

MICHEL FARACO

**AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE DE PACIENTES DE
AMBULATÓRIO E SUA RELAÇÃO COM VARIÁVEIS
SÓCIO-ECONÔMICAS, PSICOSSOCIAIS E BIOMÉDICAS**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina- UFSC, para
a conclusão no curso de graduação em
Medicina.

FLORIANÓPOLIS

1999

57005

MICHEL FARACO

**AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE DE PACIENTES DE
AMBULATÓRIO E SUA RELAÇÃO COM VARIÁVEIS S,
SÓCIO-ECONÔMICAS, PSICOSSOCIAIS. E
BIOMÉDICAS**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina- UFSC, para
a conclusão no curso de graduação em
Medicina.

Presidente do Colegiado do Curso: Dr. Edson Cardoso

Orientador: Dr. Nelson Blank

FLORIANÓPOLIS

1999

AGRADECIMENTOS:

Primeiramente gostaria de agradecer meu orientador Dr. Nelson Blank, que com seu amplo conhecimento em Epidemiologia, além de sua grande paciência, colaborou de forma intensa e contínua, realçando aspectos importantes e aplainando as falhas, a fim de concretizar este estudo.

Agradeço também aos funcionários do posto de saúde CS-I Rio Tavares, e em especial à Dra. Maria de Fátima, que permitiram que eu realiza-se a pesquisa ao mesmo tempo que exercia minhas tarefas como estagiário do local.

Agradeço aos meus familiares e meus amigos que me incentivaram a ultrapassar os obstáculos e receios ocorridos na elaboração deste trabalho.

Agradeço finalmente a Deus, por tudo o que me foi até hoje dado e permitido, e também neste momento que dou um dos passos finais para o término de minha jornada acadêmica.

ÍNDICE:

INTRODUÇÃO.....	1
OBJETIVOS.....	4
MÉTODO.....	5
RESULTADOS.....	9
DISCUSSÃO.....	12
CONCLUSÕES.....	16
REFERÊNCIAS.....	18
RESUMO.....	20
SUMMARY.....	21
ANEXO.....	22

1. INTRODUÇÃO:

Percepção de saúde é a maneira como o indivíduo classifica seu estado de saúde. Em uma primeira vista, tal conceito parece estar limitado a fatores de natureza puramente médica, porém a saúde é hoje considerada como um conceito multidimensional . A tradicional dimensão clínica, muitas vezes determinante, vem sido complementada – e por vezes, suplantada – por dimensões de âmbito psicológico¹. Muitas vezes, sinais e sintomas apresentados por pacientes não expressam sua real condição, como por exemplo; uma úlcera péptica, ainda que diagnosticada radiológica e ultrassonograficamente, só será referida e tratada quando gerar desconforto², ou que a intensidade da dispnéia que um asmático refere tem pouca correlação com o nível de obstrução de suas vias aéreas³. Estas discrepâncias, em parte, refletem o fato de que a maioria das pessoas têm sua saúde como uma experiência global, um nível funcional, um estado de bem estar geral⁴. Como sugerem dados obtidos por Barsky et al⁴, a avaliação que os pacientes têm em relação a sua saúde está mais intimamente relacionada com seus temores, seus conhecimentos, e suas crenças a respeito da doença, além de sua tendência a somatizar distúrbios, do que com sua avaliação médica. Wan⁵ demonstra em seu trabalho que além dos fatores associados às doenças e à assistência médica, o grau de empreendimento dos indivíduos em suas atividades e a percepção que estas têm de sua felicidade pessoal tem relação com sua saúde percebida bem como Maddox⁶, que encontrou correlações com idade, sexo e estado sócio-econômico. Desse modo observa-se a utilidade que a auto-avaliação de saúde tem como indicador do estado geral da saúde do indivíduo, podendo aumentar a amplitude da visão sobre seus reais

problemas, além daquela obtida na maioria dos atendimento médicos padrão. Um maior entendimento das variáveis determinantes deste auto-conceito podem contribuir para uma melhor compreensão e controle do processo pelo qual este influencia a saúde e o comportamento do doente. Sabendo se uma pessoa qualifica seu estado como saudável ou não, podemos prever com que atitude esta irá enfrentar um tratamento prolongado, por exemplo. Brown e Rawlinson⁷, e Garrity⁸, apresentaram evidências que uma medida precoce do nível da saúde avaliada por pacientes cardiopatas é um importante fator prognóstico da subsequente evolução do quadro clínico. Observa-se então que a maneira como o indivíduo encara sua real situação tem influência crucial sobre ele mesmo. Segundo um estudo realizado em Manhattan⁹, a saúde auto-percebida é um dos mais fortes fatores prognósticos de mortalidade. Outros trabalhos na literatura especializada demonstram ainda que este seu valor prognóstico mostra-se bastante independente de outras variáveis associadas, após avaliação clínica do estado de saúde¹⁰. Diante de tais dados, fica evidente a importância do estudo da percepção de saúde, que serve como instrumento para um melhor entendimento dos pacientes, a fim de saber mais precisamente o que esperar deles e também, dessa forma, na medida do possível, poder estender a intervenção médico-assistencial a outros problemas que venham a alterar seu bem estar geral, que por vezes não são percebidos. Segundo Garrity et al¹¹, "o entendimento das correlações entre saúde percebida e a disposição de suas causas pode conceder significantes benefícios para a prevenção e o restabelecimento da saúde. Se for verdade, como tem sido sugerido na revisão literária, a percepção de saúde tem influência em variáveis cruciais como o ânimo, e o retorno ao trabalho após doença e, além disso, nas subsequentes saúde e produtividade; os benefícios individuais e sociais na intervenção para alterar a saúde percebidas podem ser grandes". Este estudo pretende estimar a prevalência dos níveis da saúde

percebida por pacientes de ambulatório e em que medida estes níveis se relacionam com variáveis sócio-econômicas, psicossociais e biomédicas.

2.OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção de saúde relatada pelos indivíduos com mais de 16 anos de idade em relação a alguns fatores biomédicos, psicossociais e sócio-econômicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estimar a prevalência da saúde percebida como mais ou menos/ruim nos indivíduos com mais de 16 anos de idade que procuram o Posto de Saúde do Rio Tavares;
2. Estimar em que medida alguns fatores biomédicos, sócio-econômicos e psicossociais se associam à saúde percebida como mais ou menos/ruim.

3.MÉTODO:

DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal.

POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo consiste de 150 indivíduos , de ambos os sexos , com a idade mínima de 17 anos , que utilizaram os serviços do centro de saúde CS-I Rio Tavares , situado no bairro de Rio Tavares , município de Florianópolis , no período vespertino dos meses de dezembro de 1998 a março de 1999.

AMOSTRAGEM

Para uma prevalência do desfecho (saúde auto-avaliada como mais ou menos/ruim) de 30% e uma margem de erro de 10%, calculou-se a necessidade de uma amostra de aproximadamente 150 indivíduos.

COLETA DOS DADOS

Foi aplicado um questionário (anexo I) pelo próprio pesquisador, em dias aleatórios da semana, a não ser no mês de fevereiro de 1999, quando os dados foram coletados durante as segundas e terças-feiras, a todos os indivíduos com as características descritas que não eram atendidos pelo pesquisador, já que este pertencia ao grupo de acadêmicos de medicina que estagiaram no local. As perguntas foram realizadas antes que se procedesse o atendimento. Os dados relativos ao motivo da procura do serviço e problema encontrado foram colhidos após a consulta, nos registros dos prontuários.

VARIÁVEIS ESTUDADAS

A definição e escala de medida das variáveis estudadas encontram-se descritas no quadro 1.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para se estimar a existência e magnitude da associação entre as variáveis estudadas e a auto-avaliação da saúde dos indivíduos procedeu-se inicialmente a uma análise bivariada calculando-se o "Odds Ratio" de prevalência (OR) com um

intervalo de confiança de 95 %. Posteriormente, calculou-se o OR pelo método de Mantel-Haenszel controlando-se para a idade, uma vez que esta foi considerada como uma variável de confusão¹². O “Odds Ratio” é uma medida de associação interpretado da seguinte forma:

- $OR=1$, significa a ausência de associação;
- $OR<1$, sugere que o fator estudado exerce um efeito de proteção em relação ao desfecho; e
- $OR>1$, sugere um probabilidade aumentada de ocorrência do desfecho em relação à presença do fator de risco considerado.

Com a finalidade de avaliar as variáveis que em conjunto (independentemente umas das outras) se associavam à saúde percebida como mais ou menos/ruim procedeu-se a uma análise de regressão logística multivariada. Este procedimento permite a estimativa do OR para cada variável controlado para o efeito dos demais fatores ajustados ao modelo. Foi ainda utilizado o método de Hosmer e Lemeshow para o ajuste do melhor modelo¹³.

Em todas as análises assumiu-se um $p<0,05$ (probabilidade de se estar erroneamente rejeitando a hipótese nula de não associação) como significante e um intervalo de confiança de 95 % (confiança de que o verdadeiro valor da população se encontra situado no intervalo encontrado).

Quadro I. Variáveis utilizadas como possíveis fatores de associação com uma autoavaliação de saúde relatada como mais ou menos ou ruim.		
Variável	Definição Operacional (Considerado como de risco)	Escala de Medida
Idade	45-69 anos	0=17-44 anos 1=46-69 anos
Sexo	Homens	0=Mulheres 1=Homens
Doença crônica	Relato de alguma doença crônica	0=Não 1=Sim
Incapacidade	Relato de alguma incapacidade física ou mental por motivo de doença	0=Não 1=Sim
Queixa clínica	Procura do serviço por apresentar alguma queixa clínica	0=Não 1=Sim
Diagnóstico clínico	Registro de problema clínico após a consulta	0=Não 1=Sim
Escolaridade	Menos de 8 anos de estudo	0=Acima de 7 anos de estudo 1=0-7 anos de estudo
Casa própria	Não tem casa própria	0=Tem casa própria 1=Não tem casa própria
Veículo automotor	Não tem veículo automotor	0=Tem veículo 1=Não tem veículo
Densidade residencial	Acima de 2 pessoas por cômodo	0= <=1 pessoa por cômodo 1= 1,1-2 pessoas por cômodo 2= >2 pessoas por cômodo
Dificuldades financeiras	Relato de dificuldades financeiras nos últimos 6 meses	0=Não 1=Sim
Preocupação com finanças	Preocupação com sua situação financeira para o próximo ano	0=Não 1=Sim
Preocupação com desemprego	Preocupação com seu emprego para o próximo ano	0=Não 1=Sim
Preocupação com saúde	Preocupação com sua saúde atual	0=Não 1=Sim
Problemas de sono	Relato de dificuldades para dormir	0=Não 1=Sim
Cefaléia	Relato de dores de cabeça	0=Não 1=Sim
Cansaço	Relato de sensação de cansaço	0=Não 1=Sim
Situação sócio-econômica	Valores abaixo da mediana da soma dos escores das variáveis escolaridade, casa própria, veículo automotor, densidade residencial, dificuldades financeiras	0=Boa 1=Má
Stress	Valores abaixo da mediana da soma dos escores das variáveis preocupação com finanças, preocupação com desemprego, problemas de sono, cefaléia, cansaço.	0=Não 1=Sim
Tabagismo	Tem o hábito de fumar	0=Não 1=Sim

4. RESULTADOS:

Na tabela 1 pode-se observar uma clara predominância de pessoas jovens e do sexo feminino na demanda por serviços de saúde no período estudado. Cerca de 47 % dos indivíduos estudados avaliou sua saúde como mais ou menos/ruim embora 78 % destes tenham relatado estar preocupados com a sua saúde. Ainda, pode-se notar que menos da metade relatou a existência prévia de doença crônica ou incapacidade. Com exceção de problemas de sono, as variáveis que expressavam alguma forma de “stress”, tais como preocupação com as finanças, preocupação com o desemprego, dores de cabeça e sensação de cansaço, mostram uma prevalência relativamente alta.

Tabela1. Prevalência das variáveis estudadas em relação ao total de indivíduos (N=150).

Variáveis	Nº	%
17-44 anos de idade	113	75,3
Mulheres	115	76,7
Saúde mais ou menos/ruim	71	47,3
Doença crônica	63	42,0
Incapacidade por doença	42	28,0
Queixa clínica	84	56,0
Consulta com diagnóstico	116	77,3
Preocupação com a saúde	117	78,0
Sem casa própria	31	20,7
Sem veículo automotor	83	55,3
Menos de 7 anos de estudo	72	48,0
Alta densidade residencial	13	8,7
Dificuldades financeiras	74	49,3
Preocupação financeira	110	73,3
Preocupação com desemprego	91	60,7
Problemas de sono	40	26,7
Dores e cabeça	69	46,0
Sensação de cansaço	91	60,7
Tabagismo	47	31,3

A tabela 2 mostra os “Odds Ratios” de prevalência para a associação entre os indivíduos que avaliaram sua saúde como mais ou menos/ruim e cada uma das variáveis de estudo, sem e com o controle para o efeito da idade. Conforme o esperado, as variáveis bio-médicas (queixa clínica, consulta com diagnóstico, doença crônica e incapacidade) mostram uma forte associação com a saúde percebida como mais ou menos/ruim, mesmo após o controle para o efeito da idade. Por exemplo, os indivíduos que relataram algum grau de incapacidade física ou mental por motivo de doença relataram que a sua saúde era mais ou menos/ruim cerca 5,7 vezes mais do que os indivíduos que disserem ter ótima/boa saúde.

Quando controlado para o efeito da idade a associação diminui para 4,5, mas ainda se mantém elevada. Embora os homens tendem a relatar mais má saúde do que as mulheres, não foi observado diferenças nos “Odds Ratios” para os demais fatores após o controle para o efeito do sexo. Os fatores não biomédicos não sofreram importante efeito “confounder” após o controle para idade, embora tenha se notado uma tendência a um maior efeito da situação sócio-econômica sobre a percepção da saúde.

Tabela 2. Prevalência das variáveis estudadas em relação aos indivíduos que avaliaram sua saúde como mais ou menos/ruim; Odds Ratios (IC95%) univariados, sem ajuste e ajustados para a idade para as variáveis estudadas.

Variáveis	Nº	%	Odds Ratio (IC 95%)	Odds Ratio (IC95%) controlado para a idade
45- anos de idade	27	38,0	4,2 (1,9-9,3)	
Homens	22	31,0	2,3 (1,0-4,9)	1,9 (0,8-4,3)
Doença crônica	44	62,0	5,1 (2,6-10,2)	4,0 (1,9-8,3)
Incapacidade por doença	32	45,1	5,7 (2,6-12,3)	4,5 (2,0-10,2)
Queixa clínica	52	73,2	4,0 (2,0-7,9)	4,0 (2,0-8,1)
Consulta com diagnóstico	65	91,6	5,9 (2,4-14,5)	4,3 (1,7-11,1)
Preocupação com a saúde	67	94,4	9,7 (3,7-25,7)	8,4 (3,0-23,4)
Má situação sócio-econômica	32	45,1	1,6 (0,8-3,0)	2,0 (1,0-4,1)
Stress	49	69,0	2,1 (1,0-4,0)	2,1 (1,1-4,3)
Tabagismo	28	39,4	2,0 (1,0-4,1)	2,1 (1,0-4,5)

Finalmente, a tabela 3 apresenta o modelo final para a associação entre as variáveis estudadas e a percepção de saúde obtido através da regressão logística multivariada. Observa-se, por exemplo, que indivíduos que disseram ter alguma incapacidade por motivo de doença tendem a relatar sua saúde como mais ou menos/ruim 3,3 vezes mais que os indivíduos sem incapacidade independentemente da sua idade, de virem ao posto de saúde com alguma queixa clínica, fumarem ou estarem sofrendo alguma forma de “stress”.

Tabela 3. Odds Ratios (IC95%) para as variáveis estudadas obtidos através da regressão logística multivariada.

Variável	Odds Ratios (IC95%)
45-69 anos de idade	2,9 (1,1-7,6)
Incapacidade	3,3 (1,7-6,4)
Stress	2,0 (0,9-4,3)
Queixa clínica	3,1 (1,4-6,9)
Tabagismo	2,8 (1,2-6,5)

Teste de Hosmer e Lemeshow para o ajuste do melhor modelo = 3,0881 com 7 GL (p=0,8767)

5. DISCUSSÃO:

O presente estudo constatou que 47,3 % dos indivíduos com mais de 16 anos de idade que procuraram o Centro de Saúde do Rio Tavares, no período de dezembro/98 a março/99, avaliaram sua saúde como mais ou menos/ruim. Inicialmente, esperava-se uma prevalência menor, entretanto, posteriormente, levou-se em conta o fato de que a população estudada, usuária de posto de saúde, é na maioria menos favorecida. Em uma análise de regressão logística multivariada esta auto-avaliação mostrou-se associada a fatores tais como a idade acima de 45 anos, presença de queixa clínica como motivo para a procura do serviço, presença de algum tipo de incapacidade por motivo de doença, “stress” e tabagismo.

A avaliação da saúde pelos próprios indivíduos, embora possua limitações quanto a acurácia da estimativa real dos problemas bio-médicos¹⁶, possibilita que a pessoa relate sua experiência com um mínimo de interferência dos sintomas e interpretações médicas presentes¹. Dessa forma, ela pode ser considerada um indicador multidimensional que abrange fatores propriamente bio-médicos, mas também outros aspectos relacionados a condições de vida mais gerais como status socio-econômico e fatores psicossociais (por exemplo, tabagismo, “stress, etc.). Infelizmente, o presente estudo esteve limitado a uma quantidade mínima de participantes, o que impossibilitou, por falta de precisão, uma análise mais detalhada da relação destes fatores com a percepção de saúde. Assim, por exemplo, geralmente os homens avaliam sua saúde de forma mais positiva do que as mulheres⁷. Entretanto a amostra estudada neste trabalho é composta por uma grande maioria feminina, o que

impossibilitou uma análise estratificada por sexo, já que não houveram homens em quantidade suficiente para a formulação de dados conclusivos.

Com relação à idade, alguns estudos têm sugerido que as pessoas mais velhas parecem ser mais otimistas, e mostram-se mais positivas ao avaliar sua saúde¹⁴. Por outro lado, outros trabalhos sugerem que há associação entre aumento da idade e uma maior preocupação com a saúde e um maior pessimismo ao avaliá-la¹⁵. O presente estudo observou-se uma importante associação, inclusive através da análise de regressão logística multivariada (ALM), entre a idade mais avançada e uma avaliação negativa da própria saúde. Considera-se assim o fato de que em conjunto com o envelhecimento cronológico está o envelhecimento fisiológico, com uma maior prevalência de doenças crônicas e diminuição dos níveis funcionais.

Os fatores relacionados com dados objetivos em relação a avaliação clínica dos pacientes foram neste trabalho os que obtiveram valores mais significativos na associação com uma AAS não satisfatória. A revisão literária mostra alguns trabalhos que consideram secundária a influência do estado clínico dos pacientes em sua percepção de saúde⁴, e até mesmo que a AAS é um melhor substituto da avaliação clínica como indicador de saúde¹¹. Tais resultados porém, não se replicaram desta maneira neste estudo.

Analisando inicialmente a presença dos sintomas relatados, citados como queixa clínica, e a ocorrência de diagnóstico durante a consulta, observou-se que suas prevalências, como deveria se esperar, não apresentaram uma correspondência. Isto ocorreu principalmente pelo fato de que muitas pessoas buscavam o serviço para a realização de consulta por motivo de prevenção de doenças ou obtenção de atestados e, ao serem avaliadas, apresentavam alguma patologia por elas desconhecida. Em relação a queixa clínica, a análise estatística mostrou uma importante associação entre sua presença e o relato de saúde como não satisfatória, sugerindo que para a população estudada os

sintomas por ela percebidos tinham importante influência em seu bem estar geral. Entretanto, estes resultados não se replicaram em relação a presença de diagnóstico, apesar de sua alta prevalência entre os que relataram uma má AAS. A preocupação com a saúde é considerada no trabalho de Segovia¹, em conjunto com a percepção de saúde, como indicador do estado de saúde dos indivíduos, apresentando em relação a esta uma significativa associação. Neste estudo entretanto, não se utilizou este fator com o mesmo intuito e também não foram observados, através da ALM, valores significativos para a associação. Isto pode ter ocorrido pelo fato de que as pessoas que se preocupavam com sua saúde(a maioria da amostra) apresentavam outros fatores de risco, como a idade mais avançada, que acabaram por influenciar os resultados obtidos inicialmente(vide tabela 2).

Outro fator de âmbito biomédico que pode influenciar de maneira importante os indivíduos é a presença de uma doença crônica. Este estudo apresentou um desenho transversal, o que impossibilitou situar em que estágio as doenças relatadas se encontravam, e em que nível interferiam na vida dos pacientes. Mechanic¹⁶ demonstrou que há correlação entre distúrbios crônicos e uma saúde percebida como ruim e ainda, segundo Pope¹⁷, não existe esta mesma relação com as doenças agudas. Já neste estudo observou-se inicialmente, uma associação entre as doenças crônicas e o desfecho, ainda que sofrendo influência do fator idade. Porém, na análise multivariada a presença de doença crônica como indicador de uma má avaliação da saúde mostrou-se não significativa. A diminuição da capacidade do indivíduo em realizar suas atividades traz sempre importantes consequências sobre este. Observa-se então, como sugerido na literatura, que as pessoas em parte referem o quanto são saudáveis de acordo com o nível de habilidade que possuem para realizar suas tarefas⁵. Na análise dos dados observou-se uma importante associação – a mais significativa das

variáveis estudadas – entre a incapacidade e a percepção da própria saúde como não satisfatória.

Ao analisar os dados relativos à possível associação entre uma má situação sócio-econômica e o desfecho, controlados para a idade, formulou-se a hipótese de que na amostra havia uma tendência dos mais velhos relatarem uma situação mais estável, de modo a influenciar sua AAS. Porém não havia um número suficiente de pessoas em idade mais avançada no grupo para a realização de uma análise estratificada. Esta foi uma das variáveis mais abrangentes estudadas, incorporando vários fatores; desse modo esteve provavelmente mais sujeita à interferência de outros fatores e assim, ao realizar-se a análise de regressão logística, esta não apresentou uma relação com o desfecho. Uma outra causa para a não associação pode ter sido a relativa homogeneidade dos indivíduos com relação a sua situação sócio-econômica, uma vez que todos eram provenientes do mesmo distrito.

Variáveis representando aspectos psicossociais tais como stress e tabagismo mostrou uma significativa associação com a percepção de saúde, independentemente dos fatores biomédicos. Já foi observado em outros trabalhos que uma vida estressante influi significativamente na auto-avaliação de saúde¹¹, bem como que uma disforia psicológica é intensamente ligada a percepção da saúde como má⁴. Apesar de também estar sujeito a uma maior possibilidade de sofrer influência de outros fatores, viu-se neste estudo que o stress mostrou-se bastante independente de outras variáveis ao se observar sua associação com uma má avaliação da saúde.

6. CONCLUSÕES:

Ao analisar-se a saúde percebida pela população que utiliza os serviços do CS-I Rio Tavares, observou-se que 47,3% do grupo estudado referia sua saúde como mais ou menos, ou ruim. Através então deste indicador do estado de saúde, observou-se que, de maneira abrangente, quase metade da amostra não encontrava-se em boa situação. É nesta abrangência que reside a importância deste estudo. Quando um profissional de saúde lança sua visão analítica sobre o paciente, na maioria das vezes o faz unicamente através de padrões clínicos. Entretanto, se antes de realizar a anamnese e o exame físico, este questionasse o indivíduo a respeito do modo como ele percebe sua própria saúde, daria margem a uma ponderação sobre todos os aspectos que afetam o bem estar deste último. Sendo assim, a percepção de saúde é um útil instrumento para a pesquisa dos problemas do paciente de forma mais ampla, com a finalidade, sempre que possível, de se intervir também de forma ampla para que este sintasse bem, e não apenas clinicamente bem.

Na tentativa de procurar associações com as características encontradas pelos indivíduos que relataram ter uma saúde mais ou menos, ou ruim, observou-se que apenas cinco variáveis apresentaram, através da análise estatística, uma associação significativa como o fator de risco para o desfecho. Dentre estas, as de âmbito bio-médico – idade mais avançada, presença de incapacidade física ou mental e a presença de queixa clínica – mostraram-se mais significantes. Em relação ao aspecto psicossocial, mostraram-se como fatores de risco para uma má auto-avaliação de saúde a presença de stress e o hábito do tabagismo. Nenhuma associação foi obtida com as variáveis sócio-

econômicas. Mesmo diante desta relativa predominância dos fatores clínicos, observa-se que eles não apareceram sozinhos, reforçando dessa maneira a utilização da percepção de saúde para a análise de pacientes.

7. REFERÊNCIAS:

1. Segovia J., Bartlet R. F., Edwards A. C. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Soc. Sci. Med.* 1989; 29: 761-8.
2. Bodemar G., Walan A. Maintenance treatment of recurrent peptic ulcer by cimetidine. *Lancet* 1 1978; 403-7.
3. Burdon J. G. W., Juniper P. F., Kilian K. J., Hargreave F. E., Campbell E. J. M. The perception of breathlessness in asthma. *Am. Rev. Resp. Dis.* 1982;162: 825-8.
4. Barsky A. J., Cleary P. D., Klerman G. L. Determinants of perceived health status of medical outpatients. *Soc. Sci. Med.* 1992; 34:1147-54.
5. Wan T. Predicting self-assessed health status: a multivariate approach. *Hlth. Serv. Res.* 1976; 11:464.
6. Maddox G. L. Self-assessment of health status. *J. Chron. Dis.* 1964; 17:449
7. Brown J. S., Rawlinson M. Relinquishing the sick role following open-heart surgery. *J. Hlth. Soc. Behav.* 1975; 16:12.
8. Garrity T. F. Vocational adjustment after first myocardial infarction; comparative assessment of several variables suggested in the literature. *Soc. Sci. Med.* 1973; 7:705.
9. Singer E., Garfinkel R., Cohen S. M., Srole L. Mortality and mental health: evidence of the Midtown Manhattan restudy. *Soc. Sci. Med.* 1976; 10:517.
10. Idler E. L., Kasl S. Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality? *J. Gerontol.* 1991; 46:555-65.
11. Garrity T. F., Somes G. W., Marx M. B. Factors influencing self-assessment of health. *Soc. Sci. Med.* 1978; 12:77-81

12. Rothman K. J., Greenland S. Modern Epidemiology 2^a.Ed. Philadelphia: Lippencott-Raven; 1998 .
13. Hosmer D. W., Lemeshow S., Applied Logistic Regression . New York: Wiley; 1989 .
14. Maddox G. L., Douglas E. B. Self-Assessment of Health: a longitudinal study of elderly subjects. J. Hlth. Soc. Behavior. 1973; 14-87.
15. Blazer D. J., Houpet J. L. Perception of pour health in the heathy older all adult. J. Am. Geriatr. Soc. 1979; 27: 330-3.
16. Mechanic D. Discussion of research programs on relations between stressful life events and episods of phisical illness. In: Dohrenwend B. S. and Dohrenwend B. P., Stressful life events 1^a Ed. New York: 1974 pp.87-98.
17. Pope G. C. Medical conditions, Health status and heath service utilization Hlth Ser. Res. 1988; 22 (6).

8. RESUMO:

Objetivo: determinar a prevalência da saúde percebida como mais ou menos/ruim na população acima de 16 anos, de ambos os sexos, que utilizou os serviços do Centro de saúde do bairro de Rio Tavares, no período entre Dezembro/98 a Março/99, e em que medida esta associa-se a variáveis bio-médicas, sócio-econômicas e psico-sociais.

Método: desenho de estudo transversal de uma amostra de 150 indivíduos, aos quais foi aplicado um questionário. Para estimar a associação do desfecho com as variáveis estudadas, foi ajustado um modelo de regressão logística multivariada, assumindo $p < 0,05$ como significante.

Resultados: verificou-se que 47,3% da amostra percebia sua saúde como mais ou menos/ruim, e as variáveis que se associaram a ela foram a idade acima de 45 anos(OR=2,9), incapacidade física ou mental(OR=3,3), stress(OR=2,0), relato de queixa clínica(OR=3,1) e tabagismo(OR=2,8).

Conclusões: a prevalência do desfecho foi dentro do esperado para uma população que se utiliza dos serviços dos postos de saúde. A saúde percebida como mais ou menos/ruim mostrou uma mais forte associação com as variáveis bio-médicas. Observou-se também uma associação com variáveis psicossociais(stress e tabagismo). Este fato reforça a idéia de que a auto-avaliação de saúde é um útil indicador do estado de saúde do indivíduo, já que amplia a análise deste além dos parâmetros exclusivamente clínicos.

9. SUMMARY

Objective: aim to determine the prevalence of perceived health as more or less/bad in people older than 16 years-old, both male and female, who searched for medical attention Rio Tavares district Health Center, from december 1998 to march 1999, and to wich extent this prevalence is associated with biomedical, socioeconomical and psychossocial variables.

Method: transversal study of 150 individuals sample, who answered to a questionnaire. A model of multivaried logistic regression was created, taking $p < 0,005$ as significant, in order to value outcome studied variable association.

Results: 47,3% of our sample felt their health as more or less/bad, and variables that account for that were age over 45 years-old(OR=2,9), physical or mental disability(OR=2,0), clinical complaint(OR=3,1) and smoking(OR=2,8)

Conclusion: outcome prevalence matches the expected for a population that looks for medical care in a district health center. Health self-perception as more or less/bad is strongly correlated to biomedical variables. There is a weaker association with psychosocial variables(stress and smoking). Our results emphasize the current concept that self-assessment of health is an useful index of health status, since it widens individual analysis beyond merely clinical parameters.

10.ANEXO:

QUESTIONÁRIO:

Como avalia sua saúde? ()Boa ()Muito boa
()Mais ou menos ()Ruim

Variáveis de estudo

Sóciodemográficas

Sexo ()Masculino

()Feminino

Idade:

Biomédicas

Motivo de procura do serviço:

Problema encontrado:

O sr.(a) sofre de alguma doença há mais de seis meses? ()Não

()Sim

Casos positivos: quantas doenças?

O sr.(a) tem alguma diminuição na sua capacidade de trabalho (ou afazeres domésticos) por causa de doença?()Não

()Sim

()Mais ou menos

Sócio-econômicas

Quantos anos, descontando as repetências, o sr.(a) estudou?

O sr.(a) tem casa própria? ()Não

()Sim

O sr.(a) possui veículo automotor?(carro ou moto)

()Não

()Sim

Quantas pessoas moram na sua casa?

Quantos cômodos(descontando banheiro e cozinha) tem sua casa?

Nos últimos 6 meses, o sr.(a) ou a sua família teve alguma dificuldade para pagar alguma dívida, aluguel ou comprar comida, deixando de fazê-lo ou tendo de pedir emprestado? ()Não

()Sim

Psicossociais

O sr.(a) fuma diariamente?()Sim

()Não

O sr.(a) tem alguma preocupação com a situação financeira para o próximo ano?()Não

()Sim

()Mais ou menos

O sr.(a) tem alguma preocupação com o seu emprego, ou no caso de ser dona de casa ou desemprego(a), com o emprego da pessoa de principal renda da família, para o próximo ano?()Não

()Sim

()Mais ou menos

O sr.(a) tem preocupação com o futuro de sua saúde?()Não

()Sim

()Mais ou menos

Nos últimos 15 dias o sr.(a) tem tido:

- alguma dificuldade para dormir?()Não ()Sim

- dores de cabeça?()Não ()Sim

- sensação de cansaço?()Não ()Sim

**TCC
UFSC
SP
0005**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC SP 0005

Autor: Faraco, Michel

Título: Auto-Avaliação de saúde de pacie



972808012

Ac. 254084

Ex.1 UFSC BSCCSM