

ARTIGO ORIGINAL

Morbidade Autorreferida em Adultos: inquérito populacional em Rio Branco, AC 2007 – 2008.

Self- Reported morbidity in adults: population survey in Rio Branco, Brazil, 2007 – 2008

Polyana Caroline de Lima Bezerra¹, Simone Perufo Opitz¹, Rosalina Jorge Koifman², Gina Torres Rego Monteiro², Pascoal de Torres Muniz¹



¹Universidade Federal do Acre, Programa de Saúde Coletiva

²Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Saúde Pública e Meio Ambiente

Autor correspondente
polyana_caroline@yahoo.com.br

Manuscrito recebido: Setembro 2019
Manuscrito aceito: Janeiro 2020
Versão online: Maio 2020

Resumo

Introdução: Dados epidemiológicos permitem conhecer as necessidades das comunidades e podem fornecer subsídios para planejamento e ações nos serviços de saúde. Para este norte, faz-se necessário a investigação das doenças e agravos crônicos não transmissíveis na população de interesse.

Objetivo: Os objetivos deste foram descrever e verificar associação entre as morbidades autorreferidas mais prevalentes identificadas no estudo quanto às características: socioeconômicas, demográficas e de hábitos de vida.

Método: Trata-se de um inquérito populacional, realizado com adultos (≥ 18 anos de idade), residentes em Rio Branco/AC entre 2007/2008. A amostra constituiu-se de 1516 indivíduos, a partir de uma amostragem probabilística em duas etapas de sorteio.

Resultados: A morbidade autorreferida mais prevalente foi a doença de coluna/costas com o percentual de 30,8%, seguida da hipertensão (28,3%), malária (28,3%) e depressão (18,7%). Quanto aos aspectos socioeconômicos e demográficos as características mais prevalentes nas morbidades pesquisadas foram: sexo feminino, faixa etária mais elevada e menor escolaridade, com significância estatística. Quanto aos hábitos de vida, as características mais prevalentes com significância estatística nas morbidades foram: tabagismo e inatividade física.

Conclusão: Tendo em vista a escassez de estudos desta natureza na região Norte, e principalmente no Estado do Acre, os resultados referentes às morbidades autorreferidas mais prevalentes a população adulta de Rio Branco, são de fundamental importância, uma vez que possibilita alertar os pesquisadores e profissionais de saúde e contribui para uma melhor adequação ou implantação de estratégias públicas de promoção, proteção e de assistência à saúde.

Palavras-chave: inquéritos de morbidade, perfil de saúde, epidemiologia.

Suggested citation: Bezerra PCL, Opitz SP, Koifman RJ, Monteiro GTR, Muniz PT. Self- Reported morbidity in adults: population survey in Rio Branco, Brazil, 2007 – 2008. *J Hum Growth Dev.* 2020; 30(2):311-325.
DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.v30.10383>

Síntese dos autores

Por que este estudo foi feito?

A motivação para a realização do estudo se deu mediante a constatação da escassez de publicações científicas com o objetivo de identificar quais as morbidades autorreferidas mais prevalentes a população adulta na Amazônia Ocidental Brasileira, e, principalmente, no Estado do Acre. A pesquisa teve como locus o município de Rio Branco, Acre, e seus resultados são de fundamental importância, uma vez que possibilita aos pesquisadores, gestores e profissionais de saúde conhecer as necessidades das comunidades e contribuir para uma melhor adequação ou implantação de estratégias públicas de promoção, proteção e de assistência à saúde.

O que os pesquisadores fizeram e encontraram?

Realizam um inquérito populacional com adultos residentes em Rio Branco. A amostra constituiu-se de 1.516 indivíduos, por meio de uma amostragem probabilística em duas etapas de sorteio. Descobriram que a morbidade autorreferida mais prevalente foi a doença de coluna/costas com o percentual de 30,8%, seguida da hipertensão (28,3%), malária (28,3%) e depressão (18,7%); que os determinantes em saúde mais relevantes para a prevalência destas morbidades foram de aspectos socioeconômicos e demográficos (sexo feminino, faixa etária mais elevada e menor escolaridade). Quanto aos hábitos de vida, as características mais prevalentes, com significância estatística, nas morbidades foram: tabagismo e inatividade física.

O que essas descobertas significam?

Com a identificação dos fatores de associação com o relato das doenças estudadas na população investigada, evidencia a possibilidade de implementar medidas de controle e prevenção dos riscos à saúde, que levem em consideração, especificamente, os determinantes sociais em saúde local, bem como de promoção de vida saudável.

INTRODUÇÃO

Observa-se que o Brasil acompanha a tendência mundial de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, o que tem feito surgir novas demandas nos serviços de saúde. Todos os países devem estar preparados para enfrentar as consequências da evolução demográfica. Esta situação exige a promoção da saúde, prevenção de doenças e intervenção na comunidade, bem como a adoção de estratégias de gestão de saúde e demanda um forte sistema de informação para viabilizar a gestão dos seus serviços^{1,2}.

Durante longo período de tempo, na ausência de sistemas de informações de morbidade e devido ao perfil epidemiológico predominante de doenças transmissíveis, a avaliação do estado de saúde das populações tinha como base os dados de mortalidade. A capacidade de medir a saúde com o indicador de mortalidade sempre foi precária, mas especialmente com a redução das taxas de mortalidade, aumento da sobrevida e incremento da prevalência de doenças crônicas esta limitação passou a requerer estatísticas sobre morbidade e seus efeitos à saúde³⁻⁵.

É importante considerar que o Brasil está passando por uma transição demográfica expressiva provocada, principalmente, pela queda da fecundidade iniciada em meados dos anos 1960 e generalizada em todas as regiões brasileiras e estratos sociais. A média brasileira reduziu-se de 6,3 filhos por mulher, em 1960, para 2,0 em 2005. O aumento da longevidade e a redução da mortalidade infantil também contribuem para esta mudança do padrão demográfico, além de determinantes como a intensa urbanização e a mudança do papel econômico da mulher. Verifica-se, portanto um aumento intenso de doenças com a idade, uma vez que o aumento da sobrevivência da população é concorrente com o crescimento da carga de morbidades^{3,5}.

Nesse sentido, os inquéritos de saúde são importantes, pois abrangem um amplo espectro de problemas de saúde, permitindo correlacionar os resultados com as condições de vida das populações, e possibilitando conhecer a distribuição dos fatores de risco e a percepção das pessoas a respeito do seu estado de saúde⁶.

A informação sobre a prevalência de doenças é

comumente coletada por meio de inquéritos populacionais. Embora o método seja relativamente barato e eficiente, por oposição aos exames físicos, a validade das informações colhidas é frequentemente questionada⁷. Entretanto, em diversos países a investigação de doenças crônicas tem mostrado que as informações obtidas sobre a prevalência das mesmas apresentam boa concordância quando comparadas com registros médicos ou exames clínicos, principalmente em relação às doenças cardiovasculares e diabetes⁷⁻¹⁰.

Assim, o objetivo desse estudo é estimar a prevalência das morbidades autorreferidas da população adulta residente no município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil e analisar as relações de associação com as características socioeconômicas, demográficas e de hábitos de vida.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, constituído por indivíduos com 18 anos ou mais, residentes do município de Rio Branco, no Estado do Acre entre 2007 e 2008. Este estudo é parte integrante da pesquisa Saúde e Nutrição em Crianças e Adultos no Município de Rio Branco, Acre, realizada pela Universidade Federal do Acre em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde do Acre e Secretaria Municipal de Saúde do Município de Rio Branco.

O desenho amostral empregado foi uma amostra por conglomerados com duas etapas de sorteio. A unidade amostral primária foi o setor censitário definido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)11 Censo Demográfico de 2000. Dentre os 2450 setores censitários foram sorteados 35 (31 urbanos e 4 rurais) e em cada setor foram sorteados 25 domicílios, tendo como base o mapa elaborado pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 2006.

Em cada domicílio sorteado, entrevistados todos os moradores adultos residentes do mesmo, o que fez com que a amostra tivesse uma estrutura por sexo e idade semelhante à população do município. Excluindo as perdas e recusas, participaram 1.514 indivíduos (850 domicílios).

O desenho e amostragem, assim como outros aspectos metodológicos deste estudo foram descritos mais detalhadamente em Lino *et al.*¹² e Bezerra *et al.*¹³.

Os dados do inquérito populacional foram duplamente digitados e validados utilizando-se o programa Epi Info Windows 6.04, e para análise estatística utilizou-se o software Stata v.10, módulo svy, levando-se em conta o desenho da amostra e as ponderações necessárias. Foram estimadas as prevalências e estimadas as razões de prevalência bruta e ajustadas utilizando regressão de Poisson com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Para estimar as razões de prevalência ajustadas, foram incluídas no modelo possíveis variáveis confundidoras.

O questionário foi estruturado com base no Inquérito de Domiciliar do Instituto Nacional do Câncer (2002-2005) e no Inquérito de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2006. É composto de questões fechadas, semiabertas e abertas e constituído de módulos organizados por conjuntos temáticos, e contemplou as seguintes variáveis de interesse deste estudo: demográficas (sexo, grupo etário, raça/cor), socioeconômicas (estado conjugal, escolaridade, situação ocupacional, renda familiar), aspectos relacionados a hábitos de vida (prática de atividade física, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, hábito alimentar saudável) e à saúde autorreferida (percepção de saúde, morbidades autorreferidas), além da medida de peso e altura, permitindo o cálculo do índice de massa corporal (IMC).

A autorpercepção de saúde foi caracterizada em quatro níveis: “excelente”, “boa”, “regular” e “ruim”. O estrato “não sabe” foi considerado como perda (n=2). Para a análise da percepção insatisfatória de saúde, foi criada uma variável dicotômica construída a partir da variável “percepção de saúde”, onde se classificou as categorias percepção de saúde insatisfatória (unindo os estratos regular e ruim) e percepção satisfatória (unindo excelente e boa).

A faixa etária foi estruturada em cinco estratos: 18 a 29; 30 a 39; 40 a 49, 50 a 59 e 60 anos ou mais. A raça/cor autodeclarada foi dicotomizada em preta e/ou parda e não preta e/ou parda. A variável escolaridade foi dividida em quatro categorias: zero; 1 a 7 anos; 8 a 10; 11 ou mais anos de estudo. As informações sobre atividades ocupacionais foram agrupadas em com e sem ocupação. O estado conjugal foi dicotomizado em com e sem companheiro. Foram definidas quatro categorias de renda familiar: zero; <1 a <3; 3 a <5; 5 ou mais salários mínimos, sendo considerado o salário mínimo em vigor no período da coleta de dados (R\$ 465.00).

Quanto às variáveis de hábitos de vida, o tabagismo foi representado pela variável dicotômica, sendo considerado como fumantes os indivíduos que assim se denominavam no momento da entrevista e aqueles já tinham fumado anteriormente. Etilismo foi classificado segundo afirmação ou negação do entrevistado ao questionamento de consumo de bebida alcoólica.

Para a prática de atividade física, foi criada uma variável dicotômica com referência à classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre prática de

atividade física de lazer e de atividade física ocupacional. Considerou-se prática de atividade física ocupacional quando o indivíduo respondeu “sim” a pelo menos uma das questões: “No seu trabalho, o (a) sr. (a) anda bastante à pé?”; “No seu trabalho, o (a) sr. (a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?”; “O (a) sr. (a) costuma ir a pé ou de bicicleta de casa para o trabalho?”; “O sr. (a) costuma ter ajuda para fazer faxina?”; “Quem fica com a parte mais pesada da faxina?”. Já a prática de atividade física de lazer foi classificada segundo afirmação do entrevistado ao responder se faz algum tipo de exercício físico. Portanto, a variável dicotômica “Prática de atividade física” foi criada considerando as respostas das duas variáveis supracitadas.

Para avaliar o hábito alimentar, foi criado um “índice de alimentação saudável” baseando-se em Figueiredo *et al.*¹⁴. No questionário, as variáveis referentes à alimentação foram coletadas por meio de escala de frequência de consumo alimentar (1 a 2 dias por semana; 3 a 4 dias por semana; 5 a 6 dias por semana; todos os dias; quase nunca ou nunca). Estas foram transformadas em dicotômicas: consumo usual (“todos os dias”/“1 a 6 dias por semana”) e consumo não usual (“quase nunca”/“nunca”).

As variáveis contidas no questionário foram classificadas como marcadoras de consumo alimentar saudável (peixe, feijão, frutas, legume ou vegetal cozido, gordura vegetal, salada crua) e marcadoras de consumo alimentar menos saudável (leite integral, carne vermelha com gordura, frango com pele, refrigerante). Estas variáveis foram dicotomizadas em consumo usual sim ou não e codificadas como “0” para sim e “1” para não, nas variáveis marcadoras de consumo alimentar saudável e “0” para não e “1” para sim nas variáveis marcadoras de consumo alimentar menos saudável. A soma total dessas variáveis é igual a 10. Definiu-se o valor “3” como ponto de corte, onde consideramos a pontuação de 0 a 3: hábito alimentar mais saudável e de 4 a 10, menos saudável. Construiu, assim, a variável dicotômica alimentação saudável (sim/não).

O Índice de Massa Corpórea foi categorizado conforme pontuação da OMS: Baixo peso: <18,5; Eutrófico: 18,5 a 24,9; Sobrepeso: 25 a 29,9 e Obesidade: ≥30,5.

A variável categórica “número de morbidades autorreferidas” foi construída a partir da resposta a uma lista de 18 morbidades. Compõe as seguintes faixas: nenhuma; 1-3; 4-6; 7-9 e de 10 ou mais. Portanto, da mesma forma foi criada a variável dicotômica “tem morbidade” (sim/não).

Foram seguidas as recomendações da Resolução Nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde vigente no período da coleta de dados, bem como a solicitação de autorização dos sujeitos alvo deste estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, Protocolo 2307.001150/2007-22.

■ RESULTADOS

A amostra total foi composta por 55,9% de mulheres (n=863) e 44,1% de homens (n=653). A média

de idade na amostra como um todo foi de 38,8 anos (IC95% 37,1- 40,5), sendo que a média de idade das mulheres (média=39,0; IC95% 37,4-40,6) e dos homens foram semelhantes (média=38,5; IC95% 36,4- 40,7).

Ao analisar as faixas etárias da população de Rio Branco, as mulheres apresentaram maior percentual do que os homens em todos os estratos, tendo oscilado de 52,9% nos indivíduos de 18 a 29 anos a 69,9% naqueles com 40 a 49 anos.

A maioria da população (84,2%) se autodeclarou como negra ou parda, apenas 9 pessoas se autodeclararam de raça/cor amarela e nenhuma como indígena.

Na amostra estudada, 1.149 (76,7%) pessoas declararam ter ao menos uma entre as 18 morbidades pesquisadas. Estes foram caracterizados,

predominantemente por ser mulher (n=672, 56,7%), com idade média de 41,4 anos (IC95% 39,5 – 43,3), de raça/cor autodeclarada parda (77,8%), com ensino fundamental incompleto (61,8%), renda mensal média de R\$ 743,08 (IC95% 517,4 – 968,7) e por ter companheiro (59,1%).

Quanto aos comportamentos de risco, esta população caracterizou-se por não possuir alimentação saudável (78,4%), ser inativa (72,3%), ter sobrepeso/obeso (49,7%), não ingerir bebida alcoólica (73,6 %) e não ser tabagista/nunca ter fumado (54,4%).

As morbidades mais relatadas foram: doença de coluna/costas (30,8%), hipertensão/pressão arterial elevada (28,3%), malária (28,3%) e depressão (19%) (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição de frequência de morbidades autorreferidas em pessoas com 18 anos ou mais. Inquérito populacional de Rio Branco, 2007-2008 (N = 1.514).

Morbidades autorreferidas	Tem morbidade autorreferida n (%)	
	Sim	Não
Hipertensão/pressão arterial elevada	404 (28,3%)	1,112(71,7%)
Diabetes	74 (4,9%)	1,442 (95,1)
Infarto, derrame ou acidente vascular cerebral (AVC)	48 (3,2%)	1,468 (96,8%)
Colesterol /triglicérides elevado	257 (17,4%)	1,259 (82,6%)
Depressão	284 (19,1%)	1,232 (80,9%)
Asma, bronquite asmática, bronquite crônica ou enfisema	218 (15,8%)	1,298 (84,2%)
Doença renal crônica	131 (10,5%)	1,385 (89,5%)
Cirrose do fígado	16 (1,2%)	1,500 (98,8%)
Hepatite	178 (11,6%)	1,338 (88,4)
Tuberculose	64 (4,6%)	1,452 (95,4%)
Malária	398 (28,3%)	1,118 (71,7%)
Hanseníase	22 (1,5%)	1,494 (98,5%)
AIDS/SIDA	9 (0,6%)	1,507 (99,4%)
Tendinite/LER (Lesão de esforço repetitivo)	93 (7,3%)	1,425 (92,7%)
Doença da coluna ou costas	454 (30,8%)	1,062 (69,2%)
Artrite/Reumatismo (não infeccioso)/Gota	248 (18,5%)	1,268 (81,5%)
Osteoporose	72 (4,6%)	1,444 (95,4%)
Câncer	22 (1,4%)	1,494 (98,6%)

Exceto nos casos de malária, as mulheres e os idosos foram os que mais relataram ter uma dessas morbidades e as mulheres foram a maioria em praticamente todas as faixas etárias (Figura 1).

O relato de “doença de coluna/costas” foi 1,54 vezes maior nos idosos do que no grupo de pessoas com 18 a 59 anos, com significância estatística. Esta associação apresentou aumento conforme a idade (Tabela 2). A ocupação, o tabagismo e a escolaridade também apresentaram associação positiva para o relato de doença de coluna/costas, mostrando redução na razão prevalência, quando ocorre um aumento do número de anos estudados, mesmo no modelo ajustado por diferentes variáveis (Tabela 3).

A prevalência da hipertensão arterial apresentou-

se maior para as pessoas idosas, com obesidade, baixa escolaridade, que fumam/já fumaram, indivíduos inativos, do sexo feminino e sem ocupação. Nota-se que, embora tenha diminuído a razão de prevalência após ajustamento pelas variáveis potencialmente confundidoras, a idade continuou sendo o fator de maior estimativa de razão de risco para o relato de hipertensão arterial (Tabelas 4, 5).

A proporção de malária autorreferida apresentou-se significativamente maior para as pessoas de baixa escolaridade, maior idade, que fumam/já fumaram e de raça/cor autodeclarada negra ou parda, respectivamente. Embora tenha mostrado grande risco anteriormente, ao ser ajustada para idade, sexo, raça/cor negra/parda e tabagismo, a variável escolaridade perdeu sua significância estatística (Tabelas 6,7).

A prevalência de depressão apresentou-se significativamente maior para as pessoas do sexo feminino, de maior idade e sem atividade laboral. Após análise com controle das variáveis potencialmente confundidoras,

as razões de prevalência relacionadas aos fatores demográficos e de ocupação, mantiveram significância estatística (Tabelas 8,9).

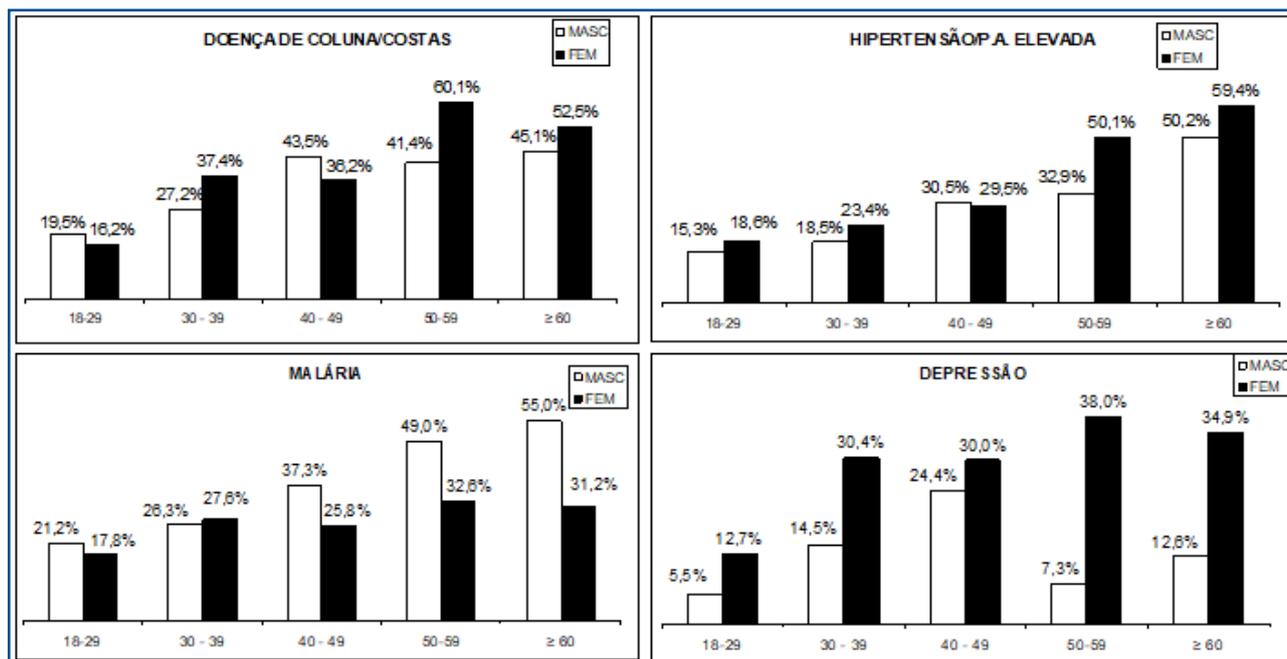


Figura 1: Prevalência de morbidades autorreferidas, por sexo e faixa etária. Rio Branco, 2007 – 2008.

Tabela 2: Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com doença de coluna/costas autorreferida do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.

Variáveis	Tem Doença de coluna/costas autorreferida		Razão de prevalências (IC de 95%)
	Sim	Não	
Sexo			
Masculino	28,7%	71,3%	1
Feminino	32,6%	67,4%	1,13 (0,92 -1,38)
Faixa etária			
18 a 29 anos	17,1%	83,0%	1
30 a 39 anos	30,9%	69,1%	1,81 (1,38 – 2,37)
40 a 49 anos	37,1%	62,9 %	2,17 (1,63 – 2,88)
50 a 59 anos	50,6%	49,4%	2,96 (2,29 – 3,84)
60 ou mais anos	44,8%	55,2%	2,62 (1,94 – 3,54)
Faixa etária			
18-29 anos	28,9%	71,1%	1
60 ou mais	44,8%	55,2%	1,54 (1,19 – 2,00)
Raça/cor auto-declarada			
Não negra/parda	26,3%	73,7%	1
Negra/Parda	31,6%	68,4%	1,20 (0,92 – 1,55)
Status conjugal			
Com companheiro (a)	33,3%	66,8%	1
Sem companheiro (a)	27,6%	72,4%	0,83 (0,66 – 1,03)
Escolaridade (anos de estudo)			
11 ou mais	20,9%	79,2%	1

Continuação - Tabela 2: Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com doença de coluna/costas autorreferida do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.

Variáveis	Tem Doença de coluna/ costas autorreferida		Razão de prevalências (IC de 95%)
	Sim	Não	
8 – 10 anos	34,2%	65,8%	1,64 (1,30 – 2,06)
4 -7 anos	36,4%	63,6%	1,74 (1,48 – 2,05)
1 – 3 anos	44,6%	55,4%	2,13 (1,65 – 2,76)
Zero	40,4%	59,6%	1,93 (1,41 – 2,66)
Ocupação			
Sim	27,3 %	72,7%	1
Não	35,0%	65,0%	1,28 (1,02- 1,60)
Renda familiar			
5 ou mais	25,75%	74,3%	1
3 a <5 s.m	30,0%	70,0%	1,16 (0,71 – 1,89)
<1 a <3 s.m	31,2%	68,8%	1,21 (0,76 – 1,92)
Sem renda	30,1%	69,9%	1,16 (0,72 – 1,89)
Fuma/ já fumou			
Não	24,0 %	76,0%	1
Sim	40,2%	59,8%	1,67 (1,39 – 1,99)
Ingestão de bebida alcoólica			
Não	33,4 %	66,6%	1
Sim	24,7%	75,4%	0,73 (0,62 – 0,87)
Prática de atividade física			
Sim	23,1%	76,9%	1
Não	31,1%	68,9%	1,34 (0,99 – 1,83)
Alimentação saudável			
Sim	34,8%	65,2%	1
Não	29,8%	70,2%	0,85 (0,70 – 1,04)
IMC			
Eutrófico	31,2%	68,8%	1
Baixo peso	31,6%	68,4 %	1,01 (0,63– 1,62)
Sobrepeso	30,0%	70,0%	0,96 (0,80 – 1,14)
Obeso	31,9%	68,2%	1,02 (0,81 – 1,28)

Tabela 3: Resultado final da análise multivariada de Regressão de Poisson dos fatores associados com a prevalência autorreferida de doença de coluna/costas, da população adulta do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.

Modelo	Categorias	Razão de prevalências (IC de 95%)
Variables incluídas neste modelo		
Idoso	não	1
	sim	1,35 (1,04 – 1,77)
Sexo	masculino	1
	Feminino	1,24 (1,02 – 1,50)
Educação (anos de estudo)	11 ou mais	1
	8 – 10 anos	1,60 (1,21 – 2,12)
	4 -7 anos	1,73 (1,35 – 2,22)
	1 – 3 anos	1,95 (1,47 – 2,58)
	Zero	1,71 (1,14 – 2,58)

Tabela 4: Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com hipertensão autorreferida do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.

Variáveis	Tem Hipertensão/PA elevada autorreferida		Razão de prevalências (IC de 95%)
	sim	não	
Sexo			
Masculino	24,2%	75,8%	1
Feminino	30,3%	69,7%	1,25 (1,05 - 1,48)
Faixa etária			
18 a 29 anos	15,6%	84,4%	1
30 a 39 anos	22,0%	78,0%	1,41 (0,94 - 2,1)
40 a 49 anos	29,5%	70,5%	1,89 (1,30 - 2,74)
50 a 59 anos	43,6%	56,4%	2,79 (2,00 - 3,90)
60 ou mais anos	55,7%	44,3%	3,56 (2,41 - 5,27)
Faixa etária			
18-29 anos	23,8%	76,3%	1
60 ou mais	55,7%	44,3%	2,34 (1,82 - 3,00)
Raça/cor auto-declarada			
Não negra/parda	26,4%	73,6%	1
Negra/Parda	27,8%	72,2%	1,05 (0,76 - 1,45)
Status conjugal			
Com companheiro (a)	29,2%	70,8%	1
Sem companheiro (a)	25,5%	74,5%	0,87 (0,72 - 1,04)
Escolaridade (anos de estudo)			
11 ou mais	21,3%	78,7%	1
8 - 10 anos	21,7%	78,3%	1,02 (0,65 - 1,58)
4 - 7 anos	31,0%	69,0%	1,45 (1,12 - 1,89)
1 - 3 anos	38,6%	61,5%	1,81 (1,47 - 2,23)
Zero	47,6%	52,4%	2,23 (1,70 - 2,94)
Ocupação			
Sim	25,2%	74,9%	1
Não	30,6%	69,4%	1,21 (1,07 - 1,37)
Renda familiar			
5 ou mais	36,4%	63,7%	1
3 a <5 s.m	28,2%	71,8%	0,77 (0,48 - 1,23)
<1 a <3 s.m	28,8%	71,2%	0,79 (0,52 - 1,19)
Sem renda	24,2%	75,9%	0,66 (0,43 - 1,01)
Fuma/ já fumou			
Não	22,8%	77,2%	1
Sim	34,3%	65,7%	1,50 (1,20 - 1,87)
Ingestão de bebida alcoólica			
Não	30,1%	69,9%	1
Sim	21,6 %	78,5%	0,71 (0,55 - 0,91)
Prática de atividade física			
Sim	19,9%	80,1%	1
Não	27,9%	72,1%	1,40 (1,09 - 1,78)
Alimentação saudável			
Sim	33,9 %	66,1%	1
Não	26,0%	74,0%	0,76 (0,62 - 1,94)
IMC			
Eutrófico	31,2%	68,8%	1
Baixo peso	31,6%	68,4 %	0,99 (0,44 - 2,20)
Sobrepeso	30,0%	70,0%	1,70 (1,42 - 2,03)
Obeso	31,9%	68,2%	2,26 (1,81 - 2,81)

Tabela 5: Resultado final da análise multivariada de regressão de Poisson dos fatores associados com a prevalência autorreferida de hipertensão arterial, da população adulta do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008

Modelo	Categorias	Razão de Prevalências ajustada (IC de 95%)
Variáveis		
Idoso	não	1
	sim	2,14 (1,65 – 2,79)
Sexo	masculino	1
	feminino	1,27 (1,08 – 1,50)
Fuma / já fumou	não	1
	sim	1,30 (1,00 – 1,67)

Tabela 6: Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com malária autorreferida do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.

Variáveis	Tem Malária autorreferida		Razão de prevalências (IC de 95%)
	Sim	Não	
Sexo			
Masculino	32,4 %	67,6%	1
Feminino	22,8%	77,3%	0,70 (0,59 -0,82)
Faixa etária			
18 a 29 anos	17,8%	82,2%	1
30 a 39 anos	26,5%	73,5 %	1,48 (1,05 – 2,10)
40 a 49 anos	29,3%	70,7 %	1,64 (1,19 – 2,27)
50 a 59 anos	38,0%	62,0%	2,13 (1,63 – 2,78)
60 ou mais anos	42,3%	57,7 %	2,37 (1,76 – 3,20)
Faixa etária			
18-29 anos	24,9%	75,1 %	1
60 ou mais	42,3%	57,7%	1,69 (1,37 – 2,09)
Raça/cor auto-declarada			
Não negra/parda	18,6%	81,5%	1
Negra/Parda	28,6%	71,4 %	1,54 (1,12 – 2,12)
Status conjugal			
Com companheiro (a)	29,6%	70,4%	1
Sem companheiro (a)	23,6%	76,5%	0,79 (0,65 – 0,96)
Escolaridade (anos de estudo)			
11 ou mais	21,3%	78,7%	1
8 – 10 anos	27,4%	72,7%	1,96 (1,30 – 2,97)
4 -7 anos	37,0 %	63,0 %	2,66 (2,02 – 3,50)
1 – 3 anos	43,0%	57,0%	3,09 (2,32 – 4,12)
Zero	42,9%	57,1%	3,03 (2,21 – 4,30)
Ocupação			
Sim	27,0%	73,0%	1
Não	27,0%	73,0%	1,00 (0,84 – 1,18)
Renda familiar			
5 ou mais	14,2%	85,8%	1
3 a <5 s.m	20,4%	79,6%	1,43 (0,64 – 3,19)
<1 a <3 s.m	30,8%	69,3%	2,17 (0,99 – 4,74)

Continuação - Tabela 6: Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com malária autorreferida do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.

Variáveis	Tem Malária autorreferida		Razão de prevalências (IC de 95%)
	Sim	Não	
Sem renda	24,1 %	75,9%	1,69 (0,79 – 3,63)
Fuma/ já fumou			
Não	19,4%	80,6%	1
Sim	37,4%	62,6%	1,92 (1,53 – 2,41)
Ingestão de bebida alcoólica			
Não	28,2%	71,8%	1
Sim	24,1 %	75,9%	0,85 (0,66 – 1,09)
Prática de atividade física			
Sim	19,3%	80,7%	1
Não	27,7%	72,3%	1,43 (1,08 – 1,89)
Alimentação saudável			
Sim	34,2%	65,8%	1
Não	25,1%	74,9%	0,73 (0,54 – 0,99)
IMC			
Eutrófico	27,3%	72,7%	1
Baixo peso	26,5 %	73,5%	0,97 (0,54– 1,74)
Sobrepeso	25,8%	74,2%	0,94 (0,75 – 1,18)
Obeso	29,0%	71,0%	1,06 (0,83 – 1,34)

Tabela 7: Resultado final da análise multivariada de regressão de Poisson dos fatores associados com malária autorreferida, da população adulta do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008

Modelo	Categorias	Razão de Prevalências ajustada (IC de 95%)
Variáveis		
idoso	não	1
	sim	1,41 (1,16 – 1,71)
Sexo	masculino	1
	feminino	0,72 (0,62 – 0,84)
Raça/cor negra/parda	não	1
	sim	1,48 (1,10 – 2,00)
Fuma/ já fumou	não	1
	sim	1,75 (1,39 – 2,22)

Tabela 8: Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com depressão autorreferida do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.

Variáveis	Tem depressão autoreferida		Razão de Prevalências ajustada (IC de 95%)
	Sim	Não	
Sexo			
Masculino	11,2%	88,8%	1
Feminino	25,6%	74,4%	2,27 (1,75 – 2,96)
Faixa etária			
18 a 29 anos	11,1%	88,9%	1

Continuação - Tabela 8: Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde da população adulta com depressão autorreferida do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.

Variáveis	Tem depressão autorreferida		Razão de Prevalências ajustada (IC de 95%)
	Sim	Não	
30 a 39 anos	23,0%	77,0%	2,06 (1,40 – 3,04)
40 a 49 anos	25,8%	74,2%	2,31 (2,47 – 3,65)
50 a 59 anos	23,1%	77,0%	2,07 (1,43 – 2,99)
60 ou mais anos	25,0%	75,0%	2,24 (1,50 – 3,35)
Faixa etária			
18-29 anos	18,4%	81,6%	1
60 ou mais	25,0%	75,0%	1,35 (1,02 – 1,80)
Raça/cor auto-declarada			
Não negra/parda	17,9%	82,1%	1
Negra/Parda	19,4%	80,6%	1,08 (0,75 – 1,55)
Status conjugal			
Com companheiro (a)	19,4%	80,6%	1
Sem companheiro (a)	18,9%	81,1%	0,97 (0,78 – 1,19)
Escolaridade (anos de estudo)			
11 ou mais	15,4%	84,6%	1
8 – 10 anos	14,2%	85,8%	0,92 (0,53 – 1,59)
4 -7 anos	22,3%	77,7%	1,45 (1,14 – 1,83)
1 – 3 anos	27,2%	72,8%	1,76 (1,35 – 2,31)
Zero	27,2%	72,8%	1,77 (1,27 – 2,45)
Ocupação			
Sim	15,4%	84,6%	1
Não	23,7%	76,3%	1,53 (1,25- 1,87)
Renda familiar			
5 ou mais	22,0%	78,1%	1
3 a <5 s.m	18,6%	81,4%	0,73 (0,37 – 1,40)
<1 a <3 s.m	14,2%	85,8%	0,95 (0,43– 2,11)
Sem renda	19,4%	80,6%	1,13 (0,58 – 2,19)
Fuma/ já fumou			
Não	16,6%	83,5%	1
Sim	22,9%	77,1%	1,38 (1,01– 1,89)
Ingestão de bebida alcoólica			
Não	20,9%	79,1%	1
Sim	15,1%	84,9%	0,72 (0,56– 0,92)
Prática de atividade física			
Sim	14,6%	85,4%	1
Não	20,3%	79,7%	1,39 (1,01 – 1,91)
Alimentação saudável			
Sim	23,6%	76,4%	1
Não	18,1%	81,9%	0,76 (0,61 – 0,95)
IMC			
Eutrófico	18,1%	82,0%	1
Baixo peso	11,7%	88,3%	0,65 (0,27 – 1,52)
Sobrepeso	22,2%	77,8%	1,22 (0,88 – 1,69)
Obeso	18,8%	81,2%	1,04 (0,78 – 1,39)

Tabela 9: Resultado final da análise multivariada de regressão de Poisson dos fatores associados com depressão autorreferida, da população adulta do Inquérito de base populacional, Rio Branco /Acre, 2007-2008.

Modelo	Categorias	Razão de Prevalências ajustada (IC de 95%)
Variáveis		
Sexo	Masculino	1
	Feminino	2,05 (1,55 – 2,71)
Ocupação	Sim	1
	Não	1,40 (1,08 – 1,81)
	18 a 29 anos	1
	30 a 39 anos	2,12 (1,44 – 3,11)
Faixa etária	40 a 49 anos	2,37 (1,52 – 3,68)
	50 a 59 anos	2,14 (1,50 – 3,05)
	60 ou mais anos	2,05 (1,37 – 3,07)

DISCUSSÃO

Os 1.516 adultos investigados no estudo, foram caracterizados, predominantemente por mulheres, com idade mediana de 38,8 anos, de raça/cor autodeclarada parda, com baixa escolaridade e renda, ter companheiro e exercer atividade laboral.

O estudo permitiu identificar o perfil epidemiológico das morbidades autorreferidas da população de Rio Branco. As significativas desigualdades da magnitude na prevalência das doenças selecionadas são concordantes com outros inquéritos populacionais nacionais e internacionais, sugerindo que Rio Branco acompanha a tendência nos padrões mundiais de adoecimento, observadas em meados do século XX com destaque para o predomínio de doenças crônicas, reflexo de um processo acelerado que industrialização-urbanização que influenciou as dinâmicas populacionais, culturais e sanitárias^{16,17}.

Ao mesmo tempo em que acompanha tendências nacionais no que se refere à proporção de morbidades autorreferidas, a capital do estado do Acre revela características próprias, uma vez que a terceira morbidade mais autodeclarada é uma doença parasitária típica da região Norte. As condições socioeconômicas e ambientais da Região Amazônica favorecem a proliferação dos vetores do Plasmodium, tornando elevada a exposição dos seus habitantes ao agente etiológico da malária, o que torna a ocorrência da doença no Brasil quase que exclusiva desta região, com registro de 99,8% do número total de casos¹⁷.

Nos inquéritos populacionais, as prevalências de algumas doenças crônicas tendem a serem subestimadas, como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, pois necessitam de diagnóstico médico prévio. Já afecções autoavaliadas, como dor lombar e depressão, podem ter sua prevalência superestimada. Isto é justificável, se for considerado que o conhecimento/diagnóstico das doenças e a percepção de sinais e sintomas dependem das disparidades sociais das populações¹⁷. No entanto, diversos autores têm discutido a respeito da validade de prevalência de morbidades em inquéritos de base

populacional^{3,17-19}. Em resumo, doenças que exigem acompanhamento médico/laboratorial tendem a serem mais informadas. O reconhecimento de doenças depende do uso social do corpo, de capacidades individuais, do acesso e qualidade dos serviços de saúde. O uso de check list de morbidades, técnica de entrevista face a face e de autorreferência garantem maior acurácia dos dados dos inquéritos. Vale a ressalva que, no presente estudo, estas questões foram levadas em consideração tanto para coleta como para análise dos dados.

Em um estudo transversal realizado em Taiwan, entre julho de 1992 e junho de 1993, para verificar a concordância entre relatório de estado clínico e a prevalência de doenças crônicas autorreferidas selecionadas comuns entre os idosos aplicou-se entrevista e avaliação clínica em uma amostra de 228 pessoas com 65 anos ou mais para estimar a prevalência de doenças do coração, hipertensão arterial e diabetes²⁰. Os resultados mostraram que a autodeclaração de diabetes obteve maior sensibilidade (66,7%) e especificidade (95,2%). O autorrelato de doenças cardíacas foi o menos sensível com 20,5%, enquanto os relatos de hipertensão arterial foi o menos específico com 82,8%. A análise multivariada mostrou que a idade, a escolaridade e a quantidade de doenças autorrelatadas influenciaram na precisão dos dados reportados. Contudo, essas informações sugerem que as estimativas de morbidade da hipertensão arterial e do diabetes não seriam necessariamente um problema. Por outro lado, a prevalência de doenças cardíacas seriam subestimadas⁹.

No Brasil, um estudo de base populacional de amostragem aleatória simples (n=970) com moradores da cidade de Bambuí, no estado de Minas Gerais de 18 anos ou mais que se propôs a determinar a validade da hipertensão arterial autorreferida e seus determinantes, revelou 72% de sensibilidade e 86% de especificidade. Esses resultados mostram que a informação autorreferida é um indicador apropriado da prevalência da hipertensão arterial²¹.

Em estudo de Mendoza-Sassi *et al.*²², os pesquisadores alertam para as diferenças ocorridas na

morbidade referida entre homens e mulheres, constatando que existem diferenças entre sexos na morbidade, mas com diversidade na magnitude conforme o tipo de medida de morbidade utilizada. Porém, no geral, os relatos são mais intensificados nas mulheres em relação aos homens. Este excesso pode ser explicado pelas variações que ocorrem no comportamento na procura de cuidados em saúde (percepção e/ou informação de problemas de saúde) entre mulheres e homens.

Ao compararmos nossos achados com os da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003, observou-se que, em nosso estudo, a prevalência de indivíduos que relataram ter ao menos uma morbidade autorreferida (76,7%), foi mais que o dobro da apresentada pela população nacional (29,9%)²³.

As morbidades autorreferidas mais prevalentes reveladas em nosso estudo foram semelhantes às apontadas no estudo que utilizou os dados da PNAD/2003. Dentre as 12 doenças investigadas, as mais prevalentes no Brasil, considerando todas as faixas etárias, foram doença de coluna ou costas, hipertensão arterial, artrite, depressão, asma e doenças do coração. No inquérito realizado no estado de São Paulo com indivíduos de 20 anos ou mais, apresentou como morbidades mais prevalentes: enxaqueca (21,8%), alergia (20,4%), hipertensão arterial (20%), depressão (17,7%) e doença de coluna (17,6%)²⁴.

Outra pesquisa de base populacional, realizada em Belo Horizonte²¹, apresentou a hipertensão arterial como a morbidade mais prevalente (18%) da amostra composta por adultos, seguida pela doença de coluna, acometendo 11,9%. Em nossos achados, a morbidade mais apontada foi a doença da coluna/dor nas costas, com proporção três vezes mais elevada (30,8%) que a encontrada na população de Belo Horizonte. A nossa prevalência de depressão (19%) também foi superior a da capital de Minas Gerais (8,8%).

Comparando com os dados do National Health Interview Survey (NHIS), observou-se que, quanto às condições crônicas, os resultados apresentados em nossa pesquisa são similares aos dos Estados Unidos em 2008¹⁶. Entre os adultos de 18 anos ou mais, as duas morbidades referidas mais relatadas foram exatamente as mesmas encontradas em nossos dados: “dor nas costas” (26%) e hipertensão arterial (21%).

Os fatores socioeconômicos e demográficos foram os que apresentaram maior risco para as doenças estudadas, quando comparados aos fatores de hábito de vida e de saúde.

De acordo com Szwarcwald *et al.*²⁵, a investigação dos determinantes sociais nas medidas de morbidade referida merece maior atenção e necessita considerar dados como os apresentados em nosso estudo, para garantir a continuidade de investigações semelhantes que permitam testar hipóteses concernentes à influência dos efeitos da desigualdade social na qualidade de vida e situação de saúde das populações.

Após os ajustes de diferentes modelos para as morbidades autorreferidas, observa-se que, na amostra estudada, as variáveis com maior associação com o relato de doença de coluna/costas foram respectivamente menor escolaridade, idade avançada e ser do sexo feminino.

Em Rio Branco, as maiores disparidades na ocorrência de morbidades pela escolaridade foram observadas nas prevalências ajustadas de malária (RP 2,58; IC 1,81 – 3,69), seguida da doença de coluna/costas (RP 1,71; IC 1,14 – 2,58) no seguimento de menor nível de instrução (zero) quando comparado ao de maior (11 anos ou mais). Os dados nacionais quanto à escolaridade, as morbidades que apresentaram maior razão de prevalência foram as doenças do coração (3,29), artrite/reumatismo (3,22), diabetes (3,23), insuficiência renal crônica (2,94) e hipertensão arterial (2,90)²³. A prevalência de hipertensão em Rio Branco estimada no estudo “Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico” (VIGITEL), realizada com 5.000 indivíduos adultos distribuídos nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2011 (sendo pelo menos 200 em cada capital) foi menor (22,7%) da encontrada em nosso estudo (28,3%). Tal diferença pode ser atribuída a metodologia de inquérito populacional por telefone, que limita a informação a aqueles indivíduos que possuem telefone fixo²⁶.

Alerta-se que há pelo menos 600 milhões de hipertensos no mundo. Calcula-se que essa doença cause a morte de 7,1 milhão de pessoas, equivalente a 13% do total de óbitos²⁷. A hipertensão possui grande relevância para o comprometimento a saúde, uma vez que, de acordo com o sistema de informação de saúde da Vigilância Epidemiológica do Estado do Acre (dados não publicados), em 2008, dentre as quatro morbidades autorreferidas aqui analisadas, ela foi a primeira em número de internações hospitalares na rede do SUS, sendo isoladamente responsável por 198 internações. Porém, sabe-se que a hipertensão arterial é um forte fator de risco para outros agravos de saúde, portanto evidencia-se o grande impacto que sua alta prevalência provoca na utilização nos serviços de saúde.

Em nossa amostra, a variável com maior razão de risco ajustado para hipertensão arterial foi a idade (60 anos ou mais) e em seguida o sexo feminino. O “Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis”, realizado com 23.442 indivíduos de 15 anos ou mais, distribuídos em 15 capitais brasileiras e mais o Distrito Federal no período de 2002 a 2003, utilizando um desenho amostral semelhante ao nosso estudo, revelou que a proporção de hipertensos no Brasil oscilava entre 11,22% e 14,77% no grupo de 30 a 39 anos e de 42,57 a 52,14% nos indivíduos de 60 anos ou mais²⁸.

Um estudo de base populacional, realizado em Campinas - São Paulo, que avaliou a prevalência de hipertensão arterial em 426 idosos, apresentou um percentual de 51,8% de hipertensão referida, sendo 46,4% nos homens e 55,9% nas mulheres²⁹.

A alta prevalência de relato de malária revela a especificidade geográfica regional do município de Rio Branco, assim como os fatores sociais envolvidos com este quadro epidemiológico. A malária é endêmica em toda a Amazônia brasileira, que abrange a região Norte e parte dos estados do Maranhão (Nordeste) e Mato Grosso (Centro-Oeste). A elevada endemia da malária na Amazônia está ligada às mudanças nas atividades

econômicas extrativistas, que geram migrações internas e assentamentos rurais desordenados. O aumento dos casos de malária se deve principalmente a uma intensa e desordenada ocupação das zonas periféricas das grandes cidades¹⁷.

De acordo com o Sistema de informação da Vigilância Epidemiológica Malária (SIVEP – Malária), no ano de 2008, 74,4% (166) dos casos notificados em Rio Branco advinham da área rural do município³⁰. É comum na capital do Acre que moradores da área urbana passem os finais de semana, feriados e férias em locais conhecidos na região como “colônia”, “ramal” e “seringal”, que foram justamente as localidades identificadas com maior número de casos notificados. Comparado aos dados do ano de 2007, o ano de 2008 apresentou 28 novas localidades com registro de malária. Estas áreas foram responsáveis por 40 notificações daquele ano, sendo que 28 casos localizados na área rural e 12 em área urbana. Tais observações nos sugerem que esses casos podem ter ligação com o avanço de moradias nas áreas periféricas do município.

Quanto à depressão, após análise ajustada, os fatores demográficos e de ocupação, mantiveram a significância estatística e a maior razão de prevalência. Esta informação se assemelha com a encontrada a nível nacional nos dados da PNAD 2003²³, onde se verificou que a depressão é muito mais frequente entre as mulheres. Entre as possíveis causas, estão as particularidades hormonais, fatores sociais e culturais. Outro aspecto que requer atenção é o fato das mulheres buscarem mais o auxílio médico e psíquico, o que pode aumentar as estatísticas de prevalência^{31,32}.

É interessante destacar que, em nosso estudo, os indivíduos com atividade laboral apresentaram-se mais afetados pela depressão comparados a pessoas sem ocupação (RP 1,40; IC 1,08 – 1,81). Tal fato chama atenção para a necessidade de um olhar multidimensional para os problemas de saúde. A ocupação estaria diretamente relacionada com a depressão e este fato sinaliza para a

necessidade de maior investigação e de estratégias sobre a temática de atenção a saúde do trabalhador.

As morbidades autorreferidas mais prevalentes foram respectivamente doença de coluna/costas, hipertensão, malária e depressão.

A eminente maioria das morbidades possui maior proporção na população adulta feminina, de raça/cor autodeclarada preta ou parda, com companheiro, sem ocupação e com menor nível de escolaridade e renda familiar.

Uma das limitações do presente estudo é que, no delineamento transversal, existe a possibilidade da causalidade reversa, que pode ocorrer quando a aparente exposição é consequência do desfecho. Esse aspecto talvez explique a inexistência de associação da hipertensão arterial e da doença de coluna/dor nas costas com o hábito alimentar, e, com a prática de atividade física, apenas para esta última.

Por outro lado, cabe destacar ser esse inquérito de base populacional um estudo pioneiro em Rio Branco. Um diferencial desse estudo é a identificação dos fatores socioeconômicos como os que mais apresentaram risco associação com o relato das doenças estudadas, quando comparados aos relacionados aos hábitos de vida e de saúde.

Diante desses achados, tornam-se necessárias medidas de controle e prevenção dos riscos à saúde, para que sejam implementadas políticas que levem em consideração os determinantes sociais em saúde, assim como de promoção de vida saudável. A comunidade científica, juntamente com os demais profissionais de saúde envolvidos, principalmente no âmbito da gestão, deve estar atenta para estas informações, que possibilitam maior discussão sobre a influência da precária condição de vida das pessoas sobre a saúde dos residentes de Rio Branco.

■ REFERÊNCIAS

1. Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML. Análise dos óbitos em idosos no estudo SABE. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):540-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000400013>
2. World Health Organization (WHO). Towards Policy for Health and Ageing. The challenge for health care system. [cited 2020 Jun 11] Available from: https://www.who.int/mip/2003/other_documents/en/E%20AAE%20Towards%20Policy%20for%20Health%20and%20Ageing.pdf?ua=1
3. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(suppl 1):6-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500002>
4. Laurenti R, Jorge MHPM, Gottlieb SLD. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(4):909-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400012>
5. Rede Integral de Informação para Saúde (RIPSA). Informe de Situação e Tendências: Demografia e saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2009.
6. Waldman EA, Novaes HMD, Albuquerque MFM, Latorre MRDO, Ribeiro MCSA, Vasconcellos M, et al. Inquéritos populacionais: aspectos metodológicos, operacionais e éticos. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(suppl 1):168-79. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500018>
7. Molenaar EA, Van Ameijden EJC, Grobbee DE, Numans ME. Comparison of routine care self-reported and biometrical data on hypertension and diabetes: results of the Utrecht Health Project. *Eur J Public Health*. 2007;17(2):199-205. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl113>

8. Molarius A, Staffan J. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J Clin Epidemiol*. 2002;55(4):364-70. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(01\)00491-7](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(01)00491-7)
9. Wu SC, Li CY, Ke DS. The agreement between self-reporting and clinical diagnosis for selected medical conditions among elderly in Taiwan. *Public Health*. 2000;114(2):137-42. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0033-3506\(00\)00323-1](https://doi.org/10.1016/s0033-3506(00)00323-1)
10. Theme-Filha M, Szwarcwald MC, Souza Júnior PRB. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(1):73-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000100010>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico de 2000.[internet]. [cited 2020 Jun 11] Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9663-censo-demografico-2000.html?edicao=9771&t=sobre>
12. Lino MZR, Muniz PT, Siqueira KS. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(4):797-810. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400019>
13. Bezerra PCL, Opitz SP, Koifman 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. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001200015>
14. Figueiredo ICR, Jaime PC, Monteiro CA. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008;45(5):777-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000049>
15. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO, 2000.
16. Pleis JR, Lucas JW, Ward BW. Summary Health Statistics for U.S. Adults: National Health Interview Survey, 2008. *Vital Health Stat*. 2009;10(242):1-157.
17. Oliveira-Ferreira J, Lacerda MVG, Brasil P, Ladislau JLB, Tauil PL, Daniel-Ribeiro CT. Malaria in Brazil: an overview. *Malar J*. 2010;9:115. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1475-2875-9-115>
18. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):607-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400002>
19. Knight M, Stewart-Brown S, Fletcher L. Estimating health needs: the impact of a checklist of conditions and quality of life measurement on health information derived from community surveys. *J Public Health Med*. 2001;23(3):179-86. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/23.3.179>
20. Simpson CF, Boyd CM, Carlson MC, Griswold ME, Guralnik JM, et al. Agreement between self-report of disease diagnoses and medical record validation in disabled older women: factors that modify agreement. *J Am Geriatric Soc*. 2004;52(1):123-7. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52021.x>
21. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). *Rev Saúde Pública*. 2004;38(5): 637-42. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000500004>
22. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Gender differences in self-reported morbidity: evidence from a population-based study in southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):341-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200010>
23. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):911-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400014>
24. Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo- ISA-SP. São Paulo: FSP/USP, 2005.
25. Szwarcwald CL, Damacena GN. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(Suppl.1):38-45. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500004>
26. Malta DC, Iser BPM, Claro RM, Moura L, Bernal RTI, Nascimento AF, et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013;22(3):423-34. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742013000300007>
27. Lawes CMM, Hoorn SV, Rodgers A, International Society of Hypertension. Global burden of blood pressure-related disease, 2001. *Lancet*. 371(9623):1513-8. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60655-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60655-8)

28. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. *Rev Panam Salud Pública*. 2009; 25(6):491-8.
29. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(2):285-94. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200006>
30. 30. Brasil. Ministério da Saúde. SIVEP-Malária. Sistema de informação de vigilância epidemiológica: Notificação de casos. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria Estadual de Saúde do Acre. Rio Branco: 2008.
31. Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcellos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB, et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: o Brasil em números. Rio de Janeiro: RADIS/FIOCRUZ, 2004; p.14-33.
32. Pires CGS, Mussi FC. Crenças em saúde para o controle de hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(Supl. 2):2257-67. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900030>

Abstract

Introduction: Epidemiological data allow to know the needs of the communities and can provide subsidies for planning and actions in the health services, hence, it is necessary to investigate illness and chronic non-communicable diseases in the population of interest.

Objective: The objectives of this study are to describe and verify the association between the most prevalent self-reported morbidities in adults regarding the characteristics: socioeconomic, demographic and lifestyle.

Methods: This is a population-based survey conducted with adults (≥ 18 years of age), living in Rio Branco, Acre State, Brazil, during the period 2007/2008. The sample consisted of 1516 individuals, from a probabilistic sampling in two stages of a draw.

Results: The most prevalent self-reported morbidity was spine/back disease with a percentage of 30.8%, followed by hypertension (28.3%), malaria (28.3%) and depression (18.7%). Regarding socioeconomic and demographic aspects, the most prevalent characteristics were: female gender and low level of formal education, with statistical significance. As for life habits, the most common characteristics with statistical significance were: smoking and physical inactivity.

Conclusion: In view of the scarcity of studies of this nature in the North region of Brazil, and especially in the State of Acre, the results regarding the most prevalent self-reported morbidities in the adult population of Rio Branco are of fundamental importance, to alert researchers and health professionals. This contributes to a better adaptation and/or implementation of public strategies for promotion, protection and health assistance.

Keywords: morbidity surveys, health profile, epidemiology.

©The authors (2020), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.