

Autopercepção de saúde e características clínicas em adultos jovens escolares de um interior do nordeste brasileiro

SELF-PERCEIVED HEALTH AND CLINICAL CHARACTERISTICS IN YOUNG ADULT STUDENTS FROM THE BRAZILIAN NORTHEAST

AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN ESTUDIANTES JÓVENES ADULTOS DE UNA PARTE DEL INTERIOR DEL NORDESTE BRASILEÑO

Thereza Maria Magalhães Moreira¹, Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago², Gizelton Pereira Alencar³

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação entre a situação socioeconômica, as características clínicas referidas e o histórico de doença cardiovascular familiar, com a Autopercepção da saúde de escolares adultos jovens e suas implicações nas características clínicas observadas. **Método:** Estudo analítico desenvolvido com 501 adultos jovens escolares de um interior do Nordeste brasileiro. Utilizou-se a regressão logística binária. **Resultados:** O modelo final explicou 83,3% da autopercepção de saúde positiva, confirmando associação da Autopercepção de saúde com sexo masculino, moradia em comunidade, ter estilo de vida excelente/muito bom e não ter ou não saber que tem casos de AVC na família. **Conclusão:** A percepção de saúde muitas vezes foi otimista, necessitando-se identificar os dispositivos a serem trabalhados para aproximar a sua percepção de sua real condição de saúde, aumentando a eficácia das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais.

DESCRITORES

Doenças cardiovasculares
Fatores de risco
Adulto jovem
Estudantes
Promoção da saúde
Enfermagem em saúde pública

ABSTRACT

Objective: To analyze the association between socioeconomic situation, clinical characteristics referred and the family history of cardiovascular disease, with the Self-perceived health of young adults education and their implications for clinical characteristics observed. **Method:** Analytical study conducted with 501 young adults who are students in countryside city in the Brazilian Northeast. We used binary logistic regression. **Results:** The final model explained 83.3% of the self-perceived positive health, confirming the association of Self-perceived health with male, residence in the community, have excellent/very good lifestyle and does not have or do not know that there are cases of stroke in the family. **Conclusion:** Health perception was often optimistic, being important to identify devices to be worked closer to their perception of their actual health condition, increasing the effectiveness of health promotion activities undertaken by professionals.

DESCRIPTORS

Cardiovascular diseases
Risk factors
Young adult
Students
Health promotion
Public health nursing

RESUMEN

Objetivo: Analizar la asociación entre la situación socioeconómica, los rasgos clínicos mencionados y los antecedentes de enfermedad cardiovascular familiar, con la auto-percepción de la salud de estudiantes adultos jóvenes y sus implicaciones en las características clínicas observadas. **Método:** Estudio analítico desarrollado con 501 estudiantes jóvenes adultos de una parte del interior del Nordeste brasileño. Se utilizó la regresión logística binaria. **Resultados:** El modelo final explicó el 83,3% de la auto-percepción de salud positiva, confirmando la asociación de la Autopercepción de salud con sexo masculino, vivienda en comunidad, tener estilo de vida excelente/muy bueno y no tener o no saber que hay casos de AVC en la familia. **Conclusión:** La percepción de salud a menudo fue optimista, necesitando identificarse los dispositivos que se deben trabajar para acercar la percepción de su real condición de salud, incrementando la efectividad de las acciones de promoción de la salud desarrolladas por los profesionales.

DESCRIPTORES

Enfermedades cardiovasculares
Factores de riesgo
Adulto joven
Estudiantes
Promoción de la salud
Enfermería en salud pública

¹ Docente do Programa Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde e do Programa Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

² Doutoranda do Programa Cuidados Clínicos em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. ³ Estatístico, Adjunto do Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A literatura apresenta fortes evidências no sentido de que as Doenças Cardiovasculares (DCV) manifestadas na idade adulta resultam de complexa interação entre uma variedade de fatores de risco que podem ter origem na infância e na adolescência⁽¹⁻²⁾. Detectar precocemente a presença de fatores de risco no jovem possibilita o planejamento e a implementação de programas intervencionistas preventivos direcionados à redução da probabilidade de manifestação das DCV no futuro.

A agregação desses fatores relacionados ao tempo leva ao desenvolvimento de alterações cardiovasculares ainda na população de adultos jovens (20-24 anos), fato comprovado em alguns estudos⁽³⁻⁴⁾. Além disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁽⁵⁾ estimam que a exposição a fatores de risco cardiovascular (FRCV) levará a 36 milhões de mortes prematuras até 2015, com especial atenção aos países em desenvolvimento.

Prevenir primariamente, detectar precocemente e controlar os FRCV é a aposta para evitar/diminuir a progressão das DCV e suas complicações, subsidiando a prevenção secundária⁽³⁾. A literatura, entretanto, é escassa no que tange a artigos sobre a saúde do adulto jovem. Para melhor prevenir estas e outras doenças, seria necessário conhecer a autopercepção de saúde dessa clientela e seus fatores intervenientes, o que facilitaria a abordagem de ações de educação em saúde.

A Autopercepção de saúde, ou a forma como a pessoa percebe sua saúde pode ser mensurada por meio de uma pergunta simples, com opção de resposta em quatro escalas (excelente, boa, regular e ruim). Adicionada à vantagem de aplicabilidade, esta estratégia para levantamento de informação acerca da saúde pode ser útil para complementar dados derivados da fase diagnóstica em programas para promoção da saúde. A associação da percepção de saúde com indicadores de mortalidade e saúde tem sido reportada para diferentes populações⁽⁶⁾.

A experiência há mais de 15 anos no trato com doenças crônicas a partir dos 40 anos de idade tem mostrado que, mesmo na presença de autopercepção de saúde negativa, não se modifica o estilo de vida porque este já está consolidado no indivíduo, sendo raros e complexos os processos de reversão desse quadro. Mas e nos adultos jovens? Será que neles uma autopercepção de saúde positiva estaria relacionada a um estilo de vida positivo? Frente a esta realidade, foi desenvolvido um modelo estatístico de associação da autopercepção de saúde em escolares adultos jovens.

Foram pressupostas relações entre as variáveis do estudo (Situação Socioeconômica-SSE, Características Clínicas Referidas-CCr e Histórico Familiar de Doença

Cardiovascular-DCV-f) e Autopercepção de Saúde, bem como a associação desta com Características Clínicas Observadas-CCo *[[Presença de Elevação Pressórica-PAS+ e PAD+]], [Exames (Hiperglicemia-Glic+ e Hipercolesterolemia-Col+)]; [Índice de Massa Corpórea e Circunferência Abdominal (Sobrepeso-Sp+ e Obesidade-Ob+)]*. Os resultados gerados poderão subsidiar ações de promoção da saúde junto à clientela.

O objetivo do estudo foi analisar a associação entre Situação Socioeconômica (SSE), Características Clínicas Referidas (CC-r) e Histórico de Doença Cardiovascular Familiar (DCV-f) com Autopercepção da Saúde de escolares adultos jovens de um interior do Nordeste brasileiro e suas implicações nas Características Clínicas Observadas (CC-o).

MÉTODO

Trata-se de estudo analítico, quantitativo, desenvolvido com o público estudantil adulto jovem (20-24 anos) de um interior cearense, com a coleta de dados realizada entre dezembro de 2011 e maio de 2012.

O local da pesquisa compreendeu uma cidade localizada na Região Metropolitana de Fortaleza, com 206.000 habitantes⁽⁷⁾. Trata-se de região urbana com grande quantidade de indústrias, que possui a segunda maior receita orçamentária do Ceará e 93% de cobertura da Estratégia Saúde da Família. Sua escolha se deu devido ao fato de se tratar de um município com população representativa para dados estatísticos e premiado nacionalmente na área de atenção à saúde do adolescente e adulto jovem, além de ter o programa de saúde do escolar implantado. A região dispõe de 16 escolas estaduais de ensino médio e 43 municipais com Ensino de Jovens e Adultos (EJA), todas participantes do estudo.

A amostra para população infinita teve prevalência de 50% para autopercepção positiva de saúde, pela inexistência de estudos de prevalência no município com a população em questão, e erro de 5%⁽⁸⁾. Estimou-se a amostra em 384, acrescentando-se 30% ao total para eventuais desistências ou *missing*, totalizando 500 pessoas, sendo 501 os pesquisados por conveniência e estratificados por escola. Foi critério de inclusão na amostra: ter entre 20 e 24 anos e estar matriculado nas escolas pesquisadas. E de exclusão, a ausência nos dias da coleta.

Sobre a coleta de dados, esta foi pensada em três fases: 1) sensibilização e seleção dos participantes por escola; 2) aplicação de questionário para a coleta de dados referente às seguintes variáveis: Situação Socioeconômica-SSE, Características Clínicas Referidas-CCr, Histórico Familiar de Doença Cardiovascular-DCV-f e Autopercepção de Saúde; e 3) realização de exames para obtenção de dados sobre

Características Clínicas Observadas-CCo *[[Presença de Elevação Pressórica-PAS+ e PAD+]], [Exames bioquímicos (Hiperglicemia-Glic+ e Hipercolesterolremia-Col+)]; [Índice de Massa Corpórea e Circunferência Abdominal (Sobrepeso-Sp+ e Obesidade-Ob+)]*.

Na primeira fase, mostrou-se a temática e os objetivos do estudo à Secretaria de Educação do Município e Secretaria de Saúde, seguido dos diretores das escolas. De posse das listagens com os nomes e as idades dos alunos por turma e escola, visitaram-se escolas e cada sala com alunos na faixa etária desejada. Em cada sala, explicava-se a pesquisa e seu propósito, nomeando os candidatos em potencial para a amostra. Aqueles que anuíram com a pesquisa, foram retirados para uma sala separada para o estudo. Lá foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE, e explicada novamente a pesquisa e, após assinatura do TCLE, realizada a aplicação do questionário (fase 2). Ao final de seu preenchimento, os alunos foram encaminhados para outra sala para verificar peso, altura, pressão arterial e exames de glicemia e colesterol (fase 3). A não aceitação em participar e/ou desistência, seguiu-se com substituição do estudante, adotando-se os mesmos critérios.

Portanto, a segunda fase da coleta de dados abrangeu o preenchimento de um questionário sobre: 1) Situação Socioeconômica-SSE: renda, escolaridade dos pais e se mora em região de favela; 2) Características Clínicas Referidas-CCr: se tem ou não hipertensão e/ou diabetes; e 3) Presença de Doença Cardiovascular Familiar (DCV-f): casos de hipertensão arterial, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, diabetes ou hipercolesterolemia na família. Também foi aplicado o instrumento Estilo de Vida Fantástico e um instrumento para averiguar Autopercepção de saúde, mensurada por meio de uma pergunta, com opção de resposta em quatro escalas (excelente, boa, regular e ruim).

Na terceira fase da coleta de dados, os indicadores bioquímicos de glicemia, colesterol total, HDL foram avaliados após coleta de sangue capilar, considerando a técnica asséptica e uso de equipamentos de proteção individual (EPI) com descarte apropriado dos perfurocortantes.

A Presença de Elevação Pressórica (PA+) foi checada na aferição da pressão arterial. Esta foi registrada em dois momentos subsequentes no mesmo dia, por não se tratar de definição diagnóstica. O método foi o indireto, com técnica auscultatória e esfigmomanômetro aneróide calibrado pelo *inmetro*. A técnica de verificação e avaliação das cifras pressóricas seguiu o protocolo recomendado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão⁽⁹⁾.

Foi verificada a glicemia capilar pós-prandial após, pelo menos, duas horas da alimentação, sendo a glicemia de jejum inviável por ser a coleta à noite. A Obesidade (Ob)/Sobrepeso foi verificada com base no índice de massa

corpórea, calculada pelo peso corpóreo em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros, e na circunferência abdominal.

Sobre as medidas antropométricas, para altura, os examinados permaneceram de pé, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo e sem sapatos, de frente para o examinador e utilizando-se fita métrica metálica da balança antropométrica. A medida da Circunferência Abdominal (CA) foi realizada com fita métrica inextensível e com a roupa afastada, localizando-se a fita no ponto médio entre a crista ilíaca anterior superior e a última costela, sendo os valores normais considerados em 88 cm e 102 cm, para mulheres e homens respectivamente⁽⁹⁾. O peso foi determinado em balança antropométrica para adultos, calibrada, com o participante em pé e os braços junto ao corpo com o menor peso de roupa possível e sem sapatos.

Na análise, o teste X² foi utilizado inicialmente para variáveis preditoras categóricas, entrecruzadas com Autopercepção de saúde, seguido de regressão logística binária.

Este projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob o processo de número 11044795-6, em atendimento à Resolução 466 de 2012⁽¹⁰⁾. O Projeto foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq.

RESULTADOS

Ao se pensar a melhor forma de cuidar de uma clientela, faz-se pertinente conhecer suas características, essencial para observar as vulnerabilidades às quais está exposta.

Sobre a autopercepção de saúde, mais da metade (57,9%) considerou-a boa (11,0%) ou ótima (46,9%), denotando autopercepção positiva de saúde. Porém, 42,1% demonstrou autopercepção negativa de saúde, sendo que 36,9% conceituaram-na como regular e 5,2% como ruim. Assim, a autopercepção de saúde foi positiva para 290 escolares (57,9%) e negativa para 211 (42,1%).

A análise univariada da Situação Socioeconômica (SSE) da clientela revelou que quase a metade dos pesquisados tinha 20 anos (48,6%) e pouco mais da metade era do sexo feminino (50,9%). A maioria pertencia ao estado civil solteiro (76,2%) e não tinha filhos (76,6%), embora 110 (21,9%) os tivessem em número que variou de 1 a 4, sendo mais frequente ter um filho (73; 14,6%). Pouco mais de um terço se autodeterminou da raça mestiça (36,7%). Foi possível também observar que 75,8% tinham renda mensal familiar de até dois salários e somente 7,8% afirmaram morar em favelas. Sobre a escolaridade, foi predominante o do segundo ou terceiro anos do ensino médio (32,1% e

38,1%, respectivamente). Finalmente, sobre a escolaridade familiar, mais de três quartos dos pais (39,2%) tinha até ensino fundamental e mais de um quarto das mães (21,0%) tinha ensino médio.

Nas Características Clínicas Referidas (CC-r), apesar dos poucos casos de HAS e DM, mais de um terço não sabia se tinha hipertensão e 43,1% não sabiam se tinha diabetes. Já na Presença de Doença Cardiovascular Familiar (DCV-f), a análise univariada revelou que, do total, 303 (60,5%) relataram casos de HAS na família, 237 (47,3%) de diabetes, 187 (37,3%) de doença cardíaca, 91 (18,2%) de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 49 (9,8%) casos de infarto agudo do miocárdio. Além disto, apesar de não serem *doenças* cardiovasculares, mas pela sua contribuição para ela, foi questionado sobre obesidade e dislipidemia familiares, sendo relatados 145 (28,9%) e 175 (34,9%) casos, respectivamente. Os parentescos mais relatados foram pais, irmãos, tios e avós.

Sobre as Características Clínicas Observadas (CC-o), a análise univariada revelou que, ao serem examinados, os pesquisados apresentaram quase a totalidade de PAS e PAD normal (93% e 93,4%, respectivamente). Sobre o IMC, mais de um terço deles estava com sobrepeso/obesidade (35,7%). Destes, 129 (25,7%) tinham sobrepeso e 50 (9,98%) a obesidade. Dos obesos, 35 (7%) tinham obesidade grau I, onze (2,2%) grau II e quatro (0,8%) o grau III ou obesidade mórbida. Sobre glicemia, quase a totalidade apresentou-se dentro dos limites de normalidade e apenas 17 (3,4%) apresentaram-na alterada (>139 mg/dL). No tocante ao colesterol total, quase 90% estava dentro do limiar considerado normal (<200mg/dL) e 43 (8,6%) apresentaram alterações.

A seguir, passar-se-á, à análise da Auto percepção de Saúde como desfecho, tomando como preditora, inicialmente, a **Situação socioeconômica-SSE** dos participantes do estudo.

Tabela 1 – Situação sociodemográfica (SSE) e Auto percepção de Saúde – Maracanaú, CE, Brasil, 2012

Variáveis predictoras	Desfecho: Auto percepção de saúde		Total	p
	Positiva	Negativa		
Sexo (n=499)				<0,001*
Masculino	163	81	244	
Feminino	125	130	255	
Estado Civil (n=497)				0,026*
Solteiro/Separado	235	153	388	
Casado/União estável	53	56	109	
Filhos (n=492)				0,181*
Sim	56	52	108	
Não	228	156	384	
Trabalho remunerado (n=482)				0,68
Sim	177	127	304	
Não	103	75	178	
Renda mensal familiar (n=499)				0,907
Até dois salários mínimos-SM	232	168	400	
Mais que dois SM	56	43	99	
Escolaridade paterna (n=454)				0,397
Até Ensino fundamental	181	144	325	
Ensino médio	62	42	104	
Ensino superior	17	8	25	
Escolaridade materna (n=492)				0,636
Até Ensino fundamental	205	157	362	
Ensino médio	65	40	105	
Ensino superior	16	9	25	
Mora em favela (n=501)				0,060*
Sim	17	22	39	
Não	273	189	462	

Considerando o padrão inicial de 0,2 para significância estatística apresentaram associação estatística com Auto-percepção de saúde no item Situação sociodemográfica (SSE) as variáveis sexo ($p < 0,001$), estado civil ($p = 0,026$), filhos ($n = 0,181$) e não morar em favela ($0,060$).

A seguir, será verificada a associação do desfecho Auto-percepção de Saúde com as Características Clínicas Referidas (CC-r).

Na Tabela 2, apresentaram associação estatística com Auto-percepção de saúde (significância estatística maior que 0,2) as variáveis predictoras ter hipertensão ($p = 0,041$) e/ou diabetes ($p = 0,024$), algum profissional de saúde ter dito que o pesquisado tinha HAS ($p = 0,014$), dislipidemia ($p = 0,024$), hiperglicemia/diabetes ($p = 0,024$) ou sobrepeso/obesidade ($p = 0,011$), além do estilo de vida ($p = 0,005$).

Tabela 2 – Características Clínicas Referidas (CC-r) e Auto-percepção de Saúde – Maracanaú, CE, Brasil, 2012

Variáveis predictoras	Desfecho: Auto-percepção de saúde		Total	p
	Positiva=1	Negativa=2		
Você tem hipertensão? (n=501)				0,041*
Sim	3	5	8	
Não	194	119	313	
Não sei	93	87	180	
Você tem diabetes? (n=499)				0,024*
Sim	4	1	5	
Não	171	103	274	
Não sei	113	107	220	
Fez ou faz tratamento para HAS? (n=501)				0,975
Sim	7	5	12	
Não	283	206	489	
Fez ou faz tratamento para DM? (n=501)				0,661
Sim	4	2	6	
Não	286	209	495	
Algum profissional de saúde disse que você tem HAS? (n=501)				0,014*
Sim	2	8	10	
Não	288	203	491	
Algum profissional de saúde disse que você tem dislipidemia? (n=501)				0,024*
Sim	4	10	14	
Não	286	201	487	
Algum profissional de saúde disse que você tem hiperglicemia/diabetes? (n=501)				0,024*
Sim	4	10	14	
Não	286	201	487	
Algum profissional de saúde disse que você tem sobrepeso/obesidade? (n=501)				0,011*
Sim	21	30	51	
Não	269	181	450	
Estilo de Vida Fantástico (EVF) (n=364)				0,005*
Excelente e Muito bom	23	31	54	
Bom	93	77	170	
Regular e Necessita melhorar	94	46	140	

Veja-se a seguir a Presença de Doença Cardiovascular Familiar (DCV-f) e sua associação com Auto-percepção de Saúde.

A Tabela 3 denota que no item Doença Cardiovascular Familiar (DCV-f) apresentaram associação estatística

com Auto-percepção de saúde as variáveis presença familiar de hipertensão ($p = 0,083$), diabetes ($p = 0,089$), doença cardíaca ($p = 0,021$), AVC ($p < 0,001$) e infarto ($p = 0,001$). O sobrepeso/obesidade materno teve p aproximado de 5% ($p = 0,054$) e foi mantido no modelo.

Tabela 3 – Presença de Doença Cardiovascular Familiar (DCV-f) e Autopercepção de Saúde – Maracanaú, CE, Brasil, 2012

Variáveis predictoras	Desfecho: Autopercepção de saúde		Total	p
	Positiva=1	Negativa=2		
Sobrepeso/Obesidade paterna (n=466)				0,366
Baixo peso	10	8	18	
Peso normal	218	145	363	
Sobrepeso/Obesidade	44	41	85	
Sobrepeso/Obesidade materna (n=501)				0,054*
Baixo peso	12	9	21	
Peso normal	211	133	344	
Sobrepeso/Obesidade	67	69	136	
Hipertensão na família (n=501)				0,083*
Sim	164	139	303	
Não	70	36	106	
Desconhece	56	36	92	
DM na família (n=501)				0,089*
Sim	132	105	237	
Não	114	64	178	
Desconhece	44	42	86	
Doença cardíaca na família (n=501)				0,021*
Sim	104	84	188	
Não	131	71	202	
Desconhece	55	56	111	
AVC na família (n=501)				<0,001*
Sim	34	57	91	
Não	197	93	290	
Desconhece	59	61	120	
Caso de infarto na família (n=501)				0,001*
Sim	20	29	49	
Não	211	121	332	
Desconhece	59	61	120	
Colesterol alto em membros familiares (n=501)				0,331
Sim	98	77	175	
Não	119	73	192	
Desconhece	73	61	134	

A seguir, na Tabela 4, serão expostas as Características Clínicas Observadas (CC-o).

Na Tabela 4, encontrou-se associação estatística positiva

($p \leq 0,2$) com Autopercepção de saúde nas variáveis Circunferência abdominal ($p=0,088$ em mulheres e $0,104$ em homens), pressão arterial sistólica ($p=0,092$) e Índice de Massa Corpórea-IMC ($p=0,002$).

Tabela 4 – Características Clínicas Observadas (CC-o) e Autopercepção de Saúde – Maracanaú, CE, Brasil, 2012

Variáveis predictoras	Desfecho: Autopercepção de saúde		Total	P
	Positiva=1	Negativa=2		
Glicemia (n=501)				0,936
Normal	280	204	484	
Alterada	10	7	17	
Circunferência abdominal-CA				
Mulheres (n=255)				0,088*
Normal	105	98	203	
Alterada	20	32	52	

Continua...

Continuação...

Variáveis predictoras	Desfecho: Autopercepção de saúde		Total	P
	Positiva=1	Negativa=2		
Homens (n=244)				0,104*
Normal	157	74	231	
Alterada	6	7	13	
Pressão Arterial Sistólica-PAS (n=501)				0,092*
Normal	275	192	467	
Alterada	15	19	34	
Pressão Arterial Diastólica-PAD (n=501)				0,585
Normal	270	199	469	
Alterada	20	12	32	
IMC (n=501)				0,002*
Baixo peso	12	16	28	
Normal	189	105	294	
Sobrepeso/Obesidade	89	90	179	

De posse das variáveis que apresentaram significância estatística quando entrecruzadas com a Autopercepção de Saúde, foram construídos e testados em regressão logística binária modelos com blocos de variáveis.

Tabela 5 – Autopercepção de Saúde e variáveis intervenientes – Maracanaú, CE, Brasil, 2012

Variáveis	p	Odds ajust	Ic 95%
Bloco 1 Sexo masculino	0,000*	0,478	[0,327 - 0,697]
SSE Estado civil solteiro, viúvo ou divorciado	0,108	0,68	[0,424 - 1,089]
Filho	0,886	0,966	[0,599 - 1,556]
Mora em favela	0,024*	2,19	[1,111 - 4,314]
Bloco 2 Hipertensão sim	0,862	0,824	[0,092 - 7,352]
CCr Hipertensão não	0,288	0,756	[0,452 - 1,266]
Hipertensão desconhece	0,568		
Diabetes sim	0,233	0,181	[0,011 - 3,010]
Diabetes não	0,276	0,758	[0,461 - 1,247]
Diabetes desconhece	0,31		
Profissional de saúde disse que você tem hipertensão	0,426	2,237	[0,308 - 16,235]
Profissional de saúde disse que você tem dislipidemia	0,45	1,837	[0,380 - 8,888]
Profissional de saúde disse que você tem hiperglicemia/diabetes	0,145	3,424	[0,654 - 17,924]
Profissional de saúde disse que você tem sobrepeso/obesidade	0,236	1,52	[0,760 - 3,038]
Estilo de vida Excelente e Muito bom	0,006*	2,549	[1,315 - 4,944]
Estilo de vida Bom	0,055*	1,597	[0,989 - 2,580]
Estilo de vida Regular e Precisa melhorar	0,015*		
Bloco 3 Mãe obesa sim	0,419	0,665	[0,247 - 1,790]
DCVf Mãe obesa não	0,143	0,729	[0,477 - 1,113]
Mãe obesa não sabe	0,317		
Hipertensão na família sim	0,133	1,539	[0,877 - 2,702]
Hipertensão na família não	0,382	1,362	[0,681 - 2,727]
Hipertensão na família não sabe	0,319		
Cardiopatía na família sim	0,319	0,738	[0,417 - 1,306]
Cardiopatía na família não	0,388	0,765	[0,417 - 1,406]
Cardiopatía na família não sabe	0,568		
AVC na família sim	0,199	1,492	[0,811 - 2,745]

Continua...

Continuação...

Variáveis	p	Odds ajust	Ic 95%
AVC na família não	0,016*	0,518	[0,304 - 0,883]
AVC na família não sabe	0,000*		
Diabetes na família sim	0,698	0,896	[0,513 - 1,564]
Diabetes na família não	0,766	0,912	[0,496 - 1,677]
Diabetes na família não sabe	0,927		
Infarto na família sim	0,197	1,643	[0,773 - 3,491]
Infarto na família não	0,542	0,848	[0,499 - 1,440]
Infarto na família não sabe	0,155		
Bloco 4 Circunferência abdominal aumentada	0,038*	0,536	[0,298 - 0,966]
CCo Pressão arterial sistólica normal	0,186	0,616	[0,301 - 1,262]
IMC (Baixo peso)	0,234	1,658	[0,721 - 3,811]
IMC (Normal)	0,126	0,711	[0,459 - 1,101]
IMC (Sobrepeso/Obesidade)	0,054		

Na Tabela 5 é possível visualizar que sexo masculino ($p < 0,001$), não morar em favela ($p = 0,024$), estilo de vida (excelente e muito bom, bom, regular e necessita melhorar), AVC familiar (sim, não e não sabe) e circunferência abdominal aumentada apresentaram significância estatística e permaneceram no modelo final, que explicou 83,3% da autopercepção de saúde positiva, mas não foi bom para elucidar a negativa (49,4%), totalizando 68,9% da explicação da autopercepção de saúde em geral.

A medida Hosmer e Lemeshow de ajuste geral indica não haver diferença estatisticamente significativa entre as classificações observadas e previstas para todos os modelos com duas ou mais variáveis. Este valor mede a correspondência dos valores efetivos e previstos da variável dependente. O melhor ajuste do modelo é indicado por uma diferença menor na classificação observada e prevista. Um bom ajuste de modelo é indicado por um valor qui-quadrado não significativo⁽¹¹⁾. No caso em tela, o teste de Hosmer e Lemeshow apresentou qui-quadrado de 9,035, sendo não significativo ($p = 0,339$).

Finda a análise multivariada, vê-se que foi confirmada a associação estatística da Autopercepção de saúde com sexo masculino ($p < 0,001$, odds ajustado de 0,454 e intervalo variando entre 0,288 a 0,715), não morar em favela ($p = 0,020$, odds ajustado de 2,611 e intervalo variando entre 1,164 a 5,856), ter um estilo de vida excelente ou muito bom ($p < 0,048$, odds ajustado de 2,015 e intervalo variando entre 1,007 a 4,031) e não ter ou não saber que tem casos de AVC na família ($p = 0,015$, odds ajustado de 0,513 e intervalo variando entre 0,3 a 0,879).

DISCUSSÃO

O comportamento dos indivíduos pode criar riscos ou benefícios para sua saúde. Sua opção por agir de uma ou outra forma parece estar influenciada pela autopercepção de sua saúde, ou seja, por como o indivíduo acredita estar a sua saúde.

No caso em tela, viu-se uma primazia sobre a auto-percepção positiva de saúde (290; 57,9%) nos escolares adultos jovens em relação à negativa (211; 42,1%), que foi preponderante no sexo masculino, nos escolares adultos jovens que referiram morar em favela, naqueles que têm um estilo de vida excelente ou muito bom e nos adultos jovens que não têm ou não sabem que têm casos de AVC na família. Muitos estudos têm mostrado que a autopercepção de saúde é útil para complementar diagnósticos e mostrar a aderência a certos tratamentos de saúde, uma vez que determinadas sensações do paciente não são captadas em exames usuais⁽¹²⁻¹³⁾.

A autopercepção de saúde contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional⁽¹⁴⁾. Além disto, é considerada um indicador de mortalidade, ou seja, as pessoas que relatam a sua saúde como sendo pobre apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas de morte em comparação àquelas que relatam ter uma saúde excelente⁽¹⁵⁾. Estudo realizado no Canadá denotou que as condições físicas estiveram fortemente relacionadas à percepção de saúde⁽¹⁶⁾. Assim, vê-se que a autopercepção de saúde relaciona-se fortemente com o estado real ou objetivo de saúde das pessoas e pode ser encarada como uma representação das avaliações objetivas de saúde.

Sobre o sexo masculino, a política brasileira de saúde do homem veio sanar em 2009 uma lacuna histórica na qual eles não recebiam a devida atenção do sistema de saúde. Isso pode ter contribuído para que manifestassem mais que o sexo feminino uma percepção positiva de saúde. Além disto, na faixa etária em estudo não aparecem muitos agravos à saúde, o que intensifica esta concepção. Nas idades mais avançadas (≥ 60 anos), verifica-se que as chances de autopercepção negativa de saúde é maior em mulheres que em homens⁽⁶⁾, demonstrando que as condições de percepção de saúde permanecem as mesmas com o passar dos anos. Estudo evidenciou que homens percebem menos sua saúde

como ruim quando comparados às mulheres, o que também afeta sua utilização dos serviços de saúde⁽¹⁷⁾.

Não morar em comunidade (favela) mostrou-se associado à boa percepção de saúde. É possível que haja relação com o pequeno percentual de pessoas que afirmou ali morar, o que pode ser decorrente da inibição em assumir morar em um lugar carente ou de dissonância na concepção do que seria uma comunidade dessa natureza, pois, pelas rendas referidas, este percentual pode ser maior.

Um estudo que avaliou autopercepção de saúde com usuários da atenção primária constatou que a autopercepção de saúde positiva foi mais presente em indivíduos de classe social média alta, ou seja, residentes em regiões chamadas nobres⁽¹⁸⁾. Isto poderia ser decorrente de maior expectativa do significado de boa saúde para as classes sociais mais altas, influenciada diretamente pela menor prevalência e incidência de doenças nestes segmentos sociais^(6,12).

Sobre o estilo de vida, refere-se que estilos de vida inadequados têm sido as principais causas de morte mundialmente⁽¹⁹⁾. O estilo de vida compreende uma variável multifacetada, cujo desfecho é oriundo de múltiplas causas ligadas à saúde do indivíduo. A concepção multicausal dos agravos à saúde é decorrente do desenvolvimento teórico e metodológico da Epidemiologia do século XX⁽²⁰⁻²¹⁾, mas configura-se um desafio à análise das pesquisas em saúde. Afirma-se que estudo da carga de doença no Brasil é um problema complexo e que requer atuação direcionada, sem a qual não haverá resolubilidade dos problemas de saúde⁽⁵⁾.

Neste estudo, evidenciou-se associação entre estilo de vida excelente ou muito bom com autopercepção positiva de saúde, corroborando a assertiva de que a autopercepção de saúde reflete objetivamente a real condição de saúde do indivíduo. Em oposição, um estudo constatou que indivíduos com fatores de risco à saúde, tais como tabagismo e sedentarismo, além da presença de doenças crônicas já estabelecidas, consideravam sua saúde de maneira positiva, evidenciando oposição entre estado real de saúde do paciente e sua autopercepção⁽¹⁷⁾. Estudo polonês mostrou que pessoas mais velhas com mais frequência relataram

sua saúde como ruim e muito pobre em comparação com aquelas com menos de 25 anos de idade⁽²²⁾.

A utilização da autopercepção de saúde para explicar o processo saúde-doença depende de suas características subjetivas, nas quais também se inserem suas limitações. Além disto, sofre influência de fatores como a cultura, expectativas, visão de mundo e personalidade dos indivíduos, entretanto, por ser de fácil questionamento, pode ser usada tanto em pesquisa, como na prática clínico-assistencial, em diferentes momentos para acompanhar a evolução da saúde dos pacientes⁽¹⁷⁾.

Em um futuro próximo, as ações de promoção à saúde dos profissionais de saúde podem se concentrar em abordagens preventivas junto aos adultos jovens, otimizando percepção de saúde e estilo de vida, e evitando o desenvolvimento de cronicidades em fases mais tardias^(5,21-23).

CONCLUSÃO

A autopercepção de saúde, por se configurar como um voto declarado da pessoa sobre sua saúde, após seu conhecimento, pode ser utilizada para nortear as ações de promoção da saúde a serem desenvolvidas junto à clientela de adultos jovens, que, em sua grande maioria, ainda não está acometida por doenças, mas que possui a predisposição genética para o desenvolvimento de cronicidades e que algumas vezes já aponta indícios de um estado não salutar, como na presença de fatores de risco pessoais, familiares e características clínicas observadas, como a circunferência abdominal aumentada, sobrepeso/obesidade, dentre outros.

Neste estudo, a autopercepção de saúde positiva mostrou-se influenciada pelo sexo, local de moradia, estilo de vida e conhecimento sobre casos de AVC na família.

Conclui-se que, a partir da análise, foi possível verificar que a percepção de saúde, assim como a descrição do estilo de vida do paciente não raro foi otimista, sendo necessário identificar os dispositivos a serem trabalhados para aproximar tal percepção da real condição de saúde da pessoa, aumentando a eficácia das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Azevedo FR, Brito BC. Influência das variáveis nutricionais e da obesidade sobre a saúde e o metabolismo. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2012 [citado 2014 mar. 05];58(6):714-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n6/v58n6a18.pdf>
2. Santos ZMSA. Hipertensão arterial: um problema de saúde pública. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2011;24(4):285-6.
3. Gomes EB, Moreira TMM, Pereira HCV, Sales IB, Lima FET, Freitas Consuelo HA, et al. Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2014 mar. 05];65(4):594-600. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a07v65n4.pdf>
4. Galvão NI, Vilela RFJTJ, Orlandi BMM, Ferraz RF, Costa FAA, Fagundes DJ. Determinação do risco cardiovascular em população de check-up espontâneo através do escore de Framingham. *Rev Bras Cardiol*. 2013;26(5):356-63.

5. Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [citado 2011 mar. 05];17(12):3353-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/20.pdf>
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. Fortaleza, CE. População [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 [citado 2014 mar. 01]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>
8. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010;95(1 Supl.1):1-51.
10. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2013 nov. 12]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
11. Field A. Descobrimo a estatística usando o SPSS. 2ª ed. Porto Alegre: Atmed; 2008.
12. Rodrigues CG, Maia A. Como a posição social influencia a autoavaliação do estado de saúde? Uma análise comparativa entre 1998 e 2003. Cad Saúde Pública 2010;26(4):762-74.
13. Faria EC, Silva SA, Farias KRA, Cintra A. Cognitive evaluation of elderly people referenced at the family health strategy in a city in Southern Minas Gerais: municipio del Sur de Minas Gerais. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar 05];45(n.spe2):1748-52. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/en_19.pdf
14. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. Rev Bras Epidemiol. 2012;15(2):415-28.
15. Carvalho FF, Santos JN, Souza LM, Souza NRM. Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012;15(2):285-94.
16. Shields M, Shoostari S. Determinants of self-perceived health. Health Rep. 2001;13(1):35-52.
17. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PR. Measurements of reported morbidity and interrelationships with health dimensions. Rev Saúde Pública. 2008;42(1):73-81.
18. Agostinho M, Oliveira M, Pinto M, Balardin G, Harzheim E. Autopercepção de saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. Rev Bras Med Fam Comum. 2010;5(17):9-15.
19. Añez CRR, Reis RS, Petroski EL. Versão brasileira do questionário "Estilo de Vida Fantástico": tradução e validação para adultos jovens. Arq Bras Cardiol. 2008;91(2):102-109.
20. Medeiros ARP, Larocca LM, Chaves MMN, Meier MJ, Wall ML. Epidemiology as a theoretical-methodological framework in the nurses' working process. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar 05];46(6):1519-23. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/en_32.pdf
21. 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.
22. Kaleta D, Polańska K, Dzikowska-Zaborszczyk E, Hanke W, Drygas W. Factors influencing self-perception of health status. Cent Eur J Public Health. 2009;17(3):122-7.
23. Luna RL. Hipertensão arterial: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2009.