

Análise das características demográficas da autoavaliação positiva de saúde na pesquisa nacional de saúde

Analysis of the demographic characteristics of positive health self-assessment in national health research

Eric Renato Lima Figueiredo^{1,2}, Álvaro Silva Ferreira¹, Eriane Sousa Soares¹, Helen Brito Costa¹, Lino Afonso Canelas de Andrade¹, Rafael Moraes Pereira¹, Antônio Henrique da Mata Corrêa³, Aline Aparecida de Oliveira Campos^{1,2}, Alice Silau Amoury Neta⁴, Ana Cristina Viana Campos^{1,2,4*}

¹Faculdade de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (FASC/Unifesspa), Marabá, Pará, Brasil. ²Laboratório e Observatório em Vigilância & Epidemiologia Social da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (LOVES/Unifesspa), Marabá, Pará, Brasil. ³Faculdade Carajás, Marabá, Pará, Brasil. ⁴Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências e Matemática da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (PPGECM/Unifesspa), Marabá, Pará, Brasil. *Autor para correspondência. E-mail: anacampos@unifesspa.edu.br

Resumo: Introdução: Dentre as diferentes estratégias usadas para medir a saúde, a autoavaliação da saúde tem sido amplamente utilizada em estudos epidemiológicos nacionais, nessa perspectiva, existem diferenças nos aspectos relacionados à saúde entre homens, mulheres, crianças, jovens, adultos e idosos. Objetivo: Analisar estatisticamente as informações disponibilizadas pela Pesquisa Nacional de Saúde sobre a autoavaliação positiva de saúde dos indivíduos nas cinco regiões do Brasil. Material e métodos: Trata-se de estudo ecológico com o banco de dados do IBGE. Resultados e discussão: Melhores percentuais de autoavaliação positiva foi encontrado entre os homens em todas as regiões. Observou-se correlação alta e positiva entre todas as variáveis, com exceção do grau escolar fundamental completo e médio incompleto que apresentou correlação estatisticamente significativa apenas em relação ao sexo masculino ($r^2=0,85$; $p=0,029$), faixa etária de 18 a 29 anos ($r^2=0,96$; $p=0,002$) e 60 a 64 anos ($r^2=0,93$; $p=0,005$). Apenas os indivíduos com ensino fundamental completo e médio incompleto e idosos de 75 anos ou mais não explicam o percentual total de autoavaliação positiva da saúde. Considerações finais: Conclui-se que há diferenças de sexo e entre as regiões brasileiras em relação à autoavaliação positiva da saúde.

Palavras-chave: autoavaliação, nível de saúde, desigualdades em saúde, inquéritos epidemiológicos.

Abstract: Introduction: The different strategies used to measure health, self-assessment of health has been widely used in national epidemiological studies. In this perspective, there are differences in aspects related to health among men, women, children, young people, adults and the elderly. Objective: Was to analyze statistically the information provided by the National Health Survey on the positive self-assessment of health of individuals in the five regions of Brazil. Material and methods: This is an ecological study with the IBGE database. Best percentages of positive self-assessment were found among men in all regions. Results and discussion: There was a high and positive correlation between all variables, with the exception of the complete and incomplete middle school grade, which presented a statistically significant correlation only in relation to males ($r^2 = 0.85$, $p = 0.029$), age range from 18 to 29 years ($r^2 = 0.96$, $p = 0.002$) and 60 to 64 years ($r^2 = 0.93$, $p = 0.005$). Only those individuals with incomplete and incomplete primary education and the elderly aged 75 years or over do not explain the total percentage of positive self-evaluation of health. Final considerations: We concluded that there are differences of sex and between the Brazilian regions in relation to the positive self-assessment of health.

Keywords: self-evaluation, health level, health inequalities, epidemiological surveys.

Introdução

Dentre as diferentes estratégias usadas para medir a saúde, a autoavaliação da saúde tem sido amplamente utilizada em estudos epidemiológicos nacionais (Malta et al., 2018; Santos et al., 2018) e internacionais (Moor et al., 2017; Yiengprugsawan et al., 2019).

A autoavaliação da saúde é uma avaliação global do estado atual de saúde que indivíduos realizam sobre eles mesmos, e que pode estar associada a fatores demográficos, socioeconômicos e estilo de vida (Rodrigues et al., 2015; Triaca et al., 2017; Peres et al., 2010).

Trata-se de um conceito multidimensional que englobam dimensões física, psicológica e social (Campos et al., 2015). Nessa perspectiva, existem diferenças nos aspectos relacionados à saúde entre homens, mulheres, crianças, jovens, adultos e idosos (Triaca et al., 2017; Szwarcwald et al., 2015).

No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) é considerado o principal provedor de dados e produção e disseminação de informações estatísticas, geográficas. No decorrer dos anos, o IBGE realizou um convênio com o Ministério da Saúde e publicou em sua base de dados resultados referentes à Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (IBGE, 2014).

A PNS tem o objetivo de produzir dados nacionais sobre a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira, bem como acesso e uso dos serviços de saúde, à continuidade dos cuidados e ao financiamento da assistência de saúde. A coleta de dados é realizada por entrevista pessoal em domicílio (IBGE, 2014).

Um estudo com os dados da PNS 2013 foi realizado para investigar os determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis. Os autores observaram que a maioria percebe o seu estado de saúde como muito bom ou bom (66,1%); no entanto, pior autoavaliação foi associada estaticamente significativa a maior idade, sexo feminino, cor de pele não branca e baixa escolaridade (Szwarcwald et al., 2015). Em outro estudo, não fumar e não consumir álcool, praticar atividade física e ter alimentação saudável foram comportamentos que estão associados à autoavaliação positiva de saúde (Triaca et al., 2017).

Dessa forma, o presente artigo tem como objetivo analisar estatisticamente as informações disponibilizadas pela Pesquisa Nacional de Saúde sobre a autoavaliação positiva de saúde dos indivíduos nas cinco regiões do Brasil.

Material e métodos

O estudo é do tipo ecológico realizado com os dados públicos da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 na base de dados do IBGE.

Neste estudo utilizamos os dados referente às respostas dos indivíduos de 18 anos ou mais de idade com autoavaliação de saúde boa ou muito boa em relação às condições demográficas: sexo (masculino e feminino), faixa etária (18 a 29 anos, 30 a 59 anos, 60 a 64 anos, 65 a 74 anos e 75 anos ou mais), cor da pele (branca, preta e parda) e escolaridade (sem instrução e fundamental incompleto fundamental completo e médio incompleto, médio completo e superior incompleto, superior completo).

Todos os resultados encontrados foram tabulados em um banco de dados no programa Microsoft Excel, sendo calculado a média, mediana, desvio padrão, valor máximo e mínimo. Em seguida, foi realizada uma correlação de Pearson entre todas as variáveis. O coeficiente de correlação de Pearson mede o grau de relação linear entre duas variáveis quantitativas numa escala que varia entre -1,0 e 1.0 inclusive.

Considerando-se que este estudo utilizou dados disponibilizados publicamente em mídia eletrônica, por meio do IBGE, foi dispensada a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e discussão

Melhores percentuais de autoavaliação positiva foi encontrado entre os homens em todas as regiões brasileiras (Gráfico 1). Quando comparada os sexos, a amplitude observada é alta, oscilando entre para mulheres na região Nordeste (52,4%) aos homens da região Centro-Oeste (75,6%).

Em relação à faixa etária, o percentual de autoavaliação de saúde boa ou muito boa descreve gradativamente entre todas as idades em todas as regiões, com exceção da região Norte. O menor percentual foi observado entre os idosos com 75 anos e mais da região Norte e o maior entre os jovens de 18 a 29 anos da região Sudeste (Gráfico 2).

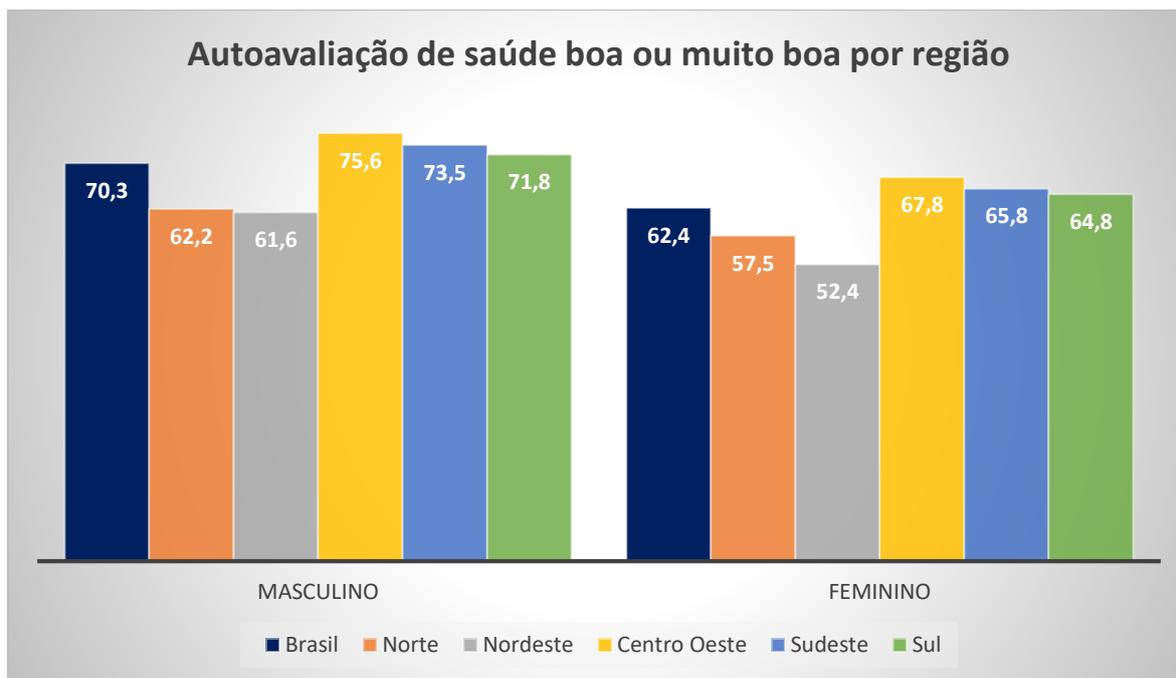


Figura 1. Distribuição percentual da autoavaliação de saúde boa ou muito boa por região e sexo (IBGE, 2014).

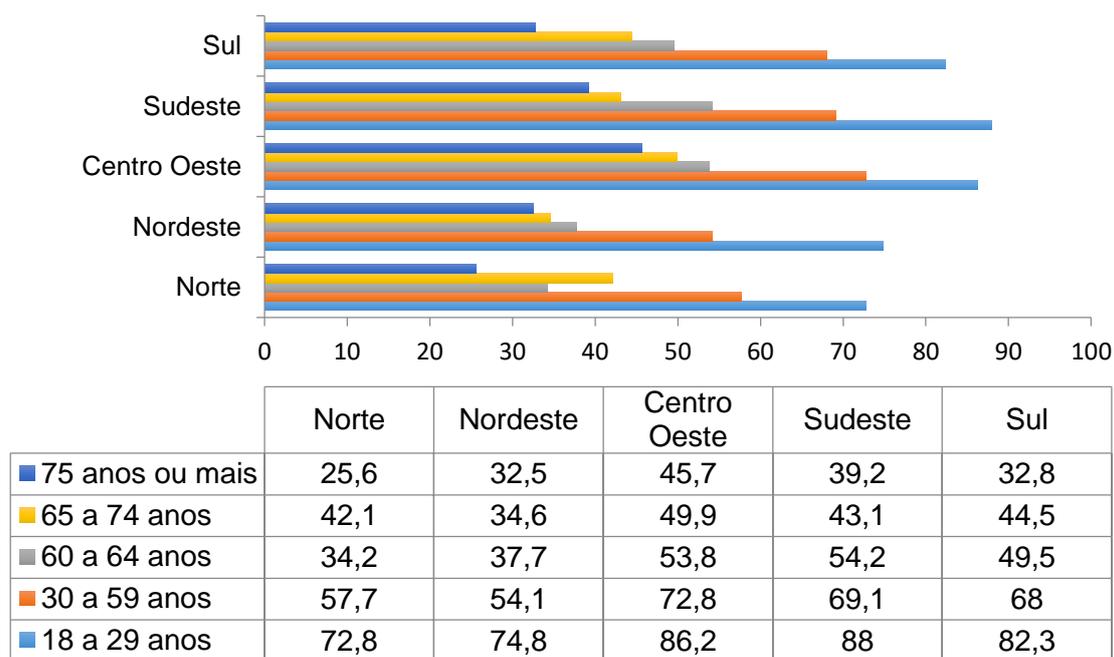


Figura 2. Distribuição percentual da autoavaliação de saúde boa ou muito boa por faixa etária e região (IBGE, 2014).

A tabela 1 mostra a análise do percentual de autoavaliação positiva da saúde em relação às condições demográficas da PNS 2013. No geral, a maioria dos brasileiros tem autoavaliação positiva da saúde (65,28%±5,81), com pequena diferença entre os sexos masculino (69,17%±5,90) e feminino (61,78%±5,80). Maiores médias de autoavaliação positiva de saúde foram observadas também em relação aos jovens de 18 a 29 anos, brancos, com superior completo.

Os resultados da correlação pelo coeficiente de Pearson estão descritos na tabela 2. Observou-se correlação alta e positiva entre todas as variáveis, com exceção do grau escolar fundamental completo e médio incompleto que apresentou correlação estaticamente significativa apenas em relação ao sexo masculino ($r^2=0,85$; $p=0,029$), faixa etária de 18 a 29 anos ($r^2=0,96$; $p=0,002$) e 60 a 64 anos ($r^2=0,93$; $p=0,005$).

Apenas os indivíduos com ensino fundamental completo e médio incompleto e idosos de 75 anos ou mais não explicam o percentual total de autoavaliação positiva da saúde nesta amostra (Tabela 2).

Tabela 1. Análise descritiva do percentual de autoavaliação positiva da saúde em relação às condições demográficas (IBGE, 2014).

Autoavaliação positiva da saúde	Mínimo	Média	Desvio Padrão	Mediana	Máximo
Total	56,70	65,28	5,81	67,10	71,50
Sexo					
Masculino	61,60	69,17	5,90	71,05	75,60
Feminino	52,40	61,78	5,80	63,60	67,80
Faixa etária					
18 a 29 anos	72,80	80,95	6,06	81,95	88,00
30 a 59 anos	54,10	64,60	7,19	66,95	72,80
60 a 64 anos	34,20	46,30	8,41	48,95	54,20
65 a 74 anos	34,60	43,07	4,95	43,65	49,90
75 anos ou mais	25,60	35,92	7,05	36,00	45,70
Cor da pele					
Branca	58,60	67,97	5,75	70,40	73,90
Preta	53,00	62,38	5,62	63,90	68,20
Parda	56,60	62,58	4,42	62,70	68,20
Escolaridade					
Sem instrução e fundamental incompleto	43,80	49,32	3,47	49,90	53,20
Fundamental completo e médio incompleto	61,60	67,87	4,18	68,35	73,80
Médio completo e superior incompleto	69,00	76,90	6,06	78,35	83,40
Superior completo	73,30	82,17	5,27	84,15	88,00

Tabela 2. Teste de correlação de Pearson do percentual de autoavaliação positiva da saúde em relação às condições demográficas (IBGE, 2014).

	T	S1	S2	F1	F2	F3	F4	F5	E1	E2	E3	E4	C1	C2	C3
T	1,00	0,99**	0,99**	0,93**	0,99**	0,94**	0,87*	0,75	0,96**	0,80	0,97**	0,97**	0,985**	0,97**	0,93**
S1	0,99**	1,00	0,96**	0,96**	0,99**	0,97**	0,82*	0,82*	0,93**	0,85*	0,98**	0,94**	0,96**	0,93**	0,92**
S2	0,99**	0,96**	1,00	0,89*	0,99**	0,90*	0,90*	0,69	0,97**	0,75	0,95**	0,98**	0,98**	0,99**	0,93**
F1	0,93**	0,96**	0,89*	1,00	0,92**	0,99**	0,65	0,83*	0,81*	0,96**	0,98**	0,82*	0,87*	0,84*	0,79
F2	0,99**	0,99**	0,99**	0,92**	1,00	0,94**	0,88*	0,77	0,96**	0,78	0,96**	0,97**	0,98**	0,96**	0,94**
F3	0,94**	0,97**	0,90*	0,99**	0,94**	1,00	0,68	0,84*	0,84*	0,93**	0,97**	0,85*	0,90*	0,85*	0,84*
F4	0,87*	0,82*	0,90*	0,65	0,88*	0,68	1,00	0,60	0,92**	0,44	0,75	0,95**	0,91*	0,91*	0,89*
F5	0,75	0,82*	0,69	0,83*	0,77	0,84*	0,60	1,00	0,61	0,78	0,79	0,69	0,73	0,60	0,66
E1	0,965**	0,933**	0,978**	0,816*	0,968**	0,845*	0,923**	0,61	1,00	0,64	0,883*	0,973**	0,962**	0,990**	0,982**
E2	0,80	0,85*	0,75	0,96**	0,78	0,93**	0,44	0,78	0,64	1,00	0,91	0,66	0,73	0,67	0,61
E3	0,97**	0,98**	0,95**	0,98**	0,96**	0,97**	0,75	0,79	0,88*	0,91*	1,00	0,90*	0,94**	0,91*	0,84*
E4	0,97**	0,94**	0,98**	0,82*	0,97**	0,85*	0,95**	0,65	0,97**	0,66	0,90*	1,00	0,99**	0,91**	0,93**
C1	0,98**	0,96**	0,98**	0,87*	0,98**	0,90*	0,917*	0,73	0,96**	0,73	0,94**	0,99**	1,00	0,96**	0,92**
C2	0,97**	0,93**	0,99**	0,84*	0,96**	0,85*	0,91*	0,60	0,99**	0,67	0,91*	0,97**	0,96**	1,00	0,94**
C3	0,93**	0,92**	0,93**	0,79	0,94**	0,84*	0,89*	0,66	0,98**	0,61	0,84*	0,93**	0,92**	0,94**	1,000

T: Total, S1: masculino; S2: feminino, F1: 18 a 29 anos, F2: 30 a 59 anos, F3: 60 a 64 anos, F4: 65 a 74 anos, F5: 75 anos ou mais, E1: sem instrução e fundamental incompleto, E2: fundamental completo e médio incompleto, E3: médio completo e superior incompleto, E4: superior completo, C1: branca, C2: preta, C3: parda. * A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades). ** A correlação é significativa no nível 0,001 (2 extremidades).

O presente trabalho traz uma visão sobre a correlação entre a autoavaliação de saúde e condições demográficas dos indivíduos que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde no ano de 2013.

Os determinantes da autoavaliação da saúde têm sido amplamente investigados para explicar diferenças sociais e diferenças de gênero em saúde (Campos et al., 2015).

Em todas as regiões do país, os homens têm melhor autoavaliação de saúde do que as mulheres. Esses resultados são corroborados por outros estudos (Malta et al., 2018; Santos et al., 2018; Moor et al., 2018; Yiengprugsawan et al., 2019; Campos et al., 2015).

Os papéis desempenhados por homens e mulheres na sociedade são fenômenos construídos historicamente e socialmente, nos quais o homem tem que se mostrar forte, viril, não pode demonstrar dor nem pode adoecer. Isso reflete diretamente no cuidado da saúde do mesmo, pois são as mulheres que culturalmente necessitam de cuidados com a saúde, por serem consideradas frágeis (Silva, 2013; Gutierrez et al., 2012). Os papéis gênero, como forma de socialização, implicando nos comportamentos e modos de agir, representa uma hipótese acerca da frequência de homens autoavaliando a saúde de forma mais positiva em comparação com o gênero feminino (Sousa et al., 2020), revelando contradições na sociedade brasileira que apresenta maiores índices gerais de morbi-mortalidade no gênero masculino (Pereira et al., 2015).

Quando observamos por faixa etária, o público que melhor avaliou sua saúde em todas as regiões se concentrou na faixa etária dos 18 a 29 anos, sendo que na região Sudeste foi a que melhor avaliou sua saúde. Por outro lado, menores percentuais foram encontrados nas regiões Norte e Nordeste a partir dos 60 anos de idade. Tal resultado reflete na iniquidade em saúde em escala regional, que pode ser explicada por fatores socioeconômicos historicamente estabelecidas nas políticas públicas nacionais (Cambota & Rocha, 2015).

O Brasil é composto por cinco regiões geográficas que variam significativamente em suas dimensões territoriais, sociais, econômicas e culturais. Inquéritos populacionais realizados no setor saúde vêm mostrando que desigualdades ainda são presentes tanto em relação à idade, escolaridade, a cor e sexo (Szwarcwald et al., 2015; Triaca et al., 2017).

De acordo com Cunha (2013), essa concentração é devido à região Sudeste ser mais atrativa quanto ao desenvolvimento de atividades industriais, que melhoram de forma significativa o crescimento econômico, que consequentemente apresenta melhoras nos serviços de saúde.

Já em relação à região Norte, de acordo com o último Censo demográfico de 2010, esta apresentou uma menor porcentagem de idosos comparados às demais regiões (IBGE, 2010). Além disso, deve ser levado em consideração que a região Norte está localizada na Amazônia Legal, que é caracterizada por atividades braçais, um crescimento populacional sem planejamento, piores condições de saneamento básico e altos índices de violência (Araújo & Flores, 2017; Cantelmo; Lobo; Garcia, 2015).

Um estudo epidemiológico realizado para comparar a percepção de saúde dos idosos no Chile e no Brasil demonstrou que 35,5% e 52,1% dos indivíduos avaliaram sua saúde como boa/muito boa, respectivamente (Campos et al., 2015).

Este estudo indica, a nível nacional, que homens na faixa etária de 18 a 29 anos, com nível superior completo e de cor branca apresentam a melhor avaliação quanto ao seu estado de saúde. Isso nos aponta a necessidade de novos estudos mais aprofundados sobre a amostra da PNS 2013.

Ainda sobre o resultado de nível nacional, indivíduos mais instruídos percebem melhor sua saúde quando comparados aos analfabetos. Diante desse dado, é notável que mesmo com os avanços nas políticas educacionais que visam aumentar o grau de instrução dos brasileiros, uma grande parte desse público ainda está sendo negligenciada.

Considerações finais

Conclui-se que há diferenças de sexo e entre as regiões brasileiras em relação à autoavaliação positiva da saúde. Mesmo com avanços, e tantas políticas voltadas para a assistência de saúde e qualidade de vida, ainda existe o atraso nos serviços de saúde que podem levar o indivíduo a se avaliar com pior saúde.

Isso nos faz refletir de como as mulheres brasileiras tem vivido, é necessário realizar uma análise de múltiplos contextos, para entender o porquê mulheres estão apresentando um menor percentual quanto à avaliação positiva de saúde.

É necessário um planejamento voltado principalmente para a percepção que os indivíduos têm sobre o que seria saúde e doença, para então, levantar e elaborar estratégias que visem aumentar a qualidade de vida principalmente de grupos que se destacam por estar em vulnerabilidade social.

Referências

- Araújo, V., & Flores, P. 2017. Redistribuição de renda, pobreza e desigualdade territorial no Brasil. *Revista de Sociologia e Política*, 25(63), 159-182.
- Campos, A. C. V., Albala, C., Lera, L., Sánchez, H., Vargas, A. M. D., & Ferreira, E. F. 2015. Gender differences in predictors of self-rated health among older adults in Brazil and Chile. *BMC Public Health*, 15, 365.
- Cantelmo, W., Lobo, C., & Garcia, R. A. 2015. Territorialismo e a política de desenvolvimento: estratégias de produção do território no Brasil. *Cadernos Metrópole*, 17(34), 355-370.
- Cunha, J. M. P. 2003. Redistribuição espacial da população: tendências e trajetória. *São Paulo em Perspectiva*, 17(3-4), 218-233.
- Gutierrez, D. M. D., Minayo, M. C. S., Oliveira, & K. N. L. C. 2012. Homens e cuidados de saúde em famílias empobrecidas na Amazônia. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 871-883.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Pesquisa amostra doméstica nacional. Brasil. Acesso em: 02 de maio de 2018.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2014. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rio de Janeiro: IBGE.
- Malta, D. C., Oliveira, M. M., Machado, I. E., Prado, R. R., Stopa, S. R., Crespo, C. D., & Assunção, A. A. 2018. Características associadas à autoavaliação ruim do estado de saúde em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 21(Suppl 1), e180018.
- Moor, I., Spallek, J., & Richter, M. 2017. Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(6), 565-575.
- Pereira, R. A., Alves-Souza, R. A., & Vale, J. S. 2015. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 6(1), 99-108.
- Peres, M. A., Masiero, A. V., Longo, G. Z., Rocha, G. C., Matos, I. B., Najnie, K., ... & Peres, K. G. 2010. Autoavaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 44(5), 901-911.
- Rodrigues, D. E., César, C. C., Xavier, C. C., Caiaffa, W. T., & Proietti, F. A. 2015. The place where you live and self-rated health in a large urban area. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(Suppl 1), 246-256.
- Santos, S. M., Werneck, G. L., Faerstein, E., Lopes, C. S., & Chor, D. 2018. Focusing neighborhood context and self-rated health in the Pró-Saúde Study. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(5), e00029517.
- Silva, A. K. L. S. 2013. Diversidade sexual e de gênero: a construção do sujeito social. *Revista do NUFEN*, 5(1), 12-25.
- Sousa, J. L. D., Alencar, G. P., Antunes, J. L. F., & Silva, Z. P. D. 2020. Marcadores de desigualdade na autoavaliação da saúde de adultos no Brasil, segundo o sexo. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00230318.
- Szwarcwald, C. L., Damacena, G. N., Souza Júnior, P. R. B., Almeida, W. S., Lima, L. T. M., Malta, D. C., ... & Pereira, C. A. 2015. Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(Suppl 2), 33-44.
- Triaca, L. M., Franca, M. T. A., Guttier, M. C., & Tejada, C. A. O. 2017. Estilos de vida saudável e autoavaliação de saúde como boa: uma análise dos dados da PNS/2013. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 9(3), 260-266.
- Yiengprugsawan, V., D'Este, C., Byles, J., & Kendig, H. 2019. Geographical variations in self-rated health and functional limitations among older Chinese in eight WHO-SAGE provinces. *BMC Geriatrics*, 19(1), 10.

Minicurrículo

Eric Renato Lima Figueiredo. Mestrando em Saúde, Ambiente e Sociedade, área de concentração em Saúde Coletiva (PPGSAS/UFGA). Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa). Especialista em Gestão Hospitalar pela Sociedade Educacional Leonardo da Vinci (Uniasselvi).

Álvaro Silva Ferreira. Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa). Graduando em Tecnologia em Gestão Ambiental pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará (IFPA).

Eriane Sousa Soares. Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa).

Helen Brito Costa. Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa).

Lino Afonso Canelas de Andrade. Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa).

Rafael Moraes Pereira. Aluno do curso de graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa).

Antônio Henrique da Mata Corrêa. Coordenador do curso de Direito da Faculdade dos Carajás. Mestre em Dinâmicas Territoriais da Sociedade Amazônica (PDTSA) pela Unifesspa (Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará), Especialização em Direito Público pelo Centro Universitário de Sete Lagoas (UNIFEMM), Especialista em Direito Urbanístico e Ambiental pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), Graduação em Direito pelo Centro Universitário de Sete Lagoas (UNIFEMM).

Aline Aparecida de Oliveira Campos. Vice coordenadora do Laboratório e Observatório de Vigilância & Epidemiologia Social (LOVES) da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa). Professora da Faculdade de Saúde Coletiva (FASC) da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa). Doutora em Ciência da Nutrição pelo Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa (UFV).

Alice Silau Amoury Neta. Mestre em Educação em Ciências e Matemática pelo Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências e Matemática (PPGECM) da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa). Graduada em Engenharia de Produção pela Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Ana Cristina Viana Campos. Fundadora e Coordenadora do Laboratório e Observatório de Vigilância & Epidemiologia Social (LOVES) da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa). Professora da Faculdade de Saúde Coletiva (FASC) da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa). Embaixadora da Região Norte do Movimento Parent in Science - Brasil. Doutora em Odontologia, área de concentração em Saúde Coletiva (UFMG).

Como citar: Figueiredo, E.R.L., Ferreira, A.S., Soares, E.S., Costa, H.B., Andrade, L.A.C., Pereira, R.M., Corrêa, A.H.M., Campos, A.A.O., Amoury Neta, A. S. & Campos, A.C.V. 2022. Análise das características demográficas da autoavaliação positiva de saúde na pesquisa nacional de saúde. *PubSaúde*, 9, a338. DOI: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsau9.a338>

Recebido: 22 fev. 2022.

Revisado e aceito: 5 mai. 2022.

Conflito de interesse: os autores declaram, em relação aos produtos e companhias descritos nesse artigo, não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros que representem conflito de interesse.

Licenciamento: Este artigo é publicado na modalidade Acesso Aberto sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 (CC-BY 4.0).