

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

POLYANA CAROLINE DE LIMA BEZERRA

**MORBIDADE AUTORREFERIDA E PERCEPÇÃO DE SAÚDE EM ADULTOS:
INQUÉRITO POPULACIONAL EM RIO BRANCO, AC**

RIO BRANCO – AC

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

POLYANA CAROLINE DE LIMA BEZERRA

**MORBIDADE AUTORREFERIDA E PERCEPÇÃO DE SAÚDE EM ADULTOS:
INQUÉRITO POPULACIONAL EM RIO BRANCO, AC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Processo Saúde-Doença: Epidemiologia e Atenção a Saúde.

Orientador(es): Prof^ª Dr^ª. Simone Peruffo Opitz.
Prof^ª Dr^ª Rosalina Jorge Koifman

RIO BRANCO - AC

2009

© BEZERRA. P. C. DE L., 2010.

BEZERRA, Polyana Caroline de Lima. **Morbidade autorreferida e percepção de saúde em adultos**: inquérito populacional em Rio Branco, AC. Rio Branco: UFAC, 2010. 103f.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC.

B574m

Bezerra, Polyana Caroline de Lima, 1985 -
Morbidade autorreferida e percepção de saúde em adultos:
inquérito populacional em Rio Branco, AC / Polyana Caroline de Lima
Bezerra --- Rio Branco : UFAC, 2010.
103f : il. ; 30cm.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre.

Orientadoras: Prof.^a Dr.^a Simone Perufo Opitz e Prof.^a Dr.^a Rosalina
Jorge Koifman.

Inclui bibliografia

1. Epidemiologia. 2. Saúde – Diagnóstico. 3. Perfil de saúde. 4.
Morbidade – Inquéritos. I. Título.

CDD.: 614.4
CDU.: 616-071

Dedico

Aos meus pais: Paulo Bezerra e Marilene Maria

Ao meu marido e filho: Rafael e Daniel

Às minhas irmãs: Gisele e Thaise.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a DEUS meu Pai querido, por este momento de profunda alegria, realização e esperança. Agradeço pela determinação, força e capacidade para conclusão deste; por ter me dado à certeza, satisfação e amor para esta conquista. Louvo-te Pai por essa realização.

A minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Simone Perufe Opitz., pela contribuição, apoio, estímulo, carinho, confiança e paciência. Simone, muito obrigada por ter viabilizado esse estudo.

A minha co-orientadora, Prof^ª. Dr^ª Rosalina Jorge Koifman pelo comprometimento, sabedoria e significativa orientação.

Aos meus pais, pessoas íntegras que me ensinaram com o exemplo os verdadeiros valores da vida. Obrigada aos dois pelo amor, carinho, conselhos e “colo”.

Às minhas irmãs, companheiras, amigas, pessoas excepcionais e indispensáveis na minha vida. Amo vocês!

Ao meu companheiro amado, não só pelo amor, amizade, apoio, doação e paciência, sempre tão presentes durante toda nossa relação, mas por ter sido meu forte durante toda essa jornada. Agradeço a Deus por te ter!

Ao meu “pequeno príncipe” por iluminar e completar a minha vida. Daniel mamãe te ama!

A todo povo acreano que me acolheu e facilitou minha readaptação nessa terra tão especial, em especial as minhas amigas Marina, Maria Fernanda e Rozilaine.

Aos idealizadores do Mestrado em Saúde Coletiva, pela oportunidade e contribuição para minha qualificação. Agradeço por viabilizarem um sonho.

Aos professores da Fundação Oswaldo Cruz, representados pelos professores Sergio e Rosalina Koifman, pela dedicação, atenção e comprometimento. Obrigada pelo engajamento e voto de confiança.

Aos colegas de turma, pelo acolhimento, amizade, carinho e convivência agradável e saudosa.

A todos os professores do programa de pós-graduação da Universidade Federal do Acre, pessoas queridas que tanto nos ajudaram com suas experiências e conhecimentos. Agradeço aos demais colaboradores pela disponibilidade, acolhida e simpatia na pessoa de Sara.

Ao Dr^º. Pascoal Muniz e os demais pesquisadores responsáveis pela realização da pesquisa mestre deste estudo, assim como todas as pessoas que aceitaram participar da mesma.

À Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro.

RESUMO

Dados epidemiológicos permitem conhecer as necessidades das comunidades e podem fornecer subsídios para planejamento e ações nos serviços de saúde. As informações sobre morbidades autorreferidas são comumente obtidas através de inquéritos populacionais, o conceito subjetivo de saúde incluso no processo de autoavaliação de saúde possibilita identificar quais fatores estão associados à percepção de vida saudável das populações. Nesta dissertação, são apresentados dois artigos analisados a partir de um inquérito populacional com adultos residentes em Rio Branco/AC entre 2007/2008, através de uma amostragem probabilística. No primeiro artigo verifica-se a prevalência de morbidades autorreferidas e analisa quais os determinantes estão associados às morbidades mais prevalentes e no segundo artigo identifica-se a autoavaliação de saúde e a associação da percepção regular/ruim do estado de com variáveis socioeconômicas e demográficas, de hábitos de vida. As diferenças de gênero, grupo etário, nível de instrução e renda desfavoráveis afetaram negativamente a percepção de saúde dos indivíduos. Após ajuste para idade, sexo, escolaridade, ter morbidade autorreferida e raça/cor os riscos estimados para percepção “não boa” de saúde foram maiores para os inativos, obesos e indivíduos com alguma morbidade autorreferida. A morbidade auto-referida mais prevalente foi doença de coluna/costas com o percentual de 30,8%, seguida da hipertensão (28,3%), malária (28,3%) e depressão (18,73%). Quanto aos demais aspectos, as características mais prevalentes nas morbidades pesquisadas foram: sexo feminino, faixa etária mais elevada e menor escolaridade, tabagismo e inatividade física, com significância estatística. Desta maneira, os achados desta dissertação revelam que as diferentes condições socioeconômicas dos indivíduos residentes em Rio Branco relacionam-se com a autoavaliação insatisfatória da saúde e com o relato das morbidades mais prevalentes. Estas informações possibilitam alertar os pesquisadores e profissionais de saúde e podem contribuir para uma melhor adequação ou implantação de estratégias públicas de promoção, proteção e de assistência à saúde dos adultos no município.

Palavras-chave: Diagnóstico da situação em saúde; Perfil de saúde; Inquéritos de morbidade; Epidemiologia.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| Lista de abreviaturas..... | ix |
| Lista de tabelas..... | x |
| Lista de gráficos e figuras..... | xi |
| Lista de anexos..... | xii |
| 1 - Introdução..... | 14 |
| 2 - Referencial teórico | 17 |
| 2.1- Sistemas de informação sobre saúde no Brasil..... | 18 |
| 2.1.1 Sistemas de informações de morbidade..... | 19 |
| 2.2 - Inquéritos populacionais em saúde..... | 20 |
| 2.2.1 Evolução histórica..... | 21 |
| 2.3 - Investigação de morbidades referidas em inquéritos populacionais no Brasil..... | 26 |
| 3 - Justificativa..... | 30 |
| 4 - Objetivos..... | 32 |
| 4.1 Geral..... | 33 |
| 4.2 Específicos..... | 33 |
| 5 - Resultados..... | 34 |
| 5.1 Artigo 1..... | 35 |
| Resumo | |
| 1 Introdução..... | 37 |
| 2 Métodos..... | 39 |

| | |
|--|-----------|
| 3 Resultados..... | 42 |
| 4 Discussão..... | 54 |
| 5 Conclusões..... | 59 |
| 6 Referências (Artigo 1) | 60 |
| | |
| 5.2 - Artigo 2 | 64 |
| | |
| Resumo | |
| 1 Introdução..... | 66 |
| 2 Métodos..... | 68 |
| 2.1 Delineamento e população do estudo..... | 68 |
| 2.2 Desenho e tamanho amostral..... | 68 |
| 2.3 Coleta de dados..... | 68 |
| 2.4 Instrumento de coleta de dados..... | 69 |
| 2.5 Definição das variáveis..... | 69 |
| 2.6 Tratamento de análise dos dados..... | 71 |
| 2.7 Procedimentos éticos..... | 71 |
| 3 Resultados..... | 72 |
| 4 Discussão..... | 78 |
| 5 Conclusões..... | 82 |
| 6 Referências (Artigo 2) | 83 |
| | |
| 6 - Considerações finais..... | 86 |
| | |
| 7 - Referências (da dissertação)..... | 89 |
| | |
| 8 - Anexos | 95 |

| | |
|---|------------|
| Anexo I: Partes utilizadas do Inquérito de fatores de risco e morbidade para doenças não transmissíveis no município de Rio Branco, Acre..... | 96 |
| Anexo 2: Termo de consentimento livre e esclarecido | 97 |
| Anexo 3: Declaração da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa..... | 98 |
| Anexo 4: Descrição da metodologia do Inquérito de fatores de risco e morbidade para doenças não-transmissíveis no município de Rio Branco, Acre..... | 99 |
| Anexo 5: Autorização de direitos autorais..... | 103 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|---------|--|
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention |
| ENDEF | Estudo Nacional sobre Despesas Familiares |
| EPIC | European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| INCA | Instituto Nacional de Câncer |
| NHANES | National Health and Nutrition Examination Survey |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios |
| POF | Pesquisa de Orçamento Familiar |
| PMS | Pesquisa Mundial de Saúde |
| PPV | Pesquisa sobre Padrões de Vida |
| sm | Salário mínimo |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| USDHHS | United States Department of Health and Human Services |
| WHO | World Health Organization |
| WHS | World Health Survey |

LISTA DE TABELAS

Artigo I

| | | |
|-----------------|--|----|
| TABELA 1 | Distribuição de frequência de morbidades autorreferidas em pessoas com 18 anos ou mais. Inquérito populacional de Rio Branco/Acre, 2007-2008 (n 1.514)..... | 45 |
| TABELA 2 | Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com doença de coluna/costas autorreferida do Inquérito populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008. | 46 |
| TABELA 3 | Resultado final da análise multivariada de Regressão de Poisson dos fatores associados a prevalência autorreferida de doença de coluna/costas da população adulta do Inquérito populacional, Rio Branco/Acre, 2007-2008..... | 47 |
| TABELA 4 | Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com hipertensão autorreferida. Inquérito populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008..... | 48 |
| TABELA 5 | Resultado final da análise multivariada de Regressão de Poisson dos fatores associados com a prevalência autorreferida de hipertensão da população adulta do Inquérito populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008..... | 49 |
| TABELA 6 | Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com malária autorreferida. Inquérito populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008..... | 50 |
| TABELA 7 | Resultado final da análise multivariada de Regressão de Poisson dos fatores associados com malária autorreferida da população adulta do Inquérito populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008..... | 51 |
| TABELA 8 | Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com depressão autorreferida. Inquérito populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008..... | 52 |
| TABELA 9 | Resultado final da análise multivariada de Regressão de Poisson dos fatores associados com depressão autorreferida da população adulta do Inquérito populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008..... | 53 |

Artigo II

| | | |
|-----------------|---|----|
| TABELA 1 | Distribuição de frequência de percepção do estado de saúde em pessoas com 18 anos ou mais, segundo faixa etária e sexo. Rio Branco/Acre, 2007-2008 (n 1.514)..... | 75 |
| TABELA 2 | Prevalências e razão de prevalências de percepção “insatisfatória” de saúde em pessoas com 18 anos ou mais, segundo variáveis sociais e demográficas. Rio Branco/Acre, 2007-2008 (n 1514)..... | 76 |
| TABELA 3 | Prevalências e razão de prevalências de percepção “insatisfatória” de saúde em pessoas com 18 anos ou mais, segundo variáveis do estilo de vida e de situação de saúde. Rio Branco/Acre, 2007-2008..... | 77 |

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Artigo I

| | | |
|-----------------|--|----|
| FIGURA 1 | Prevalência de morbidades autorreferidas, por sexo e faixa etária. Rio Branco/Acre, 2007 – 2008..... | 44 |
|-----------------|--|----|

Artigo II

| | | |
|------------------|--|----|
| GRÁFICO 1 | Auto-avaliação insatisfatória da saúde, por faixa etária e sexo. Inquérito populacional de Rio Branco, Acre 2007 – 2008..... | 74 |
|------------------|--|----|

LISTA DE ANEXOS

| | | |
|------------------|--|-----|
| ANEXO I | Itens utilizados do Inquérito de fatores de risco e morbidade para doenças não transmissíveis no município de Rio Branco, Acre | 96 |
| ANEXO II | Termo de consentimento livre e esclarecido | 97 |
| ANEXO III | Declaração da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa | 98 |
| ANEXO IV | Descrição da metodologia do Inquérito de fatores de risco e morbidade para doenças não transmissíveis no município de Rio Branco, Acre | 99 |
| ANEXO V | Autorização de direitos autorais | 103 |

INTRODUÇÃO

1 – INTRODUÇÃO

A utilização de inquéritos domiciliares em saúde ainda é recente nos países em desenvolvimento, e sua eficiência deve ser incentivada visando a maior participação dos governos centrais ou locais, já que tradicionalmente os inquéritos populacionais em saúde são desenvolvidos por instituições de pesquisa e universidades. Além do mais, a importância dos inquéritos populacionais se dá pelo fato de serem fundamentais na produção de informações estratégicas para a formulação de políticas de saúde, além de serem ferramentas tradicionais na produção de conhecimentos sobre a saúde populacional (CAMPOS, 1993; CESAR e BARATA, 2008). Eles abrangem um amplo espectro de problemas de saúde, permitindo correlacionar os resultados com as condições de vida das populações, conhecer a distribuição dos fatores de risco e a percepção das pessoas a respeito do seu estado de saúde (WALDMAN et al., 2008).

É importante considerar que o Brasil está passando por uma transição demográfica significativa provocada, principalmente, pela queda da fecundidade iniciada em meados de 1960 e generalizada em todas as regiões brasileiras e estratos sociais. A média brasileira de filhos por mulher reduziu-se de 6,3, em 1960, para 2,0, em 2005. O aumento da longevidade e a redução da mortalidade infantil também contribuem para esta mudança do padrão demográfico, além de determinantes como a intensa urbanização e a mudança do papel econômico da mulher (RIPSA, 2008). A transição demográfica conduz a um repensar sobre as políticas de saúde como, por exemplo, a reestruturação das ações de saúde, sociais e econômicas (SILVA, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2008) recomenda que todos os países estejam preparados para enfrentar as consequências da evolução demográfica e saber lidar com o aumento das doenças crônicas é um dos desafios que exige a promoção da saúde, prevenção de doenças e intervenção na comunidade, bem como a adoção de estratégias de gestão de saúde no seu sistema.

Nesse panorama verifica-se a necessidade urgente do desenvolvimento de políticas públicas adequadas, com ênfase em estruturas sociais e assistência à saúde, que atendam às demandas específicas (MAIA, 2006), mas que, sobretudo, vise à melhoria ou manutenção da saúde e da qualidade de vida (WHO, 2005).

Nesse sentido, os inquéritos de saúde são importantes porque abrangem percepção de saúde, doenças, incapacidades, comportamentos, fatores de risco, uso de serviço de saúde e

características demográficas e socioeconômicas, o que permite construir indicadores para o monitoramento do estado de saúde da população nos seus domínios. (THEME-FILHA et al. 2008).

Em vista dessas questões, este estudo irá expor algumas considerações sobre a temática de informações de saúde, organizada em duas partes: a primeira apresenta os sistemas de informação em saúde do Brasil referentes à morbidade; a segunda parte discorre sobre a trajetória dos inquéritos populacionais em saúde no mundo e no Brasil.

Em seguida, será apresentada a justificativa do estudo, bem como os objetivos e resultados encontrados nesta investigação. Os resultados foram apresentados na forma de dois artigos científicos que serão encaminhados posteriormente para publicação em periódicos da área. Logo após, serão pontuadas as principais considerações reveladas neste estudo, assim como as referências utilizadas para contextualizar esta dissertação.

REFERENCIAL TEÓRICO



2 - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Sistemas de informação sobre saúde no Brasil

A informação em saúde é o esteio para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de doenças (BRASIL, 2005).

Um sistema é um conjunto integrado de partes que se articulam para uma finalidade comum. No tocante aos sistemas de informação, estas partes são os vários elementos ligados à captação, processamento e difusão de dados, desde os materiais de registro (como prontuários, fichas de vacinação) até as tabelas e os gráficos de resumo, passando por todos os recursos utilizados para transformá-los e analisá-los, incluindo (mas não se limitando) os computadores (MEDRONHO, 2006). Em síntese, um sistema de informação deve disponibilizar o suporte necessário para que o planejamento, decisões e ações dos gestores, em determinado nível decisório (municipal, estadual e federal), não se baseiem em dados subjetivos, conhecimentos ultrapassados ou conjecturas (BRASIL, 2005).

As informações de saúde no Brasil são obtidas por meio do Sistema de Informação em Saúde (SIS) do Sistema Único de Saúde (SUS). São eles: Sistema de informação sobre mortalidade (SIM), Sistema de informação de doenças de notificação compulsória e outros agravos (SINAN), Sistema de informação da produção de serviços e atendimentos ambulatoriais (SIA), Sistema de informação de internações hospitalares (SIH), Sistema de informação de nascidos vivos (SINASC) e Sistema de informação da atenção básica (SIAB), dentre outros (MALTA et al., 2008).

O Brasil, até o final da década dos anos de 1970, possuía uma situação precária de informações em saúde, até mesmo sobre causas de morte (VIACAVA e TRAVASSOS, 2006), no entanto nos últimos anos pôde-se observar um crescimento da difusão da tecnologia de informática no país, o que tornou possível o acesso ágil a bases de dados com informações variadas e desagregadas, sobre registros de nascidos vivos, mortalidade, doenças de notificação, internações hospitalares, entre outras (MEDRONHO, 2006).

Para Viacava e Dachs (2006), esses avanços no Brasil foram resultados da organização do sistema de informação nacional que fornece dados de nascimento, óbitos, internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais, aspectos financeiros e oferta de serviços no âmbito do SUS. Esses avanços foram impulsionados com o estabelecimento da Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS) que se propõe a prover a comunicação eletrônica,

serviços de rede e acesso à informação de saúde por meio da internet e com a criação da Rede integral de informação para saúde (RIPSA) que tem o intuito de articular as entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção e análise de dados para viabilizar parcerias que propiciem informações úteis ao conhecimento e à compreensão da realidade sanitária brasileira.

Durante longo período de tempo, devido ao perfil epidemiológico de doenças transmissíveis, a avaliação do estado de saúde das populações era promovida por meio dos dados de óbitos, mas com a evolução (demográfica, epidemiológica e tecnológica) esse indicador perdeu a capacidade de medir a saúde em decorrência da forte redução das taxas de mortalidade, conseguinte aumento da sobrevivência e da prevalência de doenças crônicas que merecem atenção pelo poder de incapacidades. Passou-se, então, a requerer estatísticas de morbidade e também sobre seus efeitos à saúde (LAURENTI, MELLO e GOTLEB, 2004; BARROS, 2008).

2.1.1 Sistemas de informações de morbidade

De acordo com Pereira (2000), morbidade é um termo genérico usado para designar o conjunto de casos de uma dada afecção ou soma de agravos à saúde que atingem um grupo de indivíduos.

No Brasil, os três principais sistemas de informações de morbidade são: Sistema de informações hospitalares (SIH/SUS), Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Sistema de informação de doenças de notificação compulsória e outros agravos (SINAN/SUS).

O planejamento em saúde deve considerar a qualidade e o tipo das informações trabalhadas, por isso, podem incorporar às informações tradicionalmente utilizadas nos sistemas de informação de saúde dados do perfil de morbidade e padrões de uso de serviços de saúde, uma vez que os dados habitualmente utilizados são referentes à demanda, o que não permite o real conhecimento do que acontece a nível populacional (CHESTER et al., 1996).

Nas últimas décadas, os planejamentos do setor de saúde desenvolveram-se a partir dos resultados obtidos pelos indicadores de morbidade, dados sobre doenças de notificação compulsória, informações sobre produção dos serviços e a caracterização socioeconômica e ambiental da população. Porém, destaca-se a problemática entranhada na falta de cobertura da grande parcela do sistema de saúde não submetida ao controle direto do Estado, ou seja, toda a rede hospitalar privada e as organizações de prestação de serviços médicos privados. Nestes serviços as informações são destinadas ao próprio controle de atividades desenvolvidas com a

finalidade administrativa e financeira e secundariamente aos aspectos técnicos de prevenção e controle das doenças a nível populacional (CHESTER et al., 1996).

Nesse sentido, Campos (1993) afirma que nenhum outro tipo de investigação seria capaz de revelar o que acontece externamente dos sistemas de saúde como os inquéritos de saúde o fazem. Além disso, somente por meio deles é possível coletar dados para construir indicadores associados à saúde e não apenas às doenças, assim como sobre os fatores de risco e os determinantes sociais do processo saúde-doença (WHO, 1990 apud VIACARA, 2002). Eles representam um instrumento de maior valor para a ampliação do conhecimento do processo saúde-doença na coletividade e para a formação de profissionais da área de saúde (BARROS e CARVALHEIRO, 1984).

2.2 - Inquéritos populacionais em saúde

Os inquéritos populacionais são entendidos como componentes fundamentais para um sistema nacional de informações em saúde, uma vez que permitem conhecer o perfil de saúde e a distribuição dos fatores de risco em uma população, com atualização periódica e comparações sequenciais no tempo e entre áreas geográficas. Faz-se necessário coletar dados, sobre saúde e uso de serviços de saúde, que podem ser gerados por inquéritos populacionais periódicos, complementando as deficiências das informações para monitorar e avaliar as condições de saúde e o desempenho do sistema de saúde brasileiro (VIACAVA, 2002; MALTA et al., 2008).

Os inquéritos de base populacional podem ser classificados ou caracterizados segundo um conjunto de características: abrangência geográfica, população/segmentos demográficos alvo, conteúdos temáticos, tipo de dado/material coletado, forma de obtenção da informação e periodicidade (BARROS, 2008).

Algumas temáticas vêm ganhando importância nos inquéritos populacionais, entre elas aquelas relacionadas à saúde ou a fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, além da prevalência de condições crônicas específicas como: hipertensão, diabetes melitus, transtornos mentais e a presença de sobrepeso/obesidade, devido ao impacto na demanda de serviço de saúde e na qualidade de vida da população (BARROS, 2008).

Malta e colaboradores (2008) ressaltam a importância dos inquéritos de base populacional em possibilitar a identificação de problemas de saúde menos graves ou pouco sintomáticos, bem como a identificação de grupos com dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A realização deste tipo de estudo está justificada pelo fato de os problemas de saúde, identificados a partir dos dados disponíveis nos serviços de saúde, serem apenas o numerador

de uma fração cujo denominador está representado pela ocorrência de problemas de saúde na população como um todo (CAMPOS, 1993).

No próximo item, será descrita uma breve retrospectiva sobre inquéritos de base populacional de saúde.

2.2.1 Evolução histórica

Os inquéritos de saúde foram originalmente concebidos e gerados nos países desenvolvidos, principalmente na Inglaterra e nos Estados Unidos da América. Posteriormente, os países do Terceiro Mundo, mediante esforços de governos e instituições de pesquisa, adaptaram a metodologia tradicionalmente utilizada nesses países desenvolvidos para as suas condições específicas, dando início à prática de inquéritos populacionais. (CAMPOS, 1993).

Os inquéritos contínuos são utilizados nos países industrializados para a formulação e avaliação das políticas públicas desde a década de 1960. Nos países de baixa e média renda, a prática de inquéritos é recente e realizada esporadicamente, quase sempre baseada em modelos desenvolvidos por organismos como a OMS e a Organização Pan-Americana, uma vez que nas últimas décadas tem incentivado a realização de inquéritos visando a superar a falta de informações, estimulando o uso principalmente para investigação de doenças crônicas não transmissíveis. (VIACAVA, 2002; MALTA, 2008).

Nos Estados Unidos da América, os inquéritos periódicos de saúde foram iniciados no final da década de 1950. O “*National Health Interview Survey*” (NHIS) foi realizado pela primeira vez, em 1957 e aplicado anualmente desde 1960, pelo *National Center for Health Statistics* (NCHS), do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Tendo como objetivo coletar informações autorreferidas sobre ocorrência de doenças agudas e acidentes, existência de doença crônica e incapacidades e utilização de serviços de saúde. Os inquéritos de saúde com exames clínicos (exame físico, medidas bioquímicas e fisiológicas) foram implantados no mesmo período por meio do *Health Examination Surveys* (HES) realizados em 1960/62, 1963/65 e 1967/70 e substituídos em 1970, pelos *National Health and Nutritional Examination Surveys* (NHANES), os quais tornaram-se contínuos, em 1999 (BARROS, 2008; MALTA et al., 2008).

A partir de 1981, o *Behaviour Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) desenvolveu o que atualmente é o maior sistema de vigilância por telefone realizado no mundo, com objetivo de obter dados de fatores de riscos para Estados e unidades geográficas

menores, visto que o NCHS já obtinha globalmente essas informações para o país (BARROS, 2008).

No Reino Unido, as investigações por inquérito de morbidade foram iniciadas em 1943/52 pelo *Survey of Sickness*. Foi iniciada, em 1971, a aplicação anual do *General Household Survey* (GHS), com o objetivo de permitir inter-relacionar diferentes áreas de política social e monitorar mudanças (BARROS, 2008).

Iniciou-se, ainda no Reino Unido, em 1990 o *National Statistics Omnibus Survey* (NSO) com o objetivo de obter resultados rápidos sobre temas diversos: exemplo: contraceptivos, medicamentos, acesso à internet, uso do tempo nas atividades de vida diária, entre outros (BARROS, 2008).

Em 1991, começou a ser aplicado o *Health Survey for England*, promovendo cobertura da população adulta com 16 anos ou mais e, a partir de 1995, inseriu crianças. A cada ano, a pesquisa focaliza diferentes grupos demográficos, ou diferentes condições de saúde e de fatores de risco (BARROS, 2008).

Os inquéritos populacionais de saúde no Canadá estão representados por meio do *National Population Health Survey* (HPHS). Inicialmente os dados foram coletados no biênio 1994-1995, posteriormente em 1998-1999, sendo um inquérito longitudinal, com pesquisa de campo a cada dois anos, cobrindo cerca de 17 mil domicílios (VIACAVA, 2002). Esse desenho de estudo destina-se a investigar condições de saúde, uso de serviço de saúde, condições de trabalho e hábitos de vida que influenciam as condições de saúde (MALTA et al., 2008).

No Brasil, foi realizado na década de 1970, em Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, um inquérito pioneiro de base populacional sobre morbidade referida e uso de serviços de saúde, denominado Projeto de investigação de morbidade e uso de serviços de saúde por meio de entrevistas domiciliares de Ribeirão Preto, tendo como modelo os inquéritos já conduzidos nos EUA pelo *National Health Institut* (BARROS e CARVALHEIRO, 1984; BARATA, 2006; BARROS, 2008). Em âmbito nacional, as pesquisas com temas relacionados ao setor saúde tiveram início em 1974/75, com o Estudo nacional de despesa familiar (ENDEF) que foi seguido, na temática, pelas Pesquisas de orçamento familiar (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BARROS, 2008).

O IBGE implantou no país, a partir de 1967, um sistema de pesquisas domiciliares com múltiplos objetivos, conhecido como Pesquisas nacionais por amostras de domicílios (PNADs). A investigação tem como propósito geral buscar informações não disponíveis ou não - suficientemente cobertas pelos sistemas convencionais de informação econômica e

social atualizada do país, de modo a compor uma visão geral. Trata-se de um inquérito de prevalência, realizado com amostra probabilística, a cada ano, com exceção dos anos em que há censo demográfico. A abrangência é nacional, porém não é realizada em área rural da região Norte por problemas de acesso e custo (PEREIRA, 2000).

Portanto, pela cobertura territorial e periodicidade, revestem-se da maior importância no país as PNADs. Inicialmente, a pesquisa esteve restrita às características socioeconômicas da população. Na década de 1980, além dos dados repetidos anualmente, em determinados anos um tema específico sobre saúde foi selecionado para estudo aprofundado. Em 1981, a PNAD apresentou um suplemento com nove blocos de quesitos envolvendo as dimensões relativas à: 1) a pré-natal e parto (nos últimos 12 meses); 2) a internações hospitalares (nos últimos 12 meses); 3) ao atendimento dentário (nos últimos 12 meses); 4) deficiências e incapacidades; 5) à morbidade referida e uso de serviços (nos últimos 15 dias); 6) à imunização; 7) ao uso de serviços (nos últimos 12 meses); 8) aos gastos com saúde (nos últimos 12 meses) (PEREIRA, 2000; VIACAVA, DACHS e TRAVASSOS, 2006).

Algumas considerações merecem ser apontadas: a utilização de serviços de saúde foi uma informação coletada apenas na subamostra que respondeu positivamente à presença de morbidade referida, excluindo uma proporção substancial de pessoas que poderiam ter procurado atendimentos sem ter referido problemas de saúde. O período de referência para as perguntas foi fixado entre 1º e 14 de novembro de 1981 (15 dias) e entre 15 de outubro de 1980 e 14 de novembro de 1981 (12 meses), o que pode ter induzido ao erro de memória aqueles entrevistados ao final da pesquisa, pois as pessoas entrevistadas ao início tenderiam a se recordar melhor dos eventos (VIACAVA, DACHS e TRAVASSOS, 2006).

A PNAD de 1986 incluiu, além das questões sobre suplementação alimentar e controle da natalidade, 16 questões sobre acesso a serviços de saúde. Foi corrigida a questão do período de referência para as informações relativas às perguntas da investigação, considerou-se, portanto, a data da entrevista. Porém, permaneceu a dependência da referência de necessidades de saúde com as questões de acesso/utilização de serviços, subestimando a procura pelos mesmos (VIACAVA, DACHS e TRAVASSOS, 2006).

Em 1986, foi desenvolvido ainda a *Demographic and Health Survey* (DHS), realizada pela Sociedade civil bem-estar familiar no Brasil – Benfam, com foco na saúde reprodutiva, saúde de menores de cinco anos e o uso de métodos contraceptivos (VIACAVA, DACHS e TRAVASSOS, 2006).

No ano de 1989, realizou-se a Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição (PNSN), em conjunto com Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde

(INAN/MS), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IEPA) e o IBGE. Tratou-se de uma investigação transversal a nível nacional com amostra composta de 63 mil domicílios. Foram investigados: o estado nutricional, o hábito de fumar e o alcoolismo (PEREIRA, 2000).

Nos anos de 1987/1988, foi realizada pelo IBGE a Pesquisa sobre orçamento familiar (POF), com informações sobre gastos com a saúde e hábitos alimentares nas capitais brasileiras (VIACAVA, DACHS e TRAVASSOS, 2006).

Na década de 1990, destacam-se as seguintes investigações: a realização de mais duas *Demographic and Health Survey* em 1991 e 1996, realizada pela Benfam, a segunda POF em 1995/1996, e ainda em 1996/1997 foi realizada Pesquisa sobre Padrão de Vida (PPV), sob iniciativa do Banco Mundial, o *Living Standard Measurement Study* (LSMS) que abrange aspectos relativos à demografia, à pobreza, aos serviços sociais, ao trabalho, à renda, ao gasto e à infraestrutura de saúde. Foram coletadas informações em três regiões metropolitanas do Nordeste e três do Sudeste (VIACARA, 2002; VIACAVA, DACHS e TRAVASSOS, 2006).

Em 1998, outra PNAD foi realizada com questionário bastante ampliado, abrangendo cinco dimensões: 1) necessidades de saúde mensurada pela autoavaliação do estado de saúde, restrição de atividades por motivo de saúde, referência a doenças crônicas selecionadas e limitação de atividades físicas; 2) cobertura por plano de saúde público ou privado; 3) acesso a serviços de saúde; 4) utilização de serviços de saúde e 5) gastos privados em saúde. Foram corrigidos os erros passados, inclusive o questionário foi elaborado com independência entre todas as partes (VIACAVA, DACHS e TRAVASSOS, 2006).

Na década de 2000, destacamos os anos de 2002/2003 com o Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis, realizado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) em 15 capitais (Aracaju, Belém, Belo Horizonte, Campo Grande, Curitiba, Florianópolis, Fortaleza, João Pessoa, Manaus, Natal, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, São Paulo e Vitória) e Distrito Federal (BRASIL, 2004; BARROS, 2008).

Em 2001, em fase de reformulação, a OMS propôs a aplicação da *Pesquisa Mundial de Saúde* (PMS), inquérito populacional dirigido à avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos países-membros, adicionando ao questionário módulos relativos ao acesso, à cobertura e à utilização de serviços de saúde. Como parte desta iniciativa, o governo brasileiro firmou acordo com a OMS para a realização da pesquisa no Brasil, cuja responsabilidade de coordenação e execução é da Fundação Oswaldo Cruz. O questionário originalmente proposto pela OMS foi inteiramente revisto e modificado, desenvolvendo-se a adaptação necessária às particularidades do contexto brasileiro. De janeiro a setembro de 2003, foi realizado inquérito

populacional de âmbito nacional em 5 mil domicílios escolhidos por amostragem probabilística (SZWARCWALD e VIACAVA, 2005).

Ainda em 2003, houve a realização de mais uma PNAD, em que foi aplicado um questionário semelhante ao de 1998, porém, excluindo o bloco referente aos gastos em saúde e introduzidos quesitos referentes à realização de exames para detecção de câncer de colo de útero e mamografia. Ocorreram, também, algumas reformulações relativas às doenças crônicas selecionadas, mudando na redação a referência de ser ou não portador das doenças selecionadas, para ter recebido diagnóstico médico de alguma doença conforme recomendações da OMS, 1990. E ainda, adequação à participação do setor público e privado na cobertura por plano de saúde, já que a partir de 2000 todos os servidores públicos civis na administração direta na esfera federal passaram a ter cobertura por planos privados de saúde (VIACAVA, DACHS e TRAVASSOS, 2006).

Em 2005, lançou-se o edital da Pesquisa sobre Demografia e Saúde do Ministério da Saúde juntamente à Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (Unesco), para negociar com o IBGE a inclusão de um novo suplemento sobre saúde e utilização de serviços de saúde na PNAD de 2008.

Em 2006, inaugurou-se no país o uso de inquéritos em âmbito nacional por telefone pelo sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas, denominado VIGITEL (BARROS, 2008).

Apesar da importância do suplemento das PNADs e dos aspectos positivos quanto à utilidade para indicar as diretrizes da política nacional de saúde, faz-se necessário buscar seu aprimoramento, visto que ainda persistem lacunas quanto às informações necessárias para o planejamento das ações de saúde. Nesse sentido, os autores Viacava, Dachs e Travassos (2006) propõem a organização de um grupo de trabalho, possivelmente ao nível da RIPSA, para criação do Sistema Nacional de Estatísticas de Saúde que integra um sistema nacional de inquéritos de base populacional, uma vez que os inquéritos de saúde são ferramentas necessárias para coleta de informações que não podem ser captadas de outro modo e que são complementares às informações rotineiramente realizadas pelos sistemas de informação.

Nesse sentido, o IBGE apresentou um projeto no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais em Caxambu-MG, que foi realizado de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008. A proposta é adotar um Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD), por meio do qual o planejamento, a execução, a análise e a disseminação dos resultados das diversas pesquisas sejam conduzidos conjuntamente, otimizando recursos e facilitando o atendimento de novas demandas. As principais ações e produtos inerentes a este processo são: a construção

de uma amostra-mestra para as pesquisas domiciliares, a harmonização de conceitos e de processos, a produção de indicadores de curto prazo para todas as Unidades da Federação e a produção de informações contínuas sobre consumo. Os pilares básicos do SIPD são: a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, pesquisa que substituirá a Pesquisa nacional por amostra de domicílios e a Pesquisa mensal de emprego, e o esquema de realização anual de Pesquisas de Orçamentos Familiares. Estas pesquisas serão veículos naturais para as investigações suplementares, por serem contínuas e de múltiplos propósitos (QUINTSLR et al., 2008).

2.3 - Investigação de morbidades referidas em inquéritos populacionais no Brasil

A prática de inquérito domiciliar é antiga e foi amplamente utilizada tanto pela sociologia quanto pela epidemiologia desde o século 19. No Brasil, pelo menos desde as primeiras décadas do século 20, há registros de inquéritos domiciliares como fonte de informação sociodemográfica e epidemiológica.

Em 1969, a Associação Brasileira de Escolas Médicas, no seminário “A saúde da comunidade”, realizado no Rio de Janeiro, evidenciou a existência de vários inquéritos de morbidade em diversos locais do país. No geral, esses inquéritos eram promovidos pelos departamentos de medicina preventiva das faculdades de medicina. Nos anais deste seminário destacamos as experiências realizadas que estavam em andamento ou planejamento: Bahia (em Amaralina), São Paulo (Ribeirão Preto, Osasco e Campinas), Minas Gerais (Vila Santana), Goiás (Nerópolis) e no Distrito Federal (Sobradinho) (PEREIRA, 2006).

As medidas mais utilizadas nos inquéritos de saúde para avaliação da morbidade referida são: autoavaliação do estado de saúde, presença de doença de longa duração ou incapacidade e a prevalência de doenças selecionadas ou sintomas (THEME-FILHA, 2003).

Szwarcwald e colaboradores (2005), ao analisarem os dados da Pesquisa Mundial de Saúde, no Brasil, revelaram que a pior autoavaliação do estado de saúde está entre as mulheres (30%) e idosos (5,1%). Pode-se verificar, também, que os indivíduos com menor nível de instrução, baixa inserção no mercado de trabalho e menor número de bens no domicílio apresentaram precária autoavaliação de saúde.

O estudo Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis do INCA, realizado em 15 capitais brasileiras, já descrito anteriormente, revelou que 25,3% dos indivíduos participantes consideraram seu estado de saúde regular ou ruim. Os piores percentuais foram observados entre as mulheres (29,3%) e em indivíduos de 60 anos ou mais (41,3%) e aqueles com ensino fundamental

incompleto (38%). Esses dados indicam que as diferenças entre gênero, faixas etárias e de escolaridade afetam a percepção do estado de saúde dos indivíduos (SOUZA et al., 2008).

Os dados de investigações nacionais concordam com vários estudos internacionais que alertam para a influência desses fatores na autoavaliação do estado de saúde (FRANKS e FISCELLA, 2003).

Em um estudo de Mendoza-Sassi et al. (2007), estes pesquisadores alertam para as diferenças ocorridas na morbidade referida entre homens e mulheres constatando que existem diferenças entre sexos na morbidade, mas com magnitudes diferentes conforme o tipo de medida de morbidade utilizada. Porém, no geral os relatos são mais intensificados nas mulheres em relação aos homens. Este aumento pode ser explicado pelas variações que ocorrem no comportamento na procura de cuidados em saúde (percepção e/ou informação de problemas de saúde) entre mulheres e homens.

A percepção precária da própria saúde pode ser vista, portanto, como resultado de sentimentos de mal-estar, dor ou desconforto em interação com os fatores sociais, culturais, psicológicos e ambientais que modificam a maneira como a vida da pessoa é afetada pelo problema experimentado. Desta forma ela deve ser analisada sob uma ótica multidimensional, levando em consideração os diferentes entendimentos individuais da saúde, diante do contexto cultural e psicossocial existente (FRANKS e FISCELLA, 2003).

A informação sobre a prevalência de doenças é comumente coletada por meio de inquéritos. Embora o método seja relativamente barato e eficiente, por oposição aos exames físicos, a validade das informações colhidas é frequentemente questionada (MOLENAAR, VAN AMEIJDEN, GROBBEE et al., 2006). Por esta razão, diversos países têm mostrado que as informações obtidas sobre a prevalência de doenças crônicas apresentam boa concordância quando comparada com registros médicos ou exames clínicos, principalmente em relação às doenças cardiovasculares e diabetes (THEME-FILHA, 2003).

A exemplo disso, descrevemos alguns estudos de morbidade autorreferida, como o estudo transversal realizado para verificar se existe concordância entre o relato de estado clínico autorreferido e a prevalência de doenças crônicas selecionadas comuns entre os idosos, realizado em Taiwan entre julho de 1992 e junho de 1993, em que se aplicaram entrevista e avaliação clínica em uma amostra de 228 idosos (65 ou mais) para estimar a prevalência de doenças do coração, hipertensão e diabetes. Os resultados mostraram que a autodeclaração de diabetes obteve maior sensibilidade (66,7%) e especificidade (95,2%). O autorrelato de doenças cardíacas foi o menos sensível com 20,5%, enquanto os relatos de hipertensão arterial foi o menos específico com 82,8%. A análise multivariada mostrou que a idade, educação e a

quantidade de doenças autorrelatadas influenciaram na precisão dos dados reportados. Contudo, essas informações sugerem que as estimativas de morbidade da hipertensão arterial e do diabetes não seriam necessariamente um problema. No tocante à prevalência de doença cardíaca seriam subestimados (WU *et al.*, 2000).

Em outra investigação, a autoavaliação da saúde, as doenças autorreferidas e os sintomas foram investigados em uma amostra populacional de 6.061 homens e mulheres com idades compreendidas entre os 35-79 anos em Condado de Värmland, na Suécia. Depressão, doença neurológica, artrite reumatoide, e cansaço/fraqueza tiveram maior influência para pior percepção de saúde dos indivíduos. Entre os idosos (65-79 anos), as doenças neurológicas e o câncer tiveram a maior contribuição para pior percepção de saúde nos homens, e a doença renal, artrite reumatoide e câncer nas mulheres. Entre as pessoas de meia-idade (35-64 anos), a depressão e o cansaço/fraqueza foram também importantes, especialmente nas mulheres. No geral, o cansaço/fraqueza explicou a maior parte da percepção de saúde como ruim devido a sua alta prevalência na população, e a depressão e dores musculoesqueléticas foram mais importantes ou relatadas do que outras doenças crônicas e sintomas (MOLARIUS e STAFFAN, 2001).

Mais recentemente, em 2006, na Holanda, o *Utrecht Health Project* que, desenvolve um estudo prospectivo, com uma coorte de 4.950 indivíduos, realizou uma pesquisa com o objetivo de avaliar a concordância entre os dados biométricos complementares ao questionário de morbidades autorreferidas de hipertensão e diabetes na população. Para calcular a sensibilidade e especificidade de autorreferência de hipertensão e diabetes, foram utilizados resultados das medições de pressão arterial e glicemia, ajustados para o uso atual de medicamentos, considerado como padrão de referência. A análise utilizada foi de regressão logística multivariada. Os resultados apresentaram sensibilidade (capacidade de medir os verdadeiros casos) de 34,5% para a autorreferência de hipertensão e diabetes 58,9%, enquanto a especificidade (capacidade de medir os não casos) foi alta para ambas as condições (96,4 e 99,4%, respectivamente). Observou-se concordância entre a autorreferência e os dados biométricos para diabetes e hipertensão, porém, os autores destacaram que a utilização da auto-referência como medida de morbidade nos inquéritos para estimar a prevalência de hipertensão e diabetes pode levar a uma prevalência subestimada. Alertam que adição de exames biométricos à prática de inquéritos de morbidade autorreferida assegura a validade das informações, ao mesmo tempo em que, reconhecem que esta prática depende da condição estudada e das características da população em estudo (MOLENAAR *et al.*, 2006)

Nesse sentido, Pereira (2006) destaca que os inquéritos específicos de morbidade no Brasil são de difícil realização, em parte devido à grande extensão de seu território, às diferenças existentes entre suas diversas regiões e aos custos que estes empreendimentos envolvem. Possivelmente, por essa razão, muitos inquéritos a nível local têm sido realizados, especificamente aqueles limitados a um único evento. O questionário é, em geral, de mais fácil elaboração, o trabalho de campo mais simples e o diagnóstico mais preciso como, por exemplo, nos casos de desnutrição, parasitoses, alcoolismo, hipertensão e diabetes.

Uma pesquisa utilizando os dados da PNAD de 2003 revelou que dentre as 12 morbidades referidas investigadas, as mais prevalentes no Brasil, considerando todas as faixas etárias, foram: doença de coluna (11% dos homens e 15% das mulheres), hipertensão (9% homens e 15% mulheres), artrite (3%, 7%, homens e mulheres respectivamente), depressão (apenas 1% dos homens e 6% das mulheres), asma (5% ambos) e doenças do coração (3% dos homens e 5% das mulheres) (BARROS et al. 2006).

A proporção entre os adultos participantes (n: 5.000) da Pesquisa Mundial de Saúde em 2003, que autorreferiram uma das seis doenças crônicas analisadas e que relataram ter a percepção de possuir doença de longa duração foi, em sua maioria, diabetes (70,9%), angina (62,8%), artrite (61,6%), esquizofrenia (60,2%), seguidas por depressão (47,3%) e asma (45,1%) (THEME-FILHA, SZWARCOWALD e SOUZA-JUNIOR, 2008).

É importante destacar alguns inquéritos de morbidade referida realizados no Brasil, para investigar os aspectos de vida dos idosos brasileiros, os quais se destacam o estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) realizado em sete cidades da América Latina e o Caribe (Bridgetown, Buenos Aires, Havana, Cidade do México, Montevidéu, Santiago e no Brasil na cidade de São Paulo); O Projeto Bambuí, uma coorte de base populacional desenvolvido no município de Bambuí, oeste de Minas Gerais, e o inquérito domiciliar de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, realizado no Distrito Noroeste, em 2004 (LEBRÃO e DUARTE, 2003; LEBRÃO e LAURENTI, 2005; GIACOMIN et al., 2006; PASKULIN e VIANNA, 2007).

JUSTIFICATIVA



3 - JUSTIFICATIVA

A realização de inquéritos populacionais aliada a uma análise comparativa de seus resultados permitem conhecer as necessidades que se transformam em demanda aos serviços de saúde para a população e, ainda, proporcionam a denominação de indicadores de saúde pública que são úteis para calcular estimativas de riscos de saúde dos indivíduos (BORREL e RODRÍGUEZ-SANZ, 2008).

Tendo em vista a escassez de estudos dessa natureza na região Norte e principalmente no Estado do Acre, este estudo se propõe a contribuir na identificação e análise da prevalência de morbidade autorreferida na população adulta de Rio Branco e da autoavaliação do estado de saúde da mesma.

Investigações com a temática de morbidade autorreferida na população adulta e da autoavaliação do estado de saúde da mesma podem contribuir para a discussão e implementação de outras investigações, possibilitando dados para auxiliar na adequação ou implantação de estratégias públicas de promoção, proteção e de assistência à saúde dos adultos no município. Ademais, a partir da identificação dos fatores associados a estes fenômenos de saúde, este estudo poderá fornecer subsídios para investigação, bem como efetuar previsão do impacto destes na qualidade de vida desta população. Estudos futuros possibilitariam testar hipóteses e, assim, contribuir para a resolução de problemas apontados em desenho epidemiológico dessa natureza.

OBJETIVOS

4 - **OBJETIVOS**

4.1 - **Geral**

Analisar a autoavaliação do estado de saúde e as morbidades autorreferidas prevalentes nos adultos residentes em Rio Branco, AC durante o período de 2007- 2008.

4.2 - **Específicos**

- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico nos indivíduos com 18 anos de idade ou mais;
- Descrever a autoavaliação de saúde da população em estudo;
- Verificar a prevalência de morbidade autorreferida na população adulta;
- Avaliar a associação entre as variáveis socioeconômicas, demográficas, de hábitos de vida e estado de saúde com as variáveis: auto-avaliação de saúde e morbidades autorreferidas.

RESULTADOS

5.1 - ARTIGO 1

Morbidade autorreferida em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, AC 2007 - 2008

Autores: Bezerra, P. C. L.*; Opitz, S. P.*; Koifman, R. J.; Muniz, P.T.**

***Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

Centro de Ciências da Saúde e do Desporto – Universidade Federal do Acre

****Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde**

Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz

Resumo

Dados epidemiológicos permitem conhecer as necessidades das comunidades e podem fornecer subsídios para planejamento e ações nos serviços de saúde. Observa-se que o Brasil acompanha a tendência mundial de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, o que tem feito surgir novas demandas nos serviços de saúde. Para este norte, faz-se necessária a investigação das morbidades na população de interesse. Os objetivos deste é identificar a prevalência das morbidades autorreferidas, além de descrever e verificar associação entre as morbidades autorreferidas mais prevalentes identificadas no estudo quanto às características: socioeconômicas, demográficas e de hábitos de vida (tabagismo, etilismo, hábito alimentar saudável e prática de atividade física). Trata-se de um inquérito populacional, realizado com adultos maiores de 18 anos de idade, residentes em Rio Branco/AC, entre 2007/2008. A amostra constituiu-se de 1.516 indivíduos, a partir de uma amostragem probabilística em duas etapas de sorteio. Observou-se que a morbidade autorreferida mais prevalente foi a doença de coluna/costas com o percentual de 30,8%, seguida da hipertensão (28,3%), malária (28,3%) e depressão (18,73%). Quanto aos aspectos socioeconômicos e demográficos as características mais prevalentes nas morbidades pesquisadas foram sexo feminino, faixa etária mais elevada e menor escolaridade, com significância estatística. Quanto aos hábitos de vida, as características mais prevalentes, com significância estatística, nas morbidades foram: tabagismo e inatividade física. Tendo em vista a escassez de estudos desta natureza na região Norte, e principalmente no Estado do Acre, os resultados referentes às morbidades autorreferidas mais prevalentes na população adulta de Rio Branco são de fundamental importância, uma vez que possibilitam alertar os pesquisadores e profissionais de saúde e contribui para uma melhor adequação ou implantação de estratégias públicas de promoção, proteção e de assistência à saúde dos adultos no município.

Palavras-chave: Inquéritos de Morbidade; Perfil de saúde; Epidemiologia.

Morbidades autorreferidas em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre 2007 – 2008.

1 - INTRODUÇÃO

Observa-se que o Brasil acompanha a tendência mundial de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, o que tem feito surgir novas demandas nos serviços de saúde. A Organização Mundial de Saúde (2008) recomenda que todos os países devem estar preparados para enfrentar as consequências da evolução demográfica. Esta situação exige a promoção da saúde, prevenção de doenças e intervenção na comunidade, bem como a adoção de estratégias de gestão de saúde e demanda um forte sistema de informação para viabilizar a gestão dos seus serviços^{1,2}.

Durante longo período de tempo, na ausência de sistemas de informações de morbidade e devido ao perfil epidemiológico predominante de doenças transmissíveis, a avaliação do estado de saúde das populações tinha como base os dados de mortalidade. A capacidade de medir a saúde com o indicador de mortalidade sempre foi precária, mas especialmente com a redução das taxas de mortalidade, aumento da sobrevivência e incremento da prevalência de doenças crônicas, esta limitação passou a requerer estatísticas sobre morbidade e seus efeitos à saúde^{4,5}.

É importante considerar que o Brasil está passando por uma transição demográfica significativa provocada, principalmente, pela queda da fecundidade iniciada em meados dos anos de 1960 e generalizada em todas as regiões brasileiras e estratos sociais. A média brasileira reduziu-se de 6,3 filhos por mulher, em 1960, para 2,0 em 2005. O aumento da longevidade e a redução da mortalidade infantil também contribuem para esta mudança do padrão demográfico, além de determinantes como a intensa urbanização e a mudança do papel econômico da mulher. Verifica-se, portanto, um aumento intenso de doenças com a idade, uma vez que o aumento da sobrevivência da população é concorrente com o crescimento da carga de morbidades^{3,5}.

Nesse sentido, os inquéritos de saúde são importantes porque abrangem um amplo espectro de problemas de saúde, permitindo correlacionar os resultados com as condições de vida das populações e possibilitando conhecer a distribuição dos fatores de risco e a percepção das pessoas a respeito do seu estado de saúde⁶.

A informação sobre a prevalência de doenças é comumente recolhida por meio de inquéritos populacionais. Embora o método seja relativamente barato e eficiente, por oposição aos exames físicos, a validade das informações colhidas é frequentemente questionada⁷. Entretanto, em diversos países a investigação de doenças crônicas têm mostrado que as informações obtidas sobre a prevalência das mesmas apresentam boa concordância quando comparada com registros médicos ou exames clínicos, principalmente quando referente às doenças cardiovasculares e diabetes^{8,9,7,10}.

Os inquéritos específicos de morbidade, no Brasil são de difícil realização, em parte devido à grande extensão de seu território, às diferenças existentes entre suas diversas regiões e aos custos que estes empreendimentos envolvem¹¹.

Esse estudo teve como objetivo estimar a prevalência das morbidades autorreferidas e avaliar as relações de associação com as características socioeconômicas, demográficas e de hábitos de vida da população adulta residente no município de Rio Branco.

2 – MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, parte integrante da pesquisa denominada “Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco – Acre”, realizada no período de 2007 a 2008.

Sortearam-se amostras de domicílio pelo processo de conglomerados em dois estágios. A unidade amostral primária foi o setor censitário definido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) por meio do último censo demográfico realizado em 2000. A segunda etapa de sorteio correspondeu à seleção de domicílios, baseando-se pelo mapa dos setores censitários elaborado pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 2005. O critério de inclusão no estudo foi a anuência à participação da pesquisa de todos os adultos que se encontravam no domicílio no momento da entrevista. Excluindo as perdas e recusas, foram totalizados 1.516 participantes (850 domicílios).

A amostra final de indivíduos não é autoponderada, pesos amostrais foram calculados para compensar diferentes probabilidades de inclusão desses indivíduos em cada unidade primária de amostragem que foram consideradas nas análises estatísticas, por terem sido compostas por mais de um setor censitário. Para determinar o tamanho amostral, utilizou-se a seguinte expressão:

$$CV(p) = \frac{\sqrt{\frac{p \cdot q}{n}}}{p} ; (d) = (1,96 \times epa)$$

Os dados do inquérito populacional foram duplamente digitados e validados, utilizando-se o programa Epi Info Windows 6.04, e para análise estatística utilizou-se o *software* Stata v.10, módulo *svy*, levando-se em conta o desenho da amostra e as ponderações necessárias. Foram estimadas as prevalências e estimadas as razões de prevalência bruta e ajustadas utilizando Regressão de Poisson com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Para estimar as razões de prevalência ajustadas, foram incluídas no modelo possíveis variáveis confundidoras.

O questionário foi estruturado com base no Inquérito de Domiciliar do INCA (2002-2005) e no Inquérito Nacional VIGITEL de 2006. É composto de questões fechadas, semiabertas e abertas e constituído de módulos organizados por conjuntos temáticos e contemplou as seguintes variáveis de interesse deste estudo: demográficas (sexo, grupo etário, raça/cor), socioeconômicas (estado conjugal, escolaridade, situação ocupacional, renda

familiar) e aspectos relacionados a hábitos de vida (prática de atividade física, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, hábito alimentar saudável) e à saúde autorreferida (percepção de saúde, morbidades autorreferidas), além da medida de peso e altura, permitindo o cálculo do índice de massa corporal (IMC).

A autopercepção de saúde foi caracterizada em quatro níveis: “excelente”, “boa”, “regular” e “ruim”. O estrato “não sabe” foi considerado como perda (n=2). Para a análise da percepção insatisfatória de saúde, foi criada uma variável dicotômica construída a partir da variável “percepção de saúde”, onde se classificaram as seguintes categorias: percepção de saúde insatisfatória unindo os estratos: regular e ruim e percepção satisfatória: excelente e boa.

A faixa etária foi estratificada em cinco estratos, 18 a 29; 30 a 39; 40 a 49, 50 a 59 e 60 anos ou mais. A raça/cor autodeclarada foi dicotomizada em preta e/ou parda e não preta e/ou parda. A variável escolaridade foi dividida em quatro categorias: zero; 1 a 7 anos; 8 a 10; 11 ou mais anos de estudo. As informações sobre atividades ocupacionais foram agrupadas em com e sem ocupação. O estado conjugal foi dicotomizado em com e sem companheiro. Foram definidas quatro categorias de renda familiar: zero; <1 a < 3; 3 a <5; 5 ou mais salários mínimos, sendo considerado o salário mínimo em vigor (R\$465.00).

Quanto às variáveis de hábitos de vida, o tabagismo foi representado pela variável dicotômica, sendo considerado como fumantes os indivíduos que assim se denominavam no momento da entrevista e aqueles que já tinham fumado anteriormente. Etilismo foi classificado segundo afirmação ou negação do entrevistado ao questionamento de consumo de bebida alcoólica.

Para a prática de atividade física, foi criada uma variável dicotômica com referência à classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre prática de atividade física de lazer e de atividade física ocupacional. Considerou-se prática de atividade física ocupacional quando o indivíduo respondeu “sim” a pelo menos uma das questões: “No seu trabalho, o (a) sr. (a) anda bastante a pé?”; “No seu trabalho, o (a) sr. (a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?”; “O (a) sr. (a) costuma ir a pé ou de bicicleta de casa para o trabalho?”; “O sr. (a) costuma ter ajuda para fazer faxina?”; “Quem fica com a parte mais pesada da faxina?”. Já a prática de atividade física de lazer foi classificada segundo afirmação do entrevistado ao responder se faz algum tipo de exercício físico. Portanto, a variável dicotômica “Prática de atividade física” foi criada considerando as respostas das duas variáveis supracitadas.

Para avaliar o hábito alimentar, foi criado um “índice de alimentação saudável” baseando-se em Figueiredo (2006). No questionário, as variáveis referentes à alimentação

foram coletadas por meio de escala de frequência de consumo alimentar (1 a 2 dias por semana; 3 a 4 dias por semana; 5 a 6 dias por semana; todos os dias; quase nunca ou nunca). Estas foram transformadas em dicotômicas: consumo usual (“todos os dias”/de “1 a 6 dias por semana) e consumo não usual (“quase nunca”/“nunca”).

As variáveis contidas no questionário foram classificadas como: marcadoras de consumo alimentar saudável (peixe, feijão, frutas, legume ou vegetal cozido, gordura vegetal, salada crua) e marcadoras de consumo alimentar menos saudável (leite integral, carne vermelha com gordura, frango com pele, refrigerante). Estas variáveis foram dicotomizadas em consumo usual sim ou não e codificadas como “0” para sim e “1” para não, nas variáveis marcadoras de consumo alimentar saudável e “0” para não e “1” para sim nas variáveis marcadoras de consumo alimentar menos saudável. A soma total dessas variáveis é igual a 10. Definiu-se o valor “3” como ponto de corte, onde consideramos a pontuação de 0 a 3: hábito alimentar mais saudável e de 4 a 10 hábito alimentar menos saudável. Construiu-se, assim, a variável dicotômica alimentação saudável (sim/não).

O Índice de Massa Corpórea foi categorizado conforme pontuação da OMS: Baixo peso: <18,5; Eutrófico: 18,5 a 24,9; Sobrepeso: 25 a 29,9 e Obesidade: ≥ 30 .

A variável categórica número de morbidades autorreferidas, foi construída a partir da resposta a uma listagem de 18 morbidades. Compõe as seguintes faixas: nenhuma; 1-3; 4-6; 7-9 e de 10 ou mais. Portanto, da mesma forma foi criada a variável dicotômica “tem morbidade” (sim/não).

Foram seguidas as recomendações da Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), bem como a solicitação de autorização dos sujeitos-alvo deste estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, Protocolo 2307.001150/2007-22.

3 – RESULTADOS

A amostra total foi composta por 55,9% de mulheres (n=863) e 44,1% de homens (n=653). A média de idade na amostra como um todo foi de 38,8 anos (IC95% 37,1- 40,5), sendo que a média de idade das mulheres (média=39,0; IC95% 37,4-40,6) e a dos homens foram semelhantes (média=38,5; IC95% 36,4-40,7).

Ao analisar as faixas etárias da população de Rio Branco, as mulheres apresentaram maior percentual do que os homens, e esse padrão foi mantido em todos os estratos, tendo oscilado de 52,9% nos indivíduos de 18 a 29 anos a 69,9% naqueles com 40 a 49 anos.

A maioria da população (84,2%) se autodeclarou como negra ou parda e, apenas nove pessoas se autodeclararam como ser de raça/cor amarela e nenhuma como indígena.

Na amostra estudada, 76,7% das pessoas declararam ter ao menos uma entre as 18 morbidades pesquisadas. Estes 1.149 adultos investigados no estudo, foram caracterizados, predominantemente por ser mulher (n=672, 56,7%), com idade média de 41,4 anos (IC95% 39,5 – 43,3), de raça/cor autodeclarada parda (77,8%), com ensino fundamental incompleto (61,8%) e renda mensal média de R\$743,08 (IC95% 517,4 – 968,7) e por ter companheiro (59,1%).

Quanto aos comportamentos de risco, esta população caracterizou-se por não possuir alimentação saudável (78,4%), ser inativo (72,3%), ter sobrepeso/obeso (49,7%), por não ingerir bebida alcoólica (73,6 %) e não ser tabagista/nunca ter fumado (54,4%).

As morbidades mais relatadas foram doença de coluna/costas (30,8%), hipertensão/P.A. elevada (28,3%), malária (28,3%) e depressão (19%) (TABELA 1).

Exceto nos casos de malária, as mulheres e os idosos foram as que mais relataram ter uma dessas morbidades, e as mulheres foram a maioria em praticamente todas as faixas etárias (FIGURA 1).

A probabilidade de relatar doença de coluna/costas é 1,54 vez maior nos idosos do que no grupo de pessoas com 18 a 59 anos, com significância estatística. Esta associação apresentou gradiente dose resposta com idade (TABELA 2). A ocupação, o tabagismo e escolaridade também apresentaram associação positiva para o caso de doença de coluna/costas. Observa-se que a escolaridade apresentou uma associação dose resposta mostrando redução na razão prevalência, quando ocorre um aumento do número de anos estudados, mesmo após os ajustes realizados nos diferentes modelos (TABELA 3).

A prevalência da hipertensão arterial apresentou-se maior para as pessoas idosas, com obesidade, baixa escolaridade, que fumam/já fumaram, indivíduos inativos, do sexo feminino

e sem ocupação. Nota-se que, embora tenha diminuído a razão de prevalência após ajustamento pelas variáveis potencialmente confundidoras, a idade continuou sendo o fator de maior estimativa de razão de risco para o relato de hipertensão arterial (TABELAS 4, 5).

A proporção de malária apresentou-se significativamente maior para as pessoas de baixa escolaridade, maior idade, que fumam/já fumaram e de raça/cor autodeclarada negra ou parda, respectivamente. Embora tenha mostrado grande risco anteriormente, ao ser ajustada para idade, sexo, raça/cor negra/parda e tabagismo, a variável escolaridade perdeu sua significância estatística (TABELAS 6,7).

A prevalência de depressão apresentou-se significativamente maior para as pessoas do sexo feminino, de maior idade e sem atividade laboral. Após análise com controle das variáveis potencialmente confundidoras, as razões de prevalência, relacionadas aos fatores demográficos e de ocupação, mantiveram significância estatística (TABELAS 8,9).

Figura 1: Prevalência de morbidades autorreferidas, por sexo e faixa etária. Rio Branco/Acre, 2007 – 2008.

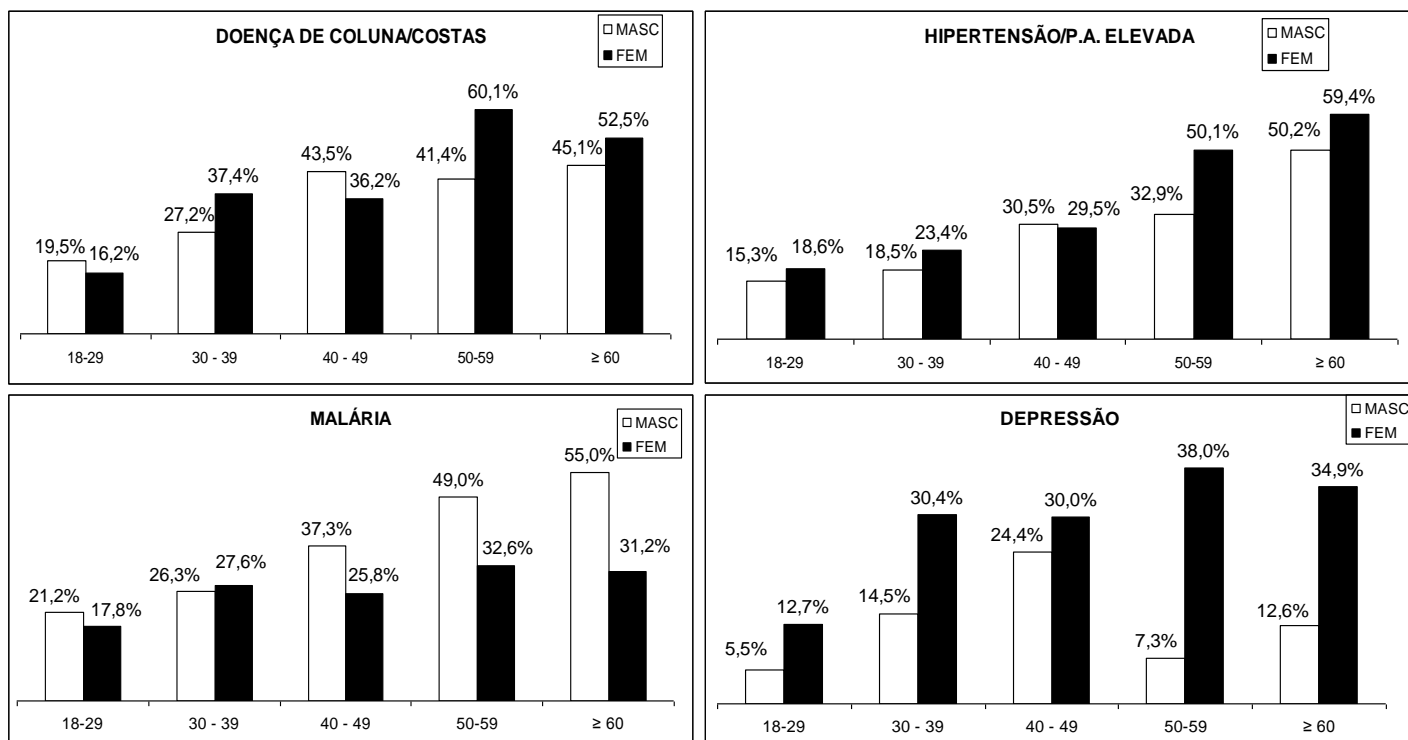


TABELA 1: Distribuição de frequência de morbididades autorreferidas em pessoas com 18 anos ou mais. Inquérito populacional de Rio Branco/Acre, 2007-2008 (n 1.514).

| <i>Morbidades autorreferidas</i> | <i>Tem morbidade autorreferida</i> | |
|---|------------------------------------|---------------|
| | <i>N (%)</i> | |
| | <i>Sim</i> | <i>Não</i> |
| Hipertensão/P.A. elevada | 404 (28,3%) | 1.112 (71,7%) |
| Diabetes | 74 (4,9%) | 1.442 (95,1) |
| Infarto, derrame ou acidente vascular cerebral (AVC) | 48 (3,2%) | 1.468 (96,8%) |
| Colesterol /triglicérides elevado | 257 (17,4%) | 1.259 (82,6%) |
| Depressão | 284 (19,1%) | 1.232 (80,9%) |
| Asma, bronquite asmática, bronquite crônica ou enfisema | 218 (15,8%) | 1.298 (84,2%) |
| Doença renal crônica | 131 (10,5%) | 1.385 (89,5%) |
| Cirrose do fígado | 16 (1,2%) | 1.500 (98,8%) |
| Hepatite | 178 (11,6%) | 1.338 (88,4) |
| Tuberculose | 64 (4,6%) | 1.452 (95,4%) |
| Malária | 398 (28,3%) | 1.118 (71,7%) |
| Hanseníase | 22 (1,5%) | 1.494 (98,5%) |
| AIDS/SIDA | 9 (0,6%) | 1.507 (99,4%) |
| Tendinite/LER (Lesão de esforço repetitivo) | 93 (7,3%) | 1.425 (92,7%) |
| Doença da coluna ou costas | 454 (30,8%) | 1.062 (69,2%) |
| Artrite/Reumatismo (não infeccioso)/Gota | 248 (18,5%) | 1.268 (81,5%) |
| Osteoporose | 72 (4,6%) | 1.444 (95,4%) |
| Câncer | 22 (1,4%) | 1.494 (98,6%) |

TABELA 2: Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com doença de coluna/costas autorreferida do Inquérito populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.

| Variáveis | Tem Doença de coluna/costas autorreferida | | Razão de prevalências (IC de 95%) |
|-------------------------------|---|---------|-----------------------------------|
| | Sim | Não | |
| Sexo | | | |
| Masculino | 28,69% | 71,31% | 1 |
| Feminino | 32,56% | 67,44% | 1,13 (0,92 - 1,38) |
| Faixa etária | | | |
| 18 a 29 anos | 17,05% | 82,95% | 1 |
| 30 a 39 anos | 30,90% | 69,10% | 1,81 (1,38 - 2,37) |
| 40 a 49 anos | 37,10% | 62,90% | 2,17 (1,63 - 2,88) |
| 50 a 59 anos | 50,60% | 49,40% | 2,96 (2,29 - 3,84) |
| 60 ou mais anos | 44,79% | 55,21% | 2,62 (1,94 - 3,54) |
| Faixa etária | | | |
| 18-29 anos | 28,92% | 71,08% | 1 |
| 60 ou mais | 44,79% | 55,21% | 1,54 (1,19 - 2,00) |
| Raça/cor autodeclarada | | | |
| Não negra/parda | 26,28% | 73,72% | 1 |
| Negra/Parda | 31,63% | 68,37% | 1,20 (0,92 - 1,55) |
| Status conjugal | | | |
| Com companheiro (a) | 33,25% | 66,75% | 1 |
| Sem companheiro (a) | 27,61% | 72,39% | 0,83 (0,66 - 1,03) |
| Escolaridade (anos de estudo) | | | |
| 11 ou mais | 20,85% | 79,15% | 1 |
| 8 - 10 anos | 34,24% | 65,76% | 1,64 (1,30 - 2,06) |
| 4 - 7 anos | 36,36% | 63,64% | 1,74 (1,48 - 2,05) |
| 1 - 3 anos | 44,58% | 55,42% | 2,13 (1,65 - 2,76) |
| Zero | 40,41% | 59,59% | 1,93 (1,41 - 2,66) |
| Ocupação | | | |
| Sim | 27,34 % | 72,66% | 1 |
| Não | 35,01% | 64,99% | 1,28 (1,02- 1,60) |
| Renda familiar | | | |
| 5 ou mais | 25,75% | 74,25% | 1 |
| 3 a <5 s.m | 30% | 70% | 1,16 (0,71 - 1,89) |
| <1 a <3 s.m | 31,16% | 68,84% | 1,21 (0,76 - 1,92) |
| Sem renda | 30,07% | 69,93% | 1,16 (0,72 - 1,89) |
| Fuma/ já fumou | | | |
| Não | 24,04 % | 75,96% | 1 |
| Sim | 40,17% | 59,83% | 1,67 (1,39 - 1,99) |
| Ingestão de bebida alcoólica | | | |
| Não | 33,37 % | 66,63% | 1 |
| Sim | 24,65% | 75,35% | 0,73 (0,62 - 0,87) |
| Prática de atividade física | | | |
| Sim | 23,08 % | 76,92% | 1 |
| Não | 31,1% | 68,9% | 1,34 (0,99 - 1,83) |
| Alimentação saudável | | | |
| Sim | 34,77% | 65,23% | 1 |
| Não | 29,82% | 70,18% | 0,85 (0,70 - 1,04) |
| IMC | | | |
| Eutrófico | 31,17% | 68,83% | 1 |
| Baixo peso | 31,56% | 68,44 % | 1,01 (0,63- 1,62) |
| Sobrepeso | 30,04% | 69,96% | 0,96 (0,80 - 1,14) |
| Obeso | 31,85% | 68,15% | 1,02 (0,81 - 1,28) |

* As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem às perdas.

TABELA 3: Resultado final da análise multivariada de Regressão de Poisson dos fatores associados com a prevalência autorreferida de doença de coluna/costas, da população adulta do Inquérito populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008

| <i>Modelo</i> | <i>Categorias</i> | <i>Razão de Prevalências ajustada (IC de 95%)</i> |
|-------------------------------|-------------------|---|
| Variáveis incluídas no modelo | | |
| Idoso | Não | 1 |
| | Sim | 1,35 (1,04 – 1,77) |
| Sexo | Masculino | 1 |
| | Feminino | 1,24 (1,02 – 1,50) |
| Escolaridade (anos de estudo) | 11 ou mais | 1 |
| | 8 – 10 anos | 1,60 (1,21 – 2,12) |
| | 4 -7 anos | 1,73 (1,35 – 2,22) |
| | 1 – 3 anos | 1,95 (1,47 – 2,58) |
| | Zero | 1,71 (1,14 – 2,58) |

TABELA 4: Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com hipertensão autorreferida. Inquérito populacional, Rio Branco/Acre, 2007-2008.

| <i>Variáveis</i> | <i>Tem Hipertensão/PA elevada autorreferida</i> | | <i>Razão de prevalências (IC de 95%)</i> |
|-------------------------------|---|------------|--|
| | <i>Sim</i> | <i>Não</i> | |
| Sexo | | | |
| Masculino | 24,23% | 75,77% | 1 |
| Feminino | 30,33% | 69,67% | 1,25 (1,05 - 1,48) |
| Faixa etária | | | |
| 18 a 29 anos | 15,6% | 84,4% | 1 |
| 30 a 39 anos | 22,04% | 77,96% | 1,41 (0,94 - 2,1) |
| 40 a 49 anos | 29,53% | 70,47% | 1,89 (1,30 - 2,74) |
| 50 a 59 anos | 43,61% | 56,39% | 2,79 (2,00 - 3,90) |
| 60 ou mais anos | 55,66% | 44,34% | 3,56 (2,41 - 5,27) |
| Faixa etária | | | |
| 18-29 anos | 23,75% | 76,25% | 1 |
| 60 ou mais | 55,66% | 44,34% | 2,34 (1,82 - 3,00) |
| Raça/cor autodeclarada | | | |
| Não negra/parda | 26,38% | 73,62% | 1 |
| Negra/Parda | 27,80% | 72,20% | 1,05 (0,76 - 1,45) |
| Status conjugal | | | |
| Com companheiro (a) | 29,22% | 70,78% | 1 |
| Sem companheiro (a) | 25,48% | 74,52% | 0,87 (0,72 - 1,04) |
| Escolaridade (anos de estudo) | | | |
| 11 ou mais | 21,27% | 78,73% | 1 |
| 8 - 10 anos | 21,7 % | 78,3% | 1,02 (0,65 - 1,58) |
| 4 - 7 anos | 30,98% | 69,02% | 1,45 (1,12 - 1,89) |
| 1 - 3 anos | 38,55% | 61,45% | 1,81 (1,47 - 2,23) |
| Zero | 47,64% | 52,36% | 2,23 (1,70 - 2,94) |
| Ocupação | | | |
| Sim | 25,15% | 74,85% | 1 |
| Não | 30,56% | 69,44% | 1,21 (1,07- 1,37) |
| Renda familiar | | | |
| 5 ou mais | 36,35% | 63,65% | 1 |
| 3 a <5 s.m | 28,19% | 71,81% | 0,77 (0,48 - 1,23) |
| <1 a <3 s.m | 28,79% | 71,21% | 0,79 (0,52 - 1,19) |
| Sem renda | 24,15% | 75,85% | 0,66 (0,43 - 1,01) |
| Fuma/ já fumou | | | |
| Não | 22,77% | 77,23% | 1 |
| Sim | 34,27% | 65,73% | 1,50 (1,20 - 1,87) |
| Ingestão de bebida alcoólica | | | |
| Não | 30,1% | 69,9% | 1 |
| Sim | 21,55 % | 78,45% | 0,71 (0,55 - 0,91) |
| Prática de atividade física | | | |
| Sim | 19,94% | 80,06% | 1 |
| Não | 27,92% | 72,08% | 1,40 (1,09 - 1,78) |
| Alimentação saudável | | | |
| Sim | 33,86 % | 66,14% | 1 |
| Não | 25,99% | 74,01% | 0,76 (0,62 - 1,94) |
| IMC | | | |
| Eutrófico | 31,17% | 68,83% | 1 |
| Baixo peso | 31,56% | 68,44 % | 0,99 (0,44- 2,20) |
| Sobrepeso | 30,04% | 69,96% | 1,70 (1,42 - 2,03) |
| Obeso | 31,85% | 68,15% | 2,26 (1,81 - 2,81) |

* As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem às perdas.

TABELA 5: Resultado final da análise multivariada de Regressão de Poisson dos fatores associados com a prevalência autorreferida de hipertensão, da população adulta do Inquérito populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008

| <i>Modelo</i> | <i>Categorias</i> | <i>Razão de Prevalências ajustadas (IC de 95%)</i> |
|---------------|-------------------|--|
| Variáveis | | |
| Idoso | Não | 1 |
| | Sim | 2,14 (1,65 – 2,79) |
| Sexo | Masculino | 1 |
| | Feminino | 1,27 (1,08 – 1,50) |
| Fuma/Já fumou | Não | 1 |
| | Sim | 1,30 (1,00 – 1,67) |

TABELA 6: Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com malária autorreferida. Inquérito populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.

| <i>Variáveis</i> | <i>Tem malária autorreferida</i> | | <i>Razão de prevalências (IC de 95%)</i> |
|-------------------------------|----------------------------------|------------|--|
| | <i>Sim</i> | <i>Não</i> | |
| Sexo | | | |
| Masculino | 32,38 % | 67,62% | 1 |
| Feminino | 22,75% | 77,25% | 0,70 (0,59 - 0,82) |
| Faixa etária | | | |
| 18 a 29 anos | 17,78% | 82,22% | 1 |
| 30 a 39 anos | 26,47% | 73,53 % | 1,48 (1,05 – 2,10) |
| 40 a 49 anos | 29,28% | 70,72 % | 1,64 (1,19 – 2,27) |
| 50 a 59 anos | 37,98% | 62,02% | 2,13 (1,63 – 2,78) |
| 60 ou mais anos | 42,31% | 57,69 % | 2,37 (1,76 – 3,20) |
| Faixa etária | | | |
| 18-29 anos | 24,9% | 75,1 % | 1 |
| 60 ou mais | 42,31% | 57,69% | 1,69 (1,37 – 2,09) |
| Raça/cor autodeclarada | | | |
| Não negra/parda | 18,55% | 81,45% | 1 |
| Negra/Parda | 28,6% | 71,4 % | 1,54 (1,12 – 2,12) |
| Status conjugal | | | |
| Com companheiro (a) | 29,60% | 70,4% | 1 |
| Sem companheiro (a) | 23,55% | 76,45% | 0,79 (0,65 – 0,96) |
| Escolaridade (anos de estudo) | | | |
| 11 ou mais | 21,27% | 78,73% | 1 |
| 8 – 10 anos | 27,35% | 72,65% | 1,96 (1,30 – 2,97) |
| 4 -7 anos | 37,04 % | 62,96 % | 2,66 (2,02 – 3,50) |
| 1 – 3 anos | 43,02% | 56,98% | 3,09 (2,32 – 4,12) |
| Zero | 42,94% | 57,06% | 3,03 (2,21 – 4,30) |
| Ocupação | | | |
| Sim | 27% | 73% | 1 |
| Não | 27,04% | 72,96% | 1,00(0,84- 1,18) |
| Renda familiar | | | |
| 5 ou mais | 14,17% | 85,83% | 1 |
| 3 a <5 s.m | 20,39% | 79,61% | 1,43 (0,64 – 3,19) |
| <1 a <3 s.m | 30,75% | 69,25% | 2,17 (0,99 – 4,74) |
| Sem renda | 24,08 % | 75,92% | 1,69 (0,79 – 3,63) |
| Fuma/ já fumou | | | |
| Não | 19,44% | 80,56% | 1 |
| Sim | 37,4% | 62,6% | 1,92 (1,53 – 2,41) |
| Ingestão de bebida alcoólica | | | |
| Não | 28,19% | 71,81% | 1 |
| Sim | 24,14 % | 75,86% | 0,85 (0,66 – 1,09) |
| Prática de atividade física | | | |
| Sim | 19,32% | 80,68% | 1 |
| Não | 27,73% | 72,27% | 1,43 (1,08 – 1,89) |
| Alimentação saudável | | | |
| Sim | 34,19% | 65,81% | 1 |
| Não | 25,14% | 74,86% | 0,73 (0,54 – 0,99) |
| IMC | | | |
| Eutrófico | 27,31% | 72,69% | 1 |
| Baixo peso | 26,54 % | 73,46% | 0,97 (0,54– 1,74) |
| Sobrepeso | 25,8% | 74,2% | 0,94 (0,75 – 1,18) |
| Obeso | 28,98% | 71,02% | 1,06 (0,83 – 1,34) |

* As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem às perdas.

TABELA 7: Resultado final da análise multivariada de Regressão de Poisson dos fatores associados com malária autorreferida, da população adulta do Inquérito populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.

| <i>Modelo</i> | <i>Categorias</i> | <i>Razão de Prevalências ajustadas (IC de 95%)</i> |
|----------------------|-------------------|--|
| Idoso | Não | 1 |
| | Sim | 1,41 (1,16 – 1,71) |
| Sexo | Masculino | 1 |
| | Feminino | 0,72 (0,62 – 0,84) |
| Raça/cor negra/parda | Não | 1 |
| | Sim | 1,48 (1,10 – 2,00) |
| Fuma/ já fumou | Não | 1 |
| | Sim | 1,75 (1,39 – 2,22) |

TABELA 8: Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com depressão autorreferida. Inquérito populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.

| <i>Variáveis</i> | <i>Tem depressão autorreferida</i> | | <i>Razão de prevalências (IC de 95%)</i> |
|-------------------------------|------------------------------------|------------|--|
| | <i>Sim</i> | <i>Não</i> | |
| Sexo | | | |
| Masculino | 11,23% | 88,77% | 1 |
| Feminino | 25,59% | 74,41% | 2,27 (1,75 – 2,96) |
| Faixa etária | | | |
| 18 a 29 anos | 11,12% | 88,88% | 1 |
| 30 a 39 anos | 23% | 77 % | 2,06 (1,40 – 3,04) |
| 40 a 49 anos | 25,78% | 74,22% | 2,31 (2,47 – 3,65) |
| 50 a 59 anos | 23,05% | 76,95% | 2,07 (1,43 – 2,99) |
| 60 ou mais anos | 24,99% | 75,01% | 2,24 (1,50 – 3,35) |
| Faixa etária | | | |
| 18-29 anos | 18,42% | 81,58% | 1 |
| 60 ou mais | 24,99% | 75,01% | 1,35 (1,02 – 1,80) |
| Raça/cor autodeclarada | | | |
| Não negra/parda | 17,93% | 82,07% | 1 |
| Negra/Parda | 19,39% | 80,61% | 1,08 (0,75 – 1,55) |
| Status conjugal | | | |
| Com companheiro (a) | 19,44% | 80,56% | 1 |
| Sem companheiro (a) | 18,92% | 81,08% | 0,97 (0,78 – 1,19) |
| Escolaridade (anos de estudo) | | | |
| 11 ou mais | 15,37% | 84,63% | 1 |
| 8 – 10 anos | 14,18% | 85,82% | 0,92 (0,53 – 1,59) |
| 4 -7 anos | 22,33% | 77,67% | 1,45 (1,14 – 1,83) |
| 1 – 3 anos | 27,19% | 72,81% | 1,76 (1,35 – 2,31) |
| Zero | 27,23% | 72,77% | 1,77 (1,27 – 2,45) |
| Ocupação | | | |
| Sim | 15,44% | 84,56% | 1 |
| Não | 23,71% | 76,29% | 1,53 (1,25- 1,87) |
| Renda familiar | | | |
| 5 ou mais | 21,95% | 78,05% | 1 |
| 3 a <5 s.m | 18,59% | 81,41% | 0,73 (0,37 – 1,40) |
| <1 a <3 s.m | 14,16% | 85,84% | 0,95 (0,43– 2,11) |
| Sem renda | 19,38% | 80,62% | 1,13 (0,58 – 2,19) |
| Fuma/ já fumou | | | |
| Não | 16,55% | 83,45% | 1 |
| Sim | 22,88% | 77,12% | 1,38 (1,01– 1,89) |
| Ingestão de bebida alcoólica | | | |
| Não | 20,89% | 79,11% | 1 |
| Sim | 15,11% | 84,89% | 0,72 (0,56– 0,92) |
| Prática de atividade física | | | |
| Sim | 14,6% | 85,4% | 1 |
| Não | 20,33% | 79,67% | 1,39 (1,01 – 1,91) |
| Alimentação saudável | | | |
| Sim | 23,56% | 76,44% | 1 |
| Não | 18,08% | 81,92% | 0,76 (0,61 – 0,95) |
| IMC | | | |
| Eutrófico | 18,05% | 81,95% | 1 |
| Baixo peso | 11,74% | 88,26% | 0,65 (0,27 – 1,52) |
| Sobrepeso | 22,17% | 77,83% | 1,22 (0,88 – 1,69) |
| Obeso | 18,81% | 81,19% | 1,04 (0,78 – 1,39) |

* As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem às perdas.

TABELA 9: Resultado final da análise multivariada de Regressão de Poisson dos fatores associados com depressão autorreferida, da população adulta do Inquérito populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.

| <i>Modelo</i> | <i>Categorias</i> | <i>Razão de Prevalências ajustadas (IC de 95%)</i> |
|---------------|-------------------|--|
| Variáveis | | |
| Sexo | Masculino | 1 |
| | Feminino | 2,05 (1,55 – 2,71) |
| Com ocupação | Sim | 1 |
| | Não | 1,40 (1,08 – 1,81) |
| Faixa etária | 18 a 29 anos | 1 |
| | 30 a 39 anos | 2,12 (1,44 – 3,11) |
| | 40 a 49 anos | 2,37 (1,52 – 3,68) |
| | 50 a 59 anos | 2,14 (1,50 – 3,05) |
| | 60 ou mais anos | 2,05 (1,37 – 3,07) |

4 – DISCUSSÃO

Os 1.516 adultos investigados no estudo foram caracterizados, predominantemente são mulheres, com idade mediana de 38,8 anos, de raça/cor autodeclarada parda, com baixa escolaridade e renda mensal, por ter companheiro e exercer atividade laboral.

O estudo permitiu identificar o perfil epidemiológico das morbidades autorreferidas da população de Rio Branco. As significativas desigualdades da magnitude na prevalência das doenças selecionadas são concordantes com outros inquéritos populacionais nacionais e internacionais, sugerindo que Rio Branco também acompanha a tendência nos padrões mundiais de adoecimento, observados em meados do século XX com destaque para o domínio de doenças crônicas, reflexo de um processo acelerado de industrialização-urbanização que influenciou as dinâmicas populacionais, culturais e sanitárias^{13, 14}.

Ao mesmo tempo em que acompanha tendência nacional, a capital do Estado do Acre, no que se refere à proporção de morbidades autorreferidas, revela características próprias, uma vez que a terceira morbidade mais autodeclarada, é uma doença parasitária típica da região Norte (OPAN, 2007).

Os inquéritos populacionais a prevalência de algumas doenças crônicas tendem a serem subestimadas, como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, pois necessitam de diagnóstico médico prévio. Já afecções autoavaliadas, como dor lombar e depressão, podem ter sua prevalência superestimada¹⁵. Isto é justificável, se for considerado que o conhecimento/diagnóstico das doenças e percepção de sinais e sintomas dependem das disparidades sociais das populações. No entanto, diversos autores têm discutido a respeito da validade de prevalência de morbidades em inquéritos de base populacional^{3, 15, 16, 17}. Em resumo, doenças que exigem acompanhamento médico-laboratorial tendem a serem mais informadas. O reconhecimento de doenças depende do uso social do corpo, de capacidades individuais, acesso e qualidade dos serviços de saúde. O uso de *check list* de morbidades, técnica de entrevista face a face, e de autorreferência garante maior acurácia dos dados dos inquéritos. Vale a ressalva, que em nosso estudo, estas questões foram levadas em consideração tanto para coleta como para análise dos dados.

Em um estudo transversal realizado em Taiwan entre julho de 1992 e junho de 1993 para verificar a concordância entre relatório de estado clínico e a prevalência de doenças crônicas autorreferidas selecionadas comuns entre os idosos, aplicaram-se entrevista e avaliação clínica em uma amostra de 228 pessoas com 65 anos ou mais para estimar a

prevalência de doenças do coração, hipertensão e diabetes. Os resultados mostraram que a autodeclaração de diabetes obteve maior sensibilidade (66,7%) e especificidade (95,2%). O autorrelato de doenças cardíacas foi o menos sensível com 20,5%, enquanto os relatos de hipertensão arterial foi o menos específico com 82,8%. A análise multivariada mostrou que a idade, educação e a quantidade de auto-relatados de doenças influenciaram na precisão dos dados reportados. Contudo, essas informações sugerem que as estimativas de morbidade da hipertensão arterial e do diabetes não seriam necessariamente um problema. No tocante à prevalência de doença cardíaca estas seriam subestimadas ⁹.

No Brasil, um estudo de base populacional de amostragem aleatória simples (n=970), com moradores da cidade de Bambuí, no Estado de Minas Gerais de 18 anos ou mais que se propôs a determinar a validade da hipertensão autorreferida e seus determinantes revelou 72% de sensibilidade e 86% de especificidade. Esses resultados mostram que a hipertensão autorreferida é um indicador apropriado da prevalência da hipertensão arterial ¹⁹.

Pesquisadores alertam para as diferenças ocorridas na morbidade referida entre homens e mulheres, constatando que existem diferenças entre sexos na morbidade, mas com magnitudes diferentes conforme o tipo de medida de morbidade utilizada. Porém, no geral os relatos são mais intensificados nas mulheres em relação aos homens. Este excesso pode ser explicado pelas variações que ocorrem no comportamento e na procura de cuidados em saúde (percepção e/ou informação de problemas de saúde) entre mulheres e homens ²⁰.

Ao compararmos nossos achados com os da PNAD-2003, observou-se que em nosso estudo a prevalência de indivíduos que relataram ter ao menos uma morbidade autorreferida (76,7%) foi mais que o dobro da apresentada pela população nacional (29,9%).

As morbidades autorreferidas mais prevalentes reveladas em nosso estudo foram semelhantes às reveladas em estudo que utilizou os dados da PNAD/2003. Dentre as 12 doenças investigadas, as mais prevalentes no Brasil, considerando todas as faixas etárias, foram doença de coluna ou costas, hipertensão, artrite, depressão, asma e doenças do coração (BARROS et al., 2006). O inquérito realizado no Estado de São Paulo, com indivíduos de 20 anos ou mais, apresentou como morbidades mais prevalentes a enxaqueca (21,8%), alergia (20,4%), a hipertensão (20%), depressão (17,7%) e doença de coluna (17,6%) ²¹.

Outra pesquisa de base populacional realizada em Belo Horizonte ¹⁹ apresentou a hipertensão como a primeira morbidade mais prevalente (18%) da amostra composta por adultos, seguida pela doença de coluna, acometendo 11,9%. Em nossos achados esta morbidade se revelou como sendo a mais autorreferida, com proporção praticamente três

vezes mais elevada (30,8%) que a encontrada na população de Belo Horizonte. A nossa prevalência de depressão (19%) também foi superior a da capital de Minas Gerais (8,8%).

Comparando os dados do *National Health Interview Survey* (NHIS), observou-se que, quanto às condições crônicas, os dados apresentados em nossa pesquisa são parecidos com os dos Estados Unidos em 2008¹⁴. Entre os adultos de 18 anos ou mais, as duas morbidades referidas mais relatadas foram exatamente as mesmas encontradas em nossos dados: “Dor nas costas” (26%) e hipertensão (21%).

Os fatores socioeconômicos e demográficos foram os que apresentaram maior risco para as doenças estudadas, quando comparados aos fatores de hábito de vida e de saúde.

A investigação dos determinantes sociais nas medidas de morbidade referida merece maior atenção e necessita considerar dados como os apresentados em nosso estudo, para garantir a continuidade de investigações semelhantes que permitam testar hipóteses concernentes à influência dos efeitos da desigualdade social na qualidade de vida e situação de saúde das populações²².

Após os ajustes de diferentes modelos para as morbidades autorreferidas, observa-se que, na amostra estudada, os fatores de maior risco para relato de doença de coluna/costas foram respectivamente menor escolaridade, idade avançada e ser do sexo feminino.

Em Rio Branco, as maiores disparidades na ocorrência de morbidades pela escolaridade foram observadas nas prevalências ajustadas de malária (RP 2,58 IC 1,81 – 3,69) seguida da doença de coluna/costas (RP 1,71 IC 1,14 – 2,58), no seguimento de menor nível de instrução (zero) quando comparado ao maior (11 anos ou mais). Já nos dados nacionais quanto à escolaridade, as morbidades que apresentaram maior razão de prevalência foram as doenças do coração (3,29), artrite/reumatismo (3,22), diabetes (3,23), insuficiência renal crônica (2,94) e hipertensão (2,90)¹³.

A prevalência de hipertensão em Rio Branco, estimada no estudo “Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico” (VIGITEL), realizada com 54.369 indivíduos adultos distribuídos nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006 (sendo pelo menos 2.000 em cada capital), foi muito menor (19%) que a encontrada em nossos dados (28,3%). Tal diferença pode ser atribuída à metodologia de inquérito populacional por telefone que limita a informação àqueles indivíduos que possuem telefone fixo²³.

Existe pelo menos 600 milhões de hipertensos no mundo. Calcula-se que essa doença cause a morte de 7,1 milhões de pessoas, equivalente a 13% do total de óbitos²⁴. A hipertensão possui grande relevância para o comprometimento da saúde, uma vez que, de

acordo com o sistema de informação de saúde da Vigilância Epidemiológica do Estado do Acre (dados não publicados), em 2008, dentre as quatro morbidades autorreferidas aqui analisadas, ela foi a campeã em número de internações hospitalares na rede do SUS, sendo isoladamente responsável por 198 internações. Porém sabe-se que a hipertensão é um forte fator de risco para outros agravos de saúde, portanto evidencia-se o grande impacto que a alta prevalência de hipertensão provoca na utilização dos serviços de saúde.

Em nossa amostra, o fator de maior razão de risco ajustado para hipertensão foi a idade (60 anos ou mais) e em seguida o sexo feminino. O “Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis”, realizado com 23.442 indivíduos de 15 anos ou mais, distribuídos em 15 capitais brasileiras e mais o Distrito Federal no período de 2002 a 2003, utilizando um desenho amostral semelhante ao nosso estudo, revelou que a proporção de hipertensos no Brasil oscilava entre 7,4% e 15,7% no grupo de 25 a 39 anos e de 39% a 59% nos indivíduos de 60 anos ou mais.

Um estudo de base populacional, realizado em Campinas - São Paulo, que avaliou a prevalência de hipertensão em 426 idosos apresentou um percentual de 51,8% de hipertensão referida, sendo 46,4% nos homens e 55,9% nas mulheres²⁵.

A alta prevalência de relato de malária revela a especificidade geográfica regional do município de Rio Branco, assim como os fatores sociais envolvidos com este quadro epidemiológico. A malária é endêmica em toda a Amazônia brasileira que abrange a região Norte e parte dos Estados do Maranhão (Nordeste) e Mato Grosso (Centro-Oeste). A elevada endemia da malária na Amazônia está ligada às mudanças nas atividades econômicas extrativistas que geram migrações internas e assentamentos rurais desordenados. O aumento dos casos de malária se deve principalmente a uma intensa e desordenada ocupação das zonas periféricas das grandes cidades¹⁵.

De acordo com o Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica Malária (SIVEP – MALÁRIA), no ano de 2008, 74,4% (166) dos casos notificados em Rio Branco advinha da área rural do município³⁷. É comum na capital do Acre que moradores da área urbana passem os finais de semana, feriados e férias em locais conhecidos e classificados na região como “colônia”, “ramal” e “seringal” que foram justamente as localidades identificadas com maior número de casos notificados. Comparado aos dados do ano de 2007, o ano de 2008 apresentou 28 novas localidades de registro de malária. Estas áreas foram responsáveis por 40 notificações daquele ano, sendo que 28 casos localizados na área rural e 12 em área urbana. Tais observações nos sugerem que esses casos podem ter ligação com o avanço de moradias nas áreas periféricas do município.

Quanto à depressão, após análise ajustada, os fatores demográficos e de ocupação mantiveram sua importância estatística e a maior razão de prevalência. Esta informação se assemelha com a encontrada a nível nacional nos dados da PNAD 2003, onde se verificou que a depressão é muito mais frequente entre as mulheres. Entre as possíveis causas estão as particularidades hormonais, fatores sociais e culturais. Outro aspecto que requer atenção é o fato de as mulheres buscarem mais o auxílio médico e psíquico, o que pode aumentar as estatísticas de prevalência^{28, 35, 38}.

É interessante destacar que, em nosso estudo, os indivíduos com atividade laboral apresentaram-se mais afetados pela depressão comparados a pessoas sem ocupação (RP 1,40 IC 1,08 – 1,81). Tal fato chama atenção para a necessidade de um olhar multidimensional para os problemas de saúde. A ocupação estaria diretamente relacionada com a depressão e este fato sinaliza para a necessidade de maior investigação e de estratégias sobre a temática de atenção à saúde do trabalhador.

5 – CONCLUSÃO

As morbidades autorreferidas mais prevalentes foram respectivamente doença de coluna/costas, hipertensão, malária e depressão.

A eminente maioria das morbidades possui maior proporção na população adulta feminina, de raça/cor autodeclarada preta ou parda, com companheiro, sem ocupação e com menor nível de escolaridade e renda familiar.

Os fatores socioeconômicos foram os que mais apresentaram risco para o relato destas doenças quando comparados aos fatores de hábito de vida e de saúde. Faz-se necessário levar em consideração estes fatores como os principais determinantes para o relato das doenças que mais acometem a população de Rio Branco.

A comunidade científica, juntamente com os demais profissionais de saúde envolvidos, deve estar atenta para esses achados que possibilitam maior discussão sobre a influência da precária condição de vida das pessoas e sobre a saúde dos residentes de Rio Branco.

6 – REFERÊNCIAS (Artigo 1)

1. Maia, FOM; Duarte, YAO; Lebrão, ML. *Análise dos óbitos em idosos no estudo SABE*. Rev Esc Enferm USP. São Paulo, 2006. 40(4): 540-547.
2. WHO. *Towards Policy for Health and Ageing - The challenge for health care system* Disponível em: http://www.who.int/entity/mip/2003/other_documents/en/E%20AAE%20Towards%20Policy%20for%20Health%20and%20Ageing.pdf. Acesso em 25 de agosto de 2008.
3. Barros MBA. *Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios*. Rev Bras Epidemiol. 2008; Rio de Janeiro 11 (supl 1):6-19.
4. Laurenti R, Mello MHPJ, Gotlieb SD. *A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis*. Ciência & Saúde Coletiva. 2004. São Paulo. 9(4): 909-920.
5. Rede integral de informação para saúde (RIPSA). *Informe de Situação e Tendências: Demografia e saúde*. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), 2008. 20p. Disponível em: http://www.opas.org.br/informacao/temas_documentos_detalhe.cfm?id=56&iddoc=153 Acesso em 20.08.2008.
6. Waldman EA, Novaes HMD, Albuquerque MFM. et al. *Inquéritos populacionais: aspectos metodológicos, operacionais e éticos*. Rev Bras Epidemiol. 2008. Rio de Janeiro. 11 (supp 1):168-79.
7. Molenaar EA, Van Ameijden EJC, Grobbee DE et al. *Comparison of routine care self-reported and biometrical data on hypertension and diabetes: results of the utrecht health project*. The European journal of public health. 2006. 17(2): 199-205.
8. Molarius A, STAFFAN J. *Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women*. Journal of Clinical Epidemiology. 2002. 55, 364–370.
9. WU SC, Li CY, KDS. The agreement between self-reporting and clinical diagnosis for selected medical conditions among elderly in Taiwan. Public Health. v.114, p.137-42, 2000.
10. Theme-Filha, M; Szwarcwald, MC; Souza Júnior, PRB. *Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde*. Rev Saúde Pública. 2008. São Paulo: 42(1), 73-81.

11. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. 10ª reimpressão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
12. Figueiredo ICR. *Determinantes do consumo de frutas, legumes e verduras em adultos residentes no município de São Paulo*. [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – USP. 2006.
13. Jardim, P.C.B.V.; Monego, E.T.; Reis, M.A.C. *A alimentação do adulto com hipertensão arterial*. In: PIERIN, A.M.G. (Org.). *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. Barueri, SP: Manole, 2004. p. 139-164.
14. John R, Pleis MS, Jacqueline W, Lucas MPH, Brian W, Ward MA, *Summary Health Statistics for U.S. Adults: National Health Interview Survey, 2008*. Vital and Health Stat. 2009; 10(242): 1- 87.
15. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Escritório Sanitário Pan-Americano, Escritório Regional da Organização Mundial Da Saúde. *Saúde das Américas 2007*. Volume I–Regional. Publicação Científica e Técnica No. 622. 2007.
16. Viacava F. *Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais*. Ciência & Saúde Coletiva. 2002. São Paulo, 7(4):607-621.
17. Knight M, Stewart-Brown S, Fletcher L. *Estimating health needs: the impact of a checklist of conditions and quality of life measurement on health information derived from community surveys*. J Public Health Med 2001. 23(3): 179 – 86.
18. Simpson CF, Boyd CM, Carison MC, Griswold ME, et al. *Agreement between self-report of disease diagnoses and medical record validation in disabled older women: factors that modify agreement*. J Am Geriatric Soc. 2004. 52(1): 123 – 7.
19. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. *Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí)*. Rev Saúde Pública. 2004; 38 (5): 637 – 42.
20. Mendoza-Sassi, R.; Béria, JU. *Gender differences in self-reported morbidity: evidence from a population-based study in southern Brazil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007. 23(2):341-346.
21. Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M, organizadores. *Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo- ISA-SP*. (1ª ed.) São Paulo: FSP/USP; 2005.
22. Szwarcwald, CL, Damascena, GN; *Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados*. Rev Bras Epidemiol 2008. Rio de Janeiro: 11(Supl1): 38 - 45.

23. Brasil. Ministério da Saúde. VIGITEL. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
24. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília, 2003. 60p.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003*. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
26. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Goldbaum LCM. *Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil*. Cad. Saúde Pública, 2006. Rio de Janeiro 22(2):285-294.
27. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- PNAD. Síntese de Indicadores 2003*. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2007.
28. Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcellos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB, et al. *Pesquisa Mundial de Saúde 2003: O Brasil em Números*. RADIS/FIOCRUZ 2004; 23: 14-33.
29. Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Junior PRB. *Socio-demographic characteristics, treatment coverage and self-rated health among individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003*. Cad Saúde Publica. 2005; 21 Supl 1: 43-51.
30. Souza, MC; Otero, UB; Figueiredo, VC et al. *Autopercepção do estado de saúde na área urbana de 18 municípios de capital do Brasil*. Rev Bras Epidemiol. 2008. Rio de Janeiro: 11 Supl 1: 193.
31. Paskulin, LMG; Vianna, LAC. *Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre*. Rev. Saúde Pública. 2007. São Paulo: 41(5), 757-68.
32. Sousa, ALL. Educando a pessoa hipertensa. In: PIERIN, AMG. (Org.). *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. Barueri, SP: Manole, 2004. 165-184.
33. Werneneck GL. *Considerações metodológicas à luz da Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, 2003*. Rev Bras Epidemiol 2008; 11suppl 1: 67-71.

-
34. Jaime PC, Monteiro CA. *Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003*. Cad Saúde Pública. 2005; 21 Suppl:19-24.
 35. Pires CGS, Mussi FC. *Crenças em saúde para o controle de hipertensão arterial*. Ciência & Saúde Coletiva. 2008. 13 Supl. 2: 2257-2267.
 36. Menéndez, J; Guevara, A; Arcia ,N; Díaz, EML; Marín, C; Alfonso , JC. *Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe* Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2005. 17(5/6): 353 – 61.
 37. SIVEP – MALÁRIA. *Sistema de informação de vigilância epidemiológica – Notificação de casos*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria Estadual de Saúde do Acre. Rio Branco. 2008.
 38. Silveiro, IMPS. *Saúde mental e qualidade de vida de infartados*. [Tese de doutorado] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. 2003.

5.2 - ARTIGO 2

Percepção de saúde em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, AC 2007 - 2008

Autores: Bezerra, P. C. L.*; Opitz, S. P.*; Koifman, R. J. ; Muniz, P.T.**

***Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

Centro de Ciências da Saúde e do Desporto – Universidade Federal do Acre

****Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde**

Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz

Resumo

O conceito subjetivo de saúde incluso no processo de autoavaliação de saúde possibilita identificar quais fatores estão associados à percepção de vida saudável das populações. Objetivou-se verificar a autoavaliação de saúde e sua associação com variáveis socioeconômicas e demográficas, de hábitos de vida (tabagismo, etilismo, hábito alimentar saudável e prática de atividade física) e de situação de saúde como índice de massa corporal e morbidades autorreferidas. Trata-se de um inquérito populacional realizado com adultos residentes em Rio Branco/AC entre 2007/2008. Diferenças entre gênero, grupo etário, nível de instrução e renda desfavoráveis afetaram negativamente a percepção de saúde dos indivíduos. Após ajuste para idade, sexo, escolaridade, ter morbidade autorreferida e raça/cor, os riscos estimados para percepção “não boa” de saúde foram maiores para os inativos, obesos e indivíduos com alguma morbidade autorreferida. Estes achados revelam quais as diferentes condições de vida dos indivíduos residentes em Rio Branco e se relacionam com a autoavaliação do estado de saúde.

Palavras-chave: Nível de saúde; Diagnóstico da situação em saúde; Perfil de saúde.

Percepção de saúde em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, AC 2007 – 2008

1 - INTRODUÇÃO

A importância da realização dos inquéritos populacionais é reconhecida, pois possibilita a obtenção de informações sobre variáveis do tipo socioeconômico de grupos familiares e de indivíduos, simultaneamente com informações sobre estado de saúde, restrições de atividades da vida diária, necessidades percebidas, bem como acesso, uso e gastos com bens e serviços de atenção à saúde. Os inquéritos permitem relacionar os determinantes de desigualdade de saúde das populações¹.

A autoavaliação de saúde é cada vez mais investigada em inquéritos e retrata o estado de saúde da população, seja positivo ou negativo, considerando a ótica pessoal do indivíduo. Entende-se que o conceito subjetivo de saúde automaticamente incluso neste processo possibilita investigar quais são os fatores associados à percepção de vida saudável da população em estudo.

A percepção precária da própria saúde pode ser vista como resultado de sentimentos provocados pelo mal-estar, dor ou desconforto em interação com os fatores sociais, culturais, psicológicos e ambientais que modificam a maneira como a vida da pessoa é afetada pelo problema experimentado. Desta forma ela deve ser analisada sob uma ótica multidimensional, levando em consideração os diferentes entendimentos individuais da saúde, diante do contexto cultural e psicossocial existente. Esta autoavaliação repercute na qualidade de vida do indivíduo².

A autoavaliação é uma medida de saúde validada com dados de indicadores clínicos de morbidade e de mortalidade, além de ser um bom marcador das diferenças nos subgrupos populacionais². Diversos estudos recentes têm demonstrado que a auto-percepção de saúde é um preditor de mortalidade^{2,3,4}.

Por considerar a importância resultante desta investigação e no sentido de auxiliar na discussão do tema como instrumento de qualidade de saúde das populações, a autoavaliação de saúde tem sido pesquisada em diversos estudos populacionais internacionais no sentido de procurar analisar o efeito do estado socioeconômico, entre outros fatores, na saúde das pessoas. Os resultados desses estudos demonstram que as diferentes condições sociais dos indivíduos relacionam-se diferentemente com a autoavaliação do estado de saúde^{2,3,4,5,6}.

Os estudos de base populacional que se propuseram a investigar as desigualdades sociais em saúde por meio de sua autopercepção no Brasil revelaram uma forte associação entre condições socioeconômicas desfavoráveis e características demográficas com a pior percepção do estado de saúde^{1, 7, 8}. Estes resultados estão de acordo com a literatura internacional. Outras pesquisas nacionais de saúde sugerem que diferenças entre gênero, faixas etárias e nível de instrução afetam a percepção de saúde dos indivíduos^{9,10}.

Este estudo, além de estimar a prevalência da autopercepção relativa ao estado geral de saúde da população adulta residente no município de Rio Branco, procurou avaliar as relações de associação da percepção “insatisfatória” de saúde a partir da distribuição de características socioeconômicas, demográficas, de hábitos de vida (tabagismo, etilismo, hábito alimentar saudável e prática de atividade física) e de situação de saúde como índice de massa corporal e número de morbidades autorreferidas.

2 – MÉTODOS

2.1 - Delineamento e população do estudo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, constituído por indivíduos com 18 anos ou mais, residentes do município de Rio Branco, no Estado do Acre.

2.2 - Desenho e tamanho amostral

O desenho amostral empregado foi uma amostra por conglomerados com duas etapas de sorteio. A unidade amostral primária foi o setor censitário definido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) por meio do último censo demográfico realizado em 2000. Desta forma o município foi considerado um conjunto de setores censitários (250 setores) e, em seguida, foram sorteados 35 setores, sendo 31 urbanos e 4 rurais. A segunda etapa de sorteio correspondeu à seleção de domicílios. O número de domicílio foi baseado no mapa dos setores censitários elaborado pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 2006. Em cada setor censitário foram sorteados 25 domicílios.

Em cada domicílio sorteado, entrevistaram-se todos os moradores adultos residentes do mesmo, o que fez com que a amostra tivesse uma estrutura por sexo e idade semelhante à população do município. O critério de inclusão no estudo foi a anuência à participação da pesquisa de todos adultos que se encontravam no domicílio no momento da entrevista. Excluindo as perdas e recusas, foram totalizados 1.516 participantes (850 domicílios).

2.3 - Coleta de dados

Os dados foram colhidos entre novembro de 2007 e outubro de 2008 e o trabalho de campo foi organizado com supervisores (profissionais de ensino superior) e entrevistadores (profissionais de ensino superior e estudantes de ensino médio – PIBIC Júnior). Os entrevistadores receberam um treinamento inicial como objetivo de padronizar as técnicas de coleta de dados, ressaltando a importância de que as informações registradas no questionário retratassem exatamente o conteúdo prestado pelos entrevistados. Foi também recomendado que se evitasse a utilização de linguagem técnica. Os entrevistadores foram acompanhados e avaliados durante todo o período da pesquisa pelos respectivos supervisores.

2.4 - Instrumento de coleta de dados

O questionário foi estruturado com base no Inquérito de Domiciliar do INCA (2002-2005) e no Inquérito Nacional VIGITEL de 2006. É composto de questões fechadas, semiabertas e abertas e constituído de módulos organizados por conjuntos temáticos. Nem todos os blocos/módulos foram aplicados a todos os entrevistados, pois alguns temas eram específicos para determinadas condições individuais.

2.5 - Definição das variáveis

O questionário aplicado contemplou as seguintes variáveis de interesse deste estudo: demográficas (sexo, grupo etário, raça/cor), socioeconômicas (estado conjugal, escolaridade, situação ocupacional, renda familiar) e aspectos relacionados a hábitos de vida (prática de atividade física, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, hábito alimentar saudável) e à saúde autorreferida (percepção de saúde, morbidades autorreferidas), além da medida de peso e altura, permitindo o cálculo do índice de massa corporal (IMC).

A autopercepção de saúde foi caracterizada em quatro níveis: “excelente”, “boa”, “regular” e “ruim”. O estrato “não sabe” foi considerado como perda (n=2). Para a análise da percepção insatisfatória de saúde, foi criada uma variável dicotômica construída a partir da variável “percepção de saúde”, onde se classificaram as seguintes categorias: percepção de saúde insatisfatória unindo os estratos: regular e ruim e percepção satisfatória: excelente e boa.

A faixa etária foi estratificada em cinco estratos, 18 a 29; 30 a 39; 40 a 49, 50 a 59 e 60 anos ou mais. A raça/cor autodeclarada foi dicotomizada em preta e/ou parda e não preta e/ou parda. A variável escolaridade foi dividida em quatro categorias: zero; 1 a 7 anos; 8 a 10; 11 ou mais anos de estudo. As informações sobre atividades ocupacionais foram agrupadas em com e sem ocupação. O estado conjugal foi dicotomizado em com e sem companheiro. Foram definidas quatro categorias de renda familiar: zero; <1 a < 3; 3 a <5; 5 ou mais salários mínimos, sendo considerado o salário mínimo em vigor (R\$465.00).

Quanto às variáveis de hábitos de vida, o tabagismo foi representado pela variável dicotômica, sendo considerado como fumantes os indivíduos que assim se denominavam no momento da entrevista e aqueles que já tinham fumado anteriormente. Etilismo foi

classificado segundo afirmação ou negação do entrevistado ao questionamento de consumo de bebida alcoólica.

Para a prática de atividade física, foi criada uma variável dicotômica com referência à classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre prática de atividade física de lazer e de atividade física ocupacional. Considerou-se prática de atividade física ocupacional quando o indivíduo respondeu “sim” a pelo menos uma das questões: “No seu trabalho, o (a) sr. (a) anda bastante a pé?”; “No seu trabalho, o (a) sr. (a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?”; “O (a) sr. (a) costuma ir a pé ou de bicicleta de casa para o trabalho?”; “O sr. (a) costuma ter ajuda para fazer faxina?”; “Quem fica com a parte mais pesada da faxina?”. Já a prática de atividade física de lazer foi classificada segundo afirmação do entrevistado ao responder se faz algum tipo de exercício físico. Portanto, a variável dicotômica “Prática de atividade física” foi criada considerando as respostas das duas variáveis supracitadas.

Para avaliar o hábito alimentar, foi criado um “índice de alimentação saudável” baseando-se em Figueiredo (2006). No questionário, as variáveis referentes à alimentação foram coletadas por meio de escala de frequência de consumo alimentar (1 a 2 dias por semana; 3 a 4 dias por semana; 5 a 6 dias por semana; todos os dias; quase nunca ou nunca). Estas foram transformadas em dicotômicas: consumo usual (“todos os dias”/de “1 a 6 dias por semana) e consumo não usual (“quase nunca”/“nunca”).

As variáveis contidas no questionário foram classificadas como marcadoras de consumo alimentar saudável (peixe, feijão, frutas, legume ou vegetal cozido, gordura vegetal, salada crua) e marcadoras de consumo alimentar menos saudável (leite integral, carne vermelha com gordura, frango com pele, refrigerante). Estas variáveis foram dicotomizadas em consumo usual sim ou não e codificadas como “0” para sim e “1” para não, nas variáveis marcadoras de consumo alimentar saudável e, “0” para não e “1” para sim nas variáveis marcadoras de consumo alimentar menos saudável. A soma total dessas variáveis é igual a 10. Definiu-se o valor “3” como ponto de corte, onde consideramos a pontuação de 0 a 3: hábito alimentar mais saudável e de 4 a 10 hábito alimentar menos saudável. Construiu-se, assim, a variável dicotômica alimentação saudável (sim/não).

O Índice de Massa Corpórea foi categorizado conforme pontuação da OMS: Baixo peso: <18,5; Eutrófico: 18,5 a 24,9; Sobrepeso: 25 a 29,9 e Obesidade: ≥30.

A variável categórica número de morbidades autorreferidas, foi construída a partir da resposta a uma listagem de 18 morbidades. Compõe as seguintes faixas: nenhuma; 1-3; 4-6; 7-9 e de 10 ou mais. Portanto, da mesma forma foi criada a variável dicotômica “tem morbidade” (sim/não).

2.6 - Tratamento e análise dos dados

Os dados do inquérito populacional foram duplamente digitados e validados, utilizando-se o programa Epi Info Windows 6.04 e, para análise estatística, utilizou-se o *software* Stata v.10, módulo *svy*, levando-se em conta o desenho da amostra e as ponderações necessárias. Foram estimadas as prevalências e estimadas as razões de prevalência bruta e ajustadas, utilizando Regressão de Poisson com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Para estimar as razões de prevalência ajustadas, foram incluídos no modelo como possíveis variáveis confundidoras a idade, o sexo e a morbidade autorreferida.

2.7 - Procedimentos éticos

Foram seguidas as recomendações da Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), bem como a solicitação de autorização dos sujeitos-alvo deste estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, Protocolo 2307.001150/2007-22.

3 – RESULTADOS

A amostra total (n=1.516) foi composta por 55,9% de mulheres (n=863) e 44,1% de homens (n=653). A média de idade na amostra como um todo foi de 38,8 anos (IC95% 37,1-40,5), sendo que a média de idade das mulheres (média=39,0; IC95% 37,4-40,6) e dos homens foi semelhante (média=38,5; IC95% 36,4-40,7).

Ao analisar as faixas etárias da população de Rio Branco, as mulheres apresentaram maiores percentuais em todos os estratos do que os homens, tendo oscilado de 52,9% nos indivíduos de 18 a 29 anos a 69,9% naqueles com 40 a 49 anos.

A maioria da população (84,2%) se autodeclarou como negra ou parda, com o percentual de 6,2% e 78% respectivamente. Apenas nove pessoas se autodeclararam como ser de raça/cor amarela e nenhuma como indígena.

A média de renda familiar foi de R\$ 702,02 (IC95% 525,23 - 878,81), porém as mulheres (R\$ 556,24; I C95% 395,91 – 716,56) apresentaram menores médias de renda familiar em relação aos homens (R\$ 941,84; I C95% 652,86 – 1.230,82). Quase a metade (45,86%) da população analisada relatou não ter ocupação (n=677). Quanto ao nível de instrução da amostra, 60,4% dos indivíduos possuíam pelo menos o Ensino Fundamental completo (oito anos de estudo ou mais), e 6,7% (IC95% 4,2-9,1) informaram ser analfabeto.

Na população investigada, 44,2% das pessoas com 60 anos ou mais classificaram a própria saúde como regular, 18,6%, como ruim, 3,4%, como boa e apenas 3,7%, como excelente. As mulheres tenderam a avaliar pior a própria saúde ao classificá-la como regular (40,3%) ou ruim (9,7%) (TABELA 1). A prevalência de saúde avaliada como negativa (regular/ruim) aumentou significativamente com a idade, atingindo 62,9% nos idosos e foi mais elevada no sexo feminino (GRÁFICO 1). Houve significância estatística ($p < 0,001$) para todos os estratos.

Na Tabela 2, apresentam-se as prevalências e razão de prevalências ajustadas pelo modelo que inclui: idade, sexo e ter morbidade autorreferida. A probabilidade de declaração de saúde regular/ruim cresce marcadamente nos idosos e é maior para as mulheres. A prevalência de saúde autoavaliada como “insatisfatória” (regular/ruim) foi maior nos idosos (62,9%) em relação aos adultos entre 18 e 59 anos. Após o ajuste, os idosos têm uma chance de 1,36 vez maior de apresentar autoavaliação da saúde como “insatisfatória” do que os adultos. Encontramos associação entre percepção não boa de saúde com o sexo feminino (RP 1,38; IC95% 1,01 – 1,88).

A prevalência de saúde avaliada como insatisfatória foi maior nos negros/pardos em relação aos não negros e pardos. A estimativa de risco ajustada foi 27% mais elevada para os negros/pardos. A razão de prevalência para a insatisfação com a saúde foi 19% menor nos indivíduos sem companheiros do que com companheiros (com significância estatística) (TABELA 2).

A porcentagem de pessoas que informaram que sua saúde era regular ou ruim foi de 56,6% para aqueles sem nenhuma escolaridade, 53,9% no grupo de 1-7 anos de estudo, 35,2% no grupo de 8-10 anos de estudo e 26,8% para aqueles de 11 ou mais anos de escolaridade.

A probabilidade de uma declaração de saúde regular/ruim no grupo de pessoas sem ocupação foi 1,20 vez maior do que a observada no grupo com ocupação. Embora não tenha alcançado significância estatística, os indivíduos sem renda apresentaram risco estimado 1,25 vez maior para pior percepção de saúde comparados àqueles com renda familiar de cinco ou mais salários mínimos.

O índice de insatisfação com a saúde apresentou-se significativamente maior para as pessoas com morbidade autorreferida, indivíduos inativos e com obesidade, respectivamente (TABELA 3).

A metade das pessoas com morbidade autorreferida (50,1%) relatou ter a saúde regular/ruim. Elas apresentaram razão de prevalência de percepção não boa de saúde 2,29 vezes mais elevada do que daquelas pessoas sem morbidades autorreferidas. Encontramos uma associação entre da autoavaliação de estado de saúde com o IMC. A obesidade apresentou-se como categoria de risco, com significância estatística, mostrando que os indivíduos obesos têm uma probabilidade de se autodeclarar com saúde não boa 48 % maior quando comparados àqueles de peso normal. A estimativa de risco para autopercepção de saúde insatisfatória foi 93% maior nos indivíduos que não praticam atividade física em comparação aos que praticavam. Esta associação continua evidente mesmo após o ajuste para idade, sexo e presença de morbidade autorreferida.

As pessoas que referiram consumo de bebida alcoólica apresentaram menor probabilidade de declarar o estado de saúde como regular/ruim (com significância estatística).

GRÁFICO 1: Autoavaliação insatisfatória da saúde, por faixa etária e sexo. Inquérito populacional de Rio Branco, Acre 2007 – 2008.

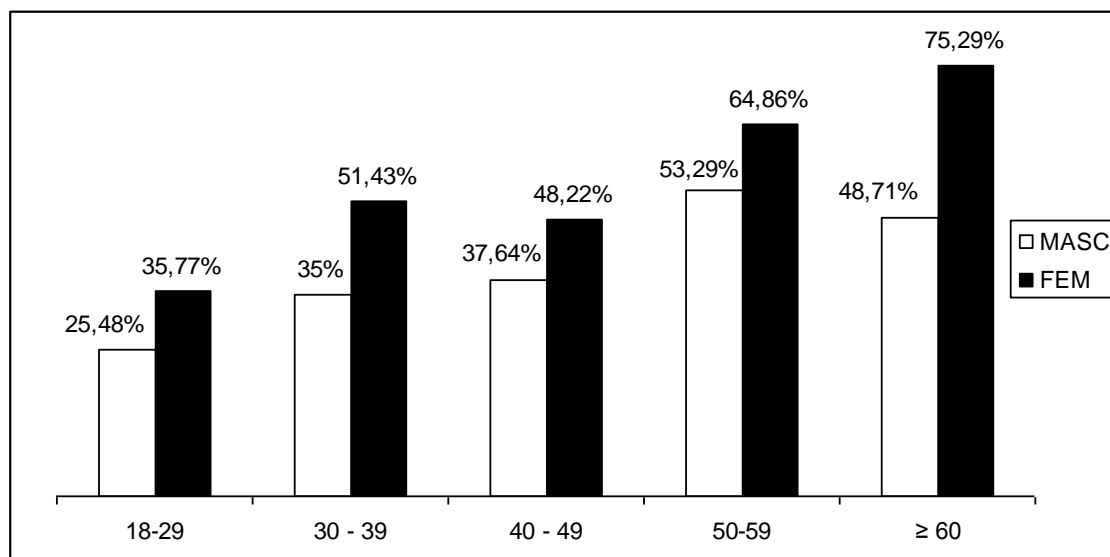


TABELA 1: Distribuição de frequência de percepção do estado de saúde em pessoas com 18 anos ou mais, segundo faixa etária e sexo. Inquérito populacional de Rio Branco, 2007-2008 (n 1.514).

| Sexo | Faixa etária | Tamanho da amostra | Percepção de saúde (%) | | | |
|------------------|--------------|--------------------|------------------------|-------|---------|-------|
| | | | Excelente | Boa | Regular | Ruim |
| Feminino | 18-29 | 314 | 7,41 | 56,81 | 31,19 | 4,58 |
| | 30-39 | 182 | 6,55 | 42,03 | 45,72 | 5,71 |
| | 40-49 | 152 | 9,95 | 41,82 | 38,69 | 9,53 |
| | 50-59 | 110 | 8,93 | 26,20 | 45,09 | 19,78 |
| | ≥ 60 | 103 | 2,85 | 21,86 | 54,88 | 20,41 |
| | Total | 861 | 7,29 | 42,68 | 40,32 | 9,71 |
| Masculino | 18-29 | 269 | 18,52 | 56,00 | 22,94 | 2,55 |
| | 30-39 | 133 | 12,62 | 52,14 | 29,47 | 5,79 |
| | 40-49 | 97 | 16,58 | 45,78 | 26,77 | 10,87 |
| | 50-59 | 77 | 14,13 | 32,59 | 51,93 | 13,5 |
| | ≥ 60 | 77 | 4,56 | 46,73 | 32,08 | 16,63 |
| | Total | 653 | 14,59 | 49,60 | 29,72 | 6,09 |
| Total | 18-29 | 583 | 12,64 | 56,43 | 27,30 | 3,62 |
| | 30-39 | 315 | 9,13 | 46,33 | 38,80 | 5,74 |
| | 40-49 | 249 | 12,42 | 43,30 | 34,25 | 10,03 |
| | 50-59 | 187 | 11,19 | 28,98 | 48,06 | 11,77 |
| | ≥ 60 | 180 | 3,65 | 3,35 | 44,20 | 18,64 |
| | Total | 1.514 | 10,51 | 45,74 | 35,64 | 8,11 |

TABELA 2: Prevalências e razão de prevalências de percepção “insatisfatória” de saúde em pessoas com 18 anos ou mais, segundo variáveis sociais e demográficas. Rio Branco, 2007-2008 (n 1514).

| Perfil sócio demográfico* | Percepção “insatisfatória” | | |
|-------------------------------|----------------------------|-------------------------|------------------------------|
| | de saúde N (%) | RP bruta (IC de 95%) | RP ajustada** (IC de 95%) |
| Idade (anos) | | | |
| 18-59 | 526 (40,79) | 1 | 1 |
| ≥ 60 | 112 (62,85) | 1,54 (1,32 – 1,79) | 1,36 (1,19 – 1,56) |
| Sexo | | | |
| Masculino | 231 (35,81) | 1 | 1 |
| Feminino | 407 (50,03) | 1,39 (1,05 – 1,85) | 1,38 (1,01 – 1,88) |
| Raça/cor autodeclarada | | | |
| Negra/parda | | | |
| Não | 91 (35,80) | 1 | 1 |
| Sim | 546 (45,24) | 1,26 (0,99 – 1,60) | 1,27 (1,00 – 1,61) |
| Escolaridade (anos) | | | |
| 11 anos ou mais | 69 (26,80) | 1 | 1 |
| 8 a 10 | 196 (35,16) | 1,31 (1,01 – 1,69) | 1,30 (1,01 – 1,66) |
| 1 a 7 | 324 (53,87) | 2,00 (1,52 – 2,65) | 1,79 (1,39 – 2,31) |
| Zero | 46(56,58) | 2,11 (1,40 – 3,17) | 1,67 (1,17 – 2,39) |
| p-valor de tendência | | <0,001 | <0,001 |
| Estado civil | | | |
| Com companheiro | 373 (48,33) | 1 | 1 |
| Sem companheiro | 265 (37,78) | 0,78 (0,62 – 0,98) | 0,81 (0,67 – 0,97) |
| Com ocupação | | | |
| Sim | 308 (36,38) | 1 | 1 |
| Não | 330 (51,90) | 1,40 (1,21 – 1,63) | 1,23 (1,09 – 1,38) |
| Renda familiar | | | |
| 5 ou mais | 18 (35,46) | 1 | 1 |
| 3 a <5 SM | 66 (33,73) | 0,95 (0,68 – 1,31) | 0,95 (0,68 – 1,32) |
| <1 a < 3 SM | 344 (45,68) | 1,28 (0,98 – 1,68) | 1,25 (0,98 – 1,63) |
| Zero | 194 (44,44) | 1,25 (0,94 – 1,65) | 1,25 (0,91 – 1,73) |
| p-valor de tendência | | <0,001 | <0,001 |

*As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem às perdas.

** Razão de prevalência ajustada para idade, sexo e ter morbidade autorreferida.

TABELA 3: Prevalências e razão de prevalências de percepção “insatisfatória” de saúde em pessoas com 18 anos ou mais, segundo variáveis do estilo de vida e de situação de saúde. Rio Branco, 2007-2008.

| Características de vida/saúde* | Percepção “insatisfatória” de saúde N (%) | RP bruta (IC de 95%) | RP ajustada** (IC de 95%) |
|---|---|-------------------------|------------------------------|
| Fuma ou já fumou | | | |
| Não | 332 (38,03) | 1 | 1 |
| Sim | 306 (51,67) | 1,35 (1,13 – 1,62) | 1,22 (1,03 -1,43) |
| Bebe | | | |
| Não | 494 (48,91) | 1 | 1 |
| Sim | 144 (30,92) | 0,65 (0,53 – 0,74) | 0,74 (0,65 – 0,85) |
| Prática de atividade física | | | |
| Sim | 86 (24,99) | 1 | 1 |
| Não | 332 (41,44) | 1,93 (1,43- 2,07) | 1,74 (1,35 – 2,24) |
| Hábito alimentar saudável | | | |
| Sim | 133 (42,44) | 1 | 1 |
| Não | 505 (44,09) | 1,03 (0,87 – 1,23) | 1,08 (0,92- 1,28) |
| IMC | | | |
| Eutrófico | 262 (37,00) | 1 | 1 |
| Baixo peso | 25 (47,24) | 1,27 (0,90 – 1,79) | 1,27 (0,89 – 1,81) |
| Sobrepeso | 196 (44,67) | 1,20 (1,05 – 1,37) | 1,11 (0,99 -1,24) |
| Obeso | 147 (61,56) | 1,66 (1,39 – 1,98) | 1,48 (1,26 – 1,73) |
| p-valor de tendência | | <0,001 | <0,001 |
| Morbidade autorreferida | | | |
| Não | 81 (20,48) | 1 | 1 |
| Sim | 557 (50,12) | 2,44 (1,99 – 3,00) | 2,29 (1,86 – 2,83) |
| Número de morbidades auto referidas*** | | | |
| Nenhuma | 81 (20,48) | 1 | 1 |
| 1-3 | 351 (41,53) | 2,02 (1,62 – 2,52) | 1,97 (1,58 – 2,46) |
| 4-6 | 173 (73,39) | 3,58 (2,96 – 4,33) | 3,32 (2,73 – 4,04) |
| 7-9 | 30 (81,31) | 3,97 (3,19 – 4,93) | 3,83 (3,11 – 4,72) |
| 10 ou + | 3 (100) | 4,88 (4,11 – 5,79) | 4,48 (3,23 – 6,22) |
| p-valor de tendência | | <0,001 | <0,001. |

*As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem às perdas.

**Razão de prevalência ajustada para idade, sexo e ter morbidade autorreferida.

*** Variável ajustada somente por idade e sexo.

4 – DISCUSSÃO

A população do estudo foi caracterizada por uma predominância das mulheres, com idade mediana de 38,8 anos, de raça/cor autodeclarada parda, com baixa escolaridade e renda mensal, por ter companheiro e exercer atividade laboral. A prevalência de autoavaliação insatisfatória da saúde foi elevada tanto na população adulta (18-59 anos) como nos idosos.

O perfil epidemiológico da percepção de saúde da população de Rio Branco foi consistente com os achados relatados em outros inquéritos de base populacional realizados no Brasil, mesmo considerando as diferenças metodológicas empregadas nestas pesquisas, referentes à avaliação do estado de saúde.

O presente estudo apontou diferenças no padrão de percepção do estado de saúde. Embora a maioria da população estudada tenha declarado satisfação com seu estado de saúde (excelente ou boa), chama-se atenção para elevada prevalência do menor nível de avaliação da saúde (ruim). Tal fato torna-se preocupante, uma vez que diversos autores têm constatado o alto poder preditivo de morbidade e mortalidade que a avaliação precária da própria saúde possui^{12, 2, 13}.

Uma análise da Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)¹¹, realizada com 54.369 indivíduos adultos distribuídos nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006 (sendo pelo menos 2.000 em cada capital), verificou que a percentagem de percepção ruim da saúde da população brasileira oscilou entre 3,3% (IC95% 2,4 – 4,3) e 7,9% (IC95% 5,6 – 10,2). A prevalência de percepção ruim em Rio Branco, no nosso estudo, foi mais elevada (8,1%).

É importante considerar que os dados do VIGITEL só permitem inferências populacionais para a população adulta que reside em domicílios cobertos pela rede de telefonia fixa. De acordo com estimativas calculadas a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada pelo IBGE entre 2002 e 2003, em Rio Branco a proporção dos domicílios servidos por linhas telefônicas fixas seria de apenas 48,2%. Logo, a cobertura dessa pesquisa pode ser particularmente baixa em cidades economicamente menos desenvolvidas e nos estratos de menor nível socioeconômico, o que justificaria a diferença entre as proporções de autoavaliação ruim da saúde entre os dois estudos¹¹.

Destaca-se que Rio Branco é a nona capital com menor cobertura telefônica fixa do país, enquanto, três das cinco primeiras colocações de pior percepção de saúde estão entre as

dozes capitais com maior cobertura telefônica, ocupando respectivamente o segundo (79,4%), 11º (62,6%) e 12º (60,6%) lugares¹¹.

Ao analisar os dados do Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis¹⁰, realizado com 23.442 indivíduos de 15 anos ou mais, distribuídos em 15 capitais brasileiras e mais o Distrito Federal, no período de 2002 a 2003, por meio de uma amostragem semelhante ao nosso estudo, observou-se que a proporção de percepção da saúde regular ou ruim variou entre 18,4% e 36% enquanto que em nosso estudo a proporção foi de 43,7%.

É importante a ressalva de que participaram da referida pesquisa apenas duas capitais da região Norte, sendo que as mesmas encontram-se entre as cinco cidades que assumiram os maiores valores de percepção negativa da saúde, ocupando o primeiro (Belém) e o quinto (Manaus) lugares. Dessa forma, parece que os fatores socioeconômicos e culturais peculiares da região Norte favorecem, possivelmente, ao estado precário da saúde dessas populações¹⁰.

Destaca-se, ainda, que avaliação negativa (ruim) da saúde verificada em Rio Branco (8,1%) chega a ser praticamente o dobro da encontrada globalmente na população brasileira (4,3%) em 2003 pela Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (ruim/muito ruim)^{8,13}. Contudo, se assemelha com a percentagem encontrada no mesmo ano na Pesquisa Mundial de Saúde (9%)¹⁵.

Tal diferença pode estar relacionada à metodologia empregada na PNAD onde na avaliação do estado de saúde, a questão podia ser respondida por outra pessoa. Já na nossa pesquisa, assim como na PMS, a investigação é feita por meio de autoavaliação. Este fato sugere que a autopercepção pode ser mais rigorosa quanto ao nível de satisfação com a própria saúde e, embora do ponto de vista médico, o “estado de saúde” refira-se a uma anormalidade patológica indicada por um conjunto de sinais e sintomas, a autoavaliação é subjetiva, combinando componentes físico e emocional, incluindo a sensação de bem-estar e satisfação com a vida^{8,9}.

Comparando os dados do *National Health Interview Survey (NHIS)*, observou-se que o perceptual de avaliação de estado de saúde como regular ou ruim da população de Rio Branco é aproximadamente três vezes maior que a relatada pela população dos Estados Unidos (13%) em 2008. Dados do *Joint Canada/United States Survey of Health (JCUSH)* demonstraram que no Canadá a frequência de saúde regular/ruim (11%) foi cerca de um quarto da verificada em nosso estudo^{16,17}.

Na esfera coletiva, os fatores demográficos e socioeconômicos podem contribuir para as variações de autoavaliação de saúde entre os diferentes indivíduos do município de Rio

Branco. Como se pôde perceber, a análise das associações entre fatores sócio-demográficos e autoavaliação de saúde mostrou que a baixa escolaridade, pessoas do sexo feminino, em idades mais avançadas, a raça/cor negra ou parda, a baixa renda julgaram mais negativamente seu estado de saúde, o que coincide com os fatores que interferem na autoavaliação de saúde descrita na literatura^{18, 19, 12, 20, 21, 22}.

É possível que a associação direta da posição socioeconômica (medida principalmente pela escolaridade) seja fortemente influenciada por contextos sociais e culturais que estão relacionados com a crença sobre saúde, a percepção e a motivação que se tem sobre a realidade e têm valor primordial na determinação do comportamento e do estilo de vida. É sugerido, portanto, que se consiga diminuir as desigualdades de percepção de saúde por meio do aumento da equidade no acesso e na permanência no sistema escolar^{23, 9, 11, 24}.

Alguns fatores são identificados na literatura como preditores dessa diferença entre gênero na avaliação do estado de saúde. As mulheres possuem maior preocupação, conhecimento e compromisso quanto ao cuidado da sua saúde e da família, acrescido, ainda, da maior busca e adesão ao tratamento de doenças do que os homens, uma vez que as mudanças comportamentais, de estilo de vida e de saúde pelas quais elas têm passado nos últimos anos, podem ter favorecido o aparecimento de doenças crônicas^{25, 26}.

Dados do suplemento sobre “Acesso e utilização dos serviços de saúde”¹⁴ da PNAD 2003 revelam que as mulheres são majoritariamente as que mais utilizam os serviços de saúde no Brasil. Esta pesquisa, considerando o total da população brasileira, revelou que 79,3% (139,5 milhões de habitantes) declararam ter um serviço de saúde de uso regular; destes, 52,5% eram mulheres. Nos 12 meses que antecederam a entrevista, 62,8% da população brasileira declarou ter consultado um médico. A parcela de mulheres que consultaram médico no último ano foi de 71,2% e a dos homens, 54,1%. Outro dado que chama a atenção é que o número de consultas médicas *per capita* na população foi de 2,4 consultas, sendo que as mulheres apresentaram quase o dobro do número de consultas médicas *per capita* (3,0) do que os homens (1,9).

O percentual de autoavaliação da saúde regular/ruim dos idosos do nosso estudo (62,8%) foi maior do que o encontrado no Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE)²⁷, realizado entre os anos 2000 e 2001 com 5.064.907 pessoas de 60 anos ou mais em sete cidades da América Latina e Caribe. Nesse estudo a cidade brasileira investigada (São Paulo) ficou em quarto lugar ao considerar os percentuais de pior autopercepção da saúde (53,4%), perdendo apenas para México D.F, México (69,4%), Ciudad de La Habana, Cuba (62,6%) e Santiago, Chile (63,2%).

Estudos recomendam a implementação de ações integradas que colaborem na redução das desigualdades com conseqüente melhoria nas condições de vida e de saúde da população, uma vez que se conhece o forte poder preditivo de morbimortalidade da pior percepção de saúde, independentemente da identificação médica de doenças^{10, 8, 20}.

5 – CONCLUSÃO

A percepção de saúde mais prevalente no município de Rio Branco foi: “bom”, seguido por “regular”. O percentual de autoavaliação insatisfatória da saúde (regular/ruim) foi muito elevado comparado às capitais brasileiras de melhor situação socioeconômica e com dados populacionais de países desenvolvidos.

A percepção insatisfatória da saúde foi proporcionalmente maior em indivíduos idosos, do sexo feminino, de raça/cor autodeclarada preta ou parda, com companheiro, sem ocupação e com menor renda familiar.

Quanto às variáveis de estilo de vida, as maiores prevalências de percepção negativa da saúde foram observadas entre indivíduos que apresentavam inatividade física e sobrepeso. O maior risco de pior autoavaliação da saúde foi encontrado entre aqueles que declararam ter pelo menos um agravo à saúde.

Os fatores sociais e econômicos são relevantes na percepção de saúde da população. Para que sejam implementadas políticas de promoção de vida saudável, é importante conhecer os determinantes desses indicadores de morbidade autorreferida de saúde em Rio Branco.

6 – REFERÊNCIAS (Artigo 2)

1. Dachs JNW. *Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estudo de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998*. Ciênc Saúde Coletiva. 2002; 7:641-57.
2. Franks P, Gold MR, Fiscella K. *Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US*. Soc Sci Med. 2003; 56:2505-14.
3. Vuorisalmi M, Lintonen T, Jylha M. *Global self-rated health data from a longitudinal study predicted mortality better than comparative self-rated health in old age*. J Clin Epidemiol 2005; 58(7): 680-7.
4. Molarius A, Janson S. *Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women*. Journal of Clinical Epidemiology. 2002. 55, 364–370.
5. Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M, organizadores. *Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo- ISA-SP*. (1ª ed.) São Paulo: FSP/USP; 2005.
6. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, Gronhof F, Geurts JJM. *Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe*. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Lancet 1997; 349:1655-9.
7. Sadana R *et al*. *Describing population health in six domains: comparable results from 66 household surveys*. Organização Mundial da Saúde, GPE Discussion Paper No. 43. 2002. Disponível em: <www3.who.int/whosis/discussion_papers/pdf/paper43.pdf>.
8. Szwarcwald, CL; Souza-Junior, PRB; Esteves AMP; Damacena, GN; Viacava, F. *Sócio-demographic determinants of self-rated health in Brazil*. Cad Saúde Pública. 2005. São Paulo: 21, 54-64.
9. Dachs JNW. Santos APR. *Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003*. Ciência & Saúde Coletiva 2006; 11(4): 887-94.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003*. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
11. Brasil. Ministério da Saúde. VIGITEL. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos*

- 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
12. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- PNAD. Síntese de Indicadores 2003*. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2007.
 13. Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcellos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB, et al. *Pesquisa Mundial de Saúde 2003: O Brasil em Números*. RADIS/FIOCRUZ 2004; 23: 14-33.
 14. John R, Pleis MS, Jacqueline W, Lucas MPH, Brian W, Ward MA, *Summary Health Statistics for U.S. Adults: National Health Interview Survey, 2008*. Vital and Health Stat. 2009; 10(242): 1- 87.
 15. Duclos JY, Échevin D. *Health and income: A robust comparison of Canada and the US*.
 16. Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Junior PRB. *Socio-demographic characteristics, treatment coverage and self-rated health among individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003*. Cad Saúde Publica. 2005; 21 Supl 1: 43-51.
 17. Theme-Filha, M; Szwarcwald, MC; Souza Júnior, PRB. *Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde*. Rev Saúde Pública. 2008. São Paulo: 42(1), 73-81.
 18. Souza, MC; Otero, UB; Figueiredo, VC et al. *Autopercepção do estado de saúde na área urbana de 18 municípios de capital do Brasil*. Rev Bras Epidemiol. 2008. Rio de Janeiro: 11 Suppl 1: 193.
 19. Paskulin, LMG; Vianna, LAC. *Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre*. Rev. Saúde Pública. 2007. São Paulo: 41(5), 757-68.
 20. Mendoza-Sassi, R.; Béria, JU. *Gender differences in self-reported morbidity: evidence from a population-based study in southern Brazil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007. 23(2):341-346.
 21. Sousa, ALL. Educando a pessoa hipertensa. In: PIERIN, AMG. (Org.). *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. Barueri, SP: Manole, 2004. 165-184.
 22. Werneneck GL. *Considerações metodológicas à luz da Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, 2003*. Rev Bras Epidemiol 2008; 11suppl 1: 67-71.
 23. Jaime PC, Monteiro CA. *Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003*. Cad Saúde Publica. 2005; 21 Suppl:19-24.

24. Pires CGS, Mussi FC. *Crenças em saúde para o controle de hipertensão arterial*. Ciência & Saúde Coletiva. 2008. 13 Supl. 2: 2257-2267.
25. Menéndez, J; Guevara, A; Arcia ,N; Díaz, EML; Marín, C; Alfonso , JC. *Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe* Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2005. 17(5/6): 353 – 61.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo ficou evidenciado que a percepção de saúde mais prevalente no nível populacional em Rio Branco foi “bom”, seguido por “regular”. A percepção insatisfatória da saúde foi proporcionalmente maior em indivíduos idosos, do sexo feminino, de raça/cor autodeclarada preta ou parda, com companheiro, sem ocupação, com menor renda familiar. As morbidades autorreferidas mais prevalentes foram respectivamente: doença de coluna/costas, hipertensão, malária e depressão.

As variáveis que apresentaram associação com a eminente maioria das morbidades foram: população adulta feminina, de raça/cor autodeclarada preta ou parda, com companheiro, sem ocupação e com menor nível de escolaridade e renda familiar. Os fatores socioeconômicos foram os que mais apresentaram risco para o relato destas doenças quando comparados aos fatores de hábito de vida e de saúde.

O alto percentual de percepção regular/ruim da própria saúde, a alta prevalência das morbidades autorreferidas investigadas e a marcante associação com os determinantes sociais e principalmente pela presença de ao menos um agravo à saúde justificam medidas públicas intersetoriais de prevenção, promoção e controle de doenças e agravos não transmissíveis (DANT), que nesta pesquisa, dentre as morbidades autorreferidas pesquisadas foram as que mais apresentaram relevância para a população residente em Rio Branco.

A elevada prevalência de insatisfação com a saúde na presença de morbidade revela a necessidade de tratamento e acompanhamento clínico diferenciado, para os indivíduos com pelo menos uma morbidade, e maior empenho na prevenção primária e secundária de outros agravos à saúde, principalmente porque o somatório acumulado de morbidades evidenciou um agravamento na tendência de autopercepção do estado de saúde. Vale a ressalva de que a percepção precária da própria saúde é considerada um forte indicador de morbidade e mortalidade, justificando, assim, a importância dos resultados encontrados no estudo.

A comunidade científica juntamente com os demais profissionais de saúde envolvidos deve estar atentos para esses achados que, além de possibilitar maior discussão sobre a influência da precária condição de vida das pessoas e sobre a saúde dos residentes de Rio Branco, subsidiando, assim, a realização de novas investigações para validar os dados sugeridos por esta pesquisa, alertam para a necessidade do fortalecimento da atenção básica (incluindo atividades de monitoramento e acompanhamento do estado de saúde, acesso aos

programas específicos de saúde, educação em saúde, aconselhamento à adesão de hábitos saudáveis, como, por exemplo, o incentivo ao controle do peso e a prática de atividade física.

Propõem-se a criação de um Projeto de extensão multidisciplinar pela Universidade Federal do Acre para o controle e prevenção das DANT com o objetivo de desenvolver ações educativas em saúde, focando os idosos como grupo de risco identificado no estudo, com incentivo ao autocuidado visando à transformação do comportamento das pessoas para a manutenção da saúde e qualidade de vida. Incluir-se-iam, ainda, a população jovem para inibir o surgimento de comportamentos de risco e o possível surgimento de DANT.

Neste estudo ficou evidenciado que os idosos compõem os grupos de risco para percepção insatisfatória da saúde e de algumas morbidades. Ao imaginarmos que a prática social de amizade favorece a construção e troca de saberes e permite diálogos espontâneos e de forte poder de reflexão, esta se torna um meio favorável para o aconselhamento e educação para saúde visando à construção de uma mentalidade preventiva e de promoção da saúde. A pesquisa “Idosos no Brasil vivências, desafios e expectativas na terceira idade” realizada por Néri e colaboradores em 2007, fornece informações relevantes quanto às relações de amizade dos idosos. Os lugares mais citados como de encontro com amigos foram a casa, as ruas dos bairros e as igrejas ou templos, sugerindo que muitas amizades são construídas na vizinhança, o que também podemos concluir que trabalhos educativos em nível de bairros são fortes elementos para prevenção primária neste grupo de risco.

É imprescindível a realização de feiras de saúde, seminários, palestras e congressos que viabilizem a divulgação dos achados desta pesquisa para a comunidade científica e civil em geral. Sugerem-se algumas localidades onde poderão ser realizadas tais atividades: universidades, faculdades, escolas de Rio Branco, unidades de saúde, Organizações da Sociedade Civil Organizada de atuação na área de saúde, entre outros.

Sugerem-se, portanto, a realização de outras pesquisas com essa metodologia na capital do Acre, assim como nos demais municípios do Estado, o que permitirá traçar o perfil de saúde-doença e seus determinantes específicos de cada região, podendo subsidiar políticas de promoção à saúde e maiores investimentos públicos para garantir a qualidade de vida da população, priorizando grupos populacionais conforme a peculiaridade do quadro epidemiológico local.

REFERÊNCIAS



7 – REFERÊNCIAS (da dissertação)

- Barros, MBA.; Carvalheiro, JR. *Entrevistas domiciliárias e o ensino e pesquisa em epidemiologia*. Rev Saúde Públ. São Paulo. v. 15, p. 411-417, 1984.
- Barros MBA. *Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios*. Rev Bras Epidemiol. 2008; Rio de Janeiro 11 (suppl 1):6-19.
- Barata, RB. *Inquérito nacional de saúde: uma necessidade?* Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v. 11, n. 4, p. 870-871, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. VIGITEL. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003*. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- PNAD. Síntese de Indicadores 2003*. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde*. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde. Normas e Manuais Técnicos, 2005. p.816.
- Campos, CEA. Os *Inquéritos de Saúde sob a Perspectiva do Planejamento*. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro. v. 9, n.2, p. 190-200, 1993.
- César CLG, Goldbaum LCM. *Hipertensão arterial em idosos:prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas,São Paulo, Brasil*. Cad. Saúde Pública, 2006. Rio de Janeiro 22(2):285-294.
- Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M, organizadores. *Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo-ISA-SP*. (1ª ed.) São Paulo: FSP/USP; 2005.
- Chester, CLG. Figueiredo, GM.; Westphal, MF. et al. *Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia*. Rev. Saúde Pública. São Paulo. v. 30, n.2, p. 153-60, 1996.

- Franks P, Gold MR, Fiscella K. *Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US*. Soc Sci Med. 2003; 56:2505-14.
- Giacomin, K.C.; Uchoa, E.; Firmo, J.O.A. et al. *Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. v. 21, n. 1, p. 80-91, 2005.
- Jaime PC, Monteiro CA. *Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003*. Cad Saúde Publica. 2005; 21 Suppl:19-24.
- John R, Pleis MS, Jacqueline W, Lucas MPH, Brian W, Ward MA, *Summary Health Statistics for U.S. Adults: National Health Interview Survey, 2008*. Vital and Health Stat. 2009; 10(242): 1- 87.
- Knight M, Stewart-Brown S, Fletcher L. *Estimating health needs: the impact of a checklist of conditions and quality of life measurement on health information derived from community surveys*. J Public Health Med 2001. 23(3): 179 – 86.
- Laurenti R, Mello MHPJ, Gotlieb SD. *A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis*. Ciência & Saúde Coletiva. 2004. São Paulo. 9(4): 909-920.
- Lebrão, ML; Duarte, YAO. *SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento*. O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 255p.
- Lebrão, ML.; Laurenti, R. *Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo*. Rev Bras Epidemiol. São Paulo. v.8 n. 2, p. 127-41 , 2005.
- Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. *Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí)*. Rev Saúde Pública. 2004; 38 (5): 637 – 42.
- Maia, FOM.; Duarte, YAO.; Lebrão, ML. *Análise dos óbitos em idosos no estudo SABE*. Rev Esc Enferm USP. São Paulo, 2006. v.40, n.4, p.540-547.
- Malta,DC; Leal, MC.; Costa ,MFL. et al. *Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro*. Rev Bras Epidemiol. Rio de Janeiro. 11 (suppl 1):159-67.
- Menéndez, J; Guevara, A; Arcia ,N; Díaz, EML; Marín, C; Alfonso , JC. *Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe* Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2005. 17(5/6): 353 – 61.

- Mendoza-Sassi, R.; Béria, JU. *Gender differences in self-reported morbidity: evidence from a population-based study in southern Brazil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007. 23(2):341-346.
- Medronho R; Carvalho DM; Bloch KV; Luiz RR; Werneck GL (eds.); *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2006.
- Molenaar EA, Van Ameijden EJC, Grobbee DE et al. *Comparison of routine care self-reported and biometrical data on hypertension and diabetes: results of the utrecht health project*. The European journal of public health. 2006. 17(2): 199-205.
- Molarius A, Staffan J. *Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women*. Journal of Clinical Epidemiology. 2002. 55, 364–370.
- Organização Pan-Americana de saúde (OPAS). *Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília, 2003. 60p.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Escritório Sanitário Pan-Americano, Escritório Regional da Organização Mundial Da Saúde. *Saúde das Américas 2007*. Volume I–Regional. Publicação Científica e Técnica No. 622. 2007.
- Paskulin, LMG., Vianna, LAC. *Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre*. Rev. Saúde Pública. São Paulo. v. 41, n.5, p. 757-68, 2007.
- Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. 10ª reimpressão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- Pires CGS, Mussi FC. *Crenças em saúde para o controle de hipertensão arterial*. Ciência & Saúde Coletiva. 2008. 13 Supl. 2: 2257-2267.
- Quintslr, MMM, Hypólito, EB; Machado, DC et. al.. *O Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares – SIPD*. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 16., 2008, Caxambu- MG. Anais...Caxambu: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008. p. 1-20.
- Rede integral de informação para saúde (RIPSA). *Informe de Situação e Tendências: Demografia e saúde*. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), 2008. 20p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/informacao/temas_documentos_detalhe.cfm?id=56&iddoc=153>. Acesso em 20.08.2008.
- Silva, MCQ. *Programa de Assistência à saúde do idoso em Manaus em nível ambulatorial: uma análise crítica*. 2004. 91f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2004.

- Souza, MC.; Otero, UB.; Figueiredo, VC. et al. *Auto-percepção do estado de saúde na área urbana de 18 municípios de capital do Brasil*. Rer Bras Epidemiol. Rio de Janeiro. v. 11, p. 193, 2008. Suplemento 1.
- Silviero, IMPS. *Saúde mental e qualidade de vida de infartados*. [Tese de doutorado] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. 2003.
- Simpson CF, Boyd CM, Carison MC, Griswold ME, et al. *Agreement between self-report of disease diagnoses and medical record validation in disable older women: factors that modify agreement*. J Am Geriatric Soc. 2004. 52(1): 123 – 7.
- SIVEP – MALÁRIA. *Sistema de informação de vigilância epidemiológica – Notificação de casos*. Secretaria de vigilância em saúde. Ssecretaria estadual de saúde do Acre. Rio Branco. 2008.
- Souza, MC; Otero, UB; Figueiredo, VC et al. *Autopercepção do estado de saúde na área urbana de 18 municípios de capital do Brasil*. Rev Bras Epidemiol. 2008. Rio de Janeiro: 11 Suppl 1: 193.
- Sousa, ALL. Educando a pessoa hipertensa. In: PIERIN, AMG. (Org.). *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. Barueri, SP: Manole, 2004. 165-184.
- Szwarcwald, CL; Souza-Junior, PRB; Esteves AMP; Damacena, GN; Viacava, F. *Sócio-demographic determinants of self-rated health in Brazil*. Cad Saúde Pública. 2005. São Paulo: 21, 54-64.
- Szwarcwald, CL, Damacena, GN; *Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados*. Rer bras Epidemiol 2008. Rio de Janeiro: 11(Su pl1): 38 - 45
- Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcellos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB, et al. *Pesquisa Mundial de Saúde 2003: O Brasil em Números*. RADIS/FIOCRUZ 2004; 23: 14-33.
- Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Junior PRB. *Socio-demographic characteristics, treatment coverage and self-rated health among individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003*. Cad Saúde Publica. 2005; 21 Supl 1: 43-51.
- Theme-Filha, M; Szwarcwald, MC; Souza Júnior, PRB. *Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde*. Rev Saúde Pública. 2008. São Paulo: 42(1), 73-81.
- Viacava, F.; Dachs, N.; Travassos, C. *Os inquéritos domiciliares e o Sistema Nacional de Informações em Saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, v.11, n. 4, p.863-869, 2006.
- Viacava F. *Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais*. Ciência & Saúde Coletiva. 2002. São Paulo, 7(4):607-621 Zaitune MPA, Barros MBA,

- Waldman EA, Novaes HMD, Albuquerque MFM. et al. *Inquéritos populacionais: aspectos metodológicos, operacionais e éticos*. Rev Bras Epidemiol. 2008. Rio de Janeiro. 11 (suppl 1):168-79.
- Werneneck GL. *Considerações metodológicas à luz da Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, 2003*. Rev Bras Epidemiol 2008; 11suppl 1: 67-71.
- World Health Organization (WHO). *Towards Policy for Health and Ageing - The challenge for health care systems*. Disponível em: http://www.who.int/entity/mip/2003/other_documents/en/E%20AAE%20Towards%20Policy%20for%20Health%20and%20Ageing.pdf. Acesso em 25 de agosto de 2008.
- World Health Organization (WHO). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Trad. Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.
- WU S.C, Li CY, K.D.S. The agreement between self-reporting and clinical diagnosis for selected medical conditions among elderly in Taiwan. Public Health. v.114, p.137-42, 2000.

ANEXOS

8 – ANEXOS

ANEXO 1: Partes utilizadas do Inquérito de fatores de risco e morbidade para doenças não transmissíveis no município de Rio Branco, Acre.

Questionário Social:

| |
|---|
| CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DOMICILIAR <i>As perguntas que irei fazer agora são sobre este domicílio onde o(a) Sr.(a) mora</i> |
| 2 TIPO DO DOMICÍLIO: Casa Apartamento Cômodo Barraco Outro (especifique) |
| 21 Para nossa pesquisa, é importante classificar as famílias segundo níveis de renda. Como já dissemos anteriormente, as informações colhidas são de uso exclusivo da pesquisa e são confidenciais. Por favor, responda-me: CONTANDO COM SALÁRIO, PENSÃO, ALUGUEL, BICO, ETC., EM QUE FAIXA DE RENDA SUA FAMÍLIA SE ENCAIXA: <i>Entrevistador: Apresente o cartão.</i> A família não tem renda (passa 24) Menos de 1 S.M. De 1 a menos de 2 S.M. De 2 a menos de 3 S.M. De 3 a menos de 5 S.M. De 5 a menos de 10 S.M. De 10 a menos de 20 S.M. De 20 a menos de 30 S.M. De 30 a menos de 40 S.M. De 40 a menos de 50 S.M. 50 S.M. ou mais NS/Recusa |
| 23 - AGORA, POR FAVOR, RESPONDA-ME, QUAL É A RENDA DO PRINCIPAL RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA. R\$ _____. S/Recusa |
| 24- O (A) CHEFE OU O RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA FREQUENTOU A ESCOLA? Se sim, até que série completou ? ____série____ grau Não frequentou escola e não sabe ler/escrever Não frequentou escola, mas sabe ler e escrever Não sabe/ não informa |

Questionário Individual - identificação:

| |
|---|
| 1. QUAL A SUA IDADE _____ anos data nascimento ____/____/____ |
| 2. SEXO: Masculino Feminino |
| 3. QUAL SEU ESTADO CIVIL ATUAL? Solteiro Casado/ juntado Viúvo Separado/divorciado |

| |
|--|
| <p>4. A COR DE SUA PELE É:</p> <p>Branca Negra Parda ou morena Amarela (apenas ascendência oriental) Vermelha (confirmar ascendência indígena) Não sabe Não quis informar</p> |
| <p>Agora eu farei perguntas sobre seu trabalho.</p> <p>1. ATUALMENTE O(A) SR.(A) TEM UM TRABALHO OU ATIVIDADE REMUNERADA?</p> <p>Sim (<i>passo 3</i>) Não</p> |
| <p>5. AGORA, POR FAVOR, RESPONDA-ME, QUAL É SUA RENDA</p> <p>TOTAL POR MÊS NS/Recusa</p> |
| <p>6- O(A) SENHOR (A) FREQUENTOU A ESCOLA?</p> <p>Se sim, até que série e grau o Sr(a). estudou? ____ série ____ grau Não frequentou escola e não sabe ler/escrever Não frequentou escola, mas sabe ler e escrever NS/NR</p> |

Questionário individual módulos “Percepção de saúde e morbidade referida” e “Qualidade de vida e Condição funcional”:

| |
|--|
| <p>Agora farei perguntas sobre sua saúde.</p> <p>1. O(A) SR(A). CLASSIFICARIA SEU ESTADO DE SAÚDE COMO?</p> <p><i>Entrevistador: Leia as alternativas.</i></p> <p>Excelente Bom Regular Ruim Não sabe Não quis informar</p> |
| <p>2 <u>Algun Médico Já Lhe Disse</u> Que O(A) Sr(A) Tem Ou Teve Algumas Das Seguintes Doenças?</p> <p><i>Entrevistador: Leia As Alternativas. Atenção! Não Deixe Alternativas Em Branco.</i></p> <p>Pressão Arterial / Hipertensão Diabetes Infarto, Derrame Ou Acidente Vascular Cerebral (Avc) Colesterol Ou Triglicérides Elevado Depressão Asma, Bronquite Asmática, Bronquite Crônica Ou Enfisema Doença Renal Crônica Cirrose Do Fígado Hepatite Tuberculose Malária Hanseníase Aids/Sida Tendinite/Ler (Lesão De Esforço Repetitivo) Doença Da Coluna Ou Costas Artrite/Reumatismo (Não Infeccioso)/Gota Osteoporose Câncer Outra</p> |

ANEXO 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TITULO DA PESQUISA:

DIAGNOSTICO EM SAUDE E NUTRICAO DE CRIANCAS E ADULTOS DE RIO BRANCO (AC).

Durante a leitura do documento abaixo fui informado que posso interromper para fazer qualquer pergunta, com o objetivo de tirar dúvidas e o meu melhor esclarecimento.

Eu, _____ (nome e sobrenome) concordo em participar do "DIAGNÓSTICO EM SAUDE E NUTRICAO DE CRIANCAS E ADULTOS DE RIO BRANCO (AC)", que tem por objetivo principal elaborar diagnóstico, de base populacional, da situação de saúde e nutrição da população residente em Rio Branco (AC). Esta pesquisa é composta de dois sub-projetos primeiro o "Estudo de prevalência dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no município de Branco, que envolve responder um questionário sobre os fatores de risco e medidas de pressão arterial, peso e altura. Estou ciente também que será coletada uma amostra de sangue para análise de colesterol e glicose, o segundo sub-projeto é o "Estudo da situação de saúde e nutrição de crianças menores de cinco anos de idade, "que incluem tomadas de medidas de peso e altura, coleta de sangue para avaliação de hemoglobina e coleta de informações sobre o pré-natal, parto, doenças e assistência à saúde da (as) criança (as). Caso seja verificado que eu ou outro membro da minha família, residente neste domicílio necessitem de cuidados médicos, seremos orientados para recebermos atendimento na unidade de saúde mais próximo à minha residência. Recebi suficiente informação sobre o estudo e me foi garantido que todas as informações colhidas serão sigilosas. Fui esclarecido que:

- 1 - Posso desistir de participar do estudo quando queira,
- 2 - Sem ter que dar explicações ou justificativa.

COMO TENHO DIFICULDADE PARA LER [SIM() NÃO()] O ESCRITO ACIMA, ATESTO TAMBÉM QUE O DR. PASCOAL (OU MEMBRO DA SUA EQUIPE) LEU PAUSADAMENTE ESSE DOCUMENTO E ESCLARECEU AS MINHAS DÚVIDAS, E COMO TEM A MINHA CONCORDÂNCIA PARA PARTICIPAR DO ESTUDO, COLOQUEI ABAIXO A MINHA ASSINATURA (OU IMPRESSÃO DIGITAL).

Rio Branco - Acre _____ de _____ de 2008.

Assinatura do responsável

IMPRESSÃO DATILOSCÓPICA
(quando se aplicar)

Pascoal Torres Muniz

ou

Membro da Equipe

Documento em duas (2) vias, uma para ser entregue a pessoa (ou responsável) que vai participar da pesquisa.

Coordenador da Pesquisa: Prof. Dr. Pascoal Torres Muniz, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Acre. (68) 3901-2648

ANEXO 3 : Declaração da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa




*COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE-UFAC*

**DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO DE
PESQUISA**

O Projeto: *“Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco-Acre”*, protocolado sob o nº. 23107.001150/2007-22, do Pesquisador *Pascoal Torres Muniz*, após ter sido submetido a este Comitê foi categorizado como ***APROVADO*** na reunião do dia 22/02/2007, considerando que está de acordo com as exigências constantes na Resolução 196/96 do MS/CONEP.

Rio Branco-Acre, 14 de outubro de 2008.


Enock da Silva Pessoa
Coordenador do CEP - UFAC

ANEXO 4 : Descrição da metodologia do Inquérito de fatores de risco e morbidade para doenças não-transmissíveis no município de Rio Branco, Acre.

INQUERITOS EPIDEMIOLOGICOS - RIO BRANCO 2006

Descrição do processo de amostragem

20/08/09

Características Gerais

Estudo Transversal realizado mediante realização de entrevistas nos domicílios ocupados durante o período 2006-2007 . Sortearam-se amostras de domicílios pelo processo de conglomerados em dois estágios, tomando-se os setores censitários da amostra da PNAD 2005 como as unidades primárias de amostragem (UPA's) .

Critérios de precisão foram fixados em função da estimativa de intervalos de confiança para proporções, segundo os objetivos principais dos levantamentos :

1 - Prevalências de doenças crônicas em população residente maior de 18 anos .

2 - Levantamento de saúde e nutrição em residentes menores de 5 anos .

Tamanho da amostra

Os resultados da tabela 1 mostram que estimativas, obtidas em uma amostra composta por 1500 entrevistas, estarão dentro de critérios aceitáveis de precisão . Para valores de prevalências estimadas para população de maiores de 18 anos, residentes em domicílios particulares permanentes no município de Rio Branco, verificam-se margens de erro (d) não superiores a 5% ; e coeficientes de variação inferiores a 10% .

Tabela 1

Erros padrão (epa), coef.de variação e margem de erro(d)

Para n = 1500 e deff=2 .

| <i>p</i> | <i>epa</i> | <i>D</i> | <i>cv(p)</i> |
|----------|------------|----------|--------------|
| 0.2 | 0.013038 | 0.025555 | 0.086923 |
| 0.3 | 0.015811 | 0.03099 | 0.063246 |
| 0.4 | 0.017889 | 0.035062 | 0.044721 |

$$CV(p) = \frac{\sqrt{\frac{p \cdot q}{n}}}{p} ; (d) = (1,96 \times epa)$$

Processo de amostragem

As amostras de domicílios foram sorteadas para a realização de entrevistas em adultos e em menores de 5 anos . Ambas resultaram de sorteio por conglomerados em dois estágios, tomando-se os 35 setores censitários da PNAD 2005 como unidades primárias (UPA's); e em seguida sortearam-se amostras sistemáticas de endereços em cópias dos cadastros cedidas pela agência local do IBGE .

As figuras abaixo mostram que foram encontrados cerca de 85 domicílios ocupados para cada 100 endereços sorteados em ambos levantamentos , enquanto a taxa de resposta foi maior no inquerito de menores de 5 anos (97%) . Ainda destaca-se como informação relevante, a razão de elegíveis por domicílio participante , encontrando-se respectivamente para cada 4 domicílios visitados, 1 menor de cinco anos e pouco mais de nove maiores de 18 anos .

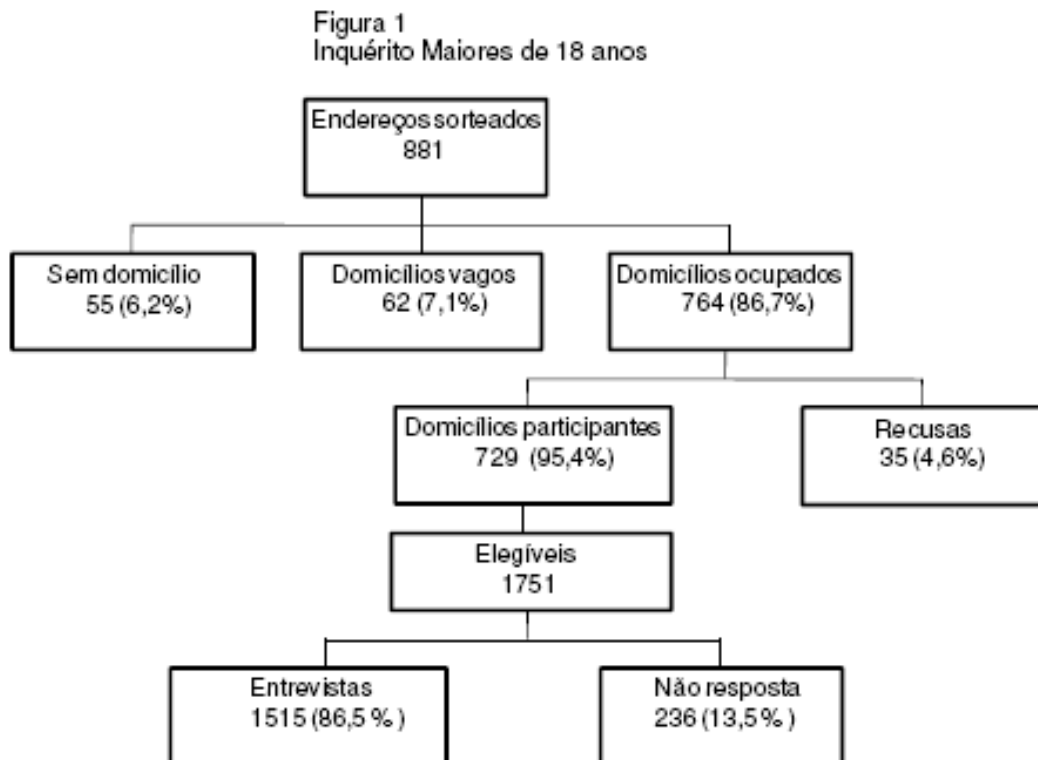
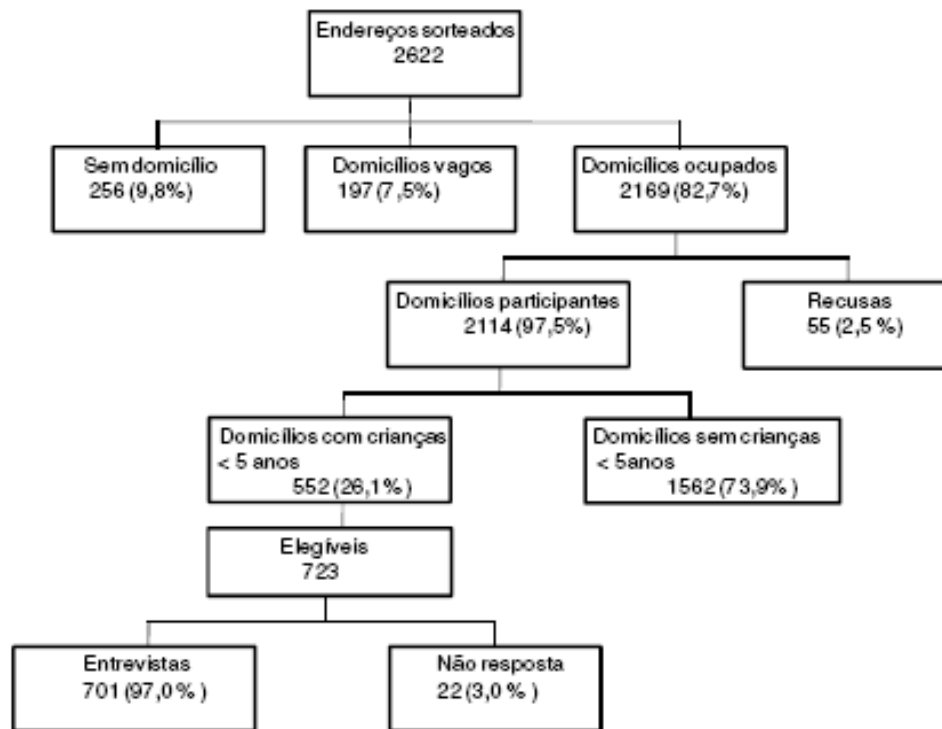


Figura 2
Inquérito menores de 5 anos



Ponderação

Em ambas pesquisas a amostra final de indivíduos não é autoponderada. Pesos amostrais foram calculados para compensar diferentes probabilidades de inclusão desses indivíduos em cada UPA . UPA é a unidade primária de amostragem que deve ser considerada nas análises estatísticas, pode ser composta por mais de um setor censitário.

O quadro abaixo expõe as expressões para calcular frações de amostragem de primeiro e segundo estágio (f_1 , f_2). Os pesos w_1 , foram calculados pelo inverso da fração final de amostragem .

Esses pesos foram ajustados w_2 para casos de obtenção estimativas com efeito (deff) da ponderação superiores a 3 .

Quadro 1 – Plano de amostragem

| Pesquisa | f_1 | f_2 | f | w_j |
|----------|---|--------------------------|--|---------------------|
| Adultos | $\frac{35 \cdot D_j^{2000}}{\sum D^{2000}}$ | $\frac{b_j}{D_j^{2005}}$ | $\frac{35 \cdot D_j^{2000}}{\sum D^{2000}} \cdot \frac{b_j}{D_j^{2005}}$ | $w_j = \frac{1}{f}$ |
| Crianças | $\frac{35 \cdot D_j^{2000}}{\sum D^{2000}}$ | $\frac{b_j}{D_j^{2005}}$ | $\frac{35 \cdot D_j^{2000}}{\sum D^{2000}} \cdot \frac{b_j}{D_j^{2005}}$ | $w_j = \frac{1}{f}$ |

Nilza Nunes da Silva
Regina T I Bernal
20/08/09

ANEXO 5

AUTORIZAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citado o autor, título, instituição e ano da dissertação.

Nome do Autor: POLYANA CAROLINE DE LIMA BEZERRA

Assinatura: _____

Instituição: Universidade Federal do Acre

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)