

# 14. Percepção de saúde e condição funcional

## Introdução

Nos últimos 100 anos, a expectativa de vida cresceu consideravelmente e projeções indicam que esta tendência será mantida no século XXI<sup>1</sup>. Este cenário indica sucesso em muitas áreas de conhecimento como por exemplo, a saúde pública, e traz novos desafios já que, quanto maior a proporção de idosos no país, maior é a demanda aos sistemas públicos de saúde e seguridade social. Sendo assim, o novo desafio da saúde pública é fazer com que a população viva de forma mais saudável e não apenas por mais anos, apesar dos efeitos cumulativos associados à evolução do envelhecimento ou da doença<sup>2</sup>.

A doença e a saúde formam um processo dinâmico que reflete a ligação estrutural entre o corpo e a sociedade, os quais são cruciais para se estudar a percepção do estado de saúde. As desigualdades sociais também podem ser verificadas por meio de avaliação dos indicadores de saúde de determinada população, sendo que, em geral, os mais utilizados são os relativos à mortalidade e a morbidade referida<sup>3</sup>.

Medidas de mortalidade e morbidade referida e a restrição de atividades rotineiras são importantes indicadores das condições de saúde quando a população é homogênea<sup>3 4 5</sup>. Neste sentido, esses indicadores são largamente utilizados para estudar demanda por serviços de saúde, avaliar as condições de saúde populacionais, avaliar as políticas de saúde e auxiliar na formulação de novas propostas de saúde pública, para que sejam melhoradas as condições de vida da população. Além disso, o percentual de pessoas que define seu estado de saúde como regular ou ruim já foi associado com a mortalidade em estudos longitudinais<sup>6 7</sup>.

Nos últimos anos, países desenvolvidos e em desenvolvimento têm experimentado um crescimento da mortalidade por doenças crônicas que, em geral, afetam idosos com mais frequência e causam limitações ou dificuldades que influenciam a habilidade relativa às atividades habituais, levando à diminuição da qualidade de vida e ao aumento dos custos da assistência à saúde.

A ocorrência de fatores de risco associados a problemas de saúde varia segundo sexo e situação social<sup>8 13 14</sup>. Em mulheres, a obesidade, o sedentarismo, o *stress*, as conseqüências de gestações repetidas, a depressão e as pressões ligadas aos papéis sociais são apresentados como fatores que aumentam os riscos de doenças. Já entre os homens, comportamentos de risco como excesso de consumo de álcool, tabagismo, maior exposição a situações de violência, acidentes e riscos ocupacionais são mais frequentes e colaboram com aumento de riscos de problemas de saúde a longo prazo<sup>9</sup>. A presença desses e de outros fatores de riscos está associada ao desempenho dos papéis sociais dos indivíduos, o que afeta, diretamente, não só a qualidade de vida, mas também a percepção do estado de saúde<sup>10 11</sup>.

Estudos sobre diferenças em relação à saúde segundo sexo, em sociedades industrializadas, indicam que, embora vivam mais do que os homens, as mulheres referem mais morbidade e problemas psicológicos e utilizam mais serviços de saúde<sup>7 8 12 13</sup>. Estudos norte-americanos revelam que os homens sofrem de mais doenças crônicas fatais e referem mais restrição de atividades e incapacidade de longa duração devido a problemas crônicos de saúde<sup>13 14</sup>. As mulheres, por sua

vez apresentam mais freqüentemente doenças agudas, transitórias e crônicas não-fatais<sup>13</sup> que, de modo geral, apresentam baixa letalidade, causam incapacidade de curta duração e geram grande volume de demanda aos serviços públicos<sup>7,15</sup>.

Segundo dados do *National Health Interview Survey* (NHIS), nos Estados Unidos, o percentual de indivíduos que auto-avaliaram seu estado de saúde como regular ou ruim era de 9,5% em 1987 (9,0% entre homens e 9,9% entre mulheres) e avançou para 12,2% (11,9% entre homens e 12,6% entre mulheres) em 2002<sup>16</sup>. Limitações para execução de atividades habituais foram referidas por 12,6% dos entrevistados, sendo que, entre os gêneros, os percentuais encontrados foram de 12,7% entre os homens e 12,8% entre as mulheres<sup>17</sup>. No Brasil, os resultados encontrados no Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)<sup>18</sup> – realizada em 1998 – indicam que, aproximadamente, 23,0% da população total (23,5% das mulheres e 18,2% dos homens) auto-avaliaram seu estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim; 6,9% (7,0% entre as mulheres e 5,6% entre os homens) referiram restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde nas duas semanas que antecederam a entrevista<sup>7</sup>. Comparações dos resultados da PNAD/1998 e do NHIS<sup>19</sup> – realizado em 1996 – indicam que, em geral, as condições de saúde referidas no Brasil são piores do que as declaradas nos EUA, independentemente dos critérios de avaliação (sexo, raça ou faixa etária). Além disso, em ambos os países, na maior parte das faixas etárias estudadas, as mulheres registram piores condições de saúde que os homens<sup>20</sup>.

Neste Inquérito, o objetivo deste módulo foi investigar a percepção de saúde e magnitude de limitações físicas na população alvo do estudo.

## Metodologia

Neste Inquérito, para avaliar a percepção de saúde, utilizou-se a pergunta: “De um modo geral, em comparação com pessoas da sua idade, como o(a) Sr.(a) considera o seu próprio estado de saúde?”. Esta pergunta foi realizada de forma direta e mede a auto-avaliação do estado de saúde em escala de cinco categorias. Ela tem sido utilizada, freqüentemente, em estudos internacionais<sup>21</sup> como CINDI<sup>a</sup>, CARMEN<sup>b</sup>, BRFS<sup>c</sup> 22 e NHANES<sup>d</sup> 23 e também o foi no Suplemento Saúde da PNAD/1998<sup>e</sup> 18.

<sup>a</sup> Countrywide Integrated Noncommunicable Disease. Intervention Programme, CINDI Health Monitor, WHO. Regional Office for Europe. Descrição da pergunta nesta pesquisa: “How would you assess your present state of health?”. As opções de resposta são: “good, reasonably good, average, rather poor or poor”.

<sup>b</sup> Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmisibles, WHO. Regional Office for the Americas. Descrição da pergunta nesta pesquisa: “In general, how would you describe your health?”. As opções de resposta são: “excellent, very good, good, fair, poor or don’t know/not sure”.

<sup>c</sup> Behavioral Risk Factor Surveillance System, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Descrição da pergunta nesta pesquisa: “Would you say that in general, your health is:”. As opções de resposta são: “excellent, very good, good, fair, poor, don’t know/not sure or refused”.

<sup>d</sup> National Health and Nutrition Examination Survey. Descrição da pergunta nesta pesquisa: “Would you say that in general, your health is excellent, very good, good, fair or poor?”.

<sup>e</sup> Descrição da pergunta realizada na PNAD: “De um modo geral, ..., considera o seu próprio estado de saúde como?”. As opções de resposta são: “muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim”.

A condição funcional foi avaliada, utilizando-se a pergunta: “O(a) Sr.(a) tem alguma limitação ou dificuldade para fazer as suas atividades habituais por causa de algum problema de saúde?” que é semelhante à utilizada no BRFSS<sup>f 24</sup> e no Suplemento Saúde da PNAD/1998<sup>g 18</sup>. A diferença em relação à PNAD/1998 é que, neste Inquérito, esta pergunta não se restringe a uma impossibilidade por um período de duas semanas, mas sim, a incapacidades de longa duração e, além disso, é realizada de forma direta (auto-avaliação) enquanto na PNAD/1998 um único entrevistado avaliou as condições de saúde dos demais moradores do domicílio.

## Resultados

As questões do módulo Percepção de Saúde e Morbidade Referida que têm, como um dos principais objetivos, conhecer a percepção da população das capitais estudadas quanto ao seu estado de saúde, foram respondidas por 23.442 entrevistados. A partir destas respostas foram extraídos os resultados apresentados nas tabelas 14.1, 14.2 e 14.3 que correspondem ao percentual de indivíduos que, em comparação com pessoas de sua idade, consideraram o seu próprio estado de saúde regular ou ruim, por sexo, faixa etária e escolaridade, respectivamente.

Nas tabelas 14.4, 14.5 e 14.6 observamos os resultados do indicador correspondente ao percentual de indivíduos que referiram ter limitação ou dificuldade para fazer as suas atividades habituais por causa de algum problema de saúde ou incapacitação, por sexo, faixa etária e escolaridade. As questões do módulo Qualidade de Vida – Condição Funcional, foram respondidas por 23.438 entrevistados. Este módulo tem como um dos seus principais objetivos estimar, nas capitais, a frequência de limitações físicas conseqüentes a problemas de saúde.

---

<sup>f</sup> Descrição da pergunta realizada na BRFSS: “*Are you limited in any way in any activities because of physical, mental, or emotional problems?*”. As opções de resposta são: “*yes, no, don’t know/not sure or refused*”.

<sup>g</sup> Descrição da pergunta realizada na PNAD: “*Nas duas últimas semanas.. deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, etc.) por motivo de saúde?*”. As opções de resposta são: “*sim ou não*”.

## Percepção de saúde

Na Tabela 14.1 são apresentados os resultados referentes ao percentual de indivíduos que, em comparação com pessoas de sua idade, consideraram o seu próprio estado de saúde regular ou ruim, na população de estudo de 15 anos ou mais, por sexo e total. Observamos que, quando analisado independente do sexo, este percentual apresenta valores que variam entre 18,4% (Porto Alegre) e 36,0% (Belém) e que, nas capitais estudadas das regiões Norte e Nordeste e no Distrito Federal este percentual assume os valores mais altos.

De forma geral, as mulheres referiram, com mais frequência do que os homens, que seu estado de saúde é regular ou ruim, mas não foi observada diferença estatisticamente significativa ( $\alpha = 0,05$ ) entre os sexos em Belém, Belo Horizonte, Vitória, Florianópolis, Porto Alegre e nas capitais estudadas da região Centro-Oeste.

**Tabela 14.1. Percentual de indivíduos que, em comparação com pessoas de sua idade, consideraram o seu próprio estado de saúde regular ou ruim, na população de estudo de 15 anos ou mais, por sexo e total, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003**

Capital	Total				Sexo							
					masculino				feminino			
	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>
Manaus	1702	528	31,0	(28,2-33,8)	765	174	22,7	(19,5-26,0)	937	354	37,8	(34,1-41,4)
Belém	1410	506	36,0	(32,5-39,4)	599	188	31,5	(27,2-35,8)	811	318	39,3	(35,0-43,5)
Fortaleza	2266	627	27,7	(25,2-30,3)	1000	228	22,8	(19,9-25,7)	1266	399	31,6	(28,2-35,0)
Natal	810	251	31,1	(27,1-35,0)	352	88	25,1	(20,7-29,5)	458	163	35,7	(30,7-40,6)
João Pessoa	1205	322	26,7	(22,8-30,6)	490	100	20,4	(16,2-24,6)	715	222	31,0	(26,0-36,1)
Recife	1010	327	32,4	(28,3-36,4)	434	115	26,5	(21,5-31,5)	576	212	36,8	(31,7-41,9)
Aracaju	842	276	32,8	(28,3-37,3)	354	93	26,3	(20,5-32,2)	488	183	37,5	(32,4-42,6)
Campo Grande	697	134	19,2	(15,2-23,2)	308	60	19,5	(14,8-24,2)	389	74	19,0	(14,4-23,7)
Distrito Federal	1994	578	29,0	(25,3-32,7)	865	211	24,4	(20,9-28,0)	1129	367	32,5	(27,5-37,5)
Belo Horizonte	2255	439	19,5	(17,0-21,9)	985	160	16,2	(13,6-18,9)	1270	279	22,0	(18,8-25,2)
Vitória	766	179	23,4	(18,6-28,1)	352	70	19,9	(14,4-25,4)	414	109	26,3	(20,8-31,9)
Rio de Janeiro	2692	690	25,6	(23,5-27,7)	1096	206	18,8	(16,2-21,4)	1596	484	30,3	(27,8-32,9)
São Paulo	1210	296	24,5	(21,8-27,1)	524	108	20,6	(17,4-23,8)	686	188	27,4	(23,9-30,9)
Curitiba	2337	460	19,7	(17,7-21,7)	1045	180	17,2	(14,7-19,8)	1292	280	21,7	(19,3-24,1)
Florianópolis	851	182	21,4	(18,3-24,5)	379	67	17,7	(13,9-21,5)	472	115	24,4	(20,5-28,4)
Porto Alegre	1395	256	18,4	(15,9-20,8)	618	101	16,3	(13,0-19,7)	777	155	20,0	(16,8-23,2)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

A avaliação dos resultados por faixa etária nos permite observar que, conforme o esperado, quanto mais elevada a faixa etária, maior é o percentual de indivíduos que auto-avaliaram seu estado de saúde como regular ou ruim. É possível visualizar um padrão entre as regiões geográficas,

dado que, em geral, as capitais estudadas das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste referem piores condições de saúde quando comparadas às das regiões Sul e Sudeste em quase todas as faixas etárias (Tabela 14.2).

**Tabela 14.2. Percentual de indivíduos que, em comparação com pessoas de sua idade, consideraram o seu próprio estado de saúde regular ou ruim, na população de estudo de 15 anos ou mais, por faixa etária, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003**

Capital	Faixa etária											
	15 a 24 anos				25 a 49 anos				50 anos e mais			
	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>
Manaus	534	132	24,7	(20,9-28,5)	902	264	29,3	(25,2-33,3)	266	132	49,6	(42,5-56,8)
Belém	431	138	32,1	(27,3-36,9)	708	244	34,6	(30,2-38,9)	271	124	45,8	(39,3-52,3)
Fortaleza	647	138	21,4	(18,0-24,8)	1115	275	24,7	(21,6-27,7)	504	214	42,5	(37,4-47,7)
Natal	240	44 <sup>+</sup>	18,3	(12,9-23,8)	396	118	29,8	(25,2-34,4)	174	89	51,7	(44,6-58,9)
João Pessoa	319	46 <sup>+</sup>	14,4	(10,0-18,9)	619	160	25,8	(20,3-31,4)	267	116	43,4	(36,1-50,8)
Recife	248	61	24,6	(18,3-30,9)	495	152	30,7	(25,9-35,5)	267	114	42,7	(35,1-50,3)
Aracaju	249	68	27,4	(21,1-33,8)	428	132	30,8	(25,4-36,3)	165	76	46,1	(37,4-54,7)
Campo Grande	206	24 <sup>+</sup>	11,7	(7,8-15,5)	332	54	16,3	(10,8-21,7)	159	56	35,2	(26,5-44,0)
Distrito Federal	597	130	21,8	(16,3-27,3)	1040	280	26,9	(23,2-30,7)	357	168	47,2	(39,6-54,8)
Belo Horizonte	563	77	13,7	(10,2-17,1)	1187	221	18,6	(15,8-21,5)	505	141	28,0	(22,9-33,0)
Vitória	199	35 <sup>+</sup>	17,6	(12,2-23,0)	377	86	22,8	(16,9-28,7)	190	58	30,5	(22,2-38,8)
Rio de Janeiro	537	92	17,1	(13,5-20,8)	1302	300	23,0	(20,2-25,8)	853	298	34,9	(31,3-38,6)
São Paulo	326	52	16,0	(11,8-20,1)	613	147	24,0	(20,0-28,0)	271	97	35,8	(30,1-41,5)
Curitiba	562	77	13,7	(10,5-16,9)	1266	212	16,8	(14,5-19,0)	509	171	33,6	(28,3-38,9)
Florianópolis	194	26 <sup>+</sup>	13,4	(8,9-17,9)	414	74	17,9	(13,6-22,3)	243	82	33,7	(27,7-39,8)
Porto Alegre	320	35 <sup>+</sup>	10,9	(7,2-14,7)	662	123	18,6	(15,1-22,0)	413	98	23,8	(19,0-28,7)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: <sup>+</sup> O número de entrevistados que auto-avaliaram seu estado de saúde como regular ou ruim nesta capital e neste grupo, é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

Quando analisados por escolaridade (Tabela 14.3), os resultados indicam que, entre os indivíduos que completaram o ensino fundamental, o percentual dos que auto-avaliaram seu estado de saúde como regular ou ruim é mais baixo quando comparado aos indivíduos com menor grau de escolaridade. Em todas as capitais estudadas, a diferença desse percentual por escolaridade foi estatisticamente significativa ( $\alpha = 0,05$ ), o que indica que realmente existe uma diferença de percentual entre os estratos estudados.

**Tabela 14.3. Percentual de indivíduos que, em comparação com pessoas de sua idade, consideraram o seu próprio estado de saúde regular ou ruim, na população de estudo de 15 anos ou mais, por escolaridade, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003**

Capital	Escolaridade – Ensino fundamental							
	Incompleto				Completo e mais			
	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>
Manaus	731	306	41,9	(38,5-45,3)	958	216	22,5	(19,4-25,7)
Belém	566	242	42,8	(38,0-47,7)	839	262	31,3	(27,5-35,1)
Fortaleza	981	381	38,9	(35,5-42,3)	1258	242	19,3	(17,1-21,5)
Natal	383	158	41,4	(36,2-46,5)	400	84	21,0	(16,6-25,4)
João Pessoa	555	203	36,6	(32,5-40,7)	642	117	18,2	(14,3-22,1)
Recife	427	187	43,8	(39,3-48,3)	541	123	22,7	(18,3-27,1)
Aracaju	360	153	42,6	(37,6-47,6)	467	118	25,3	(20,3-30,2)
Campo Grande	256	76	29,7	(23,4-36,0)	409	47 <sup>+</sup>	11,5	(8,2-14,8)
Distrito Federal	707	316	44,8	(40,5-49,0)	1258	254	20,2	(16,8-23,6)
Belo Horizonte	915	273	29,9	(26,0-33,7)	1297	160	12,3	(10,1-14,6)
Vitória	196	85	43,4	(35,1-51,7)	554	90	16,2	(12,1-20,4)
Rio de Janeiro	789	312	39,5	(36,2-42,9)	1844	360	19,5	(17,5-21,5)
São Paulo	452	166	36,7	(32,2-41,3)	722	122	16,9	(14,1-19,7)
Curitiba	737	229	31,1	(27,1-35,0)	1496	205	13,7	(12,1-15,3)
Florianópolis	264	97	36,7	(30,5-43,0)	559	77	13,8	(10,9-16,7)
Porto Alegre	426	142	33,4	(29,4-37,4)	952	113	11,9	(9,9-13,9)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: <sup>+</sup> O número de entrevistados que auto-avaliaram seu estado de saúde como regular ou ruim nesta capital e neste grupo, é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

## Condição funcional

A análise dos resultados do módulo Qualidade de Vida – Condição Funcional indica que o percentual de entrevistados, de 15 anos ou mais, que referiram ter limitação ou dificuldade para fazer as suas atividades habituais por causa de algum problema de saúde ou incapacitação, variou de 7,7%, em João Pessoa a 18,9%, em Porto Alegre. Além de João Pessoa, as capitais da região Sudeste são as que apresentam os menores valores desse percentual (Tabela 14.4).

Nas 16 cidades estudadas, observamos que um maior percentual de mulheres refere ter limitações ou dificuldades quando comparadas aos homens, sendo que a maior diferença entre os sexos foi observada em Florianópolis (23,5% para mulheres e 10,6% para homens).

**Tabela 14.4. Percentual de indivíduos que referiram ter limitação ou dificuldade para fazer as suas atividades habituais por causa de algum problema de saúde ou incapacitação, na população de estudo de 15 anos ou mais, por sexo e total, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003**

Capital	Total				Sexo							
					masculino				feminino			
	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>
Manaus	1702	233	13,7	(11,8-15,6)	765	88	11,5	(8,8-14,2)	937	145	15,5	(13,0-18,0)
Belém	1410	255	18,1	(15,3-20,8)	599	74	12,4	(9,9-14,8)	811	181	22,3	(18,9-25,8)
Fortaleza	2266	366	16,2	(14,2-18,1)	1000	102	10,2	(8,2-12,2)	1266	264	20,9	(18,2-23,5)
Natal	810	127	15,7	(13,0-18,4)	352	35 <sup>+</sup>	9,9	(6,7-13,2)	458	92	20,1	(16,0-24,2)
João Pessoa	1205	93	7,7	(5,0-10,5)	490	27 <sup>+</sup>	5,5	(3,2-7,8)	715	66	9,2	(5,6-12,9)
Recife	1010	155	15,3	(13,1-17,6)	434	45 <sup>+</sup>	10,4	(7,5-13,3)	576	110	19,1	(16,1-22,1)
Aracaju	842	123	14,6	(11,2-18,1)	354	36 <sup>+</sup>	10,2	(6,8-13,6)	488	87	17,8	(13,2-22,5)
Campo Grande	697	109	15,6	(12,6-18,6)	308	41 <sup>+</sup>	13,3	(9,4-17,3)	389	68	17,5	(13,2-21,8)
Distrito Federal	1994	289	14,5	(12,6-16,4)	865	81	9,4	(7,3-11,4)	1129	208	18,4	(15,6-21,2)
Belo Horizonte	2253	278	12,3	(10,5-14,2)	983	77	7,8	(6,1-9,6)	1270	201	15,8	(13,1-18,5)
Vitória	766	88	11,5	(9,1-13,9)	352	24 <sup>+</sup>	6,8	(3,6-10,0)	414	64	15,5	(12,1-18,8)
Rio de Janeiro	2692	302	11,2	(10,1-12,3)	1096	88	8,0	(6,4-9,7)	1596	214	13,4	(11,9-14,9)
São Paulo	1209	148	12,2	(10,2-14,3)	523	39 <sup>+</sup>	7,5	(5,2-9,7)	686	109	15,9	(12,9-18,9)
Curitiba	2336	296	12,7	(11,2-14,1)	1044	106	10,2	(8,3-12,0)	1292	190	14,7	(12,7-16,7)
Florianópolis	851	151	17,7	(14,3-21,2)	379	40 <sup>+</sup>	10,6	(7,4-13,7)	472	111	23,5	(18,3-28,7)
Porto Alegre	1395	264	18,9	(16,4-21,4)	618	91	14,7	(11,3-18,1)	777	173	22,3	(19,3-25,3)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: <sup>+</sup> O número de entrevistados que referiram ter limitação ou dificuldade para fazer as suas atividades habituais por causa de algum problema de saúde ou incapacitação nesta capital e neste grupo, é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

A avaliação dos dados por faixa etária, apresentada na Tabela 14.5 indica que, conforme esperado, quanto mais elevada a faixa etária, maior é o percentual de indivíduos que referiram ter limitações ou dificuldades para realizar suas atividades, por causa de problemas de saúde. Entre os indivíduos com pelo menos 50 anos, este percentual variou entre 16,3% em Vitória e 30,5% em Natal. Destacamos os percentuais do Rio de Janeiro, cidade que tem a maior proporção de entrevistados com 50 anos ou mais (31,7%), e apresenta o segundo menor percentual de indivíduos que referiram ter aquelas limitações ou dificuldades (19,3%) nesta faixa etária, entre as 16 cidades estudadas.

**Tabela 14.5. Percentual de indivíduos que referiram ter limitação ou dificuldade para fazer as suas atividades habituais por causa de algum problema de saúde ou incapacitação, na população de estudo de 15 anos ou mais, por faixa etária, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003**

Capital	Faixa etária											
	14 a 24 anos				25 a 49 anos				50 anos e mais			
	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>
Manaus	534	56	10,5	(7,7-13,2)	902	113	12,5	(10,6-14,5)	266	64	24,1	(17,0-31,1)
Belém	431	52	12,1	(8,6-15,5)	708	123	17,4	(14,0-20,8)	271	80	29,5	(23,6-35,4)
Fortaleza	647	48 <sup>+</sup>	7,4	(5,2-9,7)	1115	184	16,5	(14,1-18,9)	504	134	26,6	(22,9-30,3)
Natal	240	18 <sup>+</sup>	7,5	(3,8-11,2)	396	56	14,1	(10,5-17,7)	174	53	30,5	(24,2-36,7)
João Pessoa	319	7 <sup>+</sup>	2,2	(0,4-4,0)	619	42 <sup>+</sup>	6,8	(3,6-9,9)	267	44 <sup>+</sup>	16,5	(10,1-22,9)
Recife	248	17 <sup>+</sup>	6,9	(3,1-10,6)	495	57	11,5	(8,8-14,2)	267	81	30,3	(24,1-36,5)
Aracaju	249	19 <sup>+</sup>	7,6	(4,3-11,0)	428	66	15,4	(11,3-19,5)	165	38 <sup>+</sup>	23,0	(15,8-30,3)
Campo Grande	206	23 <sup>+</sup>	11,2	(6,9-15,5)	332	42 <sup>+</sup>	12,7	(8,6-16,7)	159	44 <sup>+</sup>	27,7	(19,9-35,4)
Distrito Federal	597	41 <sup>+</sup>	6,9	(4,6-9,1)	1040	155	14,9	(12,2-17,6)	357	93	26,1	(21,6-30,5)
Belo Horizonte	563	26 <sup>+</sup>	4,6	(2,8-6,5)	1186	125	10,5	(8,3-12,7)	504	127	25,2	(20,5-29,9)
Vitória	199	14 <sup>+</sup>	7,0	(3,6-10,4)	377	43 <sup>+</sup>	11,4	(7,8-15,1)	190	31 <sup>+</sup>	16,3	(11,0-21,6)
Rio de Janeiro	537	22 <sup>+</sup>	4,1	(2,5-5,7)	1302	115	8,8	(7,3-10,4)	853	165	19,3	(16,9-21,8)
São Paulo	326	18 <sup>+</sup>	5,5	(2,9-8,2)	612	69	11,3	(8,6-13,9)	271	61	22,5	(16,9-28,1)
Curitiba	561	41 <sup>+</sup>	7,3	(5,1-9,5)	1266	127	10,0	(8,3-11,7)	509	128	25,2	(21,7-28,6)
Florianópolis	194	16 <sup>+</sup>	8,2	(4,1-12,4)	414	65	15,7	(11,3-20,1)	243	70	28,8	(23,0-34,6)
Porto Alegre	320	34 <sup>+</sup>	10,6	(7,4-13,9)	662	109	16,5	(13,4-19,5)	413	121	29,3	(23,8-34,8)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: <sup>+</sup> O número de entrevistados que referiram ter limitação ou dificuldade para fazer as suas atividades habituais por causa de algum problema de saúde ou incapacitação nesta capital e neste grupo, é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

Quando os dados são analisados por escolaridade (Tabela 14.6), percebemos que, entre os indivíduos que completaram o ensino fundamental, o percentual dos que referem ter limitação ou dificuldade é mais baixo, quando comparado aos indivíduos com menor grau de escolaridade. Somente em Manaus, Belém, Aracaju e Vitória as diferenças entre grupos de escolaridade não foram estatisticamente significativas. Em Belo Horizonte e Porto Alegre encontramos a maior diferença entre os grupos estudados (razão de escolaridade = 2,1).

**Tabela 14.6. Percentual de indivíduos que referiram ter limitação ou dificuldade para fazer as suas atividades habituais por causa de algum problema de saúde ou incapacitação, na população de estudo de 15 anos ou mais, por escolaridade, em 15 capitais brasileiras e DF, 2002-2003**

Capital	Escolaridade – Ensino fundamental							
	incompleto				completo e mais			
	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>
Manaus	731	116	15,9	(12,7-19,1)	958	117	12,2	(9,8-14,7)
Belém	566	125	22,1	(17,7-26,5)	839	128	15,3	(12,2-18,3)
Fortaleza	981	197	20,1	(17,0-23,2)	1258	162	12,9	(11,1-14,7)
Natal	383	73	19,1	(15,0-23,1)	400	45 <sup>+</sup>	11,3	(8,1-14,4)
João Pessoa	555	64	11,5	(7,1-16,0)	642	28 <sup>+</sup>	4,4	(2,3-6,4)
Recife	427	92	21,5	(17,6-25,5)	541	58	10,7	(8,1-13,3)
Aracaju	360	64	17,8	(12,4-23,1)	467	58	12,4	(8,9-15,9)
Campo Grande	256	56	21,9	(16,6-27,1)	409	46 <sup>+</sup>	11,2	(7,6-14,9)
Distrito Federal	707	125	17,7	(14,9-20,4)	1258	154	12,2	(9,8-14,7)
Belo Horizonte	914	162	17,7	(15,2-20,3)	1296	109	8,4	(6,7-10,1)
Vitória	196	31 <sup>+</sup>	15,8	(10,9-20,7)	554	55	9,9	(7,2-12,7)
Rio de Janeiro	789	117	14,8	(12,5-17,1)	1844	171	9,3	(8,0-10,5)
São Paulo	451	73	16,2	(12,6-19,7)	722	72	10,0	(7,8-12,1)
Curitiba	736	125	17,0	(14,3-19,7)	1496	154	10,3	(8,6-11,9)
Florianópolis	264	66	25,0	(19,2-30,8)	559	76	13,6	(9,8-17,4)
Porto Alegre	426	126	29,6	(24,5-34,6)	952	137	14,4	(12,0-16,8)

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: <sup>+</sup> O número de entrevistados que referiram ter limitação ou dificuldade para fazer as suas atividades habituais por causa de algum problema de saúde ou incapacitação nesta capital e neste grupo, é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

## Discussão

Diferente da metodologia adotada na PNAD/1998, na qual um entrevistado avaliava as condições de saúde dos demais moradores do domicílio, neste Inquérito, cada entrevistado avaliou o seu próprio estado de saúde e estas informações geraram os indicadores apresentados nas tabelas expostas nas seções anteriores. Um fator importante na análise da percepção do estado de saúde é que ela pode variar de acordo com as experiências sociais de cada indivíduo e com a disponibilidade dos serviços sociais e de saúde<sup>25</sup>. Esses aspectos não foram considerados nesta análise e podem influenciar, por exemplo, as diferenças observadas entre cidades e regiões do Brasil.

A maioria dos resultados relativos à percepção de saúde e condição funcional aqui encontrados, quando avaliados segundo sexo, faixa etária e escolaridade, apresentam um comportamento semelhante ao encontrado em outros estudos realizados no Brasil<sup>7 20</sup> e no exterior<sup>12 15 26 27</sup>.

A análise da percepção do estado de saúde mostrou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, em algumas cidades estudadas ( $\alpha = 0,05$ ), sendo que em quinze das dezesseis cidades, as mulheres referem, com mais frequência, piores condições quando comparadas aos homens. Este resultado está de acordo com o obtido na comparação dos resultados da PNAD/1998 e do NHIS/1996<sup>20</sup>, que mostrou, em linhas gerais, que os homens se declaram em melhores condições de saúde do que as mulheres.

A avaliação dos resultados por faixa etária mostra que, quanto mais avançada a idade, maior é o percentual de indivíduos que referiram mais incapacidade e regular ou ruim estado de saúde. Observamos também que o percentual de homens que referiram piores condições de saúde é inferior ao percentual de mulheres em quase todas as faixas. Este comportamento é observado no Brasil e nos Estados Unidos. As exceções referem-se à faixa etária extrema, correspondente aos muito idosos (80 anos e mais)<sup>20</sup>.

Neste trabalho, a escolaridade é utilizada como *proxy* da condição socioeconômica individual e os resultados apresentados, segundo esta variável, indicam que, quanto menor a escolaridade, maior é o percentual de indivíduos que referem ter piores condições de saúde nas 16 cidades estudadas. Essas diferenças podem ser explicadas por diversos fatores, incluindo-se a condição socioeconômica, estilo de vida, exposições ambientais diferenciadas, discriminação social e acesso à atenção à saúde. Nos Estados Unidos, o mesmo comportamento foi observado nos últimos anos, conforme publicado nos relatórios do *National Center for Health Statistics*<sup>27</sup>.

É importante lembrar que a maior prevalência de limitações físicas em uma cidade ou região comparada a outra reflete um conjunto de fatores, entre os quais destaca-se a estrutura etária da população. Sendo assim, mais do que um indicador do grau de atenção à saúde, essa medida aponta para a necessidade de enfrentamento de um problema de saúde pública emergente que tende a aumentar, devido ao envelhecimento da população.

A coleta direta e sistemática de informações relacionadas à percepção de saúde e à condição funcional deve ser estimulada no Brasil, dado que estas informações podem subsidiar a identificação e a formulação de novas propostas, para que sejam melhoradas as condições de vida da população.

## Referências bibliográficas

- <sup>1</sup> BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento de População e Indicadores Sociais. Divisão de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050-Revisão 2000**. Disponível em: [http://www2.ibge.gov.br/pub/Estimativas\\_Projecoes\\_Populacao/Estimativas\\_2000/UF\\_Município.zip](http://www2.ibge.gov.br/pub/Estimativas_Projecoes_Populacao/Estimativas_2000/UF_Município.zip). Acesso em: 05 ago. 2004.
- <sup>2</sup> HRQOL measures can help track health as population ages. **Chronic Disease Notes & Reports**, v.16, n.1, winter 2003.
- <sup>3</sup> GOMES, K. R. O.; TANAKA, A. C. d'A. Reported morbidity and use of health services by working women, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.1, p.75-82, feb., 2003.

- <sup>4</sup> RIES, P. **Americans assess their health: United States, 1987.** (Vital and Health Statistics Series 10, n. 174).
- <sup>5</sup> BRUIN, A.; PICAUVET, H. S. J.; NOSSIKOV, A. **Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments.** 1996. (WHO Regional Publications Europeans Series N°. 58).
- <sup>6</sup> MACKENBACH, J. P. et al. The determinants of excellent health: different from the deteminants of ill-health? **International Journal of Epiddemiology**, v.23, n.6, p.1273-1281, 1994.
- <sup>7</sup> PINHEIRO, R. S. et al. Sexo, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.687-707, 2002.
- <sup>8</sup> MACINTYRE, S.; FORD, G.; HUND, K. Do women “over-report” morbidity? Men’s and women’s responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. **Social Science and Medicine**, v.48, p.89-98, 1999.
- <sup>9</sup> RESTREPO, H. E. Epidemiologia y control del cáncer de la mujer en América Latina y del Caribe. In: GÓMEZ, E. (Ed.). **Genero, mujer e salud en las Américas.** Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1993. p. 98-113. (OPS-Publicación Científica, 541).
- <sup>10</sup> BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo.** 3. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1989.
- <sup>11</sup> LEPARGNEUR, H. O novo quadro mundial da mulher. **Mundo Saúde**, v.23, p.69-78, 1999.
- <sup>12</sup> MACINTYRE, S.; HUNT, K.; SWEETING, H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? **Social Science and Medicine**, v.42, n.4, p.617-624, 1996.
- <sup>13</sup> BIRD, C. E.; RIEKER, P. P. Gender matters: an integrated model for understanding men’s and women’s. **Social Science and Medicine**, v.4, p.745-755, 1999.
- <sup>14</sup> VERBRUGGE, L. M. The Twain meet: empirial explanations of sex differences in health and mortality. **Journal of Health and Social Behaviour**, v.30, p.282-304, 1989.
- <sup>15</sup> VERBRUGGE, L. M.; WINGARD, D. L. Sex differentials in health and mortality. **Women & Health** v.12, n.2, p.103-145.
- <sup>16</sup> LETHBRIDGE-ÇEIKU, M.; SCHILLER, J. S.; BERNADEL, L. **Summary health statistics for U.S. Adults: National Health Interview Survey.** [S.l]: National Center for Health Statistics, 2002.. (Vital Health Stat 10, n.222). 2004.
- <sup>17</sup> LETHBRIDGE-ÇEIKU, M; SCHILLER, J. S.; BERNADEL, L. **Summary Health Statistics for the U.S. Population: National Health Interview Survey, 2002.** National Center for Health Statistics. 2004. (Vital Health Stat 10, n.220).
- <sup>18</sup> BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde.** Rio de Janeiro, IBGE/CDDI, 2000.

- <sup>19</sup> CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Center for Health Statistics. **Health, United States, 1995**. Hyattsville, Maryland: Public Health Service, 1996
- <sup>20</sup> BELTRÃO, K. I.; SUGAHARA, S. Comparação de informações sobre saúde das populações brasileira e norte-americana baseada em dados da PNAD/98 e NHIS/96. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.7, n.4, p.841-867, 2002.
- <sup>21</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mega country health promotion network: behavioural risk factor surveillance guide**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/brfs/Docs/MegaCountrySurveillanceGuide.pdf>> Acesso em: 05 jul. 2004.
- <sup>22</sup> CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Behavioral risk factor surveillance system survey questionnaire**. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2004.
- <sup>23</sup> PLAN and operation of the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-94. Series 1 programs and collection procedures. *Vital Health Stat.*, v. 1, n.32, p.1-407, 1994.
- <sup>24</sup> CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Behavioral risk factor surveillance system survey questionnaire**. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2004.
- <sup>25</sup> CAVELAARS, A. E. J. M. et al. Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 Western European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v.52, p.219-227, 1998.
- <sup>26</sup> KROLSTAD, S.; KUNST, A. E.; WESTIN, S. Trends in health inequalities by educational level in a Norwegian total population study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v.56, n.5, p.375-80, may, 2002.
- <sup>27</sup> CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Center for Health Statistics. **Health, United States, 1998 with socioeconomic status and health chartbook**. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics, 1998.