

**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 AUTO-REFERIDA E PERCEPÇÃO DE SAÚDE EM ADULTOS:
INQUÉRITO POPULACIONAL EM RIO BRANCO, AC**

**RIO BRANCO – AC
2009**

POLYANA CAROLINE DE LIMA BEZERRA

**MORBIDADE AUTO-REFERIDA 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 Perufo Opitz.
Prof^a Dr^a Rosalina Jorge Koifman.

**RIO BRANCO - AC
2009**

Bezerra, Polyana Caroline de Lima

Morbidade auto-referida e percepção de saúde em adultos: inquérito populacional em Rio Branco/AC. /Polyana Caroline de Lima Bezerra. Rio Branco: s.n., 2009.

xviii. p.112, tab.,graf.

Orientador(es): Profª Drª. Simone Perufo Opitz.
Profª Drª Rosalina Jorge Koifman.

Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Federal do Acre.

1. Inquérito de morbidade. 2. Auto-avaliação de saúde. 3. Morbidade auto-referida.
4.Epidemiologia. I. Título

Aos meus pais: Paulo Bezerra e Marilene Maria

Ao meu marido e filho: Rafael e Daniel

Às minhas irmãs: Gisele e Thaise.

Dedico

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 este conquista. Louvo-te Pai por essa realização.

A minha orientadora, Prof^a.Dr^a. Simone Perufo 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 minha vida.

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.

RESUMO

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. Dados epidemiológicos permitem conhecer as necessidades das comunidades e podem fornecer subsídios para planejamento e ações nos serviços de saúde. Dentre os temas possíveis de ser obtidos por meio dos inquéritos populacionais de saúde destaca-se a investigação das morbidades auto-referidas. O conceito subjetivo de saúde incluso no processo de auto-avaliação de saúde possibilita identificar quais fatores estão associados à percepção de vida saudável das populações.

Nesta Dissertação, são apresentados dois artigos que abordam a percepção da própria saúde e as morbidades auto-referidas analisadas a partir dos dados de uma pesquisa de base populacional na cidade de Rio Branco/AC. O primeiro artigo verifica a auto-avaliação de saúde e sua associação com variáveis socioeconômicas e demográficas, de hábitos de vida e o segundo artigo analisa quais os determinantes estão associados às morbidades auto-referidas mais prevalentes identificadas no estudo. Dentre os principais resultados, destaca-se que 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, tem morbidade auto-referida e raça/cor os riscos estimados para percepção “não boa” de saúde foram maiores para os inativos, obesos e indivíduos com alguma morbidade auto-referida. A morbidade auto-referida 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. Desta maneira, os achados desta dissertação revelam que as diferentes condições socioeconômicas dos indivíduos residentes em Rio Branco relacionam-se com a auto-avaliação do estado de saúde e com o relato das morbidades mais prevalentes. Estas informações são de fundamental importância, uma vez que possibilita 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: Diagnóstico da situação em saúde; Perfil de saúde; Inquéritos de Morbidade; Epidemiologia.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas.....	10
Lista de tabelas.....	11
Lista de quadros e figuras.....	13
1 - Introdução.....	15
2 - Referencial teórico	17
2.1- Sistemas de informação sobre saúde no Brasil.....	17
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.....	28
3 - Justificativa.....	35
4 - Objetivos.....	36
4.1 Geral.....	36
4.2 Específicos.....	36
5 - Artigo 1.....	37
Resumo	
1 Introdução.....	39
2 Métodos.....	41
2.1 Delineamento e população do estudo.....	41
2.2 Desenho e tamanho amostral.....	41

2.3 Coleta de dados.....	41
2.4 Instrumento de coleta de dados.....	42
2.5 Definição das variáveis.....	42
2.6 Tratamento de análise dos dados.....	45
2.7 Procedimentos éticos.....	45
3 Resultados.....	46
4 Discussão.....	49
5 Conclusões.....	58
6 Referências (Artigo 1)	59
6 - Artigo 2	63
Resumo	
1 Introdução.....	65
2 Métodos.....	67
2.1 Delineamento e população do estudo.....	67
2.2 Desenho e tamanho amostral.....	67
2.3 Coleta de dados.....	67
2.4 Instrumento de coleta de dados.....	68
2.5 Definição das variáveis.....	68
2.6 Tratamento de análise dos dados.....	71
2.7 Procedimentos éticos.....	71
3 Resultados.....	72
4 Discussão.....	83
5 Conclusões.....	89
6 Referências (Artigo 2)	90

9 - Considerações finais.....	95
10 - Referências (da dissertação).....	96
11 - Anexos	103
Anexo 1: Itens utilizados do Inquérito de fatores de risco e morbidade para doenças não-transmissíveis no município de Rio Branco, Acre.....	103
Anexo 2: Termo de consentimento livre e esclarecido	107
Anexo 3: Declaração da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	108
Anexo 4: Descrição do processo de amostragem	109

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 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).....37
- 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)..... 39
- 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..... 40

Artigo II

- TABELA 1** Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com doença de coluna/costas auto-referida do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.
- TABELA 2** Resultado final da análise multivariada de Regressão de Poisson dos fatores associados com a prevalência auto-referida de doença de coluna/costas, da população adulta do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.
- TABELA 3** Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com hipertensão auto-referida do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.
- TABELA 4** Resultado final da análise multivariada de Regressão de Poisson dos fatores associados com a prevalência auto-referida de hipertensão, da população adulta do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008
- TABELA 5** Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com malária auto-referida do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.
- TABELA 6** Resultado final da análise multivariada de Regressão de Poisson dos fatores associados com malária auto-referida, da população adulta do Inquérito de base

populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008

TABELA 7 Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com depressão auto-referida do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.

TABELA 8 Resultado final da análise multivariada de Regressão de Poisson dos fatores associados com depressão auto-referida, da população adulta do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Artigo I

GRÁFICO 1 Auto-avaliação insatisfatória da saúde, por faixa etária e sexo. Inquérito populacional em Rio Branco, Ac 2007 – 2008.

GRÁFICO 2 Prevalência de auto-avaliação insatisfatória da saúde, segundo idade e sexo. Inquérito populacional em Rio Branco, Ac 2007 – 2008.

Artigo II

FIGURA 1 Auto-avaliação insatisfatória da saúde, por faixa etária e sexo. Rio Branco, 2007 – 2008.

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	99
ANEXO II	Termo de consentimento livre e esclarecido.	102
ANEXO III	Declaração da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	103
ANEXO IV	Descrição do processo de amostragem	104

1 – INTRODUÇÃO

A utilização de inquéritos domiciliares em saúde ainda é recente nos países em desenvolvimento e sua eficiência deve ser incentivada visando 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 dos anos 60 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 (2008) recomenda que todos os países têm de estar preparados para enfrentar as conseqüências da evolução demográfica. 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.

Neste 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 a 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 destas 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.

Por seguinte, serão apresentadas as perguntas do estudo, a justificativa para o mesmo, 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.

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) às tabelas e 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 baseie em dados subjetivos, conhecimentos ultrapassados ou conjecturas (BRASIL, 2005).

As informações de saúde no Brasil são obtidas através 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 70, em 1978 possuía uma situação precária de informações em saúde, até mesmo sobre causas de morte (VIACARA 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 até então Centro Nacional de Epidemiologia e do DATASUS 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. As autoras, ainda, afirmam que esses avanços foram impulsionados com o estabelecimento da Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS), que se propõe a prover de 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 através 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 sobrevida 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 GOLTEB, 2004; BARROS, 2008).

2.1.1 Sistemas de informações de morbidade (SIM)

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, pode-se 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 vem acontecendo 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 rede hospitalar privada e 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).

Neste 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 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, tem-se justificado pelo fato dos 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 descrito 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 são recentes e realizados esporadicamente, quase sempre baseados em modelos desenvolvidos por organismos como a OMS e Organização Pan-Americana, uma vez

que nas últimas décadas tem incentivado a realização de inquéritos visando 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 50. 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 auto-referidas 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 através 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, 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 através 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 e 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 70, 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 (BARROS e CARVALHEIRO, 1984; 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) pré-natal e parto (nos últimos 12 meses); 2) internações hospitalares (nos últimos 12 meses); 3) atendimento dentário (nos últimos 12 meses); 4) deficiências e incapacidades; 5) morbidade referida e uso de serviços (nos últimos 15 dias); 6) imunização; 7) uso de serviços (nos últimos 12 meses); 8) 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 a presença de morbidade referida, excluindo uma proporção substancial de pessoas que poderia 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 a 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 5 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 investigadas: estado nutricional, hábito de fumar e o alcoolismo (PEREIRA, 2000).

Nos anos de 1987/1988 foi realizado 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 a demografia, pobreza, serviços sociais, trabalho, renda, gasto e 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 auto-avaliação 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 (Aracajú, 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 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 à 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 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 a nível da RIPSAs, 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), através 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

informação sociodemográfica e epidemiológica. Durante a década de 1970, Carvalheiro introduziu, em Ribeirão Preto, os inquéritos de saúde, tendo como modelo os inquéritos já conduzidos nos EUA pelo *National Health Institute* (BARATA, 2006).

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: auto-avaliação 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 auto-avaliação 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 auto-avaliação 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 auto-avaliação do estado de saúde (FRANKS e FISCELLA, 2003).

Em um estudo de Mendoza-Sassi et al. (2007), os 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; FRANKS e FISCELLA, 2003).

A informação sobre a prevalência de doenças é comumente coletada através 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 auto-referida, como o estudo transversal realizado para verificar se existe concordância entre o relato de estado clínico auto-referido 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 aplicou 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 auto-declaração de diabetes obtiveram maior sensibilidade (66,7%) e especificidade (95,2%). O auto-relato 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, a prevalência de doença cardíaca seriam subestimados (WU *et al.*, 2000).

Em outra investigação a auto-avaliação da saúde, as doenças auto-referidas 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 reumatóide, 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 reumatóide 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 Europa (Netherlands), 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 auto-referidas de hipertensão e diabetes na população. Para calcular a sensibilidade e especificidade de auto-referência de hipertensão e diabetes foram utilizados resultados das medições de pressão arterial e glicemia, ajustada para o uso atual de medicamentos, considerado como padrão de referência. A análise de regressão logística multivariada. Os resultados apresentaram sensibilidade (capacidade de medir os verdadeiros casos) de 34,5% para a auto-referência 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 auto-referência 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 biométrico à prática de inquéritos de morbidade auto-referida assegura a validade das informações, ao mesmo tempo que, reconhecem que esta prática depende da condição estudada e as 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 auto-referiram uma das seis doenças crônica 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).

3 - JUSTIFICATIVA

A realização de inquéritos populacionais aliada a uma análise comparativa de seus resultados permitem conhecer as necessidades que se transformam em demanda nos serviços de saúde da 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 auto-referida na população adulta de Rio Branco e da auto-avaliação do estado de saúde da mesma.

Investigações com a temática de morbidade auto-referida na população adulta e da auto-avaliação do estado de saúde da mesma podem retirar 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.

4 - OBJETIVOS

4.1 - Geral

Analisar a auto-avaliação do estado de saúde e as morbidades auto-referidas 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;
- Identificar a auto-avaliação de saúde da população em estudo;
- Verificar a prevalência de morbidade auto-referida 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 auto-referidas.

5 - ARTIGO 1

**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 auto-avaliação de saúde possibilita identificar quais fatores estão associados à percepção de vida saudável das populações. Objetivou-se verificar a auto-avaliação de saúde e sua associação com variáveis socioeconômicas e demográficas, de hábitos de vida (tabagismo, etilismo, hábito de alimentar saudável e prática de atividade física) e de situação de saúde como: índice de massa corporal e morbidades auto-referidas. 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, tem morbidade auto-referida e raça/cor os riscos estimados para percepção “não boa” de saúde foram maiores para os inativos, obesos e indivíduos com alguma morbidade auto-referida. Estes achados revelam quais as diferentes condições de vida dos indivíduos residentes em Rio Branco relacionam-se com a auto-avaliação 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 auto-avaliação 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 auto-avaliação repercute na qualidade de vida do indivíduo².

A auto-avaliação 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 auto-avaliação 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 auto-avaliação 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 auto-percepção 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 auto-percepção 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 auto-referidas.

2 - METODOLOGIA

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) através do último censo demográfico realizado pelo 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 à anuência à participação da pesquisa de todos adultos que se encontravam no domicílio no momento da entrevista. Excluindo as perdas e recusas, foram totalizados 1516 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 Junior). 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, semi-abertas 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 auto-referida (percepção de saúde, morbidades auto-referidas), além da medida de peso e altura, permitindo o cálculo do índice de massa corporal (IMC).

A auto-percepção 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 classificou 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 auto-declarada 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 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 a 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, 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 auto-referidas, 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 incluídas no modelo como possíveis variáveis confundidoras: idade, sexo e morbidade auto-referida.

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 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 auto-declarou como negra ou parda, com o percentual de 6,2% e 78% respectivamente. Apenas 9 pessoas se auto-declararam 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 (8 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 tem morbidade auto-referida. A probabilidade de declaração de saúde regular/ruim cresce marcadamente nos idosos e é maior para as mulheres. A prevalência de saúde auto-avaliada como “insatisfatória” (regular/ruim) foi maior nos idosos (62,9%) em relação aos adultos entre 18 a 59 anos. Após o ajuste, os idosos têm uma chance de 1,36 vezes maior de apresentar autoclassificação da saúde como “insatisfatória” do que os adultos. Encontramos forte 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 vezes maior do que a observada no grupo com ocupação. Embora não tenha alcançado significância estatística, os indivíduos sem renda apresentaram risco estimado 1,25 vezes maior para pior percepção de saúde comparados aqueles com renda familiar de 5 ou mais salários mínimos.

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

A metade das pessoas com morbidade auto-referida (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 auto referidas. Encontramos uma associação entre da auto-avaliação de estado de saúde com o IMC. A obesidade apresentou-se como categoria de risco, com significância estatística, mostrando que os indivíduos obesos tem uma probabilidade de auto declarar-se com saúde não boa 48 % maior quando comparados aqueles de peso normal. A estimativa de risco para auto-percepção 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 auto-referida.

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: Auto-avaliação insatisfatória da saúde, por faixa etária e sexo. Inquérito populacional em Rio Branco, Acre 2007 – 2008.

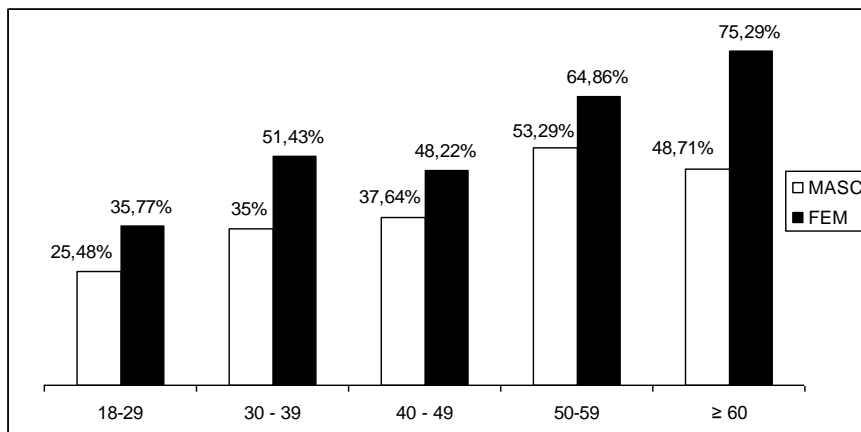


GRÁFICO 2: Prevalência de auto-avaliação insatisfatória da saúde, segundo idade e sexo. Inquérito populacional em Rio Branco, Ac 2007 – 2008.

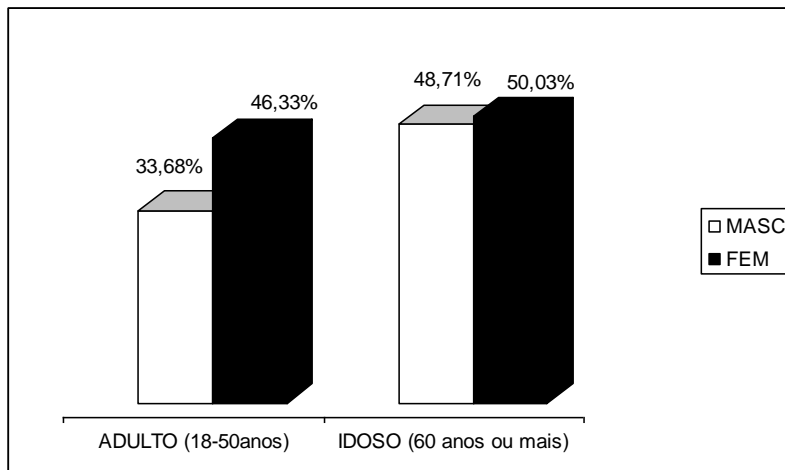


TABELA 1: Distribuição de frequência de percepção do estado de saúde em pessoas com 18 anos ou mais, segundo faixa etária e sexo. Inquérito populacional de Rio Branco, 2007-2008 (n 1.514).

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	1,35
	≥ 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		RP bruta	RP ajustada**
	N (%)		(IC de 95%)	(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 auto declarada				
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 freqüências correspondem às perdas.

** Razão de prevalência ajustada para idade, sexo e tem morbidade auto-referida.

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 auto-referida			
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 freqüências correspondem as perdas.

**Razão de prevalência ajustada para idade, sexo e tem morbidade auto-referida.

*** Variável ajustada somente por idade e sexo.

4 – DISCUSSÃO

A população do estudo, foi caracterizada por uma predominância das mulheres, com idade mediana da 38,8 anos, de raça/cor auto-declarada parda, com baixa escolaridade e renda mensal, por ter companheiro e exercer atividade laboral. A prevalência de auto-avaliação 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, foram consistentes 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

Famílias (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 auto-avaliação ruim da saúde entre os dois estudos¹¹.

Destaca-se que, Rio Branco é a 9ª capital com menor cobertura telefônica fixa do país, enquanto que, três das cinco primeiras colocações de pior percepção de saúde estão entre as doze capitais com maior cobertura telefônica, ocupando respectivamente o 2º (79,4%), 11º (62,6%) e 12º (60,6%) lugar¹¹.

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 prevalência 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) lugar. 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 da 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, a PMS a investigação foi a auto-avaliação. Este fato sugere que a auto-percepção pode ser mais rigorosa quanto ao nível de satisfação com a própria saúde e que embora do ponto de vista médico, o “estado de saúde” refere-se a uma anormalidade patológica indicado por um conjunto de sinais e sintomas, a auto-avaliação 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 ¼ da verificada em nosso estudo^{16,17}.

Na esfera coletiva, os fatores demográficos e socioeconômicos podem contribuir para as variações de auto-avaliação de saúde entre os diferentes indivíduos do município de Rio Branco. Como se pôde perceber, a análise das associações entre fatores sócio-demográficos e auto-avaliação de saúde mostrou que a baixa escolaridade, pessoas do sexo feminino, em idades mais avançada, 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 auto-avaliação 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 relacionadas com a crença sobre saúde, a percepção e 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, a maior busca e aderência ao tratamento de doenças do que os homens, uma vez que às mudanças comportamentais, de estilo de vida e de saúde pelas quais elas têm passado nos últimos anos pode 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 e nos 12 meses que antecederam a entrevista, 62,8% da população brasileira declararam 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, sendo que as mulheres apresentaram quase o dobro do número de consultas médicas per capita (3,0) do que dos homens (1,9).

O percentual de auto-avaliação da saúde regular/ruim dos idosos do nosso estudo (62,8%) foi maior ao 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 7 cidades da América Latina e Caribe. Neste estudo a cidade brasileira investigada (São Paulo), ficou em quarto lugar ao considerar os percentuais de pior auto-percepção 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 consequente melhoria nas condições de vida e de saúde da população, uma vez que se conhece o forte poder preditivo de morbi-mortalidade 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 auto-avaliação insatisfatória da saúde (regular/ruim) foi muito elevado comparado as 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 auto declarada preta ou parda, com companheiro, sem ocupação, com menor renda familiar.

Quanto as 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 auto-avaliação da saúde foi encontrada entre aqueles que declararam ter pelo menos uma morbidade.

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 auto-referida de saúde em Rio Branco.

6 – REFERÊNCIAS (Artigo 1)

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 Estatístico-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 sociodemográficos 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.

6 - ARTIGO 2

**Morbidade auto-referida 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 necessário a investigação das doenças e agravos crônicos não transmissíveis na população de interesse. Os objetivos deste é descrever e verificar associação entre as morbidades auto-referidas mais prevalentes identificadas no estudo quanto às características: socioeconômicas, demográficas e de hábitos de vida (tabagismo, etilismo, hábito de 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 1516 indivíduos, a partir de uma amostragem probabilística em duas etapas de sorteio. Os dados foram duplamente digitados e validados utilizando-se o programa Epi Info Windows 6.04, já para análise preliminar utilizou-se o programa STATA v.10. Observou-se que a morbidade auto-referida 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 preliminares referentes às três morbidades crônicas auto-referidas mais prevalentes na população adulta de Rio Branco, são de fundamental importância, uma vez que possibilita 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 auto-referidas 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 conseqüências 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 60 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 possibilitam 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 através 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}.

Pereira (2006)¹¹ 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.

Nesse sentido, este estudo além de estimar a prevalência das morbidades auto-referidas da população adulta residente no município de Rio Branco, procura avaliar as relações de associação com as características socioeconômicas, demográficas, de hábitos de vida.

2 - METODOLOGIA

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 modelo de amostragem utilizado foi o de 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) através do último censo demográfico realizado pelo em 2000. Desta forma o município foi considerado o 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 à anuência à participação da pesquisa de todos adultos que se encontravam no domicílio no momento da entrevista. Excluindo as perdas e recusas, foram totalizados 1516 participantes (850 domicílios).

2.3 - Coleta de dados

Os dados foram colhidos entre novembro de 2007 e outubro de 2008. Os recursos humanos foram organizados em supervisores (profissionais de ensino superior) e entrevistadores (profissionais de ensino superior e estudantes de ensino médio – PIBIC

Junior). Os entrevistadores receberam um treinamento inicial para a realização das entrevistas. O treinamento teve como objetivo demonstrar aos entrevistadores a importância do registro das informações prestadas exatamente como foram relatadas pelos entrevistados, evitando-se 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, semi-abertas 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 auto-referida (percepção de saúde, morbidades auto-referidas), além da medida de peso e altura, permitindo o cálculo do índice de massa corporal (IMC).

A auto-percepção 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 classificou 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 auto-declarada foi dicotomizada em preta/parda e não preta/parda. A variável escolaridade foi dividida em cinco 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 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 a 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)¹². 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 um padrão 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, 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 tem de morbidades auto-referidas, foi construída a partir da resposta a uma listagem de 18 morbidades. Assim, foi criada também 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 descritas as prevalências e estimadas as razões bruta e ajustadas de prevalência utilizando regressão de Poisson com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Para estimar as razões de prevalência ajustadas, foram incluídas nos modelos possíveis variáveis confundidoras para cada morbidade auto-referida.

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 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 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 auto-declarou como negra ou parda e apenas 9 pessoas se auto-declararam 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 auto-declarada 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%).

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 vezes 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 1). A ocupação, o tabagismo e escolaridade também se apresentaram como forte associação para caso de D. 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.

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.

A proporção de Malária apresentou-se significativamente maior para as pessoas de baixa escolaridade, maior idade, que fumam/já fumaram e de raça/cor auto-declarada 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.

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.

Figura 1: Prevalência de morbidades auto-referidas, por sexo e faixa etária. Rio Branco, 2007 – 2008.

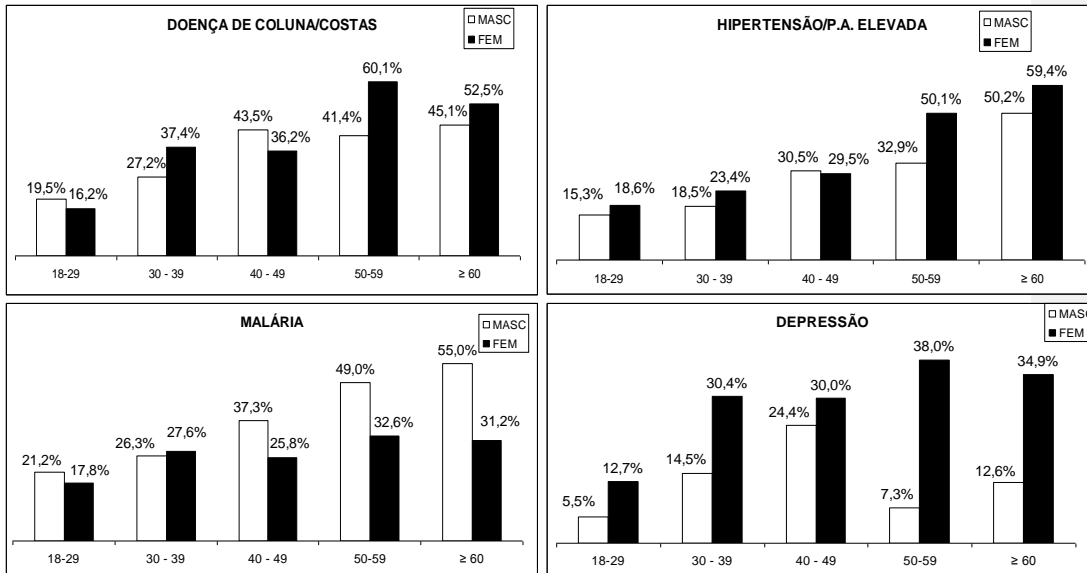


Tabela 1: Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com doença de coluna/costas auto-referida do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.

Variáveis	Tem Doença de coluna/costas auto-referida		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 auto-declarada			
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 2: Resultado final da análise multivariada de Regressão de Poisson dos fatores associados com a prevalência auto-referida de Doença de Coluna/costas, da população adulta do Inquérito de base 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 3: Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com hipertensão auto-referida do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.

Variáveis	Tem Hipertensão/PA elevada auto-referida		Razão de prevalências (IC de 95%)
	Sim	Não	
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 auto-declarada			
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 4: Resultado final da análise multivariada de Regressão de Poisson dos fatores associados com a prevalência auto-referida de Hipertensão, da população adulta do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008

<i>Modelo</i>	<i>Categorias</i>	<i>Razão de Prevalências ajustada (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 5: Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com Malária auto-referida do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.

Variáveis	Tem Malária auto-referida		Razão de prevalências (IC de 95%)
	Sim	Não	
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 auto-declarada			
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 6: Resultado final da análise multivariada de Regressão de Poisson dos fatores associados com malária auto-referida, da população adulta do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008

<i>Modelo</i>	<i>Categorias</i>	<i>Razão de Prevalências ajustada (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 7: Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com Depressão auto-referida do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.

Variáveis	Tem Depressão auto-referida		Razão de prevalências (IC de 95%)
	Sim	Não	
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 auto-declarada			
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 8: Resultado final da análise multivariada de Regressão de Poisson dos fatores associados com Depressão auto-referida, da população adulta do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.

<i>Modelo</i>	<i>Categorias</i>	<i>Razão de Prevalências ajustada (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 por mulheres, com idade mediana de 38,8 anos, de raça/cor auto-declarada parda, com baixa escolaridade e renda mensal, por ter companheiro e exercer atividade laboral.

O estudo permitiu identificar o perfil epidemiológico das morbidades auto-referidas 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 de mundiais de adoecimento, observadas em meados do século XX com destaque para o predomínio de doenças crônicas, reflexo de um processo acelerado que industrialização-urbanização que influenciou as dinâmicas populacionais, culturais e sanitárias^{13,14}.

Ao mesmo tempo em que, acompanha tendências nacional, a capital do Estado do Acre, no que se refere a proporção de morbidades auto-referidas revela características próprias, uma vez que a terceira morbidade mais auto-declarada, trata-se de uma doença parasitária típica da região norte (OPAN, 2007).

Viacava (2002)¹⁵ alerta que nos inquéritos populacionais a prevalência de algumas doenças crônicas tendem a serem subestimadas, como a hipertensão arterial e o diabetes melitus, pois necessitam de diagnóstico médico prévio, já afecções auto-avaliadas, como dor lombar e depressão, podem ter sua prevalência superestimada. 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. Sendo que, o uso de *check list* de morbidades, técnica de entrevista face a face e de auto-referencia garantem 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 auto-referidas selecionadas comuns entre os idosos aplicou-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 auto-declaração de diabete obteve maior sensibilidade (66,7%) e especificidade (95,2%). O auto-relato 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, a prevalência de doença cardíaca estas seriam subestimados 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 auto-referida e seus determinantes, revelou 72% de sensibilidade e 86% de especificidade. Esses resultados mostram que a hipertensão auto-referida é um indicador apropriado da prevalência da hipertensão arterial ¹⁹.

Em estudo de Mendoza-Sassi et al. (2007)²⁰, os 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 na procura de cuidados em saúde (percepção e/ou informação de problemas de saúde) entre mulheres e homens.

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

As morbidades auto-referidas mais prevalentes reveladas em nosso estudo foram semelhantes às de 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, Hipertensão, Artrite, Depressão, Asma e Doenças do coração (BARROS et al., 2006). No 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 Horizonte¹⁹, 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 auto-referida, 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.

De acordo com Szwarcwald e colaboradores (2008)²², a investigação dos determinantes sociais nas medidas de morbidade referida merece maior atenção e necessitam 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 populações.

Após os ajustes de diferentes modelos para as morbidades auto-referidas, 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 de 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 os 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%) da encontrada em nossos dados (28,3%). Tal diferença pode ser atribuída a metodologia de

inquérito populacional por telefone, que limita a informação a aqueles indivíduos que possuem telefone fixo²³.

A Organização Pan-Americana de Saúde (2003)²⁴, alerta que há pelo menos 600 milhões de hipertensos no mundo. Calcula-se que essa doença cause a morte de 7,1 milhão de pessoas, equivalente a 13% do total de óbitos.

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.

Quanto à depressão, após análise ajustada, os fatores demográficos e de ocupação, mantiveram sua importância estatística e o 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 freqüente entre as mulheres. É interessante destacar que em nosso estudo, os indivíduos com atividade laboral apresentaram-se mais afetados pela depressão comparados a pessoas sem ocupação (RP 0,78 IC 0,66 – 0,92). 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 a saúde do trabalhador.

5 – CONCLUSÃO

As morbidades auto referidas 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 auto declarada 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 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 estes achados, que possibilitam maior discussão sobre a influência da precária condição de vida das pessoas sobre a saúde dos residentes de Rio Branco.

6 – REFERÊNCIAS (Artigo 2)

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 (suppl 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 (suppl 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 disable 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*. Ver bras Epidemiol Rio de Janeiro: 11(Su pl1): 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 Suppl 1: 193.

-
31. Paskulin, LMG; Vianna, LAC. *Perfil sociodemográficos 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 Publica. 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.

9 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção de saúde mais prevalente foi: “bom”, seguido por “regular”. A percepção insatisfatória da saúde foi proporcionalmente maior em indivíduos idosos, do sexo feminino, de raça/cor auto-declarada preta ou parda, com companheiro, sem ocupação, com menor renda familiar. As morbidades auto-referidas 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 auto-declarada 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 a importância dos fatores socioeconômicos como principais determinantes para o relato de percepção insatisfatória da própria saúde e das morbidades auto-referidas que mais acometem a população de Rio Branco.

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

10 – REFERÊNCIAS

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. World Health Organization (WHO). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Trad. Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.
7. 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. 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.
8. Medronho R; Carvalho DM; Bloch KV; Luiz RR; Werneck GL (eds.); *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2006.
 9. 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.
 10. Barros MBA. *Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios*. Rev Bras Epidemiol. 2008; Rio de Janeiro 11 (suppl 1):6-19.
 11. Laurenti R, Mello MHPI, 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.
 12. 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.
 13. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. 10ª reimpressão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
 14. 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.
 15. CAMPOS, C. E. A. *Os Inquéritos de Saúde sob a Perspectiva do Planejamento*. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro. v. 9, n.2, p. 190-200, 1993.
 16. Barros, MBA.; Carvalheiro, JR. *Entrevistas domiciliares e o ensino e pesquisa em epidemiologia*. Rev Saúde Públ. São Paulo. v. 15, p. 411-417, 1984.

-
17. Viacava F. *Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais*. Ciência & Saúde Coletiva. 2002. São Paulo, 7(4):607-621.
 18. Barros, M.B.A. *Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios*. Rev Bras Epidemiol. 2008. Rio de Janeiro. 11 (suppl 1):6-19.
 19. 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.
 20. 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.
 21. Quintsler, 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.
 22. Barata, RB. *Inquérito nacional de saúde: uma necessidade?* Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v. 11, n. 4, p. 870-871, 2006.
 23. Souza, MC.; Otero, UB.; Figueiredo, VC. et al. *Auto-percepção do estado de saúde na área urbana de 18 municípios de capital do Brasil*. Rev Bras Epidemiol. Rio de Janeiro. v. 11, p. 193, 2008. Suplemento 1.
 24. Franks P, Gold MR, Fiscella K. *Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US*. Soc Sci Med. 2003; 56:2505-14.
 25. 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.

-
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. Giacomini, 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.
32. Paskulin, LMG., Vianna, LAC. *Perfil sociodemográficos e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre*. Rev. Saúde Pública. São Paulo. v. 41, n.5, p. 757-68, 2007.
33. 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.
34. 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.

-
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. 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.
39. Szwarcwald, CL, Damascena, GN; *Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados*. Ver bras Epidemiol 2008. Rio de Janeiro: 11(Supl1): 38 - 45.
40. 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.
41. Organização Pan-Americana de saúde (OPAS). *Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília, 2003. 60p.

-
42. 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.
43. 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.
44. 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.
45. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico-IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- PNAD. Síntese de Indicadores 2003*. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2007.
46. 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.
47. 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.
48. Paskulin, LMG; Vianna, LAC. *Perfil sociodemográficos e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre*. Rev. Saúde Pública. 2007. São Paulo: 41(5), 757-68.
49. Sousa, ALL. Educando a pessoa hipertensa. In: PIERIN, AMG. (Org.). *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. Barueri, SP: Manole, 2004. 165-184.

-
50. Werneneck GL. *Considerações metodológicas à luz da Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, 2003*. Rev Bras Epidemiol 2008; 11suppl 1: 67-71.
51. Jaime PC, Monteiro CA. *Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003*. Cad Saúde Publica. 2005; 21 Suppl:19-24.
52. Pires CGS, Mussi FC. *Crenças em saúde para o controle de hipertensão arterial*. Ciência & Saúde Coletiva. 2008. 13 Supl. 2: 2257-2267.
53. 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.

11 – ANEXOS

ANEXO 1: Itens utilizados do Inquérito de fatores de risco e morbidade para doenças não-transmissíveis no município de Rio Branco, Acre

Questionário Social:

CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DOMICILIAR

As perguntas que irei fazer agora são sobre este domicílio onde o(a) Sr.(a) mora

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:

Entrevistador: Apresente o cartão.

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

4. A COR DE SUA PELE É:

Branca

Negra

Parda ou morena

Amarela (apenas ascendência oriental)

Vermelha (confirmar ascendência indígena)

Não sabe

Não quis informar

Agora eu farei perguntas sobre seu trabalho.**1. ATUALMENTE O(A) SR.(A) TEM UM TRABALHO OU ATIVIDADE REMUNERADA?**Sim (*passo 3*)

Não

5. AGORA, POR FAVOR, RESPONDA-ME, QUAL É SUA RENDA

TOTAL POR MÊS

NS/Recusa

6- O(A) SENHOR (A) FREQUENTOU A ESCOLA?

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

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

Agora farei perguntas sobre sua saúde.

1. O(A) SR(A). CLASSIFICARIA SEU ESTADO DE SAÚDE COMO?

Entrevistador: Leia as alternativas.

Excelente
Bom
Regular
Ruim
Não sabe
Não quis informar

2 Algun Médico Já Lhe Disse Que O(A) Sr(A) Tem Ou Teve Algumas Das Seguintes Doenças?

Entrevistador: Leia As Alternativas. Atenção! Não Deixe Alternativas Em Branco.

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

Agora eu começarei a fazer perguntas sobre dificuldades para realizar algumas atividades de rotina.

2. O(A) SR.(A) TEM ALGUMA LIMITAÇÃO OU DIFICULDADE PARA FAZER AS SUAS ATIVIDADES HABITUAIS POR CAUSA DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE OU INCAPACITAÇÃO?

Sim
Não (*se for mulher até 69 anos passe Módulo Exames para detecção...*)
(*caso contrário passe Módulo Acidentes de Trânsito*)

3. QUAL OU QUAIS SÃO AS SUAS PRINCIPAIS LIMITAÇÕES OU DIFICULDADES?

Entrevistador: Não leia as alternativas. ATENÇÃO! Não deixe alternativas em branco.

PROBLEMA:
Cansaço, mal estar geral
Depressão, ansiedade ou problema emocional
Dor de cabeça/enxaqueca

Dificuldade de respirar/condição pulmonar
Dificuldade para andar/mover membros inferiores
Dificuldade para movimentar braço, mão/membros superiores
Fraturas ou lesões nas juntas ou articulações
Problemas de audição
Problemas de coluna
Problemas de visão
Outras limitações _____ (especifique)
NS/NR

4. ESTE(S) PROBLEMA(S) DE SAÚDE, LIMITAÇÃO(ÕES) OU DIFICULDADE(S) FOI(FORAM) CAUSADO(S) POR SEU TIPO DE TRABALHO OU ATIVIDADE PROFISSIONAL?

Sim
Não
NS/NR

5. ESTE(S) PROBLEMA(S) LIMITA(M) SUAS ATIVIDADES:

Entrevistador: Leia as alternativas.

Sempre
Quase sempre
Às vezes
Raramente

6. POR CAUSA DESSE(S) PROBLEMA(S) DE SAÚDE, LIMITAÇÃO(ÕES) OU DIFICULDADE(S) O(A) SR.(A) NECESSITA DE AJUDA DE OUTRAS PESSOAS PARA OS SEUS CUIDADOS PESSOAIS, COMO ALIMENTAR-SE, TOMAR BANHO, VESTIR-SE, ESCOVAR DENTES OU ANDAR PELA CASA?

Sim
Não

7. POR CAUSA DESSE(S) PROBLEMA(S) DE SAÚDE, LIMITAÇÃO(ÕES) OU DIFICULDADE(S) O(A) SR.(A) NECESSITA DE AUXÍLIO DE OUTRAS PESSOAS PARA REALIZAR SUAS ATIVIDADES DE ROTINA, COMO CUIDADOS DIÁRIOS COM A CASA, IR AO BANCO, FAZER COMPRAS OU ANDAR NA RUA?

Sim
Não

ANEXO 2: Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA:
DIAGNÓSTICO EM SAÚDE E NUTRIÇÃO DE CRIANÇAS 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 SAÚDE E NUTRIÇÃO DE CRIANÇAS 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

2 12 2009

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

	<p>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE-U FAC</p>
---	--

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

2 12 2009

ANEXO 4 : Descrição do processo de amostragem

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 1
Inquerito Maiores de 18 anos

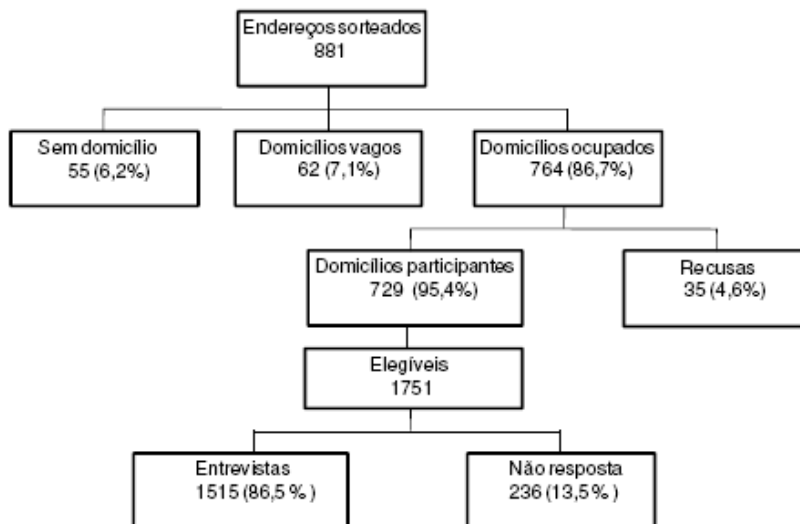
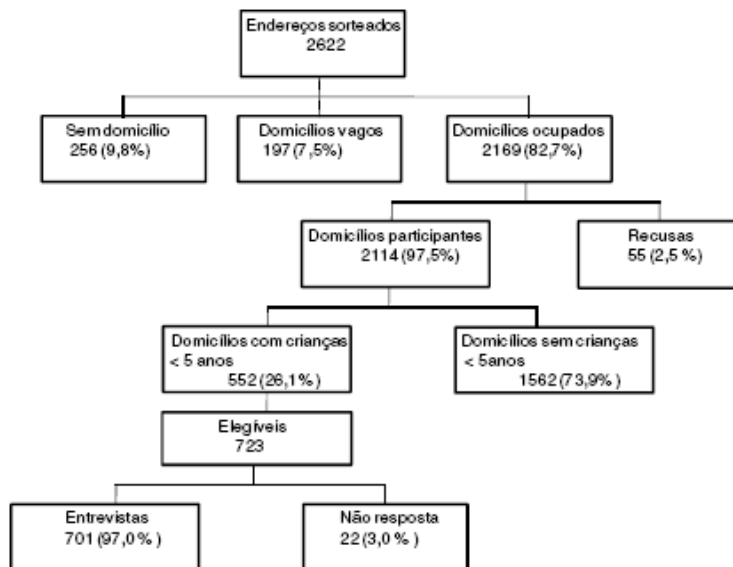


Figura 2
Inquérito menores de 5 anos



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