			0,021
Branca	1,0			1,0		
Não branca	1,30	1,07-1,59		1,28	1,04-1,58	
Escolaridade			0,000			0,000
Até 4	1,74	1,16-1,63		1,59	1,15-1,62	
5-8	1,37	1,48-2,07		1,26	0,65-0,98	
9 ou mais	1,0			1,0		
Situação conjugal			0,178			0,451
Com companheiro	1,12	0,95-1,34		1,08	0,89-1,30	
Sem companheiro	1,0			1,0		
Católica			0,075			0,295
Não	1,0			1,0		
Sim	0,87	0,74-1,01		1,12	0,91-1,37	

Evangélica			0,000		0,000
Não	1,0			1,0	
Sim	1,41	1,19-1,66		1,37	1,16-1,62
Renda familiar			0,000		0,178
Até 1000	1,44	1,08-1,51		1,21	0,99-1,49
1001-1900	1,28	1,21-1,70		1,07	1,03-1,40
Acima de 1900	1,0			1,0	
Trabalho remunerado			0,003		0,005
Não	1,24	1,08-1,43		1,24	1,07-1,44
Sim	1,0			1,0	
Fumo			0,041		0,652
Não	1,0			1,0	
Sim	1,26	1,03-1,54		1,11	0,88-1,40
Ex-fumante	1,17	0,97-1,40		1,06	0,88-1,29
Consumo de bebida alcoólica			0,357		--
Não	1,0			--	
Sim	0,95	0,85-1,06		--	--
Diabetes e hipertensão			0,000		0,000
Não	1,0			1,0	
Diabetes ou hipertensão	1,74	1,50-2,01		1,62	1,37-1,93
Diabetes e hipertensão	2,23	1,88-2,65		2,0	1,67-2,55
Experiência de vida					0,000
Violência física, sexual e psicológica na vida					0,000
Não	1,0			1,0	
Um tipo de violência	1,24	1,00-1,54		1,14	0,92-1,42
Dois tipos de violência	1,57	1,30-1,89		1,49	1,23-1,82
Três tipos de violência	1,80	1,47-2,21		1,47	1,18-1,83

Este estudo teve por objetivo identificar a percepção de saúde de usuárias da atenção primária do município de Vitória, Espírito Santo. Verifica-se que 57,0% das mulheres perceberam sua saúde como satisfatória, enquanto 43,0% de forma insatisfatória. Um estudo realizado com adultos mostrou que entre as mulheres a percepção negativa de saúde foi de 30,3%.¹¹ Outra pesquisa realizada com jovens adultos residentes em Belo Horizonte apontou que 20,3% das mulheres perceberam sua saúde negativamente.¹²

No presente estudo, a maior prevalência de percepção insatisfatória de saúde foi encontrada entre mulheres na faixa etária de 40 anos ou mais (RP: 1,19; IC95%: 1,01-1,39), quando comparada às mais jovens (20 a 39 anos). Esse achado se assemelha a outros achados na literatura, em que, o aumento da idade, esteve correlacionado com uma pior autopercepção de saúde.¹³

É bem estabelecido que, à medida que se envelhece o estado geral de saúde diminui e, conseqüentemente, a autoavaliação de saúde também.¹⁴ Esta associação é coerente já que com o avanço da idade, os indivíduos tendem a apresentar mais problemas de saúde, como incapacidades funcionais e aumento de doenças crônicas.¹⁵

Destaca-se no presente estudo uma maior prevalência de percepção insatisfatória de saúde entre as mulheres não brancas (RP: 1,28; IC95%: 1,04-1,58). De acordo com estudo realizado com mulheres cadastradas nas unidades de saúde em Minas Gerais, foi observado entre as mulheres não brancas uma maior percepção negativa de saúde.¹⁶ Estudo de coorte de nascimento realizado em

Pelotas, RS, aponta que indivíduos de cor da pele branca em geral apresentam melhor condição social e econômica, têm maior acesso a serviços de saúde e apresentam menor prevalência de determinados comportamentos negativos relacionados à saúde.¹⁷

Outro achado relevante foi a maior ocorrência de avaliação insatisfatória do estado de saúde entre as mulheres com menor escolaridade (RP: 1,59; IC95%: 1,15-1,62). Essa associação foi mostrada em estudo onde a razão de prevalência de percepção ruim de saúde em mulheres com escolaridade entre 0-8 anos foi 1,73 vezes maior comparado ao grupo de maior escolaridade.¹⁶ Nesse mesmo sentido, estudo no Rio Grande do Sul mostra a baixa escolaridade associada à percepção negativa de saúde.¹⁸ Certamente, aqueles com maior nível de escolaridade tendem a ter mais acesso a oportunidades sociais ao longo da vida, tais como acesso aos serviços de saúde, informação e adotarem melhores condições de vida.¹⁹

Neste presente estudo as mulheres evangélicas perceberam 1,37 vezes mais negativamente a sua saúde. Estudo com idosos de Campinas revelou que a maior prevalência de saúde positiva foi encontrada nos indivíduos que relataram não ter religião.¹⁹ Todavia, é importante entender a influência positiva da religiosidade e da espiritualidade no suporte a sentimentos de culpa, raiva e ansiedade. A crença pode mobilizar energias extremamente positivas, que fortalecem o potencial de lidar com as limitações. A fé pode intervir favoravelmente no curso da doença e nos seus efeitos na vida.²⁰

A percepção negativa do estado de saúde esteve associada a variável trabalho remunerado. A ausência de trabalho remunerado aumenta em 24,0% a percepção insatisfatória de saúde. Uma pesquisa evidenciou que a autopercepção negativa de saúde foi 37% maior entre as pessoas que não trabalhavam.¹⁸ Outro estudo evidenciou que 46,3% das mulheres que não tem trabalho formal tem percepção negativa de saúde.¹⁶ Vale destacar que o trabalho é considerado uma forma de inserção social, de modo que ficar sem trabalhar pode interferir na autoestima, afetando a capacidade pessoal/profissional.

Os resultados deste estudo indicam que a presença de doenças crônicas (diabetes e/ou hipertensão) associa-se de maneira significativa com uma percepção negativa do estado de saúde. Estudo realizado com mulheres no climatério mostrou que cerca de 55,0% das mulheres com hipertensão arterial e 63,0% das mulheres com diabetes percebiam sua saúde de forma negativa.¹⁶ Nesse mesmo sentido, estudo com quilombolas, evidenciou que a presença de doenças crônicas esteve associada à autopercepção negativa de saúde.²¹ A doença crônica pode afetar significativamente a qualidade de vida e limitar as atividades desde aquelas consideradas básicas para o indivíduo, como o trabalho e o lazer bem como, contribuir na pior classificação de sua saúde.^{3,22}

A literatura aponta que a violência praticada pelo

parceiro reflete em agravos físicos, psicológicos e emocionais, influenciando negativamente na integridade à saúde da mulher de forma degradante, agressiva e destruidora.⁷ Na presente pesquisa, destaca-se a maior prevalência de percepção insatisfatória entre as mulheres que sofreram violência pelo parceiro íntimo na vida. Nesse contexto, no Irã ter sido vítima de violência sexual esteve associado a problemas de saúde como depressão, assim como, uma autoavaliação de saúde ruim.⁸ Em outra pesquisa foi evidenciado que sofrer violência física por algum conhecido diminui a probabilidade das mulheres autoperceberem como boa ou muito boa seu estado de saúde.²³

Dentre as limitações do estudo precisam ser consideradas, primeiramente, a população estudada, que foi composta apenas de mulheres assistidas na atenção primária, o que pode levar a um resultado superestimado de prevalência de percepção de saúde negativa, uma vez que as participantes podem estar no serviço em busca de assistência a alguma demanda de saúde e desse modo perceber de forma mais insatisfatória sua saúde se comparada à população em geral. Outra limitação diz respeito ao seu caráter transversal, que limita os resultados das associações, em virtude da relação temporal entre o desfecho em estudo e as exposições analisadas, entretanto, as variáveis idade e raça não se enquadram nessa limitação, afirmando ser características importantes a ser avaliada na percepção de saúde.

CONCLUSÕES

Os resultados desse estudo oferecem subsídios para compreender o quanto aspectos socioeconômicos, clínicos e experiências de violência na vida afetam na percepção de saúde da mulher. Portanto é possível concluir que mulheres mais velhas, com baixa escolaridade, que não possuem trabalho remunerado e com histórico de violência apresentaram maiores prevalências de percepção insatisfatória de sua saúde.

Nesse sentido, é de suma importância o reconhecimento de tais fatores e, em especial, da vivência de violência por parceiro íntimo de modo a contribuir para que o serviço compreenda as reais demandas de cuidado à mulher e assim promova ações, com atenção especial a esse grupo mais vulnerável.

Além disso, observou-se na literatura o baixo número de estudos sobre a temática, tornando evidente a necessidade de mais estudos que relacionem os impactos da violência sobre a saúde, sobretudo, em como se autoavalia esse aspecto da vida.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília, 2009.

2. Maia C, Guilhem D, Lucchese G. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 [cited 2018 June 28]; 26(4):682-692. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400011>
3. Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [cited 2019 June 15]; 21(11):3377-3386. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.18752015>
4. Freidoony L, Chhabi R, Kim CS, Park MB, Kim CB. The components of self-perceived health in the Kailali district of Nepal: a cross-sectional survey. *Int j environ res public health* [Internet]. 2015 [cited 2019 June 15]; 12(3):3215-3231. Available from: <http://doi:10.3390/ijerph120303215>
5. Na J, Chan MY, Lodi-Smith J, Park DC. Social-class differences in self-concept clarity and their implications for well-being. *J health psychol*. 2018 [cited 2019 Oct 20]; 23(7):951-960. Available from: <doi:10.1177/1359105316643597>
6. Leite FMC, Silva ACA, Bravim LR, Tavares FB, Primo CC, Lima EFA. Mulheres vítima de violência: percepção, queixas e comportamentos relacionados à sua saúde. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2016 [cited 2019 June 12]; 10 (6):4854-4861. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i6a11265p4854-4861-2016>
7. Netto LA, Moura MAV, Queiroz ABA, Tyrrell MAR, Pastor Bravo MdelM. Violência contra a mulher e suas consequências. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2019 June 02]; 27(5):458-464. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-01942014000075>
8. Alboebadi F, Afshari P, Jamshidi F, Poor R, Cheraghi M. Relationship of sexual assault with self-concept and general health in victims referred to forensic Center in Ahvaz city. *Arch Med Sadowey Kryminol*. 2016 [cited Oct 20] 65 (4): 199-213. Available from: <doi:10.5114/amsik.2015.61027>
9. Labronici LM, Ferraz MIR, Trigueiro TH, Fegadolli D. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2019 June 02]; 44(1):126-133. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100018>
10. Schraiber LB, Latorre MRDO, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev saúde pública* [Internet]. 2010 [cited 2019 June 08]; 44(4):658-666. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400009>
11. Andrade GF, Loch MR, Silva AMR. Mudanças de comportamentos relacionados à saúde como preditores de mudanças na autopercepção de saúde: estudo longitudinal (2011-2015). *Cad. Saúde Pública* [Online]. 2019 [cited 2019 Oct 21]; 35 (4): e00151418. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000405009&lng=en
12. Almeida BA, César CC, Xavier CC, Caiaffa WT, Proietti FA. Self-rated health and perceived violence in the neighborhood is heterogeneous between young women and men. *BMC public health* [Internet]. 2017 [cited 2019 June 08]; 19(1):1-9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4969-1>
13. Meireles AL, Xavier CC, Andrade ACS, Friche AAL, Proietti FA, Caiaffa WT. Autoavaliação da saúde em adultos urbanos, percepção do ambiente físico e social e relato de comorbidades: Estudo Saúde em Beagá. *Cad. Saúde Pública* [Online]. 2015 Nov [cited 2019 Oct 21]; 31 (Suppl 1): 120-135. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001300120&lng=en
14. Alazraqui M, Roux AVD, Fleischer N, Spinelli H. Salud auto-referida y desigualdades sociales, ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 [cited 2019 June 12]; 25(9):1990-2000. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900013>
15. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A dinâmica demográfica brasileira e os impactos nas políticas públicas - Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil-2009
16. Silva VH, Rocha JSB, Caldeira AP. Fatores associados à autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2018 [cited 2019 June 12]; 23(5): 1611-1620. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018235.17112016>
17. Barros FC, Victora CG, Horta BL, Ethnicity and infant health in Southern Brazil. A birth cohort study. *Int j epidemiol* [Internet].

- 2001 [cited 2019 June 12]; 30(5):1001–1008. Available from: <https://doi.org/10.1093/ije/30.5.1001>
18. Lindemann IL, Reis NR, Mintem GC, Mendoza-Sassi RA. Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 Jan [cited 2019 Oct 22]; 24(1): 45-52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000100045&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.34932016>.
 19. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2019 June 12]; 28(4): 769-780. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400016>.
 20. Murakami R, Campos CJG. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Rev bras enferm* [Internet]. 2012 [cited 2019 June 12]; 65(2):361-367. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200024>
 21. Oliveira SKM, Pereira MM, Guimarães ALS, Caldeira AP. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc saúde colet* [Internet]. 2015 [cited 2019 June 12]; 20(9): 2879-2890. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.20342014>.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília; 2011.
 23. Cruz MS, IRFFI G. Qual o efeito da violência contra a mulher brasileira na autopercepção da saúde?. *Ciênc Saúde Colet*, Rio de Janeiro [Internet]. 2019. [cited 2019 June 21]; 24(7):2531-2542, Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018247.23162017>.

Recebido em: 25/07/2019
Revisões requeridas: 16/10/2019
Aprovado em: 24/10/2019
Publicado em: 27/04/2021

***Autor Correspondente:**
Franciéle Marabotti Costa Leite
Avenida Marechal Campos, 1468
Bonfim, Vitória, ES, Brasil
E-mail: francielemarabotti@gmail.com
Telefone: +55 (27) 3335-7281
CEP: 29.047-105