



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Autopercepção de saúde em deficientes no Brasil: um recorte sobre o tipo e a origem da deficiência e o grau de limitação

PAULA ANDERLE

Orientadora: Profa. Dra. Bárbara Niegia Garcia de Goulart

Co-orientadora: Profa. Dra. Patrícia Klarmann Ziegelmann

Porto Alegre, novembro de 2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Autopercepção de saúde em deficientes no Brasil: um recorte sobre o tipo e a origem da deficiência e o grau de limitação

PAULA ANDERLE

Orientadora: Profa. Dra. Bárbara Niegia Garcia de Goulart

Co-orientadora: Profa. Dra. Patrícia Klarman Ziegelmann

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2018

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Flávia Cristina Drumond de Andrade, School of Social Work,
University of Illinois at Urbana-Champaign.

Profa. Dra. Vanessa Bielefeldt Leotti, Programa de Pós-graduação em
Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande
do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Jair Ferreira, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina
Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelos ensinamentos e exemplos de vida, estudo e superação; e por proporcionarem as possibilidades do mundo acadêmico.

Aos meus queridos professores de graduação e pós-graduação, pelos conhecimentos passados, pelas oportunidades de reflexão sobre a situação da saúde no nosso país e por seus questionamentos, que me causaram inquietações internas e me fizeram seguir até aqui.

Aos colegas que compartilharam comigo os percalços e as aprendizagens dessa formação, agregando com seus conhecimentos e personalidades.

Aos amigos que me incentivaram e compartilharam comigo as alegrias dessa etapa.

À minha amiga e colega de profissão, Rafaela Soares Rech, pela parceria, amizade, apoio e ensinamentos que foram grande incentivo nessa jornada.

À professora Bárbara Niegia Garcia de Goulart, que me acolheu como orientanda, me ensinou a crescer como pessoa, como profissional e como acadêmica, compartilhando seus conhecimentos e experiências, reconhecendo em mim os potenciais necessários para trilhar este caminho; por me mostrar que objetividade e pró-atividade são qualidades e pelas parcerias desenvolvidas em cada projeto e artigo publicado nesse período.

À professora Patrícia Klarmann Ziegelmann, com quem tive a honra de aprender e desenvolver os potenciais da Estatística, e que me acolheu como co-orientanda, engrandecendo esta Dissertação com seus conhecimentos.

Aos demais professores do curso, à coordenação e à secretaria que fazem o PPG em Epidemiologia da UFRGS ser uma formação de excelência.

Ao meu querido esposo, Rafael, pelo apoio e incentivo para chegar até aqui, pela compreensão dos momentos divididos com estudos e pesquisas, pelas refeições servidas em frente ao computador e pelas palavras de conforto nos momentos mais difíceis e cansativos. Seu amor me sustenta e seu carinho e respeito me fortalecem!

Por fim, agradeço às energias do universo que direcionam os caminhos e nos levam ao lugar e momento certos, para fazer o que é correto.

SUMÁRIO

Abreviaturas e siglas

Resumo

Abstract

1. APRESENTAÇÃO.....	9
2. INTRODUÇÃO.....	10
3. REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 Autopercepção de saúde	11
3.2 Deficiências	12
3.3 Deficiências e autopercepção de saúde	14
4. OBJETIVOS.....	16
4.1 Objetivo Geral.....	16
4.2 Objetivos Específicos	16
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
6. ARTIGO	23
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	42

ABREVIATURAS E SIGLAS

CDC – Center for Disease Control and Prevention

CONEP – Comissão nacional de ética em pesquisa

DA – Deficiência auditiva

dB – Decibéis

DF – Deficiência física

DV – Deficiência visual

Fiocruz – Fundação Instituto Oswaldo Cruz

HR – Hazard Ratio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NHS – National Health Survey

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PR – Prevalent ratio

RP – Razão de prevalência

SRH – Self-rated health

RESUMO

Introdução: A autopercepção de saúde é uma mensuração do estado de saúde dos indivíduos, sendo amplamente utilizada em inquéritos de saúde como preditor de morbimortalidade e utilização de serviços de saúde, além de estar relacionada a indicadores sociodemográficos tais como sexo, idade e escolaridade. Estudos apontam que os deficientes tem pior autoavaliação de saúde em relação aos não deficientes. No entanto, a associação entre autopercepção de saúde e os aspectos relacionados ao tipo de deficiência, se é congênita ou adquirida e a presença ou não de limitação decorrentes da deficiência ainda não foram exploradas. **Objetivo:** Avaliar, de forma independente, se deficiência física, auditiva e visual são fatores de exposição associados à autopercepção de saúde na população brasileira adulta. **Método:** Estudo transversal, com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013), conduzido com 60.202 indivíduos (≥ 18 anos) respondentes à PNS, estratificados pelo tipo de deficiência e limitação. A análise descritiva foi apresentada com frequências absolutas e relativas. Análises estatísticas bruta e ajustada, com regressão de Poisson, levaram em consideração a ponderação dos dados e ajuste para variáveis sociodemográficas e presença de doença crônica. **Resultados:** A autopercepção de saúde ruim é mais prevalente em deficientes (68,5%) do que em não deficientes (33,2%). Após ajuste, a prevalência de autopercepção de saúde ruim manteve-se maior entre deficiência física (RP=1,44, IC95% 1,41-1,45), visual (RP=1,31, IC95% 1,30-1,32) e auditiva (RP=1,26, IC95% 1,25-1,28), quando comparados aos não deficientes. Deficiência física congênita sem limitação (RP=1,59, IC95% 1,54-1,63) e com limitação (RP=1,56, IC95% 1,53-1,58) e deficiência física adquirida sem limitação (RP=1,27, IC95% 1,23-1,30) e com limitação (RP=1,47, IC95% 1,45-1,49) foram significativamente associadas à percepção ruim de saúde. Deficiências sensoriais congênitas sem limitação não foram significativamente associada ao desfecho. Deficiências sensoriais congênitas limitantes apresentaram os maiores valores de associação, sendo que os deficientes visuais apresentaram maior tamanho de efeito (RP=1,72, IC95% 1,70-1,73) em relação aos deficientes auditivos (RP=1,33, IC95% 1,30-1,35). **Conclusão:** Deficientes tem pior percepção de saúde em relação aos não deficientes. O tipo de deficiência, a característica de ser congênita ou não e as limitações influenciam nesta relação, devendo ser estudadas e consideradas na criação de políticas públicas.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência, Autoavaliação, Inquéritos Epidemiológicos, Epidemiologia.

ABSTRACT

Background: Self-rated health (SRH) is a measure of individual general health status widely used in health survey for predicts mortality and healthcare services utilization, moreover is related to socio demographic indicators such as sex, age and education level. Studies shows that people with disability have poor SRH than those without. However, the association between SRH and type of disability, congenital or acquired disability and limitations are not researched. **Aim:** To analyze independently whether physical disability, hearing impairment or visual disability are factors associated with self-rated health among Brazilian adults. **Methods:** Cross-sectional study data from the National Health Survey (NHS, 2013) conducted with 60,202 individuals (≥ 18 years of age), stratified by type of disability and limitation. Descriptive analyses included absolute and relative frequencies. Poisson regression was used to generate crude and adjusted estimates. Analyses were adjusted by sociodemographic characteristics and chronic disease. **Results:** Poor SRH was more prevalent in people with disability than in those without. After adjustment, poor SRH was positively associated with physical disability (PR=1.44, 95%CI 1.41-1.45), visual disability (PR=1.31, 95%CI 1.30-1.32) and hearing impairment (PR 1.26, 95%CI 1.25-1.28). Congenital physical disability without limitation (PR=1.59, 95%CI 1.54-1.63) and with limitation (PR=1.56, 95%CI 1.53-1.58) and acquired physical disability without limitation (PR=1.27, 95% CI 1.23-1.30) and with limitation (PR=1.47, 95%CI 1.45-1.49) were significantly associated with poor SRH. Congenital sensory disability without limitation was not significantly associated with SRH. Congenital sensory disabilities with limitation showed the highest association with SRH and visual disability had strongest association (PR=1.72, 95%CI 1.70-1.73) compared to hearing impairment (PR=1.33, 95%CI 1.30-1.35). **Conclusion:** People with disability are more likely to report poor SRH compared to those without. The type of disability, whether congenital or acquired, and its limiting characteristics influence the association with SRH. These factors should be further studied and taken into account when developing policies.

Keywords: Disabled Persons, Self-Assessment, Health Surveys, Epidemiology.

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada **“Autopercepção de saúde em deficientes no Brasil: um recorte sobre o tipo e a origem da deficiência e o grau de limitação”**, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 05 de dezembro de 2018. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Conclusões e Considerações Finais.

2. INTRODUÇÃO

A autopercepção de saúde é uma ferramenta de mensuração do estado de saúde dos indivíduos, dependendo apenas de um processo cognitivo, sem interferência de regras ou definições formais, consistindo em um método simples de medir a saúde real (Reyes Fernández, Rosero-Bixby, and Koivumaa-Honkanen, 2016). Ela está relacionada a aspectos socioeconômicos, psicossociais e de acesso à saúde, além de ser um importante preditor de doenças crônicas, incapacidade, declínio funcional (Cau, Falcão, and Arnaldo, 2016) e mortalidade (Guimarães et al., 2012). Seu efeito preditivo é comparável a medir a saúde de forma objetiva (Guimarães et al., 2012; Lima-Costa, Cesar, Chor, and Proietti, 2012).

Globalmente, pesquisadores tem se interessado por essa medida de saúde e estudado o tema. Nos Estados Unidos, uma pesquisa apontou que pessoas com percepção de saúde ruim apresentam risco duas vezes maior de mortalidade por todas as causas quando comparados aos pares que relatam percepção de saúde excelente, mantendo essa associação na análise ajustada para indicadores objetivos de doenças (DeSalvo, Bloser, Reynolds, He, and Muntner, 2005). No Brasil, estudos de base populacional tem associado uma pior percepção de saúde a menores níveis socioeconômicos, ao sexo feminino, ao aumento da idade, à menor escolaridade e à deficiência/incapacidade física e sensorial (Alfonso et al., 2012; Höfelmann, Garcia, and Freitas, 2014; Drumond Andrade and Deepak Mehta, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), pessoas com deficiência representam aproximadamente 15% da população mundial (World Health Organization, 2011) e 200 milhões tem dificuldades funcionais consideráveis (Hughes et al., 2012; Neille and Penn, 2015). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostra que 6,2% da população brasileira tem algum tipo de deficiência, sendo que as deficiências sensoriais visual e auditiva atingem 3,6% e 1,1% da população, respectivamente, causando grau de limitação intenso ou muito intenso das atividades diárias em 16% dos deficientes visuais e em 21% dos auditivos. A deficiência física, por sua vez, afeta 2.651 milhões de brasileiros (1,3%); e, destes, 46,8% tem grau de limitação intenso ou muito intenso (BRASIL, 2015). Mesmo que a autopercepção de saúde seja amplamente utilizada em pesquisas ao redor do mundo (Jylhä, 2009; Cau, Falcão, and Arnaldo, 2016; Reyes Fernández, Rosero-Bixby, and Koivumaa-Honkanen, 2016; Drumond Andrade and Deepak Mehta, 2018) e que estudos apontem quem os deficientes tem pior autoavaliação de saúde em relação aos não deficientes, a associação entre percepção de saúde e fatores como o tipo de deficiência, as características congênitas ou adquiridas e a presença de limitação não é estudada..

Desta forma, os resultados encontrados a partir de estudos que avaliem a autopercepção de

saúde de deficientes são essenciais para compreender os fenômenos sociodemográficos e epidemiológicos desta população, tais como atividades e representações sociais, inclusão no mercado de trabalho e uso de serviços públicos, especialmente em relação à criação de políticas públicas de saúde, direcionamento de custos e qualidade de vida. Assim sendo, este estudo tem por objetivo avaliar, de forma independente, se deficiência física, auditiva e visual são fatores de exposição associados à autopercepção de saúde na população brasileira adulta. Estes fatores são subdivididos de modo a incorporar a informação sobre a deficiência ser congênita ou adquirida e de causar ou não limitação.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Autopercepção de saúde

A autopercepção de saúde é amplamente utilizada em inquéritos de saúde ao redor do mundo, uma vez que é um preditor importante de mortalidade (DeSalvo, Bloser, Reynolds, He, and Muntner, 2005; Jylhä, 2009; Alfonso et al., 2012; Guimarães et al., 2012), morbidade (Theme Filha, Szwarcwald, and de Souza, 2008), utilização de serviços de saúde (DeSalvo, Fan, McDonell, and Fihn, 2005), bem como relaciona-se diretamente com indicadores sociodemográficos, como sexo, idade e escolaridade (Höfelmann, Garcia, and Freitas, 2014; Drumond Andrade and Deepak Mehta, 2018). É avaliada ao questionar o indivíduo sobre seu estado de saúde com a seguinte pergunta: “Em geral, como você descreve sua saúde?”, com resposta classificada em: “muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim” (Jylhä, 2009). Mesmo sendo uma análise subjetiva e questionada por esta razão, mantém seu valor preditivo após avaliação objetiva da saúde, sendo recomendada pela OMS (Jylhä, 2009; Guimarães et al., 2012), pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC) e pela Comissão Europeia, como uma medida confiável de monitoramento da saúde populacional (Lommel and Chen, 2016).

Em 2009, um estudo propôs um conceito de autopercepção de saúde, perpassando por estágios. O primeiro é relacionado ao entendimento de saúde de cada indivíduo e à identificação dos componentes que formam a saúde particular de cada um. O segundo estágio diz respeito à forma como cada componente da saúde pessoal é percebido pelo indivíduo; e por último, classificar nos níveis predefinidos da escala, qual representa melhor a saúde percebida. Em cada estágio, deve ser levada em consideração a influência de fatores culturais relacionados à saúde, grupos étnicos e faixa etária, bem como convenções culturais sobre que é positivo e negativo (Jylhä, 2009).

Autores estimam que indivíduos que relatam percepção de saúde ruim tem duas vezes risco de morte em comparação com seus pares que relatam percepção de saúde boa (Guimarães et al., 2012).

Uma coorte realizada com idosos, na Austrália, estimou que apresentar piora na autopercepção de saúde dobrava o risco de morte entre os participantes que haviam referido percepção de saúde global negativa; e um aumento de 30% no risco de morte entre os que tinham avaliado sua saúde como positiva no início do estudo (Alfonso et al., 2012). Outro estudo, que acompanhou 4.009 adultos jovens por dez anos, apontou que cerca de 40% dos participantes mudaram seus relatos de autopercepção de saúde durante este período. Após ajuste para diagnósticos de doenças crônicas e outras covariáveis, homens que relataram percepção de saúde ruim apresentaram associação de 2.03 (IC95%: 1,03-4,40) para risco de morte. Nas mulheres que autorreferiram pior percepção de saúde, essa associação foi de 3,43 (IC95%: 1,23-9,59) (Guimarães et al., 2012).

Outra coorte realizada com 11.833 adultos brasileiros, que investigou a comparação da autopercepção de saúde com a análise objetiva do status de saúde para risco de mortalidade, mostrou que indivíduos que relatam pior percepção de saúde apresentam queda na curva de sobrevivência em comparação aos que relatam percepção de saúde boa. Quando realizada análise ajustada para sexo e idade, também foi evidenciado risco duas vezes maior para mortalidade (HR=2,01; IC 95%: 1,57-2,57) nos que relatam percepção de saúde ruim, concluindo que pessoas idosas com pior autopercepção de saúde necessitam dos mesmos cuidados que indivíduos que tiveram sua saúde mensurada objetivamente (Lima-Costa, Cesar, Chor, and Proietti, 2012).

Revisões sistemáticas realizadas com diferentes populações tem mostrado associação entre a pior percepção de saúde com fatores socioeconômicos, psicossociais, comportamentais e diferentes grupos étnicos, concluindo que investigar o status de saúde é importante para reduzir as disparidades sociais e as desigualdades na área da saúde (Lommel and Chen, 2016; Moor, Spallek, and Richter, 2017). Outros estudos tem associado a pior percepção de saúde a questões como baixos níveis socioeconômicos (La Parra Casado, Gil González, and de la Torre Esteve, 2016) e educacionais (Drumond Andrade and Deepak Mehta, 2018), sexo, aumento da idade, doenças crônicas, limitação de atividade e deficiências física e sensoriais (Alfonso et al., 2012; Höfelmann, Garcia, and Freitas, 2014).

3.2 Deficiências

Segundo a Política Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência, a deficiência é “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano” (BRASIL, 1999). É classificada como deficiência permanente quando não há recuperação ou probabilidade que se altere, apesar de novos tratamentos; e incapacidade quando há redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos,

adaptações ou recursos sociais para que a pessoas possa desempenhar suas atividades (BRASIL, 1999).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006), a deficiência física (DF) é caracterizada pela “alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando em comprometimento da função física”. A deficiência auditiva (DA), é a “perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais”, podendo ser classificada de acordo com o grau (leve, moderada, severa ou profunda) e o tipo (condutiva, neurossensorial ou mista). A deficiência visual (DV), por sua vez, é a “acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica”, caracterizando cegueira; ou “acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica”, caracterizando baixa visão (IBGE, 2006).

As deficiências sensoriais – visual e auditiva – e físicas são um dos principais agravos globais que contribuem fortemente para prejuízo dos indivíduos e da sociedade, como ensino, mercado de trabalho, desenvolvimento social e acesso à saúde (Altman and Bernstein, 2008; Agrawal et al., 2011). Recentemente, o Centro de Controle de Doenças (dos Estados Unidos) apontou que 61 milhões de norte americanos (1:4 habitantes) tem algum tipo de deficiência. Destes, 13,7% tem DF, 5,9% e 4,6% tem DA e DV, respectivamente, sendo que as deficiências são mais comuns em alguns grupos, como idosos, mulheres e pessoas com cor de pele não branca. Ainda, os deficientes são mais propensos a doenças crônicas e ao uso de tabaco, além de enfrentarem barreiras no acesso à saúde (National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, 2018).

No Brasil, outra pesquisa realizada com a PNS de 2013 estimou que 12,4 milhões de habitantes (6,2%, IC95% 5,9-6,5) referem ter deficiência. Destes, 1,3% tem deficiência física, 1,1%, auditiva e 3,6%, visual. Ainda, houve associação para o fator idade, sendo mais prevalente em idosos (18,2%, IC95% 17,2-19,2), e para área de moraria, com maior prevalência na região Sul do país (8,4%, IC95% 7,5-9,3). A DF é mais comum em homens, idosos e pessoas com cor de pele não branca. As deficiências sensoriais auditiva e visual tendem a aumentar com a idade, não havendo diferença entre homens e mulheres. Com relação à cor da pele, apenas a DA mostrou-se mais comum pessoas com cor de pele branca (Malta et al., 2016).

3.2.1 Deficiências congênitas e adquiridas

Além das características individuais, as deficiências são classificadas em congênitas ou adquiridas. As deficiências congênitas são definidas como aquelas que existem no indivíduo ao nascer ou durante a fase intrauterina. As deficiências adquiridas, por sua vez, são aquelas que ocorrem após o nascimento, em virtude de algum acometimento ou lesão (BRASIL, 2006).

No Brasil, as deficiências adquiridas são mais prevalentes do que as congênitas (Malta et al., 2016). Na deficiência visual, há maior diferença entre as prevalências dos deficientes adquiridos (3,3%) em relação aos congênitos (0,4%). Já nas deficiências física e auditiva, essa diferença entre a origem da deficiência é menor. A deficiência auditiva afeta 0,9% dos adquiridos e 0,2% dos congênitos. A deficiência física, por sua vez, afeta 1,0% dos adquiridos e 0,3% dos congênitos.

Na literatura, muito tem se discutido sobre o processo da adaptação à deficiência adquirida para o estado de bem-estar do indivíduo. No entanto, as deficiências congênitas são pouco estudadas e supõem implicitamente que pessoas nestas condições tem melhor adaptação (Bogart, 2014); ainda, poucas pesquisas comparam deficientes congênitos e adquiridos. A diferença entre essas deficiências na qualidade de vida estaria na maneira como as pessoas incorporam sua deficiência em seu autoconceito e aceitação (Bogart, Tickle-Degnen, and Ambady, 2012; Livneh and Martz, 2012; Bogart, 2014). Além disso, a idade do indivíduo e o tempo de exposição à deficiência também podem estar relacionados a essa autoaceitação; em outro estudo que avaliou se a deficiência congênita ou adquirida está relacionada à melhor percepção de qualidade de vida apontou que deficientes congênitos tem maior satisfação com a vida (Bogart, 2014).

3.3.2 Limitação das deficiências

Outro fator importante a ser levado em consideração nas deficiências é a característica de causar ou não limitação. O conceito de limitação para levantamento da deficiência consiste no fato de que deficientes com limitação são considerados aqueles que só conseguem realizar as suas atividades de vida diária mediante algum esforço, podendo variar de pouca limitação, na qual o indivíduo tem dificuldade mínima, até limitação intensa, na qual o indivíduo não consegue realizar suas atividades de forma independente. A não limitação é considerada para pessoas que conseguem realizar suas atividades diárias sem esforço ou auxílio (IBGE, 2006).

No Brasil, as deficiências diferem em relação à presença ou ausência da limitação. As deficiências físicas limitantes são mais prevalentes (46,8%) em relação às auditivas (20,6%) e às visuais (16,0%). Quando observada a não limitação, as deficiências sensoriais visual (69,3%) e auditiva (56,4%) apresentam maior prevalência do que a deficiência física (31,0%) (Malta et al., 2016).

3.3 Deficiências e autopercepção de saúde

Pessoas com deficiência tendem a relatar pior estado de saúde geral em relação a indivíduos sem deficiência; além de taxas mais altas de fatores de risco para a saúde (Altman and Bernstein, 2008; Popplewell, Rechel, and Abel, 2014; National Center on Birth Defects and Developmental

Disabilities, 2018). Estudos com populações diversas tem relacionado à autopercepção de saúde ruim com as deficiências e as dificuldades funcionais (Alfonso et al., 2012; Höfelmann, Garcia, and Freitas, 2014; Larsen, Johnsen, Andersen, and Hjollund, 2016; Balázs et al., 2018); no entanto, poucas pesquisas são realizadas diretamente com indivíduos deficientes.

Liu e colaboradores (Liu, Cohen, Fillenbaum, Burchett, and Whitson, 2016) avaliaram a associação entre as deficiências cognitiva e sensoriais coexistes na percepção de saúde de idosos. Os autores concluíram que pessoas com deficiência cognitiva, visual e auditiva concomitantes apresentavam pior percepção de saúde. Ainda, quando as deficiências sensoriais não estavam presentes, a deficiência cognitiva não foi associada à autopercepção de saúde ruim. Outra pesquisa realizada com deficientes auditivos com otosclerose que passaram por cirurgia, avaliou a saúde relacionada à qualidade de vida, concluindo que mesmo com perda auditiva de moderada a severa e deficiência auditiva, os pacientes relataram boa qualidade de vida relacionada à saúde (Redfors, Olaison, Karlsson, Hellgren, and Möller, 2015).

No entanto, não foram encontrados estudos que explorassem a autopercepção de saúde em dois contextos: na deficiência congênita ou adquirida e na presença ou não de limitação. A investigação da autopercepção de saúde dos indivíduos com deficiência física ou sensorial, explorando os fatores de ser congênita ou adquirida e suas limitações, torna-se de extrema importância, uma vez que as informações publicadas são essenciais para compreender os fenômenos sociodemográficos e epidemiológicos desta população, especialmente em relação à criação de políticas públicas de saúde, direcionamento efetivo de gastos públicos para ações de saúde e melhoria da qualidade de vida.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Avaliar, de forma independente, se deficiência física, auditiva e visual são fatores de exposição associados à autopercepção de saúde na população brasileira adulta.

4.2 Objetivos Específicos

- Explorar a associação entre deficiência e autopercepção de saúde, considerando as características congênita ou adquirida e o grau de limitação;
- Analisar a associação das condições sociodemográficas e doenças crônicas na autopercepção de saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrawal N, Kalaivani M, Gupta SK, Misra P, Anand K, Pandav CS. Association of blindness and hearing impairment with mortality in a cohort of elderly persons in a rural area. *Indian J. Community Med.* [Internet]. 2011;36(3):208–12. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3214446&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Alfonso H, Beer C, Yeap BB, Hankey GJ, Flicker L, Almeida OP. Perception of worsening health predicts mortality in older men: The Health in Men Study (HIMS). *Arch. Gerontol. Geriatr.* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2012;55(2):363–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2012.04.005>
- Almeida-Filho N. Higher education and health care in Brazil. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2011;377(9781):1898–900. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60326-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60326-7)
- Altman B, Bernstein A. Disability and Health in the United States 2001-2005. *Natl. Cent. Heal. Stat.* Hyattsville, MD; 2008.
- Baker P. National men ' s health policies: can they help ? *Trends Urol. Men's Heal.* 2015;6(6):24–6.
- Balázs J, Miklósi M, Keresztény A, Hoven CW, Carli V, Wasserman C, et al. Comorbidity of physical and anxiety symptoms in adolescent: Functional impairment, self-rated health and subjective well-being. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2018;15(8):1–12.
- Bogart KR. The role of disability self-concept in adaptation to congenital or acquired disability. *Rehabil. Psychol.* 2014;59(1):107–15.
- Bogart KR, Tickle-Degnen L, Ambady N. Compensatory expressive behavior for facial paralysis: Adaptation to congenital or acquired disability. *Rehabil. Psychol.* 2012;57(1):43–51.
- Botosaneanu A, Ambrosius WT, Beavers DP, de Rekeneire N, Anton S, Church T, et al. Prevalence of Metabolic Syndrome and Its Association with Physical Capacity, Disability, and Self-Rated Health in Lifestyle Interventions and Independence for Elders Study Participants. *J. Am. Geriatr. Soc.* [Internet]. 2015 Feb;63(2):222–32. Available from:

<http://doi.wiley.com/10.1111/jgs.13205>

BRASIL. Decreto N° 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. [Internet]. 1999. Available from: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec3298.pdf>

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. A inclusão escolar de alunos com necessidades educacionais especiais DEFICIÊNCIA FÍSICA [Internet]. 2006 p. 1–36. Available from: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/deffisica.pdf>

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Relatório Pesquisa Nacional de Saúde [Internet]. 2015. p. 2015. Available from: <http://www.ebc.com.br/noticias/2015/08/ibge-62-da-populacao-tem-algum-tipo-de-deficiencia>.

Cau BM, Falcão J, Arnaldo C. Determinants of poor self-rated health among adults in urban Mozambique. *BMC Public Health* [Internet]. *BMC Public Health*; 2016;16(1):20–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3552-5>

Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta DC, Souza Júnior PRB de, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol. e Serviços Saúde* [Internet]. 2015;24(2):197–206. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200197&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. A Meta-Analysis. *J. GEN INTERN MED*. 2005;2:267–75.

DeSalvo KB, Fan VS, McDonnell MB, Fihn SD. Predicting mortality and healthcare utilization with a single question. *Health Serv. Res*. 2005;40(4):1234–46.

Drumond Andrade FC, Deepak Mehta J. Increasing educational inequalities in self-rated health in Brazil, 1998-2013. *PLoS One* [Internet]. 2018;13(4):1–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0196494>

Ejlertsson L, Heijbel B, Troein M, Brorsson A. Variation, companionship and manageability important for recovery during working hours. *Eur. J. Public Health* [Internet]. 2017 Nov 1;27(suppl_3):149–56. Available from: <http://www.medra.org/servlet/aliasResolver?alias=iospress&doi=10.3233/WO>

R-182783

- Fiacco S, Walther A, Ehlert U. Steroid secretion in healthy aging. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. Elsevier Ltd; 2018 Sep;18(30579–1):S0306-4530. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.09.035>
- Griffith DM. Biopsychosocial Approaches to Men's Health Disparities Research and Policy. *Behav. Med.* [Internet]. 2016 Jul 2;42(3):211–5. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08964289.2016.1194158>
- Gudlavalleti VSM. Challenges in Accessing Health Care for People with Disability in the South Asian Context: A Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2018;15(11):2366. Available from: <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/11/2366>
- Guimarães JMN, Chor D, Werneck GL, Carvalho MS, Coeli CM, Lopes CS, et al. Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Prá-Saúde cohort study. *BMC Public Health.* 2012;12(1).
- Hajek A, Brettschneider C, Lühmann D, Eisele M, Mamone S, Wiese B, et al. Does visual impairment affect social ties in late life? Findings of a multicenter prospective cohort study in Germany. *J. Nutr. Health Aging* [Internet]. 2017 Jun 5;21(6):692–8. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s12603-016-0768-0>
- Höfelmann D, Garcia L, Freitas L. Self-rated health in Brazilian adults and elderly: Data from the National Household Sample Survey 2008. *Salud Publica Méx.* [Internet]. 2014;56(6):603–611. Available from: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2014/VOL 56 No 6/3Elderly.pdf
- Hughes K, Bellis MA, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet* [Internet]. 2012 Apr;379(9826):1621–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611618515>
- IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde: Manual De Instruções Para Preenchimento Do Inquérito Moradores. 2006; Available from: [https://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Novos/Manual Moradores.pdf](https://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Novos/Manual_Moradores.pdf)
- Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a

- unified conceptual model. *Soc. Sci. Med.* [Internet]. Elsevier Ltd; 2009;69(3):307–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>
- Larsen LP, Johnsen SP, Andersen G, Hjollund NH. Determinants of Self-Rated Health Three Months after Stroke. *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.* [Internet]. Elsevier Inc.; 2016;25(5):1027–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.12.014>
- Lima-Costa MF, Cesar CC, Chor D, Proietti FA. Self-rated Health Compared With Objectively Measured Health Status as a Tool for Mortality Risk Screening in Older Adults: 10-Year Follow-up of the Bambui Cohort Study of Aging. *Am. J. Epidemiol.* [Internet]. 2012 Feb 1;175(3):228–35. Available from: <https://academic.oup.com/aje/article-lookup/doi/10.1093/aje/kwr290>
- Liu PL, Cohen HJ, Fillenbaum GG, Burchett BM, Whitson HE. Association of Co-Existing Impairments in Cognition and Self-Rated Vision and Hearing With Health Outcomes in Older Adults. *Gerontol. Geriatr. Med.* [Internet]. 2016;2:233372141562349. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2333721415623495>
- Livneh H, Martz E. Adjustment to Chronic Illness and Disabilities: Theoretical Perspectives, Empirical Findings, and Unresolved Issues. *Oxford Handb. Rehabil. Psychol.* 2012.
- Lommel LL, Chen JL. The Relationship Between Self-Rated Health and Acculturation in Hispanic and Asian Adult Immigrants: A Systematic Review. *J. Immigr. Minor. Heal.* [Internet]. Springer US; 2016;18(2):468–78. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10903-015-0208-y>
- Mahmoudi E, Meade MA. Disparities in access to health care among adults with physical disabilities: Analysis of a representative national sample for a ten-year period. *Disabil. Health J.* [Internet]. Elsevier Inc; 2015;8(2):182–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.08.007>
- Malta DC, Stopa SR, Canuto R, Gomes NL, Mendes VLF, Goulart BNG de, et al. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien. Saude Colet.* [Internet]. 2016;21(10):3253–64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003253&lng=pt&tlng=pt

- Moor I, Spallek J, Richter M. Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *J. Epidemiol. Community Health* [Internet]. 2017 Jun;71(6):565–75. Available from: <http://jech.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jech-2016-207589>
- National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities C for DC and P. Disability Impacts All of Us [Internet]. 2018. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/infographic-disability-impacts-all.html>
- Neille J, Penn C. Beyond physical access: a qualitative analysis into the barriers to policy implementation and service provision experienced by persons with disabilities living in a rural context. *Rural Remote Health*. 2015;15(3):3332.
- Nordvik Ø, Laugen Heggdal PO, Brännström J, Vassbotn F, Aarstad AK, Aarstad HJ. Generic quality of life in persons with hearing loss: a systematic literature review. *BMC Ear, Nose Throat Disord.* [Internet]. *BMC Ear, Nose and Throat Disorders*; 2018;18(1):1. Available from: <https://bmcearthroatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12901-018-0051-6>
- Palmer AD, Newsom JT, Rook KS. How does difficulty communicating affect the social relationships of older adults? An exploration using data from a national survey. *J. Commun. Disord.* [Internet]. 2016 Jul;62:131–46. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0021992416300582>
- La Parra Casado D, Gil González D, de la Torre Esteve M. The social class gradient in health in Spain and the health status of the Spanish Roma. *Ethn. Heal.* [Internet]. 2016;21(5):468–79. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13557858.2015.1093096>
- Popplewell NTA, Rechel BPD, Abel GA. How do adults with physical disability experience primary care? A nationwide cross-sectional survey of access among patients in England. *BMJ Open* [Internet]. 2014;4(8):e004714–e004714. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmjopen-2013-004714>
- R Core Team. *R: A Language and Environment for Statistical Computing.* [Internet]. R Found. Stat. Comput. Vienna, Austria. 2015. Available from: <https://www.r-project.org/>

- Redfors YD, Olaison S, Karlsson J, Hellgren J, Möller C. Hearing-related, health-related quality of life in patients who have undergone otosclerosis surgery: A long-term follow-up study. *Int. J. Audiol.* [Internet]. 2015;54(2):63–9. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14992027.2014.948220>
- Reyes Fernández B, Rosero-Bixby L, Koivumaa-Honkanen H. Effects of Self-Rated Health and Self-Rated Economic Situation on Depressed Mood Via Life Satisfaction among Older Adults in Costa Rica. *J. Aging Health.* 2016;28(2):225–43.
- Ryu J, Yoon Y, Kim H, Kang C, Jung-Choi K. The Change of Self-Rated Health According to Working Hours for Two Years by Gender. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2018;15(9):1984. Available from: <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/9/1984>
- Souza-Júnior PRB de, Freitas MPS de, Antonaci G de A, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 [Sample design of the National Health Survey 2013]. *Epidemiol. e Serviços Saúde* [Internet]. 2015;24(2):207–16. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200207&lng=en&nrm=iso&tlng=en (accesed Aug 15; 2016).
- Theme Filha MM, Szwarcwald CL, de Souza PRB. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. *Rev. Saude Publica.* 2008;42(1):73–81.
- United Nations. Disability in Albania: annual report 2007–2008. A Review of the disability assessment system in Albania. [Internet]. 2014. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jgs.13205>
- World Health Organization. World report on disability. 2011.

6. ARTIGO

Título: Autopercepção de saúde em deficientes no Brasil: um recorte sobre o tipo e a origem da deficiência e o grau de limitação

Título em inglês: Self-rated health in disabled people in Brazil: a view of type and origin of disability and level of limitation

Título resumido: Self-rated health in disabled people in Brazil

Autores: Paula Anderle, Patrícia Klarmann Ziegelmann, Bárbara Niegia Garcia de Goulart

Revista a ser submetido: Archives of Public Health

INTRODUÇÃO

A autopercepção de saúde é uma ferramenta de mensuração do estado de saúde dos indivíduos, dependendo apenas de um processo cognitivo, sem interferência de regras ou definições formais. É um método de baixo custo e relativamente simples para medir o estado de saúde real (Reyes Fernández, Rosero-Bixby, and Koivumaa-Honkanen, 2016), que leva em consideração aspectos socioeconômicos, psicossociais e de acesso à saúde. Ainda, é um importante preditor de doenças crônicas, incapacidade, declínio funcional (Cau, Falcão, and Arnaldo, 2016) e mortalidade (Guimarães et al., 2012), sendo que seu valor preditivo é comparável a mensurar a saúde de forma objetiva (Guimarães et al., 2012; Lima-Costa, Cesar, Chor, and Proietti, 2012). Globalmente, pesquisadores tem utilizado essa mensuração de saúde e estudado o tema. Nos Estados Unidos, uma pesquisa apontou que pessoas com percepção de saúde ruim apresentam risco duas vezes maior de mortalidade por todas as causas quando comparados aos pares que relatam percepção de saúde excelente, mantendo essa associação na análise ajustada para indicadores objetivos de doenças (DeSalvo, Bloser, Reynolds, He, and Muntner, 2005). No Brasil, estudos de base populacional tem associado uma pior percepção de saúde a menores níveis socioeconômicos, ao sexo feminino, ao aumento da idade, à menor escolaridade e à deficiência/incapacidade física e sensorial (Höfelmann, Garcia, and Freitas, 2014; Drumond Andrade and Deepak Mehta, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), pessoas com deficiência representam aproximadamente 15% da população mundial (World Health Organization, 2011) e 200 milhões tem dificuldades funcionais consideráveis (Hughes et al., 2012; Neille and Penn, 2015). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 estima que 6.2% da

população brasileira tem algum tipo de deficiência, sendo que as deficiências sensoriais visual e auditiva atingem 3.6% e 1.1% da população, respectivamente, causando grau de limitação intenso ou muito intenso nas atividades diárias em 16% dos deficientes visuais e em 21% dos auditivos. A deficiência física, por sua vez, afeta 2.651 milhões de brasileiros (1.3%); e, destes, 46.8% tem grau de limitação intenso ou muito intenso (BRASIL, 2015).

A autopercepção de saúde é amplamente utilizada em pesquisas ao redor do mundo (Jylhä, 2009; Cau, Falcão, and Arnaldo, 2016; Reyes Fernández, Rosero-Bixby, and Koivumaa-Honkanen, 2016; Drumond Andrade and Deepak Mehta, 2018). No entanto, poucos estudos tem investigado a autopercepção de saúde de forma detalhada na população com deficiências físicas ou sensoriais. A autopercepção de saúde foi utilizada por Liu e colaboradores (Liu, Cohen, Fillenbaum, Burchett, and Whitson, 2016) para avaliar a associação entre deficiência cognitiva e deficiências sensoriais coexistentes na saúde de idosos, concluindo que pessoas nessa condição apresentam pior percepção de saúde. Ainda, as deficiências sensoriais foram associadas à autopercepção de saúde ruim. Redfors e colaboradores (Redfors, Olaison, Karlsson, Hellgren, and Möller, 2015) estudaram a população de deficientes auditivos com otosclerose que passaram por cirurgia, mas avaliaram a saúde relacionada à qualidade de vida. Os autores concluíram que, mesmo com perda auditiva de moderada a severa e deficiência auditiva, os pacientes submetidos à cirurgia apresentam boa qualidade de vida relacionada à saúde.

Porém, a autopercepção de saúde não foi investigada em dois contextos: na deficiência congênita ou adquirida e na presença ou não de limitação. Nos estudos encontrados, Bogart e colaboradores discutem o comportamento de pessoas com deficiência congênita em relação às pessoas com deficiência adquirida, apontando que os deficientes congênitos utilizam mais comportamentos adaptativos quando comparados aos que adquiriram a deficiência ao longo da vida (Bogart, Tickle-Degnen, and Ambady, 2012). Em outro estudo, o mesmo autor expõe a teoria de que deficientes congênitos se adaptam mais facilmente do que deficientes adquiridos, concluindo que o autoconceito de deficiência cumpre papel decisivo no processo de adaptação à deficiência, prevendo melhor qualidade de vida (Bogart, 2014), sendo que a idade do indivíduo e o tempo de exposição à deficiência podem auxiliar no processo de autoconceito.

Autores pesquisaram se distúrbios físicos (deficiência física e doenças crônicas) estariam relacionados à ansiedade e ao bem-estar em adolescentes (Balázs et al., 2018), concluindo que os níveis de ansiedade eram maiores nos indivíduos que relataram ter deficiência física, sendo que o comprometimento funcional relacionado a condições de saúde foi diretamente

associado a menor bem-estar subjetivo. Larsen e colaboradores (Larsen, Johnsen, Andersen, and Hjollund, 2016) compararam a autopercepção de saúde de indivíduos que tiveram acidente vascular cerebral (AVC) com a população geral. Os autores concluíram que sequelas mais graves e maior nível de limitação após o AVC são fatores de risco para pior autopercepção de saúde.

Frente a este cenário, investigar a autopercepção de saúde dos indivíduos com deficiência física ou sensorial, explorando os fatores de ser congênita ou adquirida e suas limitações, torna-se de extrema importância. Estes resultados podem auxiliar no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção em saúde pública, direcionamento de custos e melhora da qualidade de vida, sendo essenciais para compreender os fenômenos sociodemográficos e epidemiológicos da população de deficientes, tais como atividades de representação social, inclusão no mercado de trabalho e uso de serviços públicos. Assim sendo, este estudo tem por objetivo avaliar, de forma independente, se deficiência física, auditiva e visual são fatores de exposição associados à autopercepção de saúde na população brasileira adulta. Estes fatores são categorizados de modo a incorporar a informação sobre a deficiência ser congênita ou adquirida e de causar ou não limitação.

MÉTODO

Delineamento do estudo e fonte de dados

Estudo transversal com análise secundária de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada no Brasil em 2013, pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e com a Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz) (Damacena et al., 2015). Estruturada em 20 módulos, a PNS aborda aspectos sociodemográficos, utilização dos serviços públicos e particulares de saúde, estado de saúde e estilo de vida. Foi aprovada pelo CONEP sob o parecer de número 10853812.7.0000.0008.

Amostragem

A PNS é uma pesquisa domiciliar, com amostragem probabilística para estimativas da população brasileira, desenvolvida a partir de Amostra Mestra do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares do IBGE. Desta forma, a amostra foi selecionada por conglomerados, com estratificação das Unidades Primárias de Amostragem (UPA), ou seja, regiões geográficas, sendo dividida em três estágios: (I) setores censitários das UPA; (II)

domicílios da UPA; e (III) morador adulto respondente (maior ou igual a 18 anos) selecionado em cada domicílio. Os domicílios e os moradores foram selecionados por amostragem aleatória simples (Damacena et al., 2015; Souza-Júnior, Freitas, Antonaci, and Szwarcwald, 2015). Detalhes sobre o plano de amostragem estão apresentados em artigo publicado (Souza-Júnior, Freitas, Antonaci, and Szwarcwald, 2015). Foram selecionados 64.348 domicílios, porém foram efetivadas 60.202 entrevistas.

Participantes

A população do estudo foi constituída por indivíduos com idade igual ou maior a 18 anos, respondentes da PNS, que somam o total de 60.202.

Autopercepção de saúde

A percepção do estado geral de saúde, desfecho deste estudo, foi obtida de modo autorreferido. Os participantes responderam à questão: “Em geral, como você avalia sua saúde: muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim?”. As respostas foram agrupadas em duas categorias boa (muito boa e boa) e ruim (regular, ruim e muito ruim).

Fatores de exposição

Foram levados em consideração três fatores de exposição: deficiência física, deficiência auditiva e deficiência visual, obtidos de modo autorreferido. Assim, foram considerados com deficiência física os indivíduos que responderam positivamente à questão “Você possui deficiência física?”. Para deficiências sensoriais, foram considerados os que responderam positivamente às questões: “Você possui deficiência auditiva?” e “Você possui deficiência visual?”. Ainda, também foram investigadas as exposições sobre deficiência congênita ou adquirida e limitação das atividades diárias categorizada em “limita” (limita muito, limita moderadamente e limita muito intensamente) e “não limita” (limita pouco e não limita). A partir dos fatores acima, foram criados modelos que incluíam os aspectos da origem (congênita e adquirida) e da limitação para cada deficiência (sem limitação e com limitação). Esses modelos foram analisados em etapas de três e cinco categorias, sendo o modelo final categorizado em “não deficientes, deficiência congênita com limitação, deficiência adquirida com limitação, deficiência congênita sem limitação e deficiência adquirida sem limitação”.

Variáveis de ajuste

Para ajuste foram utilizadas variáveis sociodemográficas: sexo (feminino e masculino), idade (categorizada em 18-39 anos, 40-59 anos e 60 anos ou mais), cor da pele (categorizada em branca e não branca; sendo que entre os não brancos estão negros, pardos, indígenas e miscigenações em geral), escolaridade (categorizada em ensino fundamental e ensino médio ou mais anos de estudo) e trabalho (com atividade remunerada ou não; sendo a atividade remunerada compreendida como atividade laboral no mercado de trabalho formal ou informal, que resulte em ganho monetário). Também foi utilizada uma variável de saúde para doença crônica, incluindo Diabetes Mellitus, hipertensão, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, doença pulmonar e câncer. Esta variável foi categorizada em “possuir” (pelo menos uma destas doenças) ou “não possuir” (pelo menos uma destas doenças).

Análise dos dados

Os dados foram apresentados utilizando frequências absolutas e relativas estimadas para a população em estudo. Modelos de regressão de Poisson foram ajustados de maneira independente para cada fator de exposição, estimando assim razões de prevalências. Foram estimadas razões de prevalência brutas e ajustadas por fatores sociodemográficos (sexo, idade, cor da pele, escolaridade, trabalho) e também a presença de doença crônica. Todas as análises foram realizadas utilizando dados ponderados que levaram em consideração as características da amostragem, não resposta e calibração, sendo realizadas com os pacotes *Survey* e *Sandwich* do programa R (R Core Team, 2015) que incorporam ajuste para o delineamento amostral complexo da pesquisa.

7. RESULTADOS

A população adulta brasileira abrangida por este estudo foi de 146.308.458 indivíduos. A prevalência de deficiência física foi estimada em 1,8%, a de deficiência auditiva em 2,4% e a de deficiência visual em 5,6%. Este resultado é baseado em uma amostra com idade média de 43,31 anos (DP=16,68), sendo 57,0% do sexo feminino, 60,0% não brancos, 54,3% com escolaridade entre ensino médio e graduação/pós-graduação, 56,5% em atividade de trabalho remunerada e 73,6% sem doença crônica relatada. A prevalência de autopercepção de saúde ruim foi estimada em 35,0% da população total. Entre os que referiram pior percepção de saúde, encontram-se prioritariamente mulheres (62,0%), indivíduos entre 40 e 50 anos de idade (39,5%), pessoas com cor da pele não branca (64,8%), nível educacional até o ensino fundamental (62,7%) e sem atividade de trabalho remunerada (56,4%) (Tabela 1).

Na análise bruta, todas as deficiências se mostraram associadas à pior percepção de saúde, sendo o maior efeito observado para deficiência física (RP=2,05, IC95% 2,04-2,07), seguida das deficiências sensoriais: auditiva (RP=1,85, IC95% 1,84-1,87) e visual (RP=1,83, IC95% 1,82-1,85). Ainda, foi significativamente associada às deficiências adquiridas com limitação das atividades diárias (deficiência física RP=2,32, IC95% 2,31-2,33, deficiência auditiva RP=2,08, IC95% 2,05-2,10 e deficiência visual RP=2,43, IC95% 2,42-2,44).

Na análise ajustada, a relação de associação entre cada deficiência e a autopercepção de saúde ruim diferiu entre os três tipos de deficiência. Na deficiência física todas as categorias foram significativamente associadas à percepção ruim de saúde: congênita sem limitação (RP=1,59, IC95% 1,54-1,63), congênita com limitação (RP=1,56, IC95% 1,53-1,58), adquirida com limitação (RP=1,47, IC95% 1,45-1,49) e adquirida sem limitação (RP=1,27, IC95% 1,23-1,30) sendo o menor efeito observado para esta última categoria. Nas deficiências sensoriais, a categoria congênita sem limitação não se mostrou significativamente associada com autopercepção de saúde. Na deficiência auditiva, os valores foram maiores para a condição congênita com limitação (RP=1,33, IC95% 1,30-1,35), seguida das condições adquiridas com e sem limitação, ambas com o mesmo valor (RP=1,27, IC95% 1,25-1,29). Indivíduos com deficiência visual congênita limitante apresentaram maior tamanho de efeito (RP=1,72, IC95% 1,70-1,73), em relação às categorias adquirida com limitação (RP=1,51, IC95% 1,50-1,52) e adquirida sem limitação (RP=1,23, IC95% 1,21-1,24) (Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição dos participantes em estudo, segundo características sociodemográficas, outras características individuais e autopercepção de saúde - Pesquisa Nacional de Saúde 2013, Brasil*.

Variáveis	População total n (%)	Percepção de saúde boa n (%)	Percepção de saúde ruim n (%)
Total	60,202 (100.0)	39,141 (65.0)	21,061 (35.0)
Deficiência física			
Sim	1,068 (1.8)	325 (0.8)	743 (3.5)
Não	59,134 (98.3)	39,141 (99.2)	20,318 (96.5)
Deficiência física			
Sem deficiência	59,134 (98.3)	38,816 (66.8)	20,318 (32.2)
Congênita sem limitação	66 (0.1)	35 (51.0)	31 (49.0)
Adquirida sem limitação	242 (0.3)	123 (51.0)	119 (49.0)
Congênita com limitação	98 (0.1)	26 (29.4)	72 (70.6)
Adquirida com limitação	662 (1.0)	141 (22.9)	521 (77.1)
Deficiência auditiva			
Sim	1,464 (2.4)	545 (1.4)	919 (4.4)
Não	58,738 (97.6)	38,596 (98.6)	20,142 (95.6)
Deficiência auditiva			
Sem deficiência	58,738 (97.6)	38,596 (66.8)	20,142 (33.2)
Congênita sem limitação	87 (0.1)	51 (63.1)	36 (36.9)
Adquirida sem limitação	907 (1.6)	373 (39.7)	534 (60.3)
Congênita com limitação	52 (0.0)	25 (34.6)	27 (65.4)
Adquirida com limitação	418 (0.7)	96 (31.0)	322 (69.0)
Deficiência visual			
Sim	3,372 (5.6)	1,369 (3.5)	2,003 (9.6)
Não	56,830 (94.4)	37,772 (96.5)	19,058 (90.43)
Deficiência visual			
Sem deficiência	56,830 (94.4)	37,772 (67.7)	19,058 (32.3)
Congênita sem limitação	162 (0.3)	99 (64.7)	63 (35.3)
Adquirida sem limitação	2,190 (3.5)	1,035 (46.8)	1,155 (53.2)
Congênita com limitação	98 (0.1)	34 (25.0)	64 (75.0)
Adquirida com limitação	922 (1.4)	201 (21.0)	721 (79.0)
Sexo			
Feminino	34,282 (57.0)	21,252 (54.3)	13,030 (62.0)
Masculino	25,920 (43.0)	17,889 (45.7)	8,031 (38.0)
Faixa Etária			
18-39	28,590 (47.4)	22,118 (56.5)	6,472 (30.7)
40-50	20,435 (34.1)	12,116 (31.0)	8,319 (39.5)
60 ou mais	11,177 (18.5)	4,907 (12.5)	6,270 (29.8)
Cor da pele			
Branca	24,106 (40.0)	16,691 (42.6)	7,415 (35.2)
Não-branca	36,093 (60.0)	22,450 (57.4)	13,643 (64.8)
Escolaridade			
Até Ensino Fundamental	22,918 (45.7)	12,136 (37.0)	10,782 (62.7)
Ensino Médio ou mais	27,185 (54.3)	20,783 (63.0)	6,402 (37.3)
Atividade remunerada			
Sim	33,990 (56.5)	24,797 (63.4)	9,193 (43.6)
Não	26,212 (43.5)	14,344 (36.6)	11,868 (56.4)
Doenças crônicas			
Possui	15,943 (26.4)	6,422 (16.5)	9,521 (45.3)
Não possui	44,259 (73.6)	32,719 (83.5)	11,540 (54.7)

*Todas as análises foram realizadas utilizando dados ponderados que levaram em consideração as características da amostragem, não respondida e calibração. Dados expandidos para a população brasileira.

Tabela 2. Análise bruta e ajustada* (regressão de Poisson) de deficiências em relação à autopercepção de saúde – Pesquisa Nacional de Saúde 2013, Brasil**.

Modelos	Percepção de saúde ruim				
	Prevalência ponderada n (%)	RP _{bruto} (IC 95%)	p-valor	RP _{aj} (IC 95%)	p-valor
Total					
Deficiência física					
Sem deficiência	20,318 (33.2)	1.00		1.00	
Com deficiência	743 (68.5)	2.05 (2.04-2.07)	<0,001	1.44 (1.41-1.45)	<0,001
Deficiência física					
Sem deficiência	20,318 (33.2)	1.00		1.00	
Congênita sem limitação	31 (49.0)	1.47 (1.40-1.54)	<0,001	1.59 (1.54-1.63)	<0,001
Adquirida sem limitação	119 (49.0)	1.47 (1.43-1.51)	<0,001	1.27 (1.23-1.30)	<0,001
Congênita com limitação	72 (70.6)	2.12 (2.09-2.14)	<0,001	1.56 (1.53-1.58)	<0,001
Adquirida com limitação	521 (77.1)	2.32 (2.31-2.33)	<0,001	1.47 (1.45-1.49)	<0,001
Deficiência auditiva					
Sem deficiência	20,142 (33.2)	1.00		1.00	
Com deficiência	919 (62.8)	1.85 (1.84-1.87)	<0,001	1.26 (1.25-1.28)	<0,001
Deficiência auditiva					
Sem deficiência	20,142 (33.2)	1.00		1.00	
Congênita sem limitação	36 (36.8)	1.11 (1.01-1.22)	0.025	1.02 (0.88-1.17)	0.773
Adquirida sem limitação	534 (60.2)	1.81 (1.79-1.83)	<0,001	1.27 (1.25-1.29)	<0,001
Congênita com limitação	27 (65.3)	1.97 (1.93-2.00)	<0,001	1.33 (1.30-1.35)	<0,001
Adquirida com limitação	322 (69.0)	2.08 (2.05-2.10)	<0,001	1.27 (1.25-1.29)	<0,001
Deficiência visual					
Sem deficiência	19,058 (32.3)	1.00		1.00	
Com deficiência	2,003 (59.5)	1.83 (1.82-1.85)	<0,001	1.31 (1.30-1.32)	<0,001
Deficiência visual					
Sem deficiência	19,058 (32.3)	1.00		1.00	
Congênita sem limitação	63 (35.2)	1.08 (1.00-1.18)	0.046	1.04 (0.97-1.12)	0.175
Adquirida sem limitação	1,155 (53.1)	1.64 (1.62-1.65)	<0,001	1.23 (1.21-1.24)	<0,001
Congênita com limitação	64 (74.8)	2.31 (2.28-2.33)	<0,001	1.72 (1.70-1.73)	<0,001
Adquirida com limitação	721 (79.0)	2.43 (2.42-2.44)	<0,001	1.51 (1.50-1.52)	<0,001

*Ajustada por sexo, idade, cor, nível educacional, atividade remunerada e doença crônica.

**Todas as análises foram realizadas utilizando dados ponderados que levaram em consideração as características da amostragem, não resposta e calibração.

DISCUSSÃO

Este estudo afirmou que a autopercepção de saúde ruim é mais prevalente em indivíduos com deficiência quando comparados aos não deficientes. Indivíduos com deficiência física relataram pior percepção de saúde em relação aos indivíduos com deficiência sensorial. Após ajuste, os deficientes visuais apresentaram pior percepção de saúde em relação aos deficientes auditivos. Todas as características da deficiência física (congenitas ou adquiridas, com e sem limitação) foram significativamente associadas à percepção ruim de saúde. Nas deficiências sensoriais, a categoria congênita sem limitação não se mostrou

significativamente associada com autopercepção de saúde ruim. Os deficientes sensoriais congênitos com limitação apresentaram os maiores valores de razão de prevalência para a autopercepção de saúde ruim, sendo que os deficientes visuais apresentaram maior tamanho de efeito em relação aos deficientes auditivos. Ainda, pessoas do sexo feminino, idosos, com cor da pele não branca, de baixo nível educacional, sem atividade de trabalho remunerada e com alguma doença crônica também apresentam pior percepção de saúde.

A avaliação da autopercepção de saúde é amplamente utilizada em inquéritos de saúde ao redor do mundo, uma vez que é um preditor importante de mortalidade (DeSalvo, Bloser, Reynolds, He, and Muntner, 2005; Jylhä, 2009; Alfonso et al., 2012), morbidade (Theme Filha, Szwarcwald, and de Souza, 2008), utilização de serviços de saúde (DeSalvo, Fan, McDonell, and Fihn, 2005), bem como relaciona-se diretamente com indicadores sociodemográficos, como sexo, idade e escolaridade (Höfelmann, Garcia, and Freitas, 2014; Drumond Andrade and Deepak Mehta, 2018). É comparada a medir saúde de forma objetiva e recomendada pela Organização Mundial de Saúde (Jylhä, 2009; Guimarães et al., 2012), pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC) e pela Comissão Europeia, como uma medida confiável de monitoramento da saúde populacional (Lommel and Chen, 2016), sendo assim, é uma ferramenta relevante para direcionar a criação de ações e políticas públicas de saúde.

A literatura tem associado a pior percepção de saúde a questões como baixos níveis socioeconômicos (La Parra Casado, Gil González, and de la Torre Esteve, 2016) e educacionais (Drumond Andrade and Deepak Mehta, 2018), sexo, aumento da idade, doenças crônicas, limitação de atividade e deficiências física e sensoriais (Alfonso et al., 2012; Höfelmann, Garcia, and Freitas, 2014). Pessoas com deficiência tendem a relatar pior estado de saúde geral em relação a indivíduos sem deficiência; além de taxas mais altas de fatores de risco para a saúde (Altman and Bernstein, 2008; Popplewell, Rechel, and Abel, 2014; National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, 2018). Dados que corroboram com os resultados encontrados, nos quais indivíduos deficientes apresentam maior prevalência de percepção de saúde ruim em comparação aos não deficientes. Ainda, pessoas com deficiências adquiridas limitantes também tem maior prevalência de pior percepção de saúde quando comparados aos deficientes congênitos com e sem limitação e aos adquiridos sem limitação. Após análise ajustada para características sociodemográficas e presença de doenças crônicas, a associação entre autopercepção de saúde ruim diferiu de acordo com as deficiências física, auditiva e visual, sendo que as deficiências sensoriais congênitas sem limitação não foram significativamente associadas ao desfecho.

Neste ponto, estudos tem mostrado que as deficiências sensoriais adquiridas são limitantes, uma vez que causam isolamento social e solidão (Redfors, Olaison, Karlsson, Hellgren, and Möller, 2015; Palmer, Newsom, and Rook, 2016; Hajek et al., 2017; Nordvik et al., 2018). A restrição da participação social nessa população está relacionada a maiores índices de depressão e pior percepção de saúde. Acredita-se que pessoas que nasceram com a deficiência e não tem limitação nas atividades foram habilitados para desenvolver sua máxima funcionalidade (United Nations, 2014), conseguindo desempenhar suas atividades sociais, resultando em melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, melhor percepção de saúde quando comparados aos que perderam alguma função importante e necessitaram de reabilitação para retomar suas atividades.

Com relação à deficiência física, estima-se que deficientes físicos são a maior subpopulação desatendida, tendo 75% mais chance de ter necessidades de saúde não atendidas (Mahmoudi and Meade, 2015). Esta condição não é apenas um problema de saúde do indivíduo, mas reflete as dificuldades e negligências que os deficientes experimentam em sua interação com a sociedade e barreiras físicas arquitetônicas (Poplewell, Rechel, and Abel, 2014). Fatos que podem justificar a maior associação com a autopercepção de saúde ruim nesta população.

Estudos apontam que as incapacidades sensoriais – visual e auditiva – e físicas são uma das principais doenças globais que contribuem fortemente para prejuízo dos indivíduos e da sociedade (Altman and Bernstein, 2008; Agrawal et al., 2011). Ainda, os deficientes são mais propensos a doenças crônicas e ao uso de tabaco, além de enfrentarem barreiras no acesso à saúde (National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, 2018). No presente estudo, indivíduos com presença de pelo menos uma doença crônica apresentaram prevalência 1.4 vezes maior de relato de pior percepção de saúde, concordando com a literatura encontrada, na qual as doenças crônicas estão associadas à autopercepção de saúde ruim (Botosaneanu et al., 2015). Acredita-se que a presença de doenças crônicas causa limitações na rotina dos indivíduos, interferindo negativamente na qualidade de vida que, por sua vez, contribui no julgamento do status de saúde.

Diversos estudos tem apontado que pessoas do sexo feminino, idosos, com cor de pele não branca e com menores níveis educacionais e econômicos relatam pior percepção de saúde (Alfonso et al., 2012; Höfelmann, Garcia, and Freitas, 2014; Drumond Andrade and Deepak Mehta, 2018). Nesta pesquisa, também houve significância nos resultados apresentados pelo sexo feminino. A maior jornada de trabalho das mulheres em relação aos homens, no binômio casa-trabalho, resultando em maior sensação de cansaço e,

consequentemente, pior percepção de saúde, pode justificar tal associação. Estudos tem apontado que a falta de recuperação das tensões e demandas do cotidiano está ligada ao aumento dos níveis de problemas relacionados ao estresse e ao desenvolvimento de problemas de saúde, mostrando que existe associação entre a jornada de trabalho e a autoavaliação de saúde ruim no sexo feminino, com odds ratio de 5.4 vezes maior em relação ao sexo masculino (Ejlertsson, Heijbel, Troein, and Brorsson, 2017; Ryu, Yoon, Kim, Kang, and Jung-Choi, 2018). Em contrapartida, autores atentam para as disparidades na saúde da população masculina, perpassando por questões culturais e na forma como os homens são ensinados a se comportar, sendo menos sensíveis a mudanças no estado de saúde, o que resulta em menor procura por serviços de saúde (Baker, 2015)(Griffith, 2016). Acredita-se que esses fatores podem influenciar na autopercepção de saúde, fazendo com que os homens julguem o status de saúde como melhor com o intuito de não precisar buscar auxílio médico.

Ainda, os resultados mostraram significância na percepção de saúde ruim em idosos, dado consolidado na literatura encontrada, nas quais o aumento da idade, muitas vezes, vem associado ao aparecimento de doenças crônicas, declínio funcional, diminuição da independência e isolamento social (Fiacco, Walther, and Ehlert, 2018), contribuindo para pior percepção de saúde vinculada à percepção psicossocial. Uma coorte realizada com idosos, na Austrália, apontou que apresentar piora na autopercepção de saúde dobrava o risco de morte entre os participantes que haviam referido percepção de saúde global negativa; e um aumento de 30% no risco de morte entre os que tinham avaliado sua saúde como positiva no início do estudo (Alfonso et al., 2012). Outro estudo realizado com 11.833 brasileiros concluiu que pessoas idosas com pior percepção de saúde necessitam dos mesmos cuidados que indivíduos que tiveram sua saúde mensurada objetivamente (Lima-Costa, Cesar, Chor, and Proietti, 2012). O risco de pior percepção de saúde na população idosa ainda é uma constante nas pesquisas realizadas, ressalta-se o crescente envelhecimento da população mundial e a necessidade de governantes e gestores de saúde atentarem para estes dados na criação de novas políticas de saúde que atendam à demanda dessa população.

Com relação às condições socioeconômicas, uma pesquisa de base populacional realizada no Brasil, analisou a associação dos níveis educacionais com a pior percepção de saúde, concluindo que o menor nível educacional está relacionado ao status de saúde ruim (Drumond Andrade and Deepak Mehta, 2018). Em contrapartida, o aumento da escolaridade possibilitaria mais conhecimento e melhor acesso à saúde, influenciando para autopercepção de saúde boa (Almeida-Filho, 2011). Dados que vão ao encontro dos resultados obtidos,

apontando que pessoas com escolaridade entre o ensino médio e a graduação/pós-graduação, tendem a perceber sua saúde com melhor, em relação aos que estudaram até o ensino fundamental. Quando observado o aspecto econômico, indivíduos em atividade de trabalho remunerada apresentaram maior prevalência de autopercepção de saúde boa. Uma revisão sistemática mostrou que fatores materiais contribuem mais para diferenças na autoavaliação da saúde, indicando que as estratégias de redução das desigualdades sociais devem focar nas condições financeiras, uma vez que modelam os recursos psicossociais e o comportamento de saúde dos indivíduos (Moor, Spallek, and Richter, 2017).

A proposta apresentada neste estudo baseia-se em pontos fortes e mostra-se relevante no cenário brasileiro e internacional, uma vez que tem uma amostra nacionalmente representativa e traz um tema importante nas discussões aplicáveis às políticas de saúde. O perfil populacional vem mudando no decorrer dos anos, e as deficiências e as incapacidade vem tomando espaço entre os acometimentos que causam limitação aos indivíduos. Desta forma, estudos de base populacional são relevantes, pois permitem avaliar os cenários de saúde de cada país e comparar diversas populações ao redor do mundo. Ainda, os dados apresentados contam com análise ponderada, com resultados extrapolados para toda população brasileira.

Porém, algumas limitações devem ser apontadas: os autores não participaram do processo de coleta de dados, uma vez que foi utilizado banco de dados abertos. Ainda, as informações sobre as deficiências foram coletadas de modo autorreferido, sendo, portanto, dependentes do entendimento pessoal de cada participante a cerca de sua deficiência. Neste ponto, um estudo de revisão aponta a importância de definições padronizadas sobre as deficiências, uma vez que há grande variação no autorrelato sobre deficiências durante os censos (Gudlavalleti, 2018). Ainda, a informação sobre a autopercepção de saúde foi coletada com uma única medida, sendo uma análise subjetiva de cada indivíduo. Mesmo que amplamente utilizada em inquéritos de saúde, deve-se lembrar de que essa avaliação pode variar de acordo com as experiências e aspectos culturais de cada indivíduo. Assim, reforça-se a iniciativa de pesquisas com amostras representativas, que realizem avaliações objetivas dos fatores aqui estudados, para novas análises que contribuam na compreensão da associação entre a autopercepção de saúde e os tipos de deficiências e graus de limitação.

CONCLUSÃO

No Brasil, as deficiências física e sensorial são fatores de exposição associados à autopercepção de saúde na população adulta. Em pessoas com deficiência física, todas as

categorias quanto à origem (congenita ou adquirida) e existência ou não de limitação aumentaram a prevalência de percepção de saúde ruim quando comparados aos não deficientes. Nos deficientes sensoriais, há diferença entre as categorias congênita e adquirida, com e sem limitação, mostrando a importância de estratificar as deficiências para melhor entendimento da dinâmica de cada categoria e limitação. Ainda, variáveis sociodemográficas e presença de doenças crônicas também são associadas à pior autopercepção de saúde.

Com os resultados encontrados, espera-se sensibilizar os órgãos competentes, contribuindo para criação de políticas públicas de saúde, apoio social e inclusão das pessoas com deficiência. Reforça-se a importância de novas pesquisas que abordem essa temática e população e que possam elucidar as limitações deste estudo.

REFERÊNCIAS

- Agrawal N, Kalaivani M, Gupta SK, Misra P, Anand K, Pandav CS. Association of blindness and hearing impairment with mortality in a cohort of elderly persons in a rural area. *Indian J. Community Med.* [Internet]. 2011;36(3):208–12. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3214446&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Alfonso H, Beer C, Yeap BB, Hankey GJ, Flicker L, Almeida OP. Perception of worsening health predicts mortality in older men: The Health in Men Study (HIMS). *Arch. Gerontol. Geriatr.* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2012;55(2):363–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2012.04.005>
- Almeida-Filho N. Higher education and health care in Brazil. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2011;377(9781):1898–900. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60326-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60326-7)
- Altman B, Bernstein A. Disability and Health in the United States 2001-2005. *Natl. Cent. Heal. Stat.* Hyattsville, MD; 2008.
- Baker P. National men ' s health policies: can they help ? *Trends Urol. Men's Heal.* 2015;6(6):24–6.
- Balázs J, Miklósi M, Keresztény A, Hoven CW, Carli V, Wasserman C, et al. Comorbidity of physical and anxiety symptoms in adolescent: Functional impairment, self-rated health and subjective well-being. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2018;15(8):1–12.
- Bogart KR. The role of disability self-concept in adaptation to congenital or acquired disability. *Rehabil. Psychol.* 2014;59(1):107–15.
- Bogart KR, Tickle-Degnen L, Ambady N. Compensatory expressive behavior for facial paralysis: Adaptation to congenital or acquired disability. *Rehabil. Psychol.* 2012;57(1):43–51.
- Botosaneanu A, Ambrosius WT, Beavers DP, de Rekeneire N, Anton S, Church T, et al. Prevalence of Metabolic Syndrome and Its Association with Physical Capacity, Disability, and Self-Rated Health in Lifestyle Interventions and Independence for Elders Study Participants. *J. Am. Geriatr. Soc.* [Internet]. 2015 Feb;63(2):222–32. Available from:

- <http://doi.wiley.com/10.1111/jgs.13205>
- BRASIL. Decreto N° 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. [Internet]. 1999. Available from: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec3298.pdf>
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. A inclusão escolar de alunos com necessidades educacionais especiais DEFICIÊNCIA FÍSICA [Internet]. 2006 p. 1–36. Available from: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/deffisica.pdf>
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Relatório Pesquisa Nacional de Saúde [Internet]. 2015. p. 2015. Available from: <http://www.ebc.com.br/noticias/2015/08/ibge-62-da-populacao-tem- algum-tipo-de-deficiencia>.
- Cau BM, Falcão J, Arnaldo C. Determinants of poor self-rated health among adults in urban Mozambique. *BMC Public Health* [Internet]. *BMC Public Health*; 2016;16(1):20–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3552-5>
- Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta DC, Souza Júnior PRB de, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol. e Serviços Saúde* [Internet]. 2015;24(2):197–206. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200197&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. A Meta-Analysis. *J. GEN INTERN MED*. 2005;2:267–75.
- DeSalvo KB, Fan VS, McDonnell MB, Fihn SD. Predicting mortality and healthcare utilization with a single question. *Health Serv. Res*. 2005;40(4):1234–46.
- Drumond Andrade FC, Deepak Mehta J. Increasing educational inequalities in self-rated health in Brazil, 1998-2013. *PLoS One* [Internet]. 2018;13(4):1–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0196494>
- Ejlertsson L, Heijbel B, Troein M, Brorsson A. Variation, companionship and manageability important for recovery during working hours. *Eur. J. Public Health* [Internet]. 2017 Nov 1;27(suppl_3):149–56. Available from: <http://www.medra.org/servlet/aliasResolver?alias=iospress&doi=10.3233/WO>

R-182783

- Fiacco S, Walther A, Ehlert U. Steroid secretion in healthy aging. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. Elsevier Ltd; 2018 Sep;18(30579–1):S0306-4530. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.09.035>
- Griffith DM. Biopsychosocial Approaches to Men's Health Disparities Research and Policy. *Behav. Med.* [Internet]. 2016 Jul 2;42(3):211–5. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08964289.2016.1194158>
- Gudlavalleti VSM. Challenges in Accessing Health Care for People with Disability in the South Asian Context: A Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2018;15(11):2366. Available from: <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/11/2366>
- Guimarães JMN, Chor D, Werneck GL, Carvalho MS, Coeli CM, Lopes CS, et al. Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Prá-Saúde cohort study. *BMC Public Health.* 2012;12(1).
- Hajek A, Brettschneider C, Lühmann D, Eisele M, Mamone S, Wiese B, et al. Does visual impairment affect social ties in late life? Findings of a multicenter prospective cohort study in Germany. *J. Nutr. Health Aging* [Internet]. 2017 Jun 5;21(6):692–8. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s12603-016-0768-0>
- Höfelmann D, Garcia L, Freitas L. Self-rated health in Brazilian adults and elderly: Data from the National Household Sample Survey 2008. *Salud Publica Méx.* [Internet]. 2014;56(6):603–611. Available from: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2014/VOL 56 No 6/3Elderly.pdf
- Hughes K, Bellis MA, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet* [Internet]. 2012 Apr;379(9826):1621–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611618515>
- IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde: Manual De Instruções Para Preenchimento Do Inquérito Moradores. 2006; Available from: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Novos/Manual Instrucao Moradores.pdf>
- Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a

- unified conceptual model. *Soc. Sci. Med.* [Internet]. Elsevier Ltd; 2009;69(3):307–16. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>
- Larsen LP, Johnsen SP, Andersen G, Hjollund NH. Determinants of Self-Rated Health Three Months after Stroke. *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.* [Internet]. Elsevier Inc.; 2016;25(5):1027–34. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.12.014>
- Lima-Costa MF, Cesar CC, Chor D, Proietti FA. Self-rated Health Compared With Objectively Measured Health Status as a Tool for Mortality Risk Screening in Older Adults: 10-Year Follow-up of the Bambui Cohort Study of Aging. *Am. J. Epidemiol.* [Internet]. 2012 Feb 1;175(3):228–35. Available from:
<https://academic.oup.com/aje/article-lookup/doi/10.1093/aje/kwr290>
- Liu PL, Cohen HJ, Fillenbaum GG, Burchett BM, Whitson HE. Association of Co-Existing Impairments in Cognition and Self-Rated Vision and Hearing With Health Outcomes in Older Adults. *Gerontol. Geriatr. Med.* [Internet]. 2016;2:233372141562349. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2333721415623495>
- Livneh H, Martz E. Adjustment to Chronic Illness and Disabilities: Theoretical Perspectives, Empirical Findings, and Unresolved Issues. *Oxford Handb. Rehabil. Psychol.* 2012.
- Lommel LL, Chen JL. The Relationship Between Self-Rated Health and Acculturation in Hispanic and Asian Adult Immigrants: A Systematic Review. *J. Immigr. Minor. Heal.* [Internet]. Springer US; 2016;18(2):468–78. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10903-015-0208-y>
- Mahmoudi E, Meade MA. Disparities in access to health care among adults with physical disabilities: Analysis of a representative national sample for a ten-year period. *Disabil. Health J.* [Internet]. Elsevier Inc; 2015;8(2):182–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.08.007>
- Malta DC, Stopa SR, Canuto R, Gomes NL, Mendes VLF, Goulart BNG de, et al. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien. Saude Colet.* [Internet]. 2016;21(10):3253–64. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003253&lng=pt&tlng=pt

- Moor I, Spallek J, Richter M. Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *J. Epidemiol. Community Health* [Internet]. 2017 Jun;71(6):565–75. Available from: <http://jech.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jech-2016-207589>
- National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities C for DC and P. Disability Impacts All of Us [Internet]. 2018. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/infographic-disability-impacts-all.html>
- Neille J, Penn C. Beyond physical access: a qualitative analysis into the barriers to policy implementation and service provision experienced by persons with disabilities living in a rural context. *Rural Remote Health*. 2015;15(3):3332.
- Nordvik Ø, Laugen Heggdal PO, Brännström J, Vassbotn F, Aarstad AK, Aarstad HJ. Generic quality of life in persons with hearing loss: a systematic literature review. *BMC Ear, Nose Throat Disord*. [Internet]. *BMC Ear, Nose and Throat Disorders*; 2018;18(1):1. Available from: <https://bmcearthroatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12901-018-0051-6>
- Palmer AD, Newsom JT, Rook KS. How does difficulty communicating affect the social relationships of older adults? An exploration using data from a national survey. *J. Commun. Disord*. [Internet]. 2016 Jul;62:131–46. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0021992416300582>
- La Parra Casado D, Gil González D, de la Torre Esteve M. The social class gradient in health in Spain and the health status of the Spanish Roma. *Ethn. Heal*. [Internet]. 2016;21(5):468–79. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13557858.2015.1093096>
- Popplewell NTA, Rechel BPD, Abel GA. How do adults with physical disability experience primary care? A nationwide cross-sectional survey of access among patients in England. *BMJ Open* [Internet]. 2014;4(8):e004714–e004714. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmjopen-2013-004714>
- R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing. [Internet]. R Found. Stat. Comput. Vienna, Austria. 2015. Available from: <https://www.r-project.org/>

- Redfors YD, Olaison S, Karlsson J, Hellgren J, Möller C. Hearing-related, health-related quality of life in patients who have undergone otosclerosis surgery: A long-term follow-up study. *Int. J. Audiol.* [Internet]. 2015;54(2):63–9. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14992027.2014.948220>
- Reyes Fernández B, Rosero-Bixby L, Koivumaa-Honkanen H. Effects of Self-Rated Health and Self-Rated Economic Situation on Depressed Mood Via Life Satisfaction among Older Adults in Costa Rica. *J. Aging Health.* 2016;28(2):225–43.
- Ryu J, Yoon Y, Kim H, Kang C, Jung-Choi K. The Change of Self-Rated Health According to Working Hours for Two Years by Gender. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2018;15(9):1984. Available from: <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/9/1984>
- Souza-Júnior PRB de, Freitas MPS de, Antonaci G de A, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 [Sample design of the National Health Survey 2013]. *Epidemiol. e Serviços Saúde* [Internet]. 2015;24(2):207–16. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200207&lng=en&nrm=iso&tlng=en (accesed Aug 15; 2016).
- Theme Filha MM, Szwarcwald CL, de Souza PRB. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. *Rev. Saude Publica.* 2008;42(1):73–81.
- United Nations. Disability in Albania: annual report 2007–2008. A Review of the disability assessment system in Albania. [Internet]. 2014. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jgs.13205>
- World Health Organization. World report on disability. 2011.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da associação entre a autopercepção de saúde e os tipos de deficiências e o grau limitação que elas produzem é relevante, uma vez que os deficientes estão mais expostos a piores condições psicossociais e piores desfechos de saúde. Este estudo concluiu que as deficiências físicas e sensoriais são fatores de exposição associados à autopercepção de saúde na população adulta brasileira. Ainda, todas as categorias de deficiência física foram significativamente associadas à percepção ruim de saúde. Nas deficiências sensoriais, há diferença entre as categorias congênita e adquirida, com e sem limitação, mostrando a importância de estratificar as deficiências para melhor entendimento da dinâmica de cada categoria e limitação. Variáveis sociodemográficas e presença de doenças crônicas também apresentaram associação com a pior autopercepção de saúde.

Assim, acredita-se que os resultados aqui apresentados possam acrescentar no conhecimento acerca das pessoas com deficiência e sensibilizar os órgãos competentes para as questões de acesso à saúde, educação, emprego e inclusão social, contribuindo para criação de novas políticas públicas para pessoas com deficiência. Reforça-se a importância da continuidade de pesquisas que abordem essa temática e população e que auxiliem no desenvolvimento de ações de saúde voltadas aos deficientes brasileiros.