



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Traebert, Jefferson; Bortoluzzi, Marcelo Carlos; Kehrig, Ruth Terezinha
Auto-percepção das condições de saúde da população adulta, sul do Brasil
Revista de Saúde Pública, vol. 45, núm. 4, agosto, 2011, pp. 789-793
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240192020>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Jefferson Traebert^I

Marcelo Carlos Bortoluzzi^{II}

Ruth Terezinha Kehrig^{III}

Auto-percepção das condições de saúde da população adulta, sul do Brasil

Self-rated health conditions of the adult population, Southern Brazil

RESUMO

O objetivo do estudo foi estimar como a população adulta (20 a 59 anos) de Joaçaba, SC, avalia sua condição de saúde. Realizou-se um estudo transversal em 2006 envolvendo amostra representativa ($n = 707$). O questionário levantou condições sociodemográficas, restrição das atividades diárias, realização de consulta médica, internação hospitalar e auto-percepção de saúde. Procedeu-se a análise de regressão logística múltipla hierarquizada. Constatou-se que 74,7% dos indivíduos percebia sua saúde como boa e 3,9% a percebia como ruim/muito ruim. Não estar trabalhando no momento da entrevista e deixar de realizar atividades habituais por problemas de saúde aumentaram significativamente a chance de uma auto-avaliação da condição de saúde como ruim/muito ruim.

DESCRITORES: Saúde do Adulto. Auto-Avaliação. Atividades Cotidianas. Fatores Socioeconômicos. Estudos Transversais.

ABSTRACT

The study aimed to estimate how the adult population (20 to 59 years) of Joaçaba, Southern Brazil, rates its health status. A cross-sectional study involving a representative sample ($n=707$) was carried out in 2006. The questionnaire surveyed sociodemographic conditions, restriction on daily activities, medical consultation, hospitalization and self-rated health. A hierarchical multiple logistic regression analysis was performed. It was verified that 74.7% of the individuals perceived their health as good and 3.9% perceived it as poor/very poor. Being unemployed at the moment of the interview and ceasing to perform daily activities due to health problems significantly increased the chance of poor /very poor self-rated health.

DESCRIPTORS: Adult Health. Self-Assessment. Activities of Daily Living. Socioeconomic Factors. Cross-Sectional Studies.

^I Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão, SC, Brasil

^{II} Faculdade de Odontologia. Universidade do Oeste de Santa Catarina. Joaçaba, SC, Brasil

^{III} Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, MT, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Jefferson Traebert
Av. José Acácio Moreira, 787
Dehon
88704-900 Tubarão, SC, Brasil
E-mail: jefferson.traebert@unisul.br

Recebido: 13/10/2009
Aprovado: 15/4/2011

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

INTRODUÇÃO

Medidas subjetivas como auto-percepção permitem conhecer a situação de saúde das populações⁷ e são consideradas preditoras de morbidade, incapacidade e mortalidade.⁶ Neste último componente a auto-percepção é melhor preditora que medidas objetivas da condição de saúde, ao refletir uma apreensão integrada do indivíduo nas dimensões biológica, psicológica e social, apresentando alta confiabilidade e validade.⁵ Todavia, poucos estudos relacionam auto-referência pela população do seu estado de saúde com suas condições de vida.^{4,7}

Por referência à clássica análise de Canguilhem¹ da saúde como expressão dos “modos de andar a vida” das pessoas, estes modos de viver colocam fatores associados à saúde em campos de normatividade situados além dos limites do corpo físico, orientados às suas condições de expressão na vida cotidiana. Assim, saúde e doença expressam a vida e conformam fenômenos que traduzem processos de vida e sua forma concreta para cada pessoa e grupo de população.²

Pesquisas nacionais^a confirmam que problemas de saúde auto-referidos se distribuem de maneira desigual entre pessoas socialmente diferentes, sendo mais acometidos os grupos sociais menos privilegiados.^{5,7} O comprometimento das atividades cotidianas em conjunto com a auto-percepção da saúde são componentes proeminentes da qualidade de vida e saúde da população.³

Estudos sobre auto-avaliação de saúde do adulto são mais freqüentes em populações idosas⁵ e desejáveis para avaliar se indicadores subjetivos aplicados a essa população são apropriados ao adulto mais jovem.

Esta pesquisa objetivou estimar como a população adulta de uma cidade avalia sua condição de saúde e identificar os principais fatores associados a auto-avaliação ruim/muito ruim.

MÉTODOS

Realizou-se estudo transversal com amostra representativa da população adulta de Joaçaba,^b SC, em 2006. O município possui cerca de 24 mil habitantes e situa-se na região meio-oeste do estado. Para determinação amostral foram adotados: nível de 95% de confiança (IC95%), proporção de situações auto-referidas de saúde desconhecida, margem de erro de 4%, fator de correção de 1,2 em função do desenho do estudo

e 20% de perdas. O número final da amostra foi 828 indivíduos.

Os 25 setores censitários do município foram incluídos no estudo. Foram percorridos os 12 primeiros domicílios a partir da esquina sorteada, até obter os indivíduos estimados na amostra. Todos os adultos de 20 a 59 anos residentes no domicílio foram entrevistados.

O questionário continha questões referentes a aspectos sociodemográficos, restrição das atividades diárias por problemas de saúde⁴ no mês anterior à pesquisa, realização de consulta médica no último ano, internação no último ano e auto-percepção da condição de saúde.

Os resultados foram inseridos no SPSS 18.0 e analisados no módulo *complex samples*, que considerou o delineamento amostral complexo, representado pela amostragem por conglomerados em dois estágios. No primeiro estágio da seleção amostral calculou-se a probabilidade de um quarteirão ser sorteado em cada setor censitário, dividindo-se um pelo número de quarteirões do setor. No segundo estágio calculou-se a probabilidade do domicílio ser sorteado, dividindo-se 12 pelo número de domicílios do quarteirão. Obteve-se a probabilidade final pelo produto das probabilidades de ambos os estágios. O efeito do desenho foi calculado pela razão da variância estimada para as características reais do delineamento pela variância esperada supondo uma amostragem aleatória simples.

O qui-quadrado foi utilizado para testar a homogeneidade das proporções. Para testar a independência da associação entre auto-avaliação ruim/muito ruim da condição de saúde com as variáveis explanatórias, procedeu-se análise de regressão logística múltipla baseada em um padrão hierárquico em que o bloco das variáveis socioeconômicas constituiu os determinantes distais. Essas variáveis condicionaram o bloco seguinte constituído por restrição das atividades diárias por problemas de saúde, consulta médica e internação hospitalar. A observação dos fatores associados foi inicialmente realizada em cada bloco, no qual as variáveis que apresentaram nível de significância $p < 0,20$ na análise bivariada foram inseridas no modelo logístico. As variáveis que apresentaram nível de significância $p < 0,05$ ou que ajustaram o modelo em cada bloco foram mantidas. Nessas condições também foram mantidas as variáveis no modelo final.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina mediante parecer nº 251/2005.

^a Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil- 2003 e Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios - PNAD - 1998, 2003 e 2010.

^b O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH, 2000) de Joaçaba foi de 0,866. IDH - Índice de Desenvolvimento Humano - Municipal, 1991 e 2000: todos os municípios do Brasil. [citado 2011 mai 13]. Disponível em [http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrescente%20\(pelos%20dados%20de%202000\)](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrescente%20(pelos%20dados%20de%202000))

RESULTADOS

Foram entrevistados 707 indivíduos, equivalentes à taxa de resposta de 85,4%, que variou de 69,7% a 100% nos setores censitários.

Quanto à auto-avaliação de saúde 74,7% (IC95% 71,5;77,9) a percebia como boa; 3,9% (IC95% 3,6;4,2) a percebia como ruim/muito ruim; 11,0% (IC95% 8,7;13,3) relatou ter deixado de realizar atividades habituais por motivos de saúde; 25,5% (IC95% 22,3;28,7) havia consultado um médico e 13,6% (IC95% 11,1;16,1) passou por internação nos últimos 12 meses.

No bloco relacionado à condição socioeconômica, idade ($p = 0,005$), escolaridade ($p = 0,003$), renda familiar ($p = 0,028$) e estar trabalhando no momento da pesquisa ($p < 0,001$) mostraram-se associadas a auto-avaliação ruim/muito ruim da saúde. Na análise múltipla, a variável estar trabalhando no momento da pesquisa ($p = 0,001$) manteve-se associada após ajuste dentro do bloco.

No segundo bloco, as variáveis deixar de realizar atividades habituais por problemas de saúde ($p < 0,001$) e internação nos últimos 12 meses ($p = 0,003$) mostraram-se associadas ao desfecho. Após ajuste, deixar de realizar atividades habituais ($p < 0,001$) continuou associada, mantendo-se no modelo final.

A análise final foi iniciada após ajuste interno por bloco e seleção das variáveis mantidas no modelo hierárquico. No bloco da condição socioeconômica, não estar trabalhando no momento da pesquisa mostrou associação independente com a auto-percepção ruim/muito ruim da saúde, conferindo maior chance de auto-percepção ruim/muito ruim [*odds ratio*, OR 3,60 (IC95% 1,31;9,90)]. No bloco proximal, deixar de realizar atividades habituais manteve associação [OR 7,07 (IC95% 3,00;16,63)] após ajuste para o bloco superior (Tabela).

DISCUSSÃO

Cerca de três quartos dos indivíduos entrevistados auto-perceberam sua saúde como boa. Na Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil (2003),⁶ apenas 53% das pessoas avaliaram dessa forma sua saúde, e aproximadamente 9% como ruim. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2003 apontaram 4,3% da população acima de 14 anos avaliando sua saúde como ruim.⁴ Naquela pesquisa, a auto-avaliação de saúde variou segundo sexo, com pior avaliação entre as mulheres,⁴ o que não ocorreu significativamente no presente estudo. Praticamente um terço da população estudada apresentava mais de oito anos de estudo e a mediana

Tabela. Análise de regressão logística múltipla não condicional hierarquizada para auto-percepção ruim/muito ruim da condição de saúde. Joaçaba, SC, 2006.

Modelo	OR bruta (IC95%)	p	OR ajustada (IC95%)	p
Características demográficas e condição socioeconômica				
Idade (mediana)				0,055 ^a
20 a 39 anos	1	0,015	1	
40 a 59 anos	3,89 (1,24;12,25)		3,27 (0,95;11,31)	
Sexo				0,486 ^a
Masculino	1	0,447	1	
Feminino	1,39 (0,57;3,44)		1,44 (0,49;4,27)	
Escolaridade (anos de estudo)				0,501 ^a
>8	1	0,002	1	
≤8	3,30 (1,58;6,90)		1,31 (0,56;3,05)	
Renda familiar (mediana)				0,202 ^a
> R\$ 1 738,00	1	0,028	1	
≤ R\$ 1 738,00	2,48 (1,08;5,67)		1,80 (0,69;4,72)	
Estar trabalhando no momento da pesquisa				0,008
Sim	1	<0,001	1	
Não	5,50 (2,16;14,05)		3,60 (1,31;9,90)	
Restrição das atividades diárias por problemas de saúde, consulta médica e internação hospitalar				
Deixar de realizar atividades habituais no último mês por problema de saúde				<0,001
Não	1	<0,001	1	
Sim	7,63 (3,34;17,40)		7,07 (3,00;16,63)	

^a Mantida no modelo independentemente do nível de significância.

da renda familiar mensal ultrapassou R\$ 1.700,00. Além dessas duas condições que influenciaram nas diferenças encontradas em relação a outros estudos brasileiros, outras não estudadas podem influenciar a auto-avaliação de saúde, a exemplo da influência das etnias dominantes italiana e germânica na região do estudo e seus modos de vida.

A maior chance da ocorrência de auto-percepção ruim das condições de saúde na população que não estava trabalhando pode ser discutida em relação à impossibilidade objetiva de poder trabalhar. O questionamento realizado mostrava apenas o fato de estar ou não trabalhando. Isso não permitiu aferir se a auto-percepção ruim ocorreu depois de um possível desemprego, não conseguir emprego, se precedeu uma perda do emprego ou por quaisquer outras razões que tenham impedido a pessoa de trabalhar. Considerando o trabalho como forma de subjetivação, identidade e inserção social, ficar sem trabalhar pode interferir na auto-estima, afetando a capacidade pessoal/profissional, independentemente das razões implicadas. Assim pressupõe-se, no presente estudo, que algum sofrimento por não poder trabalhar num determinado momento da vida associa-se hipoteticamente à auto-percepção ruim/muito ruim de saúde.

Entre a expressiva proporção da população investigada que relatou restrição das atividades diárias, a chance da auto-percepção ruim/muito ruim foi maior se comparada com os que não relataram dificuldade. A diminuição das condições das pessoas para realizar atividades habituais tanto pode ser causada por problemas de saúde como pode anteceder, seguir ou ocorrer de forma independente da existência de doenças percebidas. As pessoas sentem-se doentes quando motivos de saúde limitam a realização de suas atividades/projetos. Ainda, a auto-percepção da saúde como sendo ruim tende a aumentar as taxas de mortalidade, a limitação física e os problemas psicológicos se comparados com os indivíduos com auto-percepção boa ou excelente.⁶

A consideração da habilidade ou capacidade de as pessoas desenvolverem as atividades diárias da vida e desempenharem os seus papéis sociais permite um deslocamento dos indicadores negativos de saúde (doença e morte) para os seus indicadores positivos (bem estar, auto-satisfação e qualidade de vida).³

A opção metodológica do presente estudo permitiu apenas identificar associações que levantam hipóteses, com possibilidade de viés de aferição, considerado o grau de subjetividade do desfecho. Outra possível limitação do desenho deve-se a que entre os indivíduos que não estavam trabalhando pode existir uma parcela na qual a presença de doença tenha provocado sua auto-percepção ruim de saúde, assim como para a restrição das atividades cotidianas.

A centralidade do trabalho na vida das pessoas, expressa em termos de estar ou não trabalhando, mostrou-se associada à auto-avaliação do estado de saúde. Assim como no âmbito dos estudos de saúde do trabalhador, o trabalho é determinante das condições de vida e saúde dos grupos populacionais. O sentido subjetivo do trabalho constituiu-se num possível preditor da auto-avaliação de saúde. O fato de estar ou não trabalhando pode ser um indicador relevante em estudos de situação de saúde, e ainda orientar intervenções necessárias na promoção de ações de melhoria das condições de vida e trabalho.

Como os indivíduos que deixaram de realizar suas atividades diárias da vida apresentaram maior chance de auto-percepção ruim/muito ruim da saúde, depreende-se que também o atributo de poder realizar atividades habituais, como preditor e indicativo positivo de saúde, tem um potencial de intervenção para a saúde coletiva. Implica ações de promoção à saúde, voltadas aos hábitos saudáveis de exercício das atividades cotidianas.

Em conclusão, modos de andar a vida da população se expressam também na auto-percepção da condição de vida e saúde, associada sobremaneira ao fato de estar trabalhando e de poder realizar as atividades diárias.

REFERÊNCIAS

1. Canguilhem G. O normal e o patológico. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
2. Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata RB, organizador. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p.31-75. (Saúde e Movimento, 4).
3. Costa AJL. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, Brasil, 2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):927-40. DOI:10.1590/S1413-81232006000400015
4. Dachs JNW, Santos APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):887-94. DOI:10.1590/S1413-81232006000400012
5. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saude Publica*. 2004;38(6):827-34. DOI:10.1590/S0034-89102004000600011
6. Manor O, Matthews S, Power C. Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *Int J Epidemiol*. 2001;30(3):600-7. DOI:10.1093/ije/30.3.600
7. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(Supl 1):S54-64. DOI:10.1590/S0102-311X2005000700007

Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo 402829/05-0). Os autores declaram não haver conflito de interesses.