



Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos

Association between self-reported health and sociodemographic characteristics with cardiovascular diseases in adults

Asociación entre la autopercepción de salud y las características sociodemográficas con relación a las enfermedades cardiovasculares en individuos adultos

Guilherme Oliveira de Arruda¹, Aliny de Lima Santos², Elen Ferraz Teston², Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio³, Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic⁴, Sonia Silva Marcon⁵

¹ Doutorando, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

² Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

³ Professora Assistente, Universidade Estadual do Paraná, Campus Paranavaí, PR, Brasil.

⁴ Professora Adjunta, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

⁵ Professora Doutora, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To assess the association of sociodemographic and self-rated health in the presence of cardiovascular diseases and the association of this perception with the type of disease. **Methods:** A cross-sectional population survey study carried out with 1,232 individuals aged between 20 and 59 years of both genders living in the metropolitan region of Maringá-PR. Data were analyzed using multiple and simple logistic regression. **Results:** In multivariate analysis, the age range and self-rated health were associated with cardiovascular disease, and in the univariate analysis self-rated regular health was associated with arterial hypertension, while self-rated poor health was associated to heart failure, stroke, and to acute myocardial infarction (heart attack). **Conclusion:** The differences in association of self-rated health with these diseases can indicate how individuals with certain characteristics cope with the disease, allowing for more individualized and specific health care.

DESCRIPTORS

Cardiovascular Diseases; Risk Factors; Prevalence; Population Surveys; Nursing.

Autor Correspondente:

Guilherme Oliveira de Arruda
Av. Colombo, 5.790 - Bloco 2
Jardim Universitário, Maringá, PR, Brasil
CEP 87020-900
Telefone: (44) 9166-3381
E-mail: enfgoa@gmail.com

Recebido: 08/06/2014
Aprovado: 28/10/2014

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm gerado perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos e elevado número de mortes prematuras⁽¹⁻²⁾. Para as próximas décadas, existem projeções de crescimento mundial das DCNT, em particular as doenças cardiovasculares (DCV), as quais, atualmente, são as causas mais comuns de morbidade e, tomadas em conjunto, a principal causa de mortalidade em todo o mundo⁽³⁾.

Anualmente, a cardiopatia isquêmica, os acidentes vasculares cerebrais e a hipertensão arterial são responsáveis por 15,9 milhões de óbitos no mundo⁽³⁾. No ano de 2008, especificamente, as DCV foram responsáveis por 34% dos óbitos da população adulta e por 40,8% dos óbitos em indivíduos com 60 anos ou mais, tendo entre seus principais subgrupos as doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração, que totalizaram mais de 60% dos óbitos no país⁽⁴⁾. Esse cenário requer de profissionais e gestores de saúde a capacidade de organizar e implementar uma atenção à saúde que corresponda ao caráter multifatorial da gênese, da vivência e do agravamento das DCV.

Estudos recentes têm demonstrado a prevalência e a associação de fatores de risco e características socioeconômicas – idade, sexo e classe econômica – com o diagnóstico de DCV⁽⁵⁾. Contudo, pouco se tem investigado sobre a associação da percepção que os indivíduos têm de sua saúde e as DCV⁽⁶⁾. Essa autopercepção é um indicador útil das necessidades de cuidados de saúde, além de ser altamente sensível no que tange aos fatores sociais e orgânicos que determinam problemas e desigualdades em saúde. Percebe-se que a literatura tem privilegiado, sobretudo, a população idosa, os fatores relacionados à autopercepção e as diferenças regionais⁽⁷⁾.

No entanto, observa-se que a autopercepção de saúde mantém relação importante com a aglomeração de fatores de risco para as DCV e se diferencia na presença ou ausência de doenças, especialmente as crônicas não transmissíveis⁽⁸⁻⁹⁾. Também apresenta associação com morbidade e uso de serviços, pois o modo como a pessoa avalia sua condição de saúde, por si só, já sinaliza a presença de doenças (diagnosticadas ou não por profissional de saúde) e até mesmo o impacto que elas podem gerar ao bem-estar físico, mental e social dos indivíduos⁽¹⁰⁾. Desse modo, considerando-se que a autopercepção constitui importante marcador de saúde cardiovascular⁽⁹⁾, a identificação da doença pode favorecer não só a implementação do cuidado, mas também sua gestão.

A autopercepção pode sinalizar a maneira como a vida da pessoa é influenciada pelo problema experimentado e, ainda, suas concepções de vida saudável⁽¹¹⁾. Levando-se em conta que os profissionais de saúde e de enfermagem podem identificar a autopercepção dos indivíduos com DCV no cotidiano da assistência, pode-se, também, constatar necessidades em saúde, o nível de adesão às práticas preventivas de promoção ou de tratamento, a presença de doenças e o risco de mortalidade⁽⁶⁾, o que poderá determinar as práticas a serem implementadas no acompanhamento do estado de saúde e qualificar o gerenciamento do cuidado.

Desse modo, e prevendo a facilidade de levantamento dessa variável com os indivíduos, constata-se que por meio da autopercepção de saúde é possível obter informações importantes sobre a população, especialmente porque tem sido identificada associação significativa entre essa variável e os diferentes indicadores de saúde⁽⁶⁾. Ponderando sobre a escassez de estudos que avaliaram, de modo geral, a associação de características sociodemográficas e de autopercepção de saúde com DCV, levantam-se questões de pesquisa: *Existe associação de características sociodemográficas e de autopercepção de saúde com a presença de doenças cardiovasculares em indivíduos adultos? Caso a autopercepção de saúde esteja associada às DCV, de modo geral, existem diferenças em relação aos tipos de DCV?*

Assim, a fim de colaborar para uma atenção não reducionista que corresponda às características e à autopercepção de saúde de adultos acometidos pelas DCV, o presente estudo teve como objetivo analisar a associação de características sociodemográficas e autopercepção de saúde com a presença de doenças cardiovasculares e a associação da autopercepção de saúde com o tipo de doença cardiovascular.

MÉTODO

O estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada *Inquérito populacional sobre a prevalência de fatores de risco e proteção para doenças cardiovasculares na região metropolitana de Maringá*, financiada pela Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do Paraná – Edital Pesquisa para o SUS/2010 – Protocolo 19510. Trata-se de estudo transversal, descritivo-analítico de base populacional, realizado com indivíduos adultos com idade entre 20 e 59 anos, de ambos os sexos, residentes em três municípios da Região Metropolitana de Maringá (RMM): Maringá, Sarandi e Paiçandu. Destaca-se, portanto, a originalidade do estudo, por se tratar de um inquérito domiciliar de base populacional com indivíduos adultos residentes em região metropolitana do sul do Brasil e que tomou por principal objeto de estudo a relação de características sociodemográficas e de autopercepção de saúde com DCV.

Maringá está situada na mesorregião norte-central paranaense e consolida-se como o centro principal da RMM, com histórico de desenvolvimento e processos de metropolização e urbanização diferentes das demais regiões do norte do Paraná, até mesmo de outros municípios da RMM, como Sarandi e Paiçandu⁽¹²⁾. No período da realização deste estudo, o município de Maringá contava 357.077 habitantes; Sarandi, 82.347, e Paiçandu, 35.941. Os três municípios possuíam população estimada em 475.365 habitantes, dos quais 256.459 eram adultos com idade entre 20 e 59 anos.

Para a seleção dos indivíduos adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: possuir idade entre 20 e 59 anos, estar presente no domicílio no momento da coleta de dados, compreender o objetivo do estudo e as questões do instrumento de coleta de dados e, ainda, não apresentar dificuldades auditivas e/ou de fala que impedissem a comunicação. Utilizou-se a técnica de amostragem aleatória sistemática.

O tamanho amostral para cada município foi definido de forma independente, com base na fórmula: $n = Z^2PQ/$

d^2 , sendo n = tamanho amostral mínimo; Z = variável reduzida; P = probabilidade de encontrar o fenômeno estudado. Adotou-se o valor de 50% para a probabilidade de os eventos serem encontrados, erro de estimativa de 5% (d), confiabilidade e precisão da amostra em 95%, $Z=1,96$ (desvio-padrão normal), tomando-se como base o nível de significância expresso por $\alpha=0,05$ (ou 5%) e $Q=1-0,5$, que, por sua vez, expressa a proporção estimada da população que não corresponde à existência do evento estudado. Para o sorteio foram acrescentados 10% ao número de indivíduos, considerando eventuais perdas que pudessem ocorrer relacionadas ao preenchimento do instrumento de coleta de dados. Dessa forma, o presente estudo incluiu 1.232 indivíduos adultos, de ambos os sexos, sendo 431 de Maringá, 416 de Paiçandu e 385 de Sarandi.

A seleção dos indivíduos a serem incluídos no estudo foi realizada tendo como unidade de referência as Áreas de Expansão Demográfica (AED). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), à ocasião, Maringá tinha 14 AED, Sarandi quatro e Paiçandu uma. Utilizou-se a estratégia de amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao tamanho do setor, sendo sorteado o ponto de início do percurso e a esquina inicial de cada setor, caminhando-se sempre em sentido horário. De forma sistemática e com intervalo predefinido foi abordado um indivíduo morador na quarta residência à direita da rua. Quando não se encontravam indivíduos na faixa etária de interesse residindo no domicílio, passava-se para a unidade domiciliar seguinte, conforme o intervalo sistemático predefinido. Quando havia mais de um adulto no domicílio, realizava-se o sorteio simples entre eles.

As entrevistas foram realizadas predominantemente durante os dias úteis da semana, no período vespertino, entre os meses de setembro de 2010 e julho de 2011, utilizando-se um instrumento contendo partes do questionário individual do Inquérito Domiciliar Sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis⁽¹³⁾. O instrumento foi avaliado previamente em um estudo-piloto, com a população residente próxima à Universidade Estadual de Maringá (UEM), sendo corrigidas falhas na compreensão das questões. Para a estratificação dos indivíduos nas classes econômicas A, B, C, D e E, utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP-2010, que se baseia no grau de instrução do chefe da família e na posse de alguns itens domésticos⁽¹⁴⁾.

A variável dependente do estudo foi a DCV referida (hipertensão arterial, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico e angina), categorizada em sim ($Y=1$) e não ($Y=0$). Essa variável foi tratada de duas formas distintas: inicialmente, considerou-se a presença ou não de qualquer uma das DCV; posteriormente, dividiu-se a variável dependente (DCV) em cinco, analisando-se separadamente cada uma das DCV na associação com os níveis da autopercepção de saúde. As variáveis independentes estudadas foram as características demográficas e socioeconômicas (sexo masculino e feminino, faixa etária classificada de 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos, cor

da pele branca e não branca, situação conjugal com e sem companheiro, classe econômica definida como A, B, C, D e E), e a autopercepção de saúde⁽¹⁵⁾ (excelente, muito boa, boa, regular e ruim), para a qual os entrevistados foram convidados a tomar como referência a saúde de pessoas da mesma idade que elas para comparar com sua percepção (definição comparativa).

Foi realizada análise descritiva dos dados e, em seguida, verificou-se associação das variáveis independentes com a variável de interesse (DCV) por meio de análise univariada (qui-quadrado de Pearson). No processo de modelagem, as variáveis foram incluídas no modelo logístico múltiplo não condicionado, segundo o menor valor de p , considerando-se, para tanto, $p<0,20$, dado que a escolha do valor de $p<0,05$ é muito rigorosa e por isso pode excluir variáveis importantes do modelo final, conforme apontado em literatura pertinente⁽¹⁶⁾. Ao se trabalhar com as variáveis independentes multicategóricas (faixa etária, classe econômica e autopercepção de saúde), tomou-se como categoria de referência para os testes aquela em que a proporção dos indivíduos com doença cardiovascular foi menor. Para se verificar a associação da autopercepção de saúde com cada DCV realizou-se a análise univariada por meio de regressão logística simples, destacando-se os valores de p de cada categoria de autopercepção.

A medida de associação utilizada foi o *odds ratio* (OR), com intervalo de confiança de 95% e o nível de significância estabelecido quando $p<0,05$ para todos os testes. Para verificar o ajuste do modelo de regressão logística múltipla utilizou-se o teste de Hosmer-Lemeshow, tomando-se como hipótese nula o modelo ajustado e como hipótese alternativa o modelo não ajustado. Assim, quando $p>0,05$ não se rejeita a hipótese nula, aceitando-se o ajuste do modelo, em que quanto mais próximo de 1,0 estiver o valor de p melhor a qualidade do ajuste do modelo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEM-COPEP/UEM (Parecer nº 173/2010 e nº 546/2011). Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

RESULTADOS

A maior proporção dos indivíduos foi do sexo feminino (72,2%), com idade média de 40,3 anos (média=39,1 e DP=12,3 para homens e média=40,9 e DP=11,7 para mulheres), sendo predominante a faixa etária de 50 a 59 anos (28,4%), de cor branca (75,4%), com companheiro (66,2%) e da classe econômica C (56%). Quanto à autopercepção de saúde, o nível mais referido foi o bom, com 42,9%, seguido dos níveis regular (26,9%), muito bom (11,2%), excelente (10,3%) e ruim (8,7%). A prevalência geral das DCV autorreferidas foi de 26,8%, tomando-se apenas o número de respondentes para a presença ou não de DCV ($n=1179$). Isoladamente, as DCV se apresentaram na seguinte ordem de importância de acordo com a respectiva prevalência: hipertensão arterial (21,6%), angina (5,0%), insuficiência cardíaca (3,6%), infarto agudo do miocárdio (3,5%) e acidente vascular cerebral (3,2%).

Ao se verificar a associação das características sociodemográficas e de autopercepção de saúde com a presença de DCV, por meio de análise univariada, observou-se que a única variável que não apresentou associação foi a cor da

pele, tendo as demais apresentado associação com as DCV na seguinte ordem de significância estatística: faixa etária, autopercepção de saúde, estado civil, classe econômica e sexo (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise univariada da associação das variáveis sociodemográficas e de autopercepção de saúde com doenças cardiovasculares - Região Metropolitana de Maringá, PR, 2012.

| Variável [#] | Doenças cardiovasculares | | p* |
|--|--------------------------|------|---------|
| | n | % | |
| Sexo (n=1179) | | | |
| Masculino | 77 | 23,4 | 0,029 |
| Feminino | 330 | 26,8 | |
| Faixa etária (n=1168) | | | |
| 20 a 29 anos | 30 | 10,6 | < 0,001 |
| 30 a 39 anos | 44 | 17,9 | |
| 40 a 49 anos | 88 | 28,9 | |
| 50 a 59 anos | 325 | 48,8 | |
| Cor da pele (n=1130) | | | |
| Branca | 244 | 28,7 | 0,615 |
| Não branca | 320 | 27,1 | |
| Situação conjugal (n=1177) | | | |
| Sem companheiro | 92 | 23,0 | 0,007 |
| Com companheiro | 329 | 30,5 | |
| Classe econômica (n=1169) | | | |
| Classe A | 3 | 9,1 | 0,019 |
| Classe B | 102 | 25,3 | |
| Classe C | 201 | 30,4 | |
| Classe D | 21 | 29,6 | |
| Classe E | 328 | 0,1 | |
| Autopercepção de saúde (n=1158) | | | |
| Excelente | 19 | 16,1 | < 0,001 |
| Muito boa | 24 | 18,8 | |
| Boa | 111 | 22,3 | |
| Regular | 125 | 40,1 | |
| Ruim | 327 | 46,6 | |

Considerados apenas os dados válidos. * Qui-quadrado de Pearson.

Na análise múltipla, verificou-se que a faixa etária e autopercepção de saúde se mostraram significativamente associadas às DCV, independentemente das demais variáveis incluídas no modelo, as quais, por sua vez, não o ajustaram. As faixas etárias apresentaram-se significativamente associadas às DCV, com a razão de chance aumentando gradativamente com a idade, sendo que a razão de chance

de 7,60 apontou para a maior probabilidade de referir DCV na faixa de 50 a 59 anos em comparação à de 20 a 29 anos. Verificou-se, ainda, que os piores níveis de autopercepção de saúde mostraram-se associados às DCV, com maior razão de chance para aqueles com nível ruim, tomando-se como referência a categoria autopercepção excelente (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise de regressão logística múltipla da associação das variáveis faixa etária, situação conjugal, classe econômica, sexo e autopercepção de saúde com doença cardiovascular - Região Metropolitana de Maringá, PR, 2012.

| Variável | OR _{ajustada} [#] | IC95% OR _{ajustada} | p*variável | p*categoria |
|--------------|-------------------------------------|------------------------------|------------|-------------|
| Faixa etária | | | | |
| 20 a 29 anos | 1 | - | - | - |
| 30 a 39 anos | 1,62 | 0,95 – 2,75 | < 0,001 | 0,074 |
| 40 a 49 anos | 3,01 | 1,86 – 4,87 | | < 0,001 |
| 50 a 59 anos | 7,60 | 4,78 – 12,1 | | < 0,001 |

continua...

...continuação

| Variável | OR _{ajustada} [#] | IC95% OR _{ajustada} | p [*] variável | p [*] categoria |
|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Situação conjugal | | | | |
| Sem companheiro | | | | - |
| Com companheiro | 1,21 | 0,88 – 1,68 | 0,235 | - |
| Classe econômica | | | | |
| Classe A | 0,0 | - | | - |
| Classe B | 0,0 | - | | - |
| Classe C | 0,0 | - | 0,313 | - |
| Classe D | 0,0 | - | | - |
| Classe E | 1 | - | | - |
| Sexo | | | | |
| Masculino | | | | |
| Feminino | 1,16 | 0,83 – 1,62 | 0,397 | - |
| Autopercepção de Saúde | | | | |
| Excelente | 1 | - | | - |
| Muito boa | 1,38 | 0,68 – 2,81 | | 0,369 |
| Boa | 1,73 | 0,98 – 3,04 | < 0,001 | 0,058 |
| Regular | 3,75 | 2,10 – 6,70 | | < 0,001 |
| Ruim | 4,65 | 2,36 – 9,15 | | < 0,001 |

[#]Qualidade do ajuste do modelo de Hosmer-Lemeshow: p=0,623. ^{*}Regressão Logística Múltipla. OR = odds ratio (razão de chance).

Ao se analisar a autopercepção de saúde segundo cada DCV por meio de análise univariada (Tabela 3), constatou-se que o nível regular esteve associado à hipertensão arterial (HA) e o ruim associado à insuficiência cardíaca (IC),

ao acidente vascular cerebral (AVC) e ao infarto agudo do miocárdio (IAM). Observou-se maior razão de chance na associação identificada entre autopercepção ruim de saúde e o IAM.

Tabela 3 – Associação de níveis de autopercepção de saúde com hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, angina e infarto agudo do miocárdio - Região Metropolitana de Maringá, PR, 2012.

| Autopercepção de saúde | Hipertensão arterial | | Insuficiência cardíaca | | Acidente vascular cerebral | | Angina | | Infarto agudo do miocárdio | |
|------------------------|----------------------|-------------------|------------------------|--------------------|----------------------------|--------------------|----------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| | p [*] | OR (IC95%) | p [*] | OR (IC95%) | p [*] | OR (IC95%) | p [*] | OR (IC95%) | p [*] | OR (IC95%) |
| Excelente | - | 1 | - | 1 | - | 1 | - | 1 | - | 1 |
| Muito boa | 0,562 | 1,23 (0,61; 2,48) | 0,773 | 1,25 (0,27; 5,70) | 0,597 | 0,61 (0,10; 3,74) | 0,613 | 0,70 (0,18; 2,69) | 0,915 | 0,91 (0,18; 4,62) |
| Boa | 0,234 | 1,41 (0,79; 2,51) | 0,740 | 0,80 (0,21; 2,95) | 0,965 | 1,02 (0,28; 3,66) | 0,823 | 0,89 (0,32; 2,43) | 0,733 | 0,79 (0,21; 2,94) |
| Regular | < 0,001 | 3,42 (1,92; 6,07) | 0,289 | 1,97 (0,56; 6,94) | 0,603 | 1,40 (0,38; 5,14) | 0,253 | 1,78 (0,66; 4,79) | 0,414 | 1,69 (0,47; 6,06) |
| Ruim | 0,103 | 1,79 (0,88; 3,64) | 0,012 | 5,21 (1,43; 19,02) | 0,033 | 4,18 (1,12; 15,63) | 0,175 | 2,17 (0,70; 6,72) | 0,007 | 5,77 (1,59; 20,88) |

OR = odds ratio (razão de chance). ^{*}Qui-quadrado de Pearson.

DISCUSSÃO

A despeito de algumas limitações metodológicas, como a não estratificação da amostra por sexo e idade, o que implicaria maior tempo e recursos financeiros destinados à coleta de dados, e o fato de os participantes do estudo terem sido selecionados a partir daqueles presentes no domicílio, resultando em uma amostra constituída em sua maioria por mulheres, pode-se afirmar que os resultados encontrados são válidos, pois não diferem muito do que tem sido encontrado

em outras localidades brasileiras, em relação às características sociodemográficas e à autopercepção de saúde.

A composição da amostra estudada se assemelha à de outros estudos, no que se refere à predominância do sexo feminino, cor branca e situação conjugal com companheiro; no entanto, destaca-se que a proporção de mulheres respondentes no presente estudo (72,2%) é consideravelmente maior do que em outros, os quais foram realizados com indivíduos com idade entre 15 e 59 anos, e 20 anos ou mais, respec-

tivamente^(5,17). Observou-se, também, maior proporção de indivíduos com idade entre 50 e 59 anos, o que se assemelha especialmente ao estudo realizado em Pelotas, no qual os mais velhos compuseram a maior parte da amostra⁽⁵⁾.

Quanto à classe econômica, a predominância do estrato C pode ter sido influenciada pela conformação denominada núcleo-periferia, centrada no município de Maringá, com os municípios de Sarandi e Paçandu formando as regiões periféricas da RMM, onde proporcionalmente residem mais pessoas de menor classe econômica⁽¹²⁾.

Proporção considerável dos indivíduos percebe sua saúde como boa (41,8%), corroborando outro estudo realizado com adultos, adolescentes e idosos⁽⁶⁾. Contudo, cabe salientar que a autopercepção de saúde é diretamente influenciada pela idade, constituindo-se uma relação inversamente proporcional em que quanto maior a idade pior a autopercepção de saúde⁽⁴⁾.

A associação de faixas etárias mais elevadas com a ocorrência de DCV já é conhecida e justificada principalmente pela predisposição biológica para as DCV inerente ao avanço da idade, independentemente de outros fatores de risco^(8,17). Dessa forma, tal variável tem sido considerada fator de confusão em modelos conceituais que buscam explicar a ocorrência de DCV a partir de diferentes fatores, predominantemente os fatores de risco cardiovascular já conhecidos na literatura⁽¹⁸⁾.

A prevalência de autopercepção de saúde regular/ruim foi maior que em estudo de base populacional realizado em Porto Alegre, que verificou prevalência entre 20,5 e 27,8% em faixa etária similar⁽¹⁹⁾. Cabe salientar que outros fatores têm se mostrado associados à percepção regular/ruim de saúde, por exemplo, sexo feminino⁽¹⁹⁾, menor classe econômica⁽⁶⁾ e frequência maior que quatro vezes por ano de consultas médicas⁽¹⁹⁾.

No que tange à DCV, a prevalência de 26,8% foi maior do que a encontrada em um estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 26 capitais brasileiras, o qual verificou prevalência média de 21,6%⁽¹⁹⁾. Contudo, foi inferior à encontrada em estudo realizado em Florianópolis, com adultos de 20 a 50 anos, em que a prevalência chegou a 40,1%⁽²⁰⁾. Em âmbito internacional constata-se que a prevalência da hipertensão arterial no Canadá era de 19,5%, sendo menor que a dos EUA (29%) e da Inglaterra (30%)⁽²¹⁾. Cabe salientar que no ano 2000 a prevalência da hipertensão na população mundial era de 25% e a estimativa para o ano de 2025 é de 29%⁽²²⁾.

Quanto à associação entre as DCV e a autopercepção de saúde, observa-se que ela esteve presente em todas as doenças abordadas, exceto a Angina. Apesar da pouca frequência de estudos sobre essa temática, foi possível identificar que esses achados corroboram os de outros estudos realizados na China, em Atenas, nos Estados Unidos e na Suécia, os quais revelaram forte associação entre as DCV e autopercepção de saúde negativa (regular e ruim) em adultos^(15,23). Um estudo prospectivo apontou que a autopercepção de saúde negativa é fator indicativo da ocorrência das DCV⁽²⁴⁾. Dessa forma, vale destacar que a autopercepção de saúde é diretamente influenciada por comportamentos de vida,

os quais, por sua vez, influenciam a condição de saúde do indivíduo.

Estudo realizado em quatro países (Dinamarca, Finlândia, Noruega, e Suécia) mostrou que ocorre especialmente a associação de percepção ruim de saúde com o IAM e a IC, confirmando os achados do presente estudo, pois essas doenças apresentaram maior significância estatística e maior associação, representada pelo OR⁽⁸⁾. Mudanças no cotidiano, sobretudo entre pessoas com IC, são marcas evidentes do adoecimento e estão atreladas à percepção abrupta da doença, à necessidade de adaptação a essa condição, à preocupação com procedimentos invasivos, a internamentos e ao medo da morte. Isso faz aguçar a autopercepção de saúde no indivíduo, porque a avaliação que o sujeito faz do impacto da doença depende das suas crenças e das experiências que mantém com ela⁽²⁵⁾.

No concernente à angina, com a qual a autopercepção de saúde não se mostrou associada, segundo os achados do presente estudo, verifica-se diferença em relação à população idosa de baixa renda, que percebe a saúde como ruim quando na presença dessa condição, com base nas limitações e interferências resultantes no cotidiano⁽²⁶⁾. A Pesquisa Mundial de Saúde realizada em 2003 no Brasil com indivíduos com 18 anos ou mais constatou que a autopercepção *não boa* da saúde, embora não associada significativamente, apresentou prevalência importante entre mulheres com angina⁽²⁷⁾.

A autopercepção de saúde aparece em alguns estudos como forte antecipadora de eventos cardiovasculares, fatais e não fatais, especialmente em população adulta⁽²⁸⁻²⁹⁾. Além de ser uma medida centrada no paciente, é de fácil obtenção e fornece dados reais, representando um indicador útil da saúde individual e da população para aqueles que trabalham na atenção primária e saúde pública^(24,28). Os resultados encontrados neste estudo sinalizam a importância de a equipe de saúde reconhecer o significado do problema de saúde para o indivíduo que o vivencia. Porque essa significação, o convívio com a doença, os motivos de queixa e a procura por atendimento são perpassados pela forma como o indivíduo percebe seu estado de saúde, o que pode contribuir para a elaboração, proposição e implementação de estratégias de cuidado de saúde, em especial de enfermagem centradas no indivíduo, atendendo a suas características e necessidades. Além disso, a autopercepção de saúde ruim é de importância prognóstica em pacientes com DCV, podendo servir como indicador de alto risco para agravos como o AVC e o IAM⁽²⁸⁾.

Os resultados deste estudo coadunam-se com a importância da autopercepção de saúde enquanto fator sensível a diferentes indicadores de saúde, em contextos distintos. A autopercepção de saúde indica, também, as necessidades em saúde da população e como cada grupo social compreende seu estado de saúde, e, nesse cenário, as doenças crônicas pesam significativamente na percepção ruim da saúde. Dessa forma, além da associação dessa variável com a aglomeração dos fatores de risco para DCV já evidenciada na literatura, foi fundamental conhecer as relações existentes entre autopercepção de saúde com os diferentes tipos de

DCV presentes na população adulta. O que, por sua vez, indica a contribuição do presente estudo para o avanço do conhecimento e das práticas de cuidado em enfermagem a serem implementadas para as pessoas que convivem cronicamente com DCV, a julgar pela necessidade do cuidado individualizado e singular, considerando-se características socioeconômicas e demográficas e o modo particular como cada sujeito percebe sua saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados revelam que as variáveis sexo, faixa etária, situação conjugal, classe econômica e autopercepção de saúde mostraram-se isoladamente associadas às DCV. No entanto, na análise múltipla, apenas faixa etária e autopercepção mantiveram a associação. E evidenciam também que a autopercepção regular de saúde esteve associada à hipertensão arterial, e a ruim, à insuficiência cardíaca, ao acidente vascular cerebral e ao infarto agudo do miocárdio.

Conclui-se que a autopercepção de saúde pode divergir na população, conforme a presença ou não de DCV e o tipo de doença. Isso implica necessariamente uma abordagem profissional diferenciada dos indivíduos que convivem com as doenças cardiovasculares, pois os profissionais de saúde precisam conhecer a percepção que eles têm de sua saúde e

o modo com que lidam com a doença, e também identificar de que forma isso acarreta o autocuidado, e como a doença repercute em seu contexto de vida e em sua subjetividade, favorecendo assim a gestão dos casos e a prevenção de complicações.

A associação direta e significativa entre autopercepção ruim de saúde e a presença de DCV em adultos reforça a aplicabilidade desse indicador em inquéritos populacionais como marcador de necessidades em saúde, além de apontar a relevância de investigações futuras sobre outras variáveis que possam influenciar essa relação, como, por exemplo, a presença de comorbidades.

Assim, considera-se que este estudo inovou no sentido de captar a autopercepção de saúde de uma amostra de base populacional com indivíduos adultos, o que o diferencia de outras pesquisas que investigaram a associação da autopercepção de saúde com variáveis semelhantes, mas que foram realizadas com populações específicas (idosos, doentes renais crônicos, diabéticos, hipertensos, entre outros). Além disso, o estudo focalizou a associação da autopercepção de saúde com os casos de DCV, de modo que seus resultados ressaltam a importância de os profissionais de saúde utilizarem esta variável como um possível marcador de autocuidado e de atitudes que favoreçam a prevenção de complicações.

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação de características sociodemográficas e a autopercepção de saúde com a presença de doenças cardiovasculares e a associação desta autopercepção com o tipo de doença. **Método:** Estudo transversal, do tipo inquérito populacional, realizado com 1.232 indivíduos com idade entre 20 e 59 anos, de ambos os sexos, residentes na região metropolitana de Maringá-PR. Os dados foram analisados por meio de regressão logística simples e múltipla. **Resultados:** Na análise múltipla, a faixa etária e a autopercepção de saúde estiveram associadas a doenças cardiovasculares, e na análise univariada a autopercepção regular de saúde esteve associada à hipertensão arterial, e a ruim, à insuficiência cardíaca, ao acidente vascular cerebral e ao infarto agudo do miocárdio. **Conclusão:** As diferenças encontradas na associação da autopercepção de saúde com essas doenças podem indicar como indivíduos com determinadas características lidam com as doenças, possibilitando que a assistência à saúde seja mais individualizada e específica.

DESCRITORES

Doenças Cardiovasculares; Fatores de Risco; Prevalência; Inquéritos Demográficos; Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la asociación entre las características sociodemográficas y la autopercepción de salud con relación a la presencia de enfermedades cardiovasculares y la asociación de esa autopercepción con la clase de enfermedad. **Método:** Estudio transversal, del tipo encuesta poblacional, llevado a cabo con 1.232 individuos con edades entre 20 y 59 años, de ambos sexos, residentes en la región metropolitana de Maringá-PR. Los datos fueron analizados por medio de regresión logística simple y múltiple. **Resultados:** En el análisis múltiple, el rango de edad y la autopercepción de salud estuvieron asociados con las enfermedades cardiovasculares, y en el análisis univariado la autopercepción regular de salud estuvo asociada con la hipertensión arterial, y la mala, con la insuficiencia cardíaca, el accidente vascular cerebral y el infarto agudo del miocardio. **Conclusión:** Las diferencias encontradas en la asociación de la autopercepción de salud con esas enfermedades pueden señalar cómo los individuos con determinadas características manejan las enfermedades, permitiendo que la asistencia a la salud sea más individualizada y específica.

DESCRIPTORES

Enfermedades Cardiovasculares; Factores de Riesgo; Prevalencia; Encuestas Demográficas; Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Santos JC, Moreira TMM. Risk factors and complications in patients with hypertension/diabetes in a regional health district of northeast Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(5):1125-32.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília; 2011.
3. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. The promotion of health and integrated prevention of risk factors for cardiovascular diseases. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(1):7-17.

4. Muller EM, Aranha SRR, Roza WSS, Gimeno SG. Spatial evolution of cardiovascular mortality in Paraná State, Brazil: 1989-1991 and 2006-2008. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(6):1067-77.
5. Muniz LC, Schneider BC, Silva ICM, Matijasevich A, Santos IS. Accumulated behavioral risk factors for cardiovascular diseases in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(3): 534-42.
6. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(12):3353-62.
7. Fernandez-Martinez B, Prieto-Flores ME, Forjaz MJ, Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F, Martínez-Martín P. Self-perceived health status in older adults: regional and sociodemographic inequalities in Spain. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(2):310-9.
8. Emmelin M, Nafziger NA, Stenlund H, Weinehall L, Wall S. Cardiovascular risk factor burden has a stronger association with self-rated poor health in adults in the US than in Sweden, especially for the lower educated. *Scand J Public Health*. 2006;34(2):140-9.
9. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(6):491-8.
10. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2013 jul. 20]. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agravos/Dant/VIGITEL-2011.pdf>
11. Bezerra PCL, Opitz SP, Kaifman RJ, Muniz PT. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(12): 2441-51.
12. Rodrigues AL, Tonella C. Retratos da Região Metropolitana de Maringá: subsídios para a elaboração de políticas públicas participativas. Maringá: EDUEM; 2010.
13. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil PNAD: 2003- 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3755-68.
14. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). ABEP 2012. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2010 – IBOPE [Internet]. São Paulo; 2012 [citado 2014 jun. 27]. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>
15. Darviri C, Artemiadis AK, Tigani X, Alexopoulos EC. Lifestyle and self-rated health: a cross-sectional study of 3,601 citizens of Athens, Greece. *BMC Public Health* [Internet]. 2011 [cited 2013 July 20];11:619. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/619>
16. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: Wiley; 2000.
17. Carnellosso ML, Barbosa MA, Porto CC, Silva AS, Carvalho MM, Oliveira ALI. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15 Supl. 1:1073-80.
18. Muraro AP, Santos DF dos, Rodrigues PRM, Braga JU. Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(5):1387-98.
19. Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *Rev Bras Med Fam Comum* [Internet]. 2010 [citado 2013 jul. 20];5(17): 9-15. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmf/article/view/175>
20. Silva DAS, Petroski EL, Peres MA. Prehypertension and hypertension among adults in a metropolitan area in Southern Brazil: population-based study. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(6):988-98.
21. Joffres M, Falaschetti E, Gillespie C, Robitaille C, Loustalot F, Poulter N, et al. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in national surveys from England, the USA and Canada, and correlation with stroke and ischaemic heart disease mortality: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2013;3:e003423.
22. Talaei M, Sadeghi M, Mohammadifard N, Shokouh P, Oveisgharan S, N. Incident hypertension and its predictors: the Isfahan Cohort Study. *J Hyertens*. 2014;32(1):30-8.
23. Haseli-Mashhadi N, Pan A, Ye X, Wang J, Qi Q, Liu Y, et al. Self-Rated Health in middle-aged and elderly Chinese: distribution, determinants and associations with cardio-metabolic risk factors. *BMC Public Health* [Internet]. 2009 [cited 2013 July 20];9:368. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/368>
24. Van der Linde RM, Mavaddat N, Luben R, Brayne C, Simmons RK, Khaw KT, et al. Self-rated health and cardiovascular disease incidence: results from a longitudinal population-based cohort in Norfolk, UK. *PLoS One*. 2013;8(6):e65290.
25. Rodrigues SLL, Rodrigues RCM, São-João TM, Pavan RBB, Padilha KM, Gallani MC. Impact of the disease: acceptability, ceiling and floor effects and reliability of an instrument on heart failure. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(5):1090-7.
26. Silva TR, Menezes PR. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. *Rev Med* [Internet]. 2007 [citado 2013 jun. 20];86(1):28-38. Disponível em: http://medicina.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc_96_p.28-38%20861.pdf
27. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Measurements of reported morbidity and interrelationships with health dimensions. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(1):73-81.
28. Venskutonyte L, Brismar K, Öhrvik J, Rydén L, Kjellström B. Self-rated health predicts outcome in patients with type 2 diabetes and myocardial infarction: a DIGAMI 2 quality of life sub-study. *Diab Vasc Dis Res*. 2013;10(4):361-7.
29. Rutledge T, Linke SE, Johnson BD, Bittner V, Krantz DS, Whittaker KS, et al. Self-rated versus objective health indicators as predictors of major cardiovascular events: the NHLBI-sponsored women's ischemia syndrome evaluation. *Psychosom Med*. 2010;72(6):549-55.