

Mariza Miranda Theme Filha^I

Célia Landmann Szwarcwald^{II}

Paulo Roberto Borges de Souza Junior^{II}

Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde

Measurements of reported morbidity and interrelationships with health dimensions

RESUMO

OBJETIVO: Analisar as inter-relações entre auto-avaliação de saúde, percepção de doença de longa duração e diagnóstico de doenças crônicas.

MÉTODOS: Na Pesquisa Mundial de Saúde, realizada no Brasil em 2003, foram entrevistados 5.000 indivíduos com 18 anos ou mais, selecionados a partir de amostra estratificada em três estágios. Foi utilizado o questionário original adaptado ao contexto brasileiro, abordando a presença de doença de longa duração ou incapacidade, a auto-avaliação de saúde (geral e dos vários domínios) e o diagnóstico de seis doenças crônicas (artrite, angina, asma, depressão, esquizofrenia e diabetes mellitus). Para comparar as relações entre a auto-avaliação de saúde, percepção de doença de longa duração e as doenças crônicas avaliadas foram utilizados teste estatístico de homogeneidade de proporções e modelos de regressão logística múltipla.

RESULTADOS: A auto-avaliação de saúde “não boa” e a percepção de ser portador de doença de longa duração foram significativamente mais frequentes entre mulheres, indivíduos com 50 anos ou mais e aqueles com alguma das doenças pesquisadas. Os entrevistados com diagnóstico de diabetes mellitus apresentaram as piores avaliações de saúde: 70,9% referiram doença de longa duração e 79,3% avaliaram sua saúde como “não boa”. Verificou-se pior avaliação de saúde com a associação de duas ou mais doenças. O efeito da auto-avaliação de saúde sobre a percepção de doença de longa duração foi maior que o número de doenças.

CONCLUSÕES: As três formas de aferição da morbidade mostraram inter-relações significativas. A auto-avaliação de saúde “não boa” apresentou efeito mais importante para a percepção de doença de longa duração, sugerindo que as medidas subjetivas do estado de saúde possam ser mais sensíveis para estabelecer e monitorar o bem-estar do indivíduo.

DESCRITORES: Doença crônica. Diagnóstico da situação em saúde. Avaliação de programas e projetos de saúde. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Brasil.

^I Superintendência de Vigilância em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro, Brasil

^{II} Centro de Informação Científica e Tecnológica. Fiocruz. Rio de Janeiro, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Mariza Miranda Theme Filha
Av. Edison Passos, 4150
Alto da Boa Vista
20531-072 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: marizatheme@hotmail.com

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess the interrelationships between self-rated health, perceptions of long-term illness and diagnoses of chronic diseases.

METHODS: In the World Health Survey, carried out in Brazil in 2003, 5,000 individuals aged 18 years and over who had been selected from a three-stage stratified sample were interviewed. The original questionnaire was adapted for the Brazilian context. It covered the presence of long-term illness or disability, self-rating of health (general and in several domains) and diagnoses of six chronic diseases (arthritis, angina, asthma, depression, schizophrenia and diabetes mellitus). To compare the relationships between self-rated health, perceptions of long-term illness and the chronic diseases evaluated, the statistical test of homogeneity of proportions and multiple logistic regression models were used.

RESULTS: Self-rating of health as “not good” and perceptions of having long-term illnesses were significantly more frequent among women, individuals aged 50 years and over and individuals with one or more of the diseases investigated. The interviewees with a diagnosis of diabetes mellitus presented the worst self-rated health: 70.9% reported having a long-term illness and 79.3% considered that their health was “not good”. Worse health ratings were found when two or more diseases were present together. The effect of self-rating of health on the perceptions of long-term illness was stronger than was the number of diseases.

CONCLUSIONS: The three ways of measuring morbidity presented significant interrelationships. Self-rating of health as “not good” had a more important effect on the perceptions of long-term illness, thus suggesting that subjective measurements of health status may be more sensitive for establishing and monitoring individuals’ wellbeing.

KEY WORDS: Chronic disease. Diagnosis of health situation. Program evaluation. Health knowledge, attitudes, practice. Brazil.

INTRODUÇÃO

Os inquéritos de saúde são pesquisas populacionais que incluem questões que, na maioria das vezes, não estão disponíveis nos sistemas nacionais de informações.²⁰ Entre essas, citam-se percepção de saúde, doenças, incapacidades, comportamentos, fatores de risco, uso de serviços de saúde e características demográficas e socioeconômicas. Ao permitir explorar as inter-relações entre as diversas dimensões da saúde, tais características são importantes para o monitoramento do perfil epidemiológico da população, das necessidades de investimentos e da avaliação das políticas de saúde.⁵

Nas últimas décadas, vários instrumentos têm sido desenvolvidos para caracterizar o estado de saúde das populações, utilizando questões de fácil entendimento e cobrindo uma vasta gama de dimensões.⁴ A inclusão do questionamento sobre a percepção da morbidade permite construir indicadores para o monitoramento do estado de saúde da população nos seus vários domínios. Esses indicadores também podem ser usados

para construir outras medidas, produzindo estimativas da esperança de vida saudável e da qualidade de vida.

Entre os vários indicadores recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliar a saúde das populações destacam-se a auto-avaliação do estado de saúde (*self-rated health*), a percepção de doença de longa duração (*long-standing illness*) e o diagnóstico de doenças.⁵

A auto-avaliação de saúde tem sido amplamente utilizada em inquéritos populacionais por ser facilmente aplicada e permitir comparações internacionais. Embora seja medida por uma única pergunta, existem evidências de seu poder para cobrir várias dimensões da saúde, e que ao respondê-la, os indivíduos desenvolvem implicitamente um processo de ponderação destas dimensões.¹⁶ Esse indicador é considerado um forte preditor tanto da morbidade quanto da mortalidade, mesmo quando controlado pela presença de uma doença ou incapacidade.^{13,17} A percepção individual da saúde mostra-se im-

portante por si, independentemente da presença objetiva de alguma doença. O sentimento de bem-estar extrapola a presença de condições objetivas, embora apresente relações bem estabelecidas com as condições clínicas e com os indicadores de morbidade e mortalidade.⁸

O envelhecimento progressivo da população e o aumento da prevalência de doenças crônicas têm sido apontados como os principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento de incapacidades na idade adulta.¹⁴ Isso resulta no questionamento sobre a presença de doença de longa duração ou incapacidades, com ou sem limitação das atividades nos inquéritos de saúde. A percepção de doença de longa duração tem como características positivas o fato de ser facilmente aplicável, apresentar alto grau de concordância com avaliação clínica e permitir comparações internacionais. Enquanto a auto-avaliação de saúde é vista como uma medida global da saúde, a percepção de doença de longa duração tem seu foco mais direcionado para as condições clínicas individuais.¹² A introdução dessa pergunta nos inquéritos de saúde contribui com mais informações sobre outro aspecto da saúde da população, particularmente a incapacidade funcional associada às doenças crônicas.

A morbidade auto-referida das doenças crônicas é uma medida aproximada das informações obtidas por meio de exames clínicos.^{6,7,11} Vários inquéritos de saúde referem que as informações obtidas sobre a prevalência de doenças crônicas apresentam boa concordância quando comparada com registros médicos ou exames clínicos, especialmente para algumas patologias selecionadas, como as doenças cardiovasculares e o diabetes mellitus.^{7,10,13,23} Como estratégia para aumentar a validade do auto-relato das doenças, a OMS tem sugerido a utilização de uma lista de condições traçadoras mais representativas do perfil de morbimortalidade de cada país, tendo se revelado um instrumento sensível para medir a percepção de doenças, minimizando o viés de memória.⁵ Trabalhos têm mostrado que condições persistentes, como tosse crônica ou dor nas costas, não são consideradas doenças quando elas não são especificamente mencionadas pelo entrevistador. Estudos que não usam uma lista de condições traçadoras tendem a incluir apenas os indivíduos mais gravemente enfermos.¹¹ A presença de doenças crônicas depende do acesso ao diagnóstico médico, e não apenas baseada na percepção do indivíduo.^{10,23}

Estudos têm mostrado que os indicadores de morbidade referida sofrem influência de características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade), e devem ser levadas em consideração nas análises.^{17,18}

O presente artigo teve por objetivo analisar as inter-relações entre as três medidas de morbidade: auto-avaliação de saúde; percepção de doença de longa duração ou incapacidade; e presença de diagnóstico de doenças crônicas.

MÉTODOS

Em um esforço de obter informações padronizadas e comparáveis em nível internacional, a OMS desenvolveu com os países membros a Pesquisa Mundial de Saúde (*World Health Survey*). Trata-se de um inquérito para avaliação do desempenho dos sistemas nacionais de saúde, aplicado em vários países, inclusive no Brasil, em 2003.¹⁸

O instrumento original da Pesquisa Mundial de Saúde foi inteiramente revisto e adaptado ao contexto brasileiro. Em relação à morbidade referida, com base no debate internacional sobre o tema,^{1,9} o questionário abordou, adicionalmente, a presença de doença de longa duração ou incapacidade além da auto-avaliação de saúde (geral e dos vários domínios) e da presença de diagnóstico de doenças crônicas¹⁹ que já constavam da pesquisa da OMS.

Na Pesquisa Mundial de Saúde realizada no Brasil foram entrevistados 5.000 indivíduos com 18 anos ou mais, selecionados a partir de uma amostra estratificada em três estágios. No primeiro estágio foram selecionados 250 setores censitários com probabilidade proporcional ao tamanho. A unidade primária de seleção foi estratificada segundo a situação rural e urbana e o tamanho do município (<50.000; 50.000-399.999; 400.000 ou mais habitantes) e dentro de cada estrato os setores censitários foram ordenados de acordo com a renda média do chefe da família. No segundo estágio, os domicílios foram selecionados com equiprobabilidade utilizando-se o método de amostragem inversa a fim de garantir 20 domicílios por setor censitário. No último estágio, foi selecionado um adulto com 18 anos ou mais por domicílio, por amostragem probabilística, para responder ao questionário.

Para aferir a auto-avaliação de saúde, foi perguntado: “Em geral, como o(a) senhor(a) avalia sua saúde atualmente”? As repostas variaram em escala de 1 a 5 (1= muito “boa”; 2= “boa”; 3= moderada; 4= ruim; 5= muito ruim).

Para medir a percepção de doença de longa duração, o entrevistado foi questionado: “O(a) senhor(a) tem alguma doença de longa duração ou incapacidade”?

Para avaliar a presença de alguma das seis doenças pesquisadas (artrite, angina, asma, depressão, esquizofrenia e diabetes), foi perguntado: “Alguma vez o sr. já teve o diagnóstico de...”?

Para o cálculo da proporção de percepção de ser portador de doença de longa duração entre os indivíduos que referiram uma das doenças sob análise, segundo idade e sexo, foi utilizada a fórmula:

$$p_{ijk} = \frac{n_{ijk1}}{n_{ijk}} * 100$$

onde:

i representa faixa de idade (i=1 < 50anos; i=2 50+ anos);

j representa sexo (j=1 sexo feminino; j=2 sexo masculino);

k representa presença de doença (k=1 artrite; k=2 angina; k=3 asma; k=4 depressão; k=5 esquizofrenia; k=6 diabetes);

$n_{ij,k1}$ representa o número de pessoas da idade i, do sexo j e doença k com percepção de doença de longa duração;

$n_{ij,k}$ representa o número de pessoas da idade i, do sexo j e doença k.

Procedimento similar foi adotado para o cálculo da proporção de auto-avaliação de saúde “não boa” (moderada, ruim e muito ruim) entre os indivíduos que referiram uma das doenças sob análise.

Por se tratar de uma amostra complexa, foram realizadas as ponderações necessárias para correção do efeito de desenho, utilizando-se o *software* SPSS versão 13.0 nas análises estatísticas.

Foi utilizado o teste estatístico de homogeneidade de proporções para comparar as diferenças entre a proporção de percepção de doença de longa duração ou incapacidade entre os indivíduos que referiram uma das seis doenças e aqueles sem nenhuma dessas doenças. O mesmo procedimento foi utilizado para comparação dessa percepção entre aqueles com apenas uma doença, duas ou mais doenças e nenhuma doença. Para comparação das proporções em cada uma destas categorias, foram utilizados modelos log-lineares.

O teste de homogeneidade de proporções foi utilizado também para comparar as diferenças entre a proporção de auto-avaliação de saúde “não boa” entre os entrevistados que referiram uma das doenças investigadas àqueles sem nenhuma doença, e entre aqueles com somente uma doença, duas ou mais doenças e nenhuma doença.

Com o objetivo de comparar a proporção de percepção de doença de longa duração entre os indivíduos que referiram uma das seis doenças segundo a auto-avaliação de saúde, utilizou-se o modelo de regressão logística múltipla. A variável dependente foi a percepção de doença de longa duração e as variáveis independentes foram a auto-avaliação de saúde, a presença de cada uma das doenças analisadas, idade e sexo.

Para mensurar os efeitos da auto-avaliação de saúde e do número de doenças sobre a percepção de doença de longa duração ou incapacidade, utilizou-se o procedimento de regressão logística múltipla, ajustado por idade e sexo, considerando-se tanto o número de doenças como a auto-avaliação de saúde como variáveis ordinais. O número de doenças foi ordenado em 0=nenhuma doença; 1=apenas uma doença; 2= duas ou mais doenças, e a auto-avaliação de saúde em 1=muito “boa”/“boa”; 2=moderada; 3=ruim/muito ruim.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz.

RESULTADOS

Na Tabela 1, verifica-se que de maneira geral, as mulheres portadoras de uma das seis doenças analisadas percebem a presença de doença de longa duração ou incapacidade de forma mais acentuada do que os homens. O mesmo ocorre com os indivíduos com idade superior ou igual a 50 anos, quando comparados aos mais novos, para ambos os sexos. Observa-se, ainda, que quanto maior o número de doenças associadas, tanto maior a prevalência de percepção de incapacidades.

Tabela 1. Proporção de percepção de doença de longa duração entre os indivíduos que referiram uma das seis doenças crônicas analisadas, segundo sexo e idade. Brasil, 2003.

Doença	Masculino			Feminino			Total		
	< 50	50+	Total	< 50	50+	Total	< 50	50+	Total
Artrite	43,3	68,2	58,8	49,6	71,3	63,1	47,5	70,2	61,6
Angina	37,5	68,8	56,1	55,0	79,4	68,4	47,2	74,2	62,8
Asma	32,2	62,5	41,5	37,6	70,5	47,8	35,3	67,0	45,1
Depressão	35,5	64,6	45,5	39,3	63,8	48,1	38,2	64,0	47,3
Esquizofrenia	41,7	85,7	65,4	36,4	87,5	57,9	37,8	86,8	60,2
Diabetes	53,8	71,7	67,8	62,7	77,3	72,8	60,0	75,0	70,9
Nenhuma dessas doenças	12,6	24,4	15,3	14,2	33,9	18,1	13,4	28,8	16,7
Somente uma doença	26,4	58,7	38,2	32,2	53,3	39,0	29,9	55,6	38,7
Duas ou mais doenças	53,5	72,6	64,5	54,4	76,0	65,8	54,1	74,8	65,4

Tabela 2. Proporção de auto-avaliação de saúde “não boa” entre os indivíduos que referiram uma das seis doenças crônicas analisadas, segundo sexo e idade. Brasil, 2003.

Doença	Masculino			Feminino			Total		
	< 50	50+	Total	< 50	50+	Total	< 50	50+	Total
Artrite	49,3	71,2	62,8	74,2	85,2	81,0	61,7	80,4	74,8
Angina	61,5	82,8	74,1	68,8	87,6	79,1	65,5	85,3	76,7
Asma	33,3	68,4	44,0	50,4	85,7	61,3	43,0	78,3	53,8
Depressão	42,7	77,1	54,4	59,7	82,0	67,7	54,6	80,6	63,8
Esquizofrenia	50,0	78,6	65,4	56,3	78,3	65,5	54,5	78,4	65,4
Diabetes	65,4	84,8	80,5	67,8	83,3	78,5	67,1	83,9	79,3
Nenhuma dessas doenças	28,6	46,1	32,7	36,1	59,2	40,7	32,4	52,1	36,6
Somente uma doença	37,3	70,3	49,3	53,0	75,7	60,3	46,9	73,3	55,9
Duas ou mais doenças	52,4	77,9	67,0	68,9	87,0	78,5	63,7	83,8	74,6

Tabela 3. Proporção de percepção de doença de longa duração ou incapacidade entre os indivíduos que auto-avaliaram sua saúde como “boa” e “não boa”, segundo sexo e idade. Brasil, 2003.

Sexo	Idade	Auto-avaliação de saúde				Valor de p(*)
		“Boa”		“Não boa”		
		N	%	N	%	
Masculino	< 50	1.100	11,1	504	32,5	0,000
	50 +	277	21,3	397	58,7	0,000
	Total	1.377	13,1	901	44,1	0,000
Feminino	< 50	1.068	12,1	846	37,8	0,000
	50 +	212	34,0	568	59,2	0,000
	Total	1.279	15,7	1.415	46,4	0,000
Total	< 50	2.167	11,6	1.352	35,9	0,000
	50 +	489	26,8	965	59,0	0,000
	Total	2.656	14,4	2.316	45,5	0,000

(*) Valor de p – nível descritivo do teste de comparação das proporções de auto-avaliação de saúde entre aqueles com percepção de doença de longa duração

A percepção de ser portador de doença de longa duração ou incapacidade foi referida por 70,9% dos indivíduos com diagnóstico de diabetes, 62,8% com angina, 61,6% com artrite, 60,2% com esquizofrenia e em menor proporção por aqueles com diagnóstico de depressão e asma e (respectivamente, 47,3% e 41,5%). Apenas 16,7% dos entrevistados referiram doença de longa duração ou incapacidade na ausência das seis doenças analisadas. A proporção de percepção de doença de longa duração foi sempre significativamente maior ($p < 0,0001$) entre os portadores de uma das seis doenças, assim como entre aqueles com uma doença ou mais, quando comparados com os indivíduos sem nenhuma dessas doenças.

Os indivíduos com menos de 50 anos com diagnóstico de diabetes apresentaram maior proporção de percepção de doença de longa duração quando comparados àqueles com diagnóstico de outra doença. Entre os

indivíduos com idade igual ou maior a 50 anos esta percepção foi maior entre as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, para ambos os sexos.

Na Tabela 2 observa-se o mesmo tipo de comportamento para a auto-avaliação de saúde “não boa”. Entre os indivíduos sem doenças, 36,6% referiram auto-avaliação de saúde “não boa”. As piores avaliações de saúde foram encontradas nos indivíduos com diabetes (79,3%) e angina (76,7%). Entre os homens, a maior prevalência de auto-avaliação de saúde “não boa” foi encontrada para aqueles com diabetes, independentemente da idade; entre as mulheres, a maior proporção foi apresentada para aquelas com artrite (grupo etário mais jovem) e com angina (grupo etário mais idoso). A proporção de auto-avaliação de saúde “não boa” foi, na maioria das vezes, significativamente maior entre aqueles com uma das doenças pesquisadas quando comparada com os sem doença. A exceção foi entre os homens com menos de 50 anos para asma e

Tabela 4. Proporção de percepção de doença de longa duração entre os indivíduos que referiram uma das seis doenças crônicas analisadas, segundo auto-avaliação do estado de saúde. Brasil, 2003.

Doença	Auto-avaliação	N	% Doença de longa duração	Valor de p	Valor de p ajustado para sexo e idade
Artrite	Boa	131	39,7	0,000	0,000
	Não boa	393	69,0		
	Total	524	61,6		
Angina	Boa	78	43,6	0,001	0,014
	Não boa	175	68,9		
	Total	332	63,0		
Asma	Boa	277	23,5	0,000	0,000
	Não boa	321	63,6		
	Total	598	45,0		
Depressão	Boa	346	23,1	0,000	0,000
	Não boa	609	61,1		
	Total	955	47,3		
Esquizofrenia	Boa	28	25,0	0,000	0,000
	Não boa	54	79,6		
	Total	82	61,0		
Diabetes	Boa	64	53,1	0,001	0,004
	Não boa	246	75,6		
	Total	310	71,1		
Nenhuma dessas doenças	Boa	1.876	9,8	0,000	0,000
	Não boa	1.079	28,8		
	Total	2.955	16,8		
Somente uma doença	Boa	580	21,4	0,000	0,000
	Não boa	730	52,3		
	Total	1.310	38,6		
Duas ou mais doenças	Boa	161	42,9	0,000	0,000
	Não boa	474	73,2		
	Total	635	65,5		

Tabela 5. Resultados dos modelos de regressão logística multivariada, tendo como variável dependente a percepção de doença de longa duração. Brasil, 2003.

Variável	Exp (β)	IC 95%	Valor de p
Modelo 1			
Idade	1,032	1,027;1,037	0,000
Sexo	1,213	1,030;1,429	0,021
Auto-avaliação de saúde	3,030	2,663;3,448	0,000
Modelo 2			
Idade	1,036	1,031;1,040	0,000
Sexo	1,187	1,009;1,396	0,038
Número de doenças	2,628	2,356;2,930	0,000
Modelo 3			
Idade	1,026	1,021;1,032	0,000
Sexo	1,057	0,891;1,255	0,522
Auto-avaliação de saúde	2,603	2,284;2,967	0,000
Número de doenças	2,288	2,037;2,870	0,000

esquizofrenia. Entre as mulheres com 50 anos e mais foi a esquizofrenia. Semelhante ao encontrado com a percepção de doença de longa duração, verificou-se um gradiente de pior avaliação da saúde com a associação de duas ou mais doenças.

Na Tabela 3, observa-se a associação entre a auto-avaliação de saúde e a percepção de doença ou incapacidade. Entre os indivíduos que auto-avaliaram bem sua saúde, a taxa de prevalência de percepção de ter uma doença de longa duração foi de 14,4%. Contrariamente, no grupo de indivíduos que não avaliaram bem sua saúde, essa taxa foi três vezes maior (45,5%). A diferença entre as proporções foi estatisticamente significativa para qualquer categoria formada por sexo e idade.

Na Tabela 4 estão comparadas as três medidas de morbidade auto-referida. Entre os indivíduos sem qualquer uma das doenças analisadas, 9,8% dos que avaliaram sua saúde como “boa” referiram percepção de doença de longa duração, enquanto entre aqueles com auto-avaliação “não boa”, 28,8% tiveram esta percepção. Consistente e independentemente da doença analisada e, após o ajuste por sexo e idade, os indivíduos que avaliaram sua saúde como “boa” apresentaram menores percentuais de percepção de doença de longa duração quando comparados com aqueles que avaliaram sua saúde como “não boa”.

Na Tabela 5 são apresentados os resultados do modelo de regressão logística usando a variável percepção de doença de longa duração como variável dependente. No modelo 1 foram consideradas como variáveis independentes idade, sexo e auto-avaliação de saúde. No modelo 2 utilizou-se além da idade e sexo, o número de doenças; e no modelo 3 foram incluídas as duas formas de aferir a morbidade: auto-avaliação de saúde e número de doenças. Nos dois primeiros modelos, todas as variáveis foram significativas para a explicação da percepção da doença de longa duração, mostrando, entretanto, um efeito maior da auto-avaliação de saúde sobre o desfecho. No modelo 3, o efeito da auto-avaliação de saúde mostrou-se maior que o do número de doenças, embora ambos tenham apresentado significância estatística.

DISCUSSÃO

As medidas de auto-avaliação de saúde e a presença de doença de longa duração têm sido usadas em vários estudos,^{1,9,12,21} permitindo comparações internacionais, avaliação de tendências temporais e expectativa de vida saudável. Estudo¹² avaliando as inter-relações entre auto-avaliação de saúde e doença de longa duração mostrou forte associação entre os dois indicadores em

indivíduos de ambos os sexos, associando-se fortemente à presença de doenças crônicas como diabetes, artrite, doenças cardíacas, hipertensão arterial e câncer. As chances de um indivíduo portador de doença de longa duração apresentar auto-avaliação de saúde “não boa” foi sete vezes maior para os homens e quase dez vezes maior para as mulheres.

No presente estudo, os resultados encontrados foram semelhantes, verificando-se as inter-relações entre os indicadores globais de saúde de maneira geral, e em associação com as doenças analisadas na pesquisa. Tal fato evidencia um significativo gradiente na percepção de doença de longa duração ou incapacidade com a auto-avaliação de saúde “não boa”.

A validade das medidas de morbidade referida tem sido investigada em várias pesquisas. No que se refere à auto-avaliação de saúde, apesar do seu caráter subjetivo, estudos^{2,17,21} mostram o seu poder preditivo da morbi-mortalidade em indivíduos de ambos os sexos, mesmo após o ajuste dos efeitos da idade, estado civil e nível socioeconômico.

Em relação à percepção de doença de longa duração ou incapacidade e a morbidade auto-referida, embora relacionadas, são constructos conceitualmente distintos. Isso pode ser facilmente observado quando um indivíduo refere a presença de alguma doença, mas sente-se relativamente saudável e não faz uso de qualquer tratamento.³

Devido à importância da percepção de doença para a utilização de serviços de saúde, esta medida foi selecionada como variável dependente nos modelos de regressão logística. Os resultados indicaram que uma parcela relevante dos portadores de doenças crônicas não se percebem doentes.

O papel da auto-avaliação de saúde foi mais importante do que o número de doenças na percepção de doença de longa duração ou incapacidade. Além disso, as diferenças de sexo e idade foram persistentes para qualquer uma das medidas analisadas.

Em relação às doenças pesquisadas, a percepção de doença de longa duração variou com cada doença e se acentuou com a existência de co-morbidades. Todavia, no caso do diabetes, os percentuais de percepção de doença de longa duração foram em geral maiores do que para o grupo que referiu duas ou mais doenças.

Estudos têm evidenciado que é necessário a coexistência de várias doenças para que os indivíduos refiram doença de longa duração.⁹ Pesquisa realizada no Reino Unido¹ em indivíduos com 65 anos ou mais

³ Sturgis P, Thomas R, Purdon S, Bridgwood A, Dodd T. Comparative Review and Assessment of Key Health State Measures of the General Population. Department of Health. UK. 2001. Disponível em URL http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_4008058 [2005 dez 20].

revelou que 61,8% dos entrevistados referiram doença de longa duração ou incapacidade, com maior prevalência entre as mulheres e os mais idosos, bem como aumento progressivo de acordo com o número de doenças crônicas. Entre os entrevistados que não referiram as doenças pesquisadas, 16,8% relataram a percepção de doença de longa duração, aumentando para 91,3% entre aqueles com cinco ou mais condições crônicas. As doenças osteoarticulares, cardiovasculares e respiratórias apresentaram as maiores associações com doença de longa duração. Em que pese as diferenças socioculturais e as doenças investigadas em cada pesquisa, o presente estudo revelou prevalência de 28,8% de percepção de doença de longa duração entre os indivíduos com 50 anos e mais sem referência às doenças analisadas, alcançando 74,8% entre aqueles com duas ou mais doenças.

Embora a artrite e as doenças cardiovasculares tenham impacto na avaliação de saúde, trabalhos têm mostrado que o diabetes mellitus, devido a sua associação com outras doenças crônicas, reduz os índices de qualidade de vida de forma significativa, repercutindo sobre a percepção de boa saúde. Estudo multi-étnico realizado entre indivíduos de 21 a 65 anos em Singapura mostrou a coexistência de outras condições crônicas entre os portadores de diabetes, variando de 2,9% para os transtornos mentais a 37,2% para hipertensão arterial. Após o ajuste para outras variáveis sociodemográficas, a coexistência de diabetes com hipertensão ou doenças articulares reduziu os escores das funções físicas.²² Embora no presente estudo não tenha sido avaliada a coexistência de doenças específicas, o diabetes foi a doença que apresentou a maior prevalência de percepção de doença de longa duração e de auto-avaliação de saúde “não boa”, na totalidade da amostra.

Além da influência das doenças crônicas sobre a auto-avaliação de saúde ruim, a importância dos determinantes psicossociais têm sido destacados na literatura.^{13,15} Em estudo realizado por Stewart-Brown & Layte¹⁶ (1997), concluiu-se que a presença de transtornos emocionais interferiu no trabalho e em outras atividades da vida diária, provocando mais incapacidades que todos os outros problemas de saúde pesquisados. Achados semelhantes foram encontrados em outro estudo em que

os indicadores de saúde positiva, incluindo o estado de humor e ânimo e o suporte social, foram importantes na determinação da auto-avaliação de saúde “boa”, enquanto a história de doenças, o uso de medicamentos e a depressão afetaram negativamente o julgamento da percepção de saúde. A auto-avaliação de saúde representaria, portanto, um estado de bem-estar físico e emocional e da qualidade de vida.³

Já em relação à medida de percepção de doença de longa duração ou incapacidade, além da subjetividade na resposta, sofre igualmente a influência da pergunta que inclui duas questões, a percepção de doença e a presença de incapacidades. Apesar dessa forma de questionamento ser utilizada com frequência,²¹ a indagação conjunta de dois eventos diferentes pode alterar as respostas, fazendo com que indivíduos com diagnóstico de uma determinada doença crônica não se percebam doentes pelo fato de não serem portadores de incapacidades.

O objetivo principal das ações de saúde é promover a qualidade de vida, mesmo na impossibilidade de se obter a cura em certas situações, como nas doenças crônicas não transmissíveis e de longa duração. A mudança de paradigma das políticas de saúde na década de 80 ampliou seu escopo de ação para a promoção da saúde em geral e para a melhora do bem estar, em particular, a capacidade funcional, aumentando, em consequência, a expectativa de vida saudável.

Nesse contexto, as medidas subjetivas do estado de saúde podem ser mais sensíveis para estabelecer e monitorar o bem-estar do indivíduo. Na proposta de ação “População Saudável em 2010” (*Healthy People 2010*) o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)²⁴ propõe dois desafios: aumentar a qualidade de vida e os anos de vida saudável e eliminar as desigualdades em saúde. Para alcançar tal objetivo é necessário que os gestores, pesquisadores e formuladores de políticas de saúde continuem a monitorar a qualidade de vida e seus correlatos na população. Uma nova lógica para a alocação de recursos também deverá ser instituída, baseada nas necessidades de saúde definidas pelos novos indicadores e não apenas pelas taxas de morbi-mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Ayis S, Gooberman-Hill R, Ebrahim S. Long-standing and limiting long-standing illness in older people: associations with chronic diseases, psychological and environmental factors. *Age Ageing*. 2003;32(3):265-72.
2. Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein IW, Nam CB. Self-reported and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality. *Soc Sci Med*. 2004;59(6):1297-306.
3. Benyamini Y, Idler EL, Leventhal H, Leventhal EA. Positive affect and function as influences on self-assessments of health: expanding our view beyond illness and disability. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000;52(2):P107-16.
4. Bowling A. La medida de la salud. Revision de las escalas de medida de la calidad de vida. Barcelona: Masson; 1994.
5. Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A, editors. Health Interview Surveys: towards international harmonization of methods and instruments. Geneva: World Health Organization; 1996. (World Health Organization Regional Publications, European Series, 58)
6. Cleary PD, Jette AM. The validity of self-reported physician utilization measures. *Med Care*. 1984;22(9):796-803.
7. Ferraro KF, Su Y. Physician-evaluated and self-reported morbidity for predicting disability. *Am J Public Health*. 2000;90(1):103-8.
8. Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in US. *Soc Sci Med*. 2003;56(12):2505-14.
9. Gooberman-Hill R, Ayis S, Ebrahim S. Understanding long-standing illness among older people. *Soc Sci Med*. 2003;56(12):2555-64.
10. Haapanen N, Miilunpalo S, Pasanen M, Oja P, Vuori I. Agreement between questionnaire data and medical records of chronic diseases in middle-aged and elderly finnish men and women. *Am J Epidemiol*. 1997;145(8):762-9.
11. Kroeger A. Health interview survey in developing countries: a review of the methods and results. *Int J Epidemiol*. 1983;12(4):465-81.
12. Manor O, Mathews S, Power C. Self-rated and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *Int J Epidemiol*. 2001;30(3):600-7.
13. Molarius A, Janson S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J Clin Epidemiol*. 2002;55(4):364-70.
14. Parahyba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):967-74.
15. Patrick DL, Kinne S, Engelberg RA, Pearlman R. Functional status and perceived quality of life in adults with and without chronic conditions. *J Clin Epidemiol*. 2000;53(8):779-85.
16. Stewart-Brown S, Layte R. Emotional health problems are the most important cause of disability in adults of working age: a study in for countries of the old Oxford region. *J Epidemiol Community Health*. 1997;51(6):672-5.
17. Sundquist J, Johanson SE. Self reported poor health and low education level predictors for mortality: a population based follow up study of 39,156 people in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 1997;51(1):35-40.
18. Szwarcwald CL, Viacava F. Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, 2003 [editorial]. *Cad Saude Publica*. 2005;21(supl.1):S4-5.
19. 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 Saude Publica*. 2005;21(supl 1):S43-51.
20. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Cien Saude Coletiva*. 2002;7(4):607-21.
21. Vuorisalmi M, Lintonen T, Julha 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.
22. Wee HL, Cheung YB, Li SC, Fong KY, Thumboo J. The impact of diabetes mellitus and other chronic medical conditions on health-related Quality of Life: is the whole greater than the sum of this parts? *Health Qual Life Outcomes* [periódico na internet]. 2005;3:2 [acesso em 20 jun 2006]. Disponível em: <http://www.hlqo.com/content/3/1/2>
23. Wu SC, Li CY, Ke DS. The agreement between self-reporting and clinical diagnosis for selected medical conditions among elderly in Taiwan. *Public Health*. 2000;114(2):137-42.
24. Zahran HS, Kobau R, Moriarty DG, Zack MM, Holt J, Donehoo R, et al. Health-related quality of life surveillance, United States, 1993-2002. *MMWR Surveill Summ*. 2005;54(4):1-35.