



Morbidade Referida- I^a Pesquisa sobre Condições de Saúde e Vida de Idosos da Cidade do Rio de Janeiro, 2006

Nº 20101101
Novembro - 2010

Rosanna Iozzi, Silvana Caetano, Mariza Miranda Theme e Vanessa Reis –
Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
Alcides Carneiro e Lucia Santos - IPP/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

Nota: Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu-MG de 29/09 a 03/10/ 2008. Síntese do capítulo “Morbidade referida” da publicação da pesquisa editada pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro/ SMS/IPP



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Extraordinária de Desenvolvimento
Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos

EXPEDIENTE

A **Coleção Estudos Cariocas** é uma publicação virtual de estudos e pesquisas sobre o Município do Rio de Janeiro, abrigada no portal de informações do Instituto Municipal Pereira Passos da Secretaria Extraordinária de Desenvolvimento da Prefeitura do Rio de Janeiro (IPP) : www.armazemdedados.rio.rj.gov.br.

Seu objetivo é divulgar a produção de técnicos da Prefeitura sobre temas relacionados à cidade do Rio de Janeiro e à sua população. Está também aberta a colaboradores externos, desde que seus textos sejam aprovados pelo Conselho Editorial.

Periodicidade:

A publicação não tem uma periodicidade determinada, pois depende da produção de textos por parte dos técnicos do IPP, de outros órgãos e de colaboradores.

Submissão dos artigos:

Os artigos são submetidos ao Conselho Editorial, formado por profissionais do Município do Rio de Janeiro, que analisará a pertinência de sua publicação.

Conselho Editorial:

Fernando Cavallieri e Paula Serrano.

Coordenação Técnica:

Cristina Siqueira e Inês Germano

Web Master/Web Designer:

Renato Fialho Jr.

CARIOCA – Da, ou pertencente ou relativo à cidade do Rio de Janeiro; do tupi, “casa do branco”. (Novo Dicionário Eletrônico Aurélio, versão 5.0)

MORBIDADE REFERIDA- 1ª PESQUISA SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE E VIDA DE IDOSOS DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2006

Rosanna Iozzi, Silvana Caetano, Mariza Miranda Theme e Vanessa Reis – Secretária Municipal de Saúde/ Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

Alcides Carneiro e Lucia Santos - IPP/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

Nota Metodológica¹

Para a execução da pesquisa foi necessária a elaboração de algumas etapas que permitiriam o desenvolver da análise científica sobre o tema proposto, a saber: o trabalho de campo; a determinação do tamanho da amostra e o cálculo dos fatores de expansão da amostra e cálculo das estimativas sobre a expansão da amostra. A elaboração cuidadosa de cada uma destas etapas foi o que permitiu o desenvolvimento do trabalho completo com as mais diversas análises das mais diversas áreas que compõe o processo saúde-doença da população idosa.

Trabalho de Campo

Levantamento de uma amostra representativa da população idosa (60 anos ou mais), residente na cidade do Rio de Janeiro. A pesquisa foi feita durante a campanha de vacinação contra gripe no ano de 2006. A equipe trabalhou em dias alternados entre 24/04/06 e 05/05/06, nos postos de vacinação da rede municipal de saúde, captando aproximadamente 77% da população idosa da cidade.

Amostra

A amostra foi determinada em dois estágios de seleção e desmembrada para as 10 Áreas de Planejamento em Saúde (AP), que foram consideradas como Unidade Primária de Seleção - UPA:

1º Estágio: foi selecionada uma amostra sistemática sem reposição com probabilidade proporcional ao tamanho (ppt) de população da UPA correspondente, definindo como Unidade Secundária de Seleção - USA as 49 unidades de saúde representadas pelos postos de vacinação (PV), distribuídas de forma a garantir a desagregação pelas UPA;

2º Estágio: amostra sistemática, considerando-se como Unidade Terciária de Seleção - UTA os idosos selecionados para entrevista em cada PV. Nesse estágio o padrão de salto obedeceu à frequência de vacinação verificada no PV em 2005.

Durante os cinco dias alternados do trabalho de campo foram realizadas 67 entrevistas por PV, totalizando 4.003 entrevistas, anteriormente se estabeleceu para o tamanho da amostra um total de 4.000 entrevistas. Do total de entrevistas realizadas, 3.749 foram validadas.

As eliminações ocorreram por inconsistências de preenchimento, principalmente, relacionadas à idade fora do grupo alvo e a não residência na Cidade do Rio de Janeiro.

¹ Nota dos Editores: esse capítulo foi extraído de: Carneiro, A. e Santos L.. *1ª Pesquisa sobre Condições de Saúde e Vida de Idosos da Cidade do Rio de Janeiro, 2006*, trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu- MG de 29/9 a 03/10/ 2008. Os autores autorizaram.



Janeiro. Alguns PV foram sorteados mais de uma vez por centralizarem um grande número de idosos vacinados, garantindo a distribuição de PV em cada UPA, resultando em um total de 60 locais de coleta distribuídos em 49 PV. Em face de problemas operacionais, não foi possível realizar a coleta de dados em dois PV. Para evitar desequilíbrio na distribuição amostral, suas entrevistas foram redirecionadas para outras unidades da mesma UPA e foi também estabelecido um dia extra de trabalho de campo (04/05) para compensar entrevistas não realizadas.

Outra alteração ocorreu no padrão de salto pré-estabelecido, em algumas unidades teve que ser ampliado ou reduzido, em função de diferenças do ritmo de vacinação entre 2005 e 2006, da duração da entrevista e da variação na frequência dos idosos aos postos entre os turnos.

Introdução

A expectativa de vida cresceu consideravelmente nos últimos 100 anos e as projeções indicam que esta tendência será mantida no século XXI. Esta transformação é determinada pela evolução social, econômica, científica e tecnológica que dissemina possibilidades de acesso ao consumo de produtos, informações e bens, antes restritos a pequenos grupos. A modernização dos processos de trabalho, produção e consumo definem novas formas de viver.

O desafio da Saúde Pública é não só ampliar ainda mais o tempo de vida, mas fazer com que a população viva de forma mais saudável. O aumento da expectativa de vida traz os efeitos associados ao envelhecimento em si e o maior tempo para surgimento e combinação de várias doenças.

Países em desenvolvimento experimentaram nos últimos anos a transição demográfica e epidemiológica, com crescimento da mortalidade por doenças crônicas que, incidem sobre a população adulta e particularmente sobre os idosos de modo mais intenso, causando limitações ou dificuldades que influenciam a habilidade para a realização das atividades cotidianas. As complicações provenientes do não tratamento, ou de medidas inadequadas de controle deste grupo de doenças poderá se expressar na redução da qualidade de vida e no aumento dos custos em saúde. O custo do tratamento em idosos tende a ser maior que em outras faixas etárias, pela multiplicidade de patologias associadas.

Idosos apresentam taxas de internação hospitalares mais elevadas do que as observadas em outros grupos etários, assim como uma permanência hospitalar mais prolongada (INCA/SVS, 2003; Amaral ACS et al., 2004).

Medidas como Morbidade Referida são importantes indicadores das condições de saúde, sendo largamente utilizados para estudar as demandas por serviços, conhecer as condições da população estudada, avaliar as políticas de saúde e auxiliar em novas propostas em saúde pública. (Almeida, M. F. *et al.*, 2002).

Diversos estudos foram produzidos para validar informações de morbididade ou estado de saúde auto-referido. Fortes associações foram observadas para a morbididade

autoreferida, principalmente para as doenças crônicas não severas. (Lima-Costa MF. et al, 2003).

LEBRÃO (2003) e cols já enfatizavam no início dos anos 90 a importância da incorporação da Morbidade Referida em estudos populacionais como importante ferramenta para a epidemiologia e para o planejamento em saúde. No trecho a seguir, os autores descrevem o significado desta medida:

“Avaliar a morbidade junto à população significa tentar descobrir o componente submerso do processo saúde-doença – “a morbidade percebida” ou “sentida” ou ainda reprimida”, sem acesso aos serviços, vai possibilitar a análise da determinação social deste processo e, por fim, subsidiar o planejamento de cuidados de saúde, em diferentes níveis geográficos e administrativos.”

A indicação de uma morbidade referida pode estar sendo determinada pelo acesso e uso de serviços de saúde e definição de um diagnóstico, pois o que em geral se pergunta é **“se algum profissional de saúde lhe disse que tem determinada doença?”**. A avaliação deste indicador tem limitações, pois possivelmente se estará avaliando a parcela que conseguiu atendimento no sistema de saúde e não a prevalência real de uma determinada doença.

A análise da morbidade referida deve considerar a capacidade funcional como condição que determina sua real magnitude. A íntima relação entre acúmulo de doenças e capacidade funcional remete a redefinição da compreensão do conceito de saúde no processo de envelhecimento, pois a inexistência de doenças ou limitações é um fenômeno raro. A análise da existência de padrões de morbidade referida deve considerar: a diferença de comportamento da evolução, a quantidade de doenças conforme avança a idade e as diferenças biológicas e de comportamento existentes entre os sexos.

O acúmulo de doenças e agravos vai se dando ao longo da vida. Experiências diferentes de consumo alimentar, de atividade física, de tabagismo, de trabalho condicionado pela inserção social e econômica dos indivíduos vão definir perfis de adoecimento e comprometimento funcional que irão determinar um envelhecimento saudável ou não.

Resultados

Nesta 1ª Pesquisa sobre Saúde e Condições de Vida dos Idosos que participaram da Campanha de Vacinação contra Gripe de 2006, foi levantada a condição de saúde da população entrevistada enfocando um grupo de doenças mais prevalentes nesta faixa etária. Aos idosos perguntou-se:

“Alguma vez algum médico ou outro profissional de saúde já lhe disse que o(a) Sr(a) tem ou teve algumas destas doenças?”

As doenças abordadas foram: Hipertensão Arterial, Diabetes, Asma / Enfisema / Bronquite, Pneumonia, Câncer, Artrite/Reumatismo/Artrose/Gota, Angina / Infarto, Insuficiência Cardíaca, AVC / Derrame, Depressão, Doença de Parkinson e Catarata.

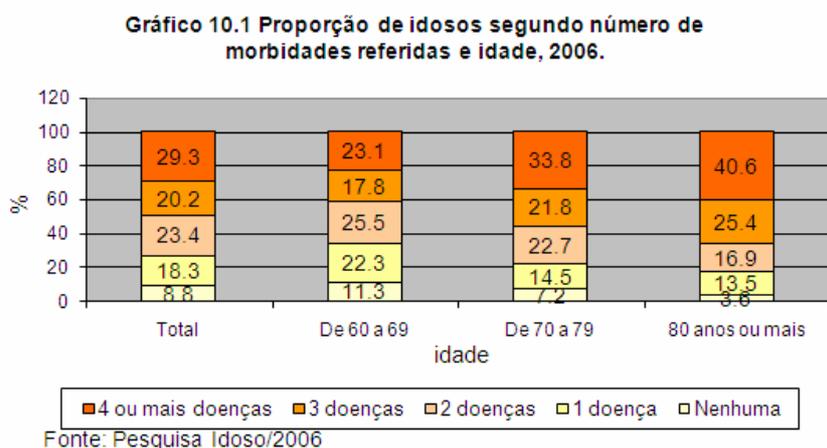
Além disto, foi perguntado aos idosos se: “O(a) Sr(a) tem algum problema de visão?”; “O(a) Sr(a) tem algum problema de audição?”.

Coexistência de Doenças ou Comorbidades

Aproximadamente, 91% dos idosos cariocas declarou pelo menos uma doença crônica. Praticamente metade dos idosos referiu três ou mais morbidades.

O idoso é mais acometido de doenças crônicas que acabam gerando mais internações e que em geral são de longa permanência (Veras et al, 1997; Cavalcanti, MGPH et al, 1990). A medida da morbidade referida é antes de tudo uma proxy de demanda potencial de uso dos serviços de saúde.

Observou-se que o número de morbidades aumentava com a idade, isto é, enquanto 59% dos idosos com idade de 60-69 anos declararam ter até duas doenças, 66% dos idosos com 80 anos ou mais reportaram ter mais de quatro doenças.



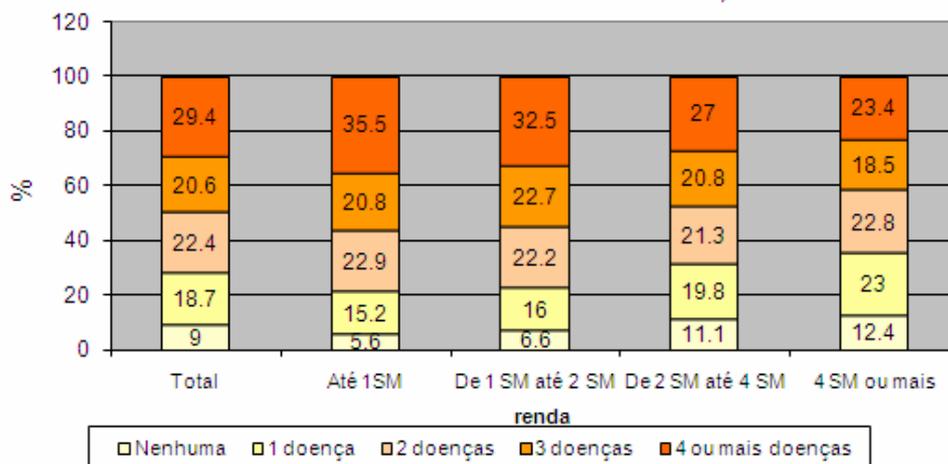
A prevalência de doenças, em geral crônicas, aumenta com a idade e nos idosos a coexistência de morbidades leva, muitas das vezes, a uma grande limitação das atividades, com reflexos na autonomia e independência deste grupo (Lebrão et al., 2003).

A proporção do número de doenças auto-declaradas também variou conforme o sexo: homens declaram menor número de doenças que as mulheres. Enquanto apenas 19% dos homens referiram quatro doenças ou mais, entre as mulheres esta frequência chegou a 35%. Outros trabalhos (Lebrão, 2003) identificaram também diferenças entre os sexos com predominância de queixas entre as mulheres. John Graunt, nos seus escritos do século 17, comentava o fato de ser menor a frequência de doenças nos homens, descrevendo que os médicos atendiam duas vezes mais mulheres do que homens, mas que estes morriam mais do que as mulheres (Laurenti, R. et al, 2005).

Observa-se, ainda, uma relação direta entre a renda declarada pelo idoso e o número de doenças referidas. Quanto menor a renda maior a referência de morbidades associadas. Dos idosos que ganhavam até um salário mínimo, 56% referiram três ou mais doenças. Já entre os que ganhavam quatro ou mais salários mínimos esta proporção cai para 42%.

A renda estabelece um gradiente de coexistência de morbididades: quanto maior a renda menor a indicação de comorbidades e vice-versa.

Gráfico 10.3 Proporção de idosos segundo número de morbididades referidas e renda, 2006.

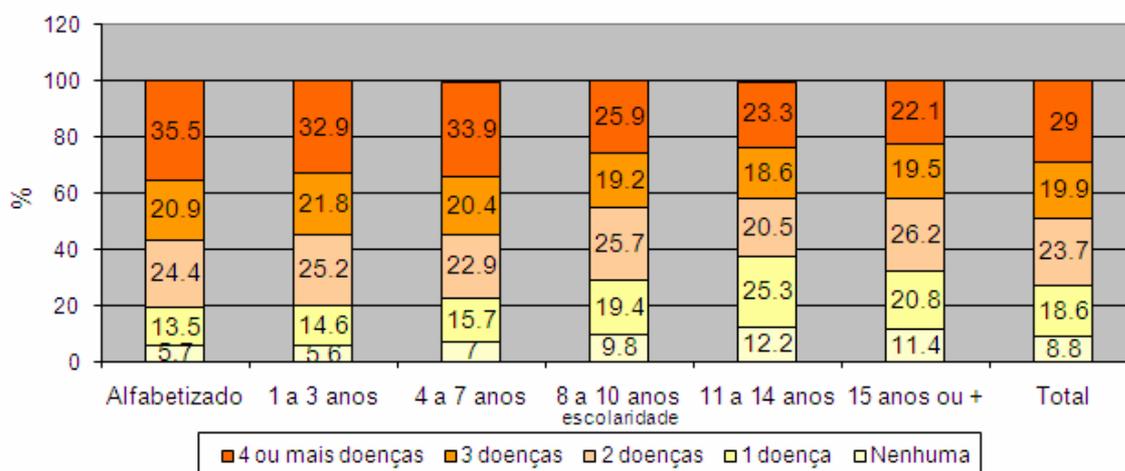


Fonte: Pesquisa Idoso/2006

As freqüências mais altas de referência de comorbidades são vistas entre os de menor renda, estabelecendo-se um padrão: quanto menor a escolaridade maior a proporção de idosos referindo morbididades associadas.

Assim como a renda, os resultados também revelaram que o número de doenças varia em função da escolaridade.

Gráfico 10.4 Proporção de idosos segundo número de morbididades referidas e escolaridade, 2006.



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

As baixas escolaridades e renda, que estão atreladas à falta de informação e problemas de acesso aos serviços de saúde, revelam que a magnitude dos problemas detectados, particularmente Hipertensão Arterial e Diabetes, deve ser ainda maior, pois as informações levantadas não se referem a dados de prevalência. Ao mesmo tempo, um contexto de precariedade das condições socioeconômicas vem em geral

acompanhada de atitudes menos apropriadas para controle e prevenção, o que pode representar situações de maior gravidade na evolução destas morbidades nestes grupos (Carvalho et al., 1998; Navarrete & Perez, 1998).

As possibilidades de envelhecimento estão estreitamente relacionadas ao acesso a condições dignas de vida e renda. Esse acesso será um fator determinante da forma como se vai envelhecer.

A situação econômica de grupos mais vulneráveis, como crianças e idosos, determina maior risco de adoecer e morrer. Os recursos necessários e envolvidos no manejo dos problemas de saúde, relacionados principalmente ao envelhecimento, devem estar adequados ao enfrentamento destas situações mórbidas, em geral combinadas.

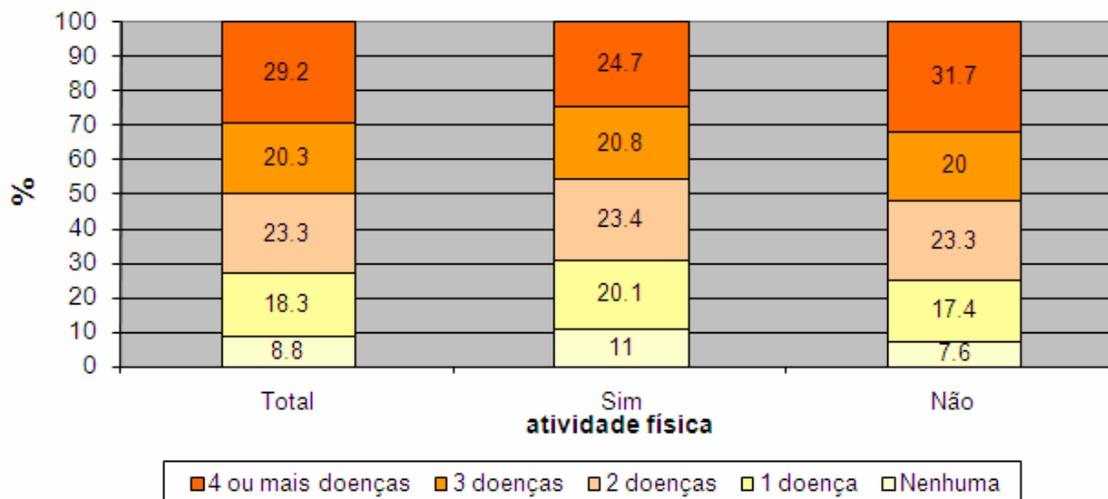
O setor saúde deve buscar a organização necessária para responder de forma resolutiva a esta parcela crescente da demanda dos serviços de saúde (Feliciano AB et al, 2004).

A associação entre **Rede de apoio social e número de morbidades** não se revelou ter ou não ter uma rede de apoio social não influenciaria na existência de maior ou menor número de morbidades em uma mesma pessoa.

A importância das características individuais, biológicas e em termos de hábitos e costumes – referidos a fatores de risco e proteção individuais – são fatores determinantes do processo saúde-doença. A importância da rede de apoio social existe para situações específicas como a depressão e de limitações que restrinjam o contato ou convívio social, como a dificuldade de locomoção, grandes problemas visuais ou auditivos entre outros.

Com relação aos hábitos: entre os que não praticam **atividade física** a referência a Nenhuma Doença foi feita por 8% dos idosos e para quatro ou mais enfermidades por 32%. Entre aqueles que têm atividade física regular 11% não tem Nenhuma Doença e 25% quatro ou mais morbidades. Identificou-se associação estatisticamente significativa ($p < 0,005$) entre a prática de atividade física e a menor frequência de comorbidades.

Gráfico 10.6 Proporção de idosos segundo número de morbididades referidas e prática de atividade física, 2006.

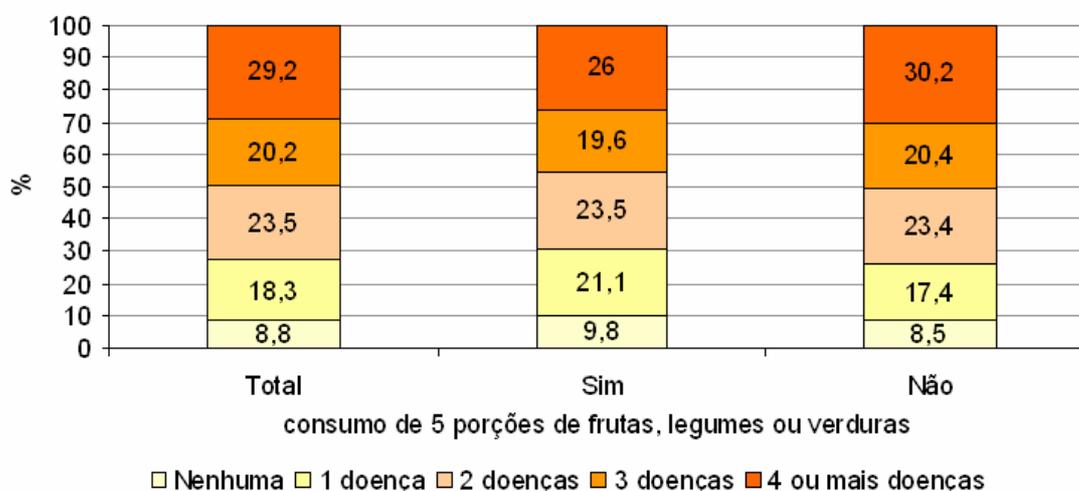


Fonte: Pesquisa Idoso/2006

A prática de atividade física é um fator de proteção ao desenvolvimento e agravamento de determinadas doenças. Entretanto, o enfoque dado na pesquisa se referia a prática atual, de pelo menos 30 minutos por dia durante cinco dias da semana. Os resultados não representam estritamente a existência prévia de um comportamento saudável e ativo ao longo da maior parte da vida.

Com relação ao mínimo de **consumo de cinco porções ao dia de legumes, frutas ou verduras** – não se observaram diferenças significativas entre os que **não consomiam** cinco ou mais porções/dia e aqueles que consumiam, em relação a coexistência de morbididades. A indicação de possuir quatro ou mais doenças foi discretamente maior entre os que não consumiam – 30% - do que a observada entre os que consumiam - 26%.

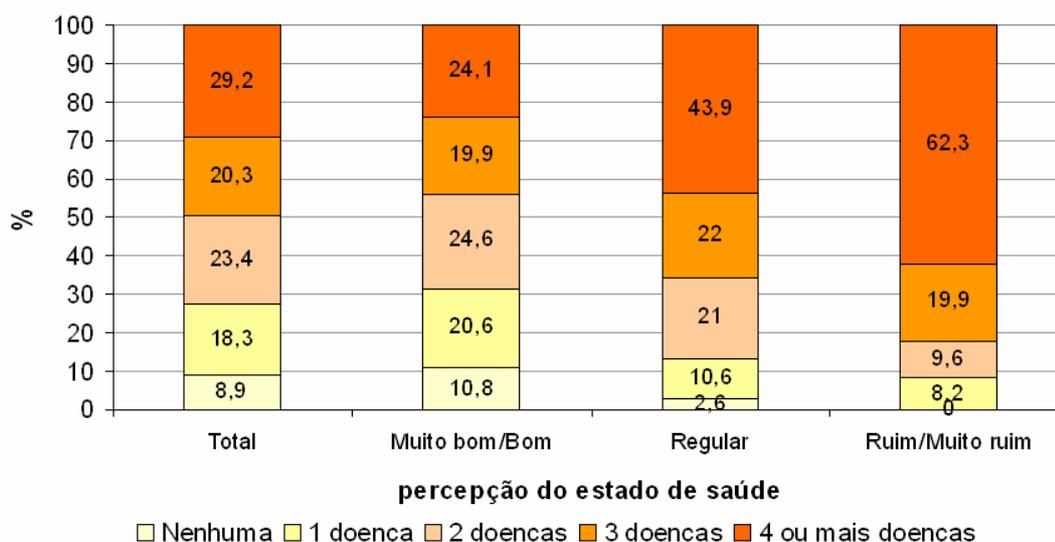
Gráfico 10.7 Proporção de idosos segundo número de morbididades referidas e consumo de 5 ou mais porções de frutas legumas ou verduras por dia, 2006.



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Quanto à **auto-percepção da saúde** – entre os idosos que consideraram sua saúde muito boa e boa, a indicação de Nenhuma Doença ou até duas doenças foi relativamente maior (56%) - do que a observada entre os que consideraram sua saúde Regular (34%) e menor ainda (18%) do que a encontrada entre os que consideraram sua saúde Ruim/Muito Ruim. A relação entre percepção e acúmulo de doenças é mais contundente conforme piora a percepção - 62% dos que têm percepção Ruim/Muito Ruim da sua própria saúde tinham quatro ou mais doenças. A percepção da saúde varia em função do aumento do acúmulo de doenças.

Gráfico 10.8 Proporção de idosos segundo número de morbididades referidas e percepção do estado de saúde, 2006.



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

O fato de ter ou não uma doença não significa necessariamente uma condição de vida comprometida. Se há controle dos sintomas e da progressão da doença a qualidade de vida da pessoa se mantém (Ramos et al., 1993). Os idosos apresentam de modo geral, média de doenças por pessoa, superior àquela encontrada na população adulta.

Em decorrência destas combinações de morbidades e da interferência de uma doença sobre a outra ser uma constante, principalmente para a combinação hipertensão e diabetes, o controle torna-se mais difícil e o surgimento de complicações começa ocorrer. As limitações em relação à capacidade de desempenho das mesmas atividades que antes eram executadas de forma rotineira, autônoma ou independente, passam a interferir com prejuízos gradativos na qualidade de vida e na autopercepção do próprio estado de saúde.

Os problemas visuais foram declarados por 73% dos idosos entrevistados, aumentando conforme cresce o número de doenças, principalmente acima de três doenças.

Tabela 10.A Idosos segundo número de morbidades e existência de Problema de Visão -2006

Nº de Morbidades	Problema de Visão					
	Total		Sim		Não	
Nenhuma	8,8	b	7,6	b	13,3	b
1 doença	18,2	a	16,9	a	23,1	b
2 doenças	23,3	a	23,1	a	24,1	b
3 doenças	20,3	a	21,1	a	17,5	b
4 ou mais doenças	29,4	a	31,3	a	22,0	b
Total (%)	100,0		100,0		100,0	
Total (N)	489.912		384.250		105.662	

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Embora os problemas auditivos estivessem presentes em menor percentual de idosos (26%), foi observado o mesmo padrão dos problemas visuais.

Tabela 10.B Idosos segundo número de morbidades e existência de Problema de Audição, 2006

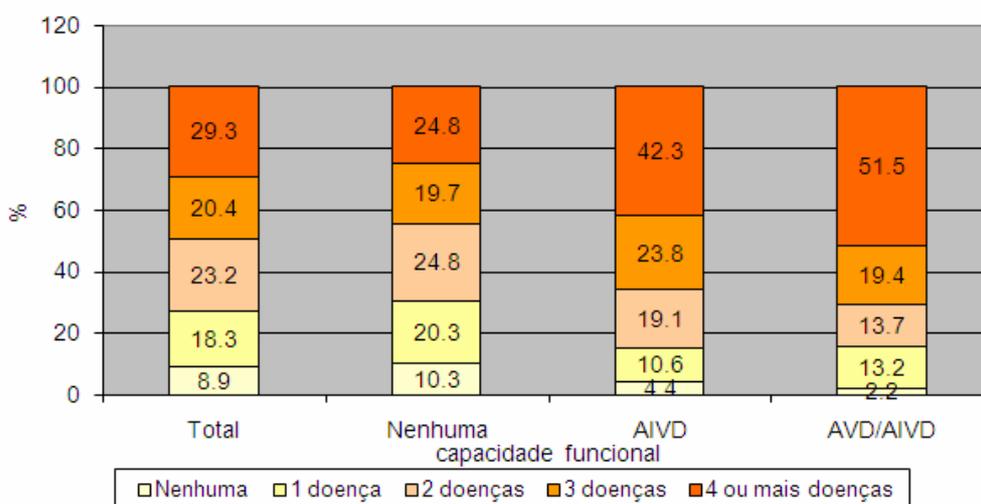
Nº de Morbidades	Problema de audição					
	Total		Sim		Não	
Nenhuma	8,8	b	6,6	b	9,7	b
1 doença	18,3	a	13,6	b	20,1	a
2 doenças	23,3	a	21,1	b	24,2	a
3 doenças	20,4	a	22,2	b	19,6	a
4 ou mais doenças	29,2	a	36,5	a	26,4	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0	
Total (N)	489.390		135.543		353.848	

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Os problemas visuais e auditivos devem se relacionar às demais doenças coexistentes comprometendo ainda mais a capacidade funcional do idoso e limitando sua independência.

Na medida em que ocorre o acúmulo de doenças, há uma perda progressiva da capacidade funcional, começando pelas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e a seguir comprometendo as Atividades da Vida Diária (AVD). Entre os idosos que não apresentavam comprometimento das AIVD ou AVD a proporção com 4 ou mais doenças foi de 25%, entre os que já indicavam comprometimento de AIVD esta proporção sobe 42% e para aqueles com prejuízos de AVD e AIVD se eleva mais ainda 52%.

Gráfico 10.9 Proporção de idosos segundo número de morbididades referidas e escala de capacidade funcional, 2006.



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

O comprometimento da capacidade funcional é resultante de características biológicas, de estilo de vida, incluindo aí o tipo de trabalho desempenhado pelos indivíduos na maior parte da sua vida, ou mesmo para algumas doenças por exposição a determinados agentes mórbidos, mesmo que por breve período de tempo. Isto repercute no desenvolvimento de doenças e agravos. A perda ou comprometimento da capacidade funcional em relação ao acúmulo de doenças, define uma relação direta entre as duas condições – quanto mais doenças coexistindo pior a capacidade funcional. (Amaral ACS et al 2004; Laurenti et al., 2005; Garcia et al., 2005; Feliciano et al., 2004; Ramos, 2003 ; Lebrão, 2003).

“Capacidade funcional surge, portanto, como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso (Fillenbaum, 1984; Kane & Kane, 1981). Envelhecimento saudável, dentro dessa nova ótica, passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. A perda de um ente querido, a falência econômica, uma doença incapacitante, um distúrbio mental, um acidente, são eventos cotidianos que podem, juntos ou isoladamente, comprometer a capacidade funcional de um indivíduo. “ (Ramos, L.R.; 2003)

O Uso de serviços de saúde não varia de modo significativo em relação a maior ou menor existência de comorbidades. O uso de serviços de saúde é determinado pela inserção social e econômica dos indivíduos.

Tabela 10.C Idosos segundo número de morbidades e Uso de Serviços de Saúde, 2006

Nº de Morbidades	Quando está doente que tipo de serviço procura									
	Total		Emergência de Hospital Público		Ambulatório de Serviço Público		Serviço do plano de Saúde		Consultório particular	
Nenhuma	8,4	b	9,0	b	7,5	b	8,4	b	9,3	c
1 doença	18,1	a	18,4	b	19,1	b	16,2	b	21,0	b
2 doenças	23,3	a	23,2	b	25,6	b	22,0	b	22,3	b
3 doenças	20,6	a	19,1	b	21,2	b	21,5	b	20,4	b
4 ou mais doenças	29,5	a	30,4	b	26,6	b	32,0	a	27,0	b
Total (%)	100		100		100		100		100	
Total (N)	480.346		116.863		114.662		162.301		61.510	

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

As Doenças

Aproximadamente, **91% dos idosos cariocas declararam pelo menos uma doença crônica**. A média de doenças foi de três, variando de uma a nove doenças. Como já foi dito anteriormente, as doenças abordadas foram: Hipertensão Arterial; Diabetes; Artrites/Reumatismos/Artrose/Gota; Catarata; Depressão; Osteoporose; Pneumonia; Asma/Enfisema/Bronquite; Insuficiência Cardíaca; Acidente Vascular Cerebral (AVC)/Derrame; Angina/Infarto; Câncer; Doença de Parkinson.

As seis doenças mais freqüentes foram Hipertensão (63%), Artrite (48%), Catarata (35%), Depressão (25%), Osteoporose (21%) e Diabetes (18%). Destas, exceto o Diabetes, todas foram mais freqüentes entre as mulheres, sendo mais elevadas as diferenças para Hipertensão, Depressão e principalmente a Artrite e a Osteoporose.

Dentre as complicações cardiovasculares, a Insuficiência Cardíaca foi a mais declarada - 13% - seguida pela Angina - 10% - e do Acidente Vascular Cerebral (AVC) - 6%. Para estas doenças, não foram encontradas diferenças marcantes entre sexos. Entre as doenças respiratórias, as Pneumonias - 17% - foram mais relatadas que a Asma - 13% - sendo mais freqüente entre as mulheres. As patologias com menor freqüência foram o Câncer - 6% - e a Doença de Parkinson - 1% - com percentuais muito próximos entre os sexos.

Tabela 10.D Morbidades Referidas segundo tipo de doença e sexo, 2006

Hipertensão	Total		Mas culino		Feminino	
Sim	62,6	a	57,4	b	65,7	a
Não	37,2	b	42,6	b	34,3	b
Total (%)	100,0		100,0		100,0	
Total (N)	512576		177018		335558	
Diabetes	Total		Mas culino		Feminino	
Sim	17,6	a	18,0	b	17,5	a
Não	82,4	a	82,0	a	82,5	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0	
Total (N)	512662		178056		334606	
Asma	Total		Mas culino		Feminino	
Sim	13,5	a	11,7	b	14,4	b
Não	86,5	a	88,3	a	85,6	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0	
Total (N)	510963		178232		332730	
Pneumonia	Total		Mas culino		Feminino	
Sim	17	a	14,5	b	18,3	a
Não	83	a	85,5	a	81,7	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0	
Total (N)	511421		178235		333186	
Câncer	Total		Mas culino		Feminino	
Sim	5,7	b	6,1	b	5,4	b
Não	94,3	a	93,9	a	94,6	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0	
Total (N)	510630		177982		332648	
Artrite	Total		Mas culino		Feminino	
Sim	47,6	a	29,2	a	57,4	a
Não	52,4	a	70,8	a	42,6	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0	
Total (N)	514111		178966		335145	
Angina	Total		Mas culino		Feminino	
Sim	10,0	b	10,3	b	9,8	b
Não	90,0	a	89,7	a	90,2	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0	
Total (N)	510494		177712		332782	
Insuf. Cardíaca	Total		Mas culino		Feminino	
Sim	12,6	a	12,4	b	12,7	b
Não	87,4	a	87,6	a	87,3	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0	
Total (N)	510416		178315		332101	
AVC	Total		Mas culino		Feminino	
Sim	5,9	b	6,5	b	5,6	b
Não	94,1	a	93,5	a	94,4	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0	
Total (N)	511214		178585		332629	

Continuação da Tabela 10.D

Depressão	Total		Masculino		Feminino	
Sim	24,9	a	17,7	b	28,8	a
Não	75,1	a	82,3	a	71,2	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0	
Total (N)	512528		178322		334206	
Parkinson	Total		Masculino		Feminino	
Sim	1,2	c	1,4	c	1,0	c
Não	98,8	a	98,6	a	99,0	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0	
Total (N)	509861		178333		331528	
Catarata	Total		Masculino		Feminino	
Sim	34,9	a	29,4	a	37,8	a
Não	65,1	a	70,6	a	62,2	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0	
Total (N)	512168		178913		333255	
Osteoporose	Total		Masculino		Feminino	
Sim	21,4	a	4,6	b	30,5	a
Não	78,6	a	95,4	a	69,5	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0	
Total (N)	509854		177752		332102	

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Algumas doenças como **Artrite, Depressão, Osteoporose, Pneumonia, Câncer e Doença de Parkinson** aumentam com a idade. Ao que parece o divisor de águas em relação a maior frequência de determinadas doenças é a idade de 70 anos.

Tabela 10.E Proporção de idosos segundo Morbidades Referidas e distribuição por idade, 2006.

Doença	Idade							
	Total		De 60 a 69		De 70 a 79		80 anos +	
Hipertensão								
Sim	62,9	a	61,4	a	64,7	b	63,0	b
Não	37,1	b	38,6	b	35,3	b	37,0	b
Total (%)	100,0		100,0		100,0		100,0	
Total (N)	515051		255844		196605		62602	
Diabetes								
Sim	17,6	a	17,1	b	18,3	b	17,6	b
Não	82,4	a	82,9	a	81,7	a	82,4	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0		100,0	
Total (N)	515.137		255.673		196.431		63.033	
Asma								
Sim	13,4	a	14,1	b	12,2	b	14,4	b
Não	86,6	a	85,9	a	87,8	a	85,6	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0		100,0	
Total (N)	513438		255041		195896		62501	
Pneumonia								
Sim	17	a	14,9	b	18,1	b	22,1	b
Não	83	a	85,1	a	81,9	a	77,9	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0		100,0	
Total (N)	513896		255450		195912		62535	
Câncer								
Sim	5,6	b	4,1	b	7	b	7,7	c
Não	94,4	a	95,9	a	93	a	92,3	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0		100,0	
Total (N)	513105		255359		195495		62251	
Artrite								
Sim	47,6	a	42,8	a	50,8	a	56,8	a
Não	52,4	a	57,2	a	49,2	a	43,2	b
Total (%)	100,0		100,0		100,0		100,0	
Total (N)	516586		256259		197098		63229	
Angina								
Sim	9,9	b	8,7	b	11,4	b	10,5	b
Não	90,1	a	91,3	a	88,6	a	89,5	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0		100,0	
Total (N)	512969		255137		194898		62934	

Continuação da Tabela 10.E

Insuf. cardíaca	Total		De 60 a 69		De 70 a 79		80 anos +	
Sim	12,6	a	10,8	b	14,6	b	13,4	b
Não	87,4	a	89,2	a	85,4	a	86,6	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0		100,0	
Total (N)	512891		254675		195756		62480	
AVC								
	Total		De 60 a 69		De 70 a 79		80 anos +	
Sim	5,9	b	5,3	b	6,7	b	6,2	c
Não	94,1	a	94,7	a	93,3	a	93,8	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0		100,0	
Total (N)	513689		255345		195702		62642	
Depressão								
	Total		De 60 a 69		De 70 a 79		80 anos +	
Sim	24,8	a	24,0	a	25,2	a	27,3	b
Não	75,2	a	76,0	a	74,8	a	72,7	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0		100,0	
Total (N)	515003		255421		196660		62922	
Parkinson								
	Total		De 60 a 69		De 70 a 79		80 anos +	
Sim	1,2	c	0,7	c	1,3	c	2,7	c
Não	98,8	a	99,3	a	98,7	a	97,3	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0		100,0	
Total (N)	512336		254805		195159		62372	
Catarata								
	Total		De 60 a 69		De 70 a 79		80 anos +	
Sim	34,9	a	21,5	a	44,1	a	60,6	a
Não	65,1	a	78,5	a	55,9	a	39,4	b
Total (%)	100,0		100,0		100,0		100,0	
Total (N)	514643		255718		196154		62771	
Osteoporose								
	Total		De 60 a 69		De 70 a 79		80 anos +	
Sim	21,4	a	17,8	b	23,7	a	28,8	b
Não	78,6	a	82,2	a	76,3	a	71,2	a
Total (%)	100,0		100,0		100,0		100,0	
Total (N)	512329		253718		195524		63088	

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

No Projeto SABE (Lebrão, 2003) a prevalência de doenças crônicas também se baseia na resposta às perguntas sobre se “*um médico ou outro profissional de saúde lhe disse que tem determinada doença?*”. Naquele trabalho identifica-se perfil semelhante ao encontrado nesta pesquisa. Deve-se considerar que as frequências

destas doenças representam a potencialidade de demanda por atenção, talvez um parâmetro mínimo, dentro da realidade de necessidades, visto que são diferenciadas as oportunidades de acesso aos serviços de saúde e a percepção ou desejo de ir ao médico. Conseqüentemente, diferenciada é também a possibilidade de diagnóstico de identificação de várias circunstâncias que poderiam fazer com que não se tivesse o conhecimento do total dos casos.

As diferenças entre os sexos indicam a maior participação das mulheres na busca pelos serviços de saúde. Elas passam a identificar mais seus problemas e possivelmente agir mais precocemente na tomada de medidas de controle e prevenção. Em relação a idade, os processos mórbidos abordados têm uma fundamental característica - a cronicidade. O aumento da expectativa de vida transforma o padrão do adoecimento que passa a ser marcado pelas doenças crônico-degenerativas. Doenças que se desenvolvem a partir de desgastes que se acumulam no tempo. Um exemplo contundente são as doenças osteoarticulares - Artrite/Artrose/Reumatismo/Gota. Elas, em geral dependem de processos relacionados ao uso ou mobilidade das articulações, a prática de exercícios físicos, a obesidade, ao tipo de ocupação e a características individuais em que o processo de desgaste dos componentes osteoarticulares se instala e se desenvolve. Isto tudo ocorre naturalmente, com o envelhecimento.

Comentando

A coexistência de doenças crônicas define uma característica fundamental na população de 60 anos ou mais, em que a perda gradativa da capacidade funcional conduz a crescentes situações de dependência e necessidade de suporte multiprofissional. As situações mais freqüentes encontradas nesta pesquisa, como a grande participação da Hipertensão Arterial e Doenças Osteoarticulares, confirma dados de pesquisas realizadas em outras localidades (RAMOS, L. R.; 2003, Lebrão, 2003).

Aproximadamente, 50% dos idosos entrevistados, referiram no mínimo três doenças. Este perfil desemboca nos serviços de saúde, como demanda potencial por um tipo de atenção de maior complexidade, em que não apenas uma doença deverá ser abordada. Os recursos necessários para a investigação diagnóstica e terapêutica, passam a ser múltiplos e inter-relacionados, pois em grande parte dos casos, um processo mórbido interage com outro, produzindo conseqüências de mais difícil controle. Tudo isto resulta em maior custo, maior tempo de internação e maior risco de mortalidade (Ramos, L. R.; 1999, Lebrão).

Através dos estudos de morbidade referida se está identificando a demanda por atenção. Se praticamente metade dos idosos entrevistados referiu pelo menos três doenças e se este contingente pode estar espelhando a realidade da população, a organização da atenção deve estar preparada para atender a uma demanda numericamente importante e complexa. Esta demanda não significará em muitos casos um atendimento isolado por ano, serão várias consultas, em especialidades diversas, para dar conta da combinação de processos mórbidos crônicos em indivíduos desgastados pelo próprio envelhecimento. A população acima dos 60 anos é crescente, problemas de saúde como hipertensão, diabetes, doenças osteo-articulares

e depressão são passíveis de medidas de controle e prevenção que estão relacionadas a ações desenvolvidas por outros setores de modo a evitar, via políticas de prevenção e promoção, que não se resumam a medidas de assistência. São atividades de promoção e proteção – atividade física, alimentação saudável, redes de convívio social e de apoio – que devem ser sistematizadas e amplamente oferecidas.

A maior frequência das mulheres aos serviços de saúde facilita a identificação de suas doenças mais prontamente. Isto demarca uma situação de exclusão do homem, independente da idade, dos serviços de saúde. Pois, se observamos entre elas baixas frequências de determinadas doenças, por outro lado identificamos maiores ocorrências passíveis complicações em doenças básicas, como a hipertensão arterial e o diabetes (insuficiência cardíaca, Infarto/Angina, AVC/Derrame), mal controladas ou mais tardiamente identificadas. O homem, e principalmente o de baixa renda e escolaridade parece ser mais vulnerável às possibilidades de complicações e descontrole dos processos de doença, como consequência do distanciamento histórico dos serviços de saúde. Deste modo, não surpreende a mortalidade precoce masculina, confirmando uma menor expectativa de vida que a observada para as mulheres.

A situação social e econômica define diferença de oportunidade no acesso aos serviços de saúde. A possibilidade de ter um problema de saúde identificado e tratado seria proporcional à renda e a escolaridade. Mas, maior renda e escolaridade significam também maiores possibilidades de consumo de bens e serviços em quantidade e qualidade, recursos estes não disponíveis aos grupos populacionais mais pobres. Neste sentido, uma questão é central - o acesso às informações, que é também diferenciado pelas condições sociais e econômicas. Por isso, ações de prevenção e promoção da saúde acabam atingindo mais intensamente pessoas com melhor situação de renda ou escolaridade. Logo, a resultante deste processo é uma menor frequência de comorbidades para este segmento da população.

Em função disto o setor da saúde, mas não só ele, tem uma importante missão que é estender às pessoas mais carentes a possibilidade de acesso a medidas de prevenção como: os benefícios de uma alimentação saudável e da prática de atividade física regular. A auto-percepção da saúde e a capacidade funcional constituem-se em informações básicas, marcadoras da condição de saúde dos idosos e de maior gravidade e risco para mortalidade.

A auto-percepção variou em relação ao número de doenças referidas. A percepção da saúde piora conforme aumenta o acúmulo de doenças. A avaliação da condição de saúde através da auto-percepção refere-se a compreensão subjetiva de bem estar, condicionada pela repercussão que uma ou mais doenças possam ter sobre a qualidade de vida de uma pessoa. Os resultados relacionados ao número de doenças estão intimamente relacionados ao desenvolvimento de incapacidades

O desenvolvimento de incapacidades é uma condição diretamente relacionada ao processo de envelhecimento. O desafio é envelhecer mantendo ao máximo o tempo em que estejam garantidas, a independência e a autonomia. A existência de morbidades que repercutem entre si, promovendo o surgimento de sinais e sintomas que muitas das vezes limitam a capacidade de locomoção, de raciocínio, de coordenação motora, da velocidade de realização de determinados movimentos entre

outras ações resulta na diminuição da independência do idoso para executar atividades rotineiras.

O processo saúde – doença e o desenvolvimento de incapacidades são determinados por modos de se viver. Ao longo do tempo a atitude de se alimentar de um determinado modo, de praticar exercícios, de fumar, de trabalhar em determinadas funções e sob determinados ritmos contribui, somado às características biológicas de cada indivíduo, de modo decisivo para a produção de desgastes que resultam em se ter mais saúde ou não. A existência por si só de uma morbidade que comprometa muito o indivíduo fisicamente ou emocionalmente, pode levar a incapacidades.

Autopercepção, capacidade funcional e morbidades são questões interdependentes. Representam a possibilidade de se lidar com a presença de doenças e com as próprias limitações que o corpo adquire em função da idade que avança. Este processo que se inicia quando se nasce, não termina em nenhuma idade ou época da vida e de modo pontual. Por isto mesmo, após os 60 ou 70 é possível interferir sobre a qualidade de vida, de formas diferentes, com possibilidades diferentes, a partir do controle de determinadas doenças, da prevenção da sua instalação, de assumir hábitos, atitudes ou comportamentos que produzam a sensação de satisfação e bem estar. De ter garantido o acesso a práticas saudáveis, acesso este muitas das vezes condicionado pela inserção social dos indivíduos e não meramente por uma opção, mas por falta de opções.

A avaliação da saúde do idoso tem na capacidade funcional a condição de marcador da qualidade de vida desta parcela da população. E a semelhança do que se utiliza como proxy de melhorias das condições de vida, através dos indicadores de mortalidade infantil e materna, a manutenção da independência do idoso deverá refletir, o sucesso dos investimentos de promoção, prevenção, controle e reabilitação voltados para garantir as melhores condições de saúde da população em geral.

Bibliografia

1. Almeida, M. F. *et al.* **Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4):743-756, 2002
2. Amaral ACS *et al.* **Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(6):1617-1626, nov-dez, 2004.
3. Carlos Montes Paixão Jr.; Michael E. Reichenheim . Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, v.21 n.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2005.
4. CARVALHO, F.; TELAROLLI JUNIOR, R.; SILVA, J.C.M. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. *Cad. Saúde Pública*, v.14, n.3, p.617-21, 1998.
5. CONVÊNIO IPP/IUPERJ/IPEA. *Desenvolvimento Humano e Condições de Vida na Cidade do Rio de Janeiro. Relatório final, 2004.*
6. GARCIA, Maria Alice Amorim, ODONI, Ana Paula de Carvalho, SOUZA, Caio Silvério de *et al.* **Idosos em cena: falas do adoecer.** *Interface (Botucatu)*. [online]. 2005, vol. 9, no. 18.

7. IBGE: Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000 - Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica - número 9, Rio de Janeiro, 2002.
8. INCA/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde/: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002/2003.
9. Irani I. de Lima Argimon; Lilian Milnitsky Stein. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. Cad. Saúde Pública v.21 n.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2005.
10. Jaime, P.C.; Monteiro, C.A. - Consumo de frutas e hortaliças na população adulta brasileira, 2003 - Cad. Saúde Pública v.21 supl.1 Rio de Janeiro 2005
11. Karla C. Giacomini, II; Elizabeth Uchôall; Josélia O. A. Firmoll; Maria Fernanda Lima-Costall. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. Cad. Saúde Pública v.21 n.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2005.
12. KATZ, S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.31, n.12, p.721-7, 1983.
13. Laurenti, R. et al. **Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina**, Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):35-46, 2005.
14. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9:179-86.
15. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Cad Saúde Pública 2003; 19:735-43.
16. Maria Lúcia Lebrão e Yeda A. de Oliveira Duarte. Organização Panamericana da Saúde/Faculdade de Saúde Pública-Universidade de São Paulo: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe Projeto SABE: organização. 2003.
17. NAVARRETE, M. F. J.; PÉREZ, L. R. Perfil educativo en los pacientes crónicos. Rev. Med. Costa Rica y Centro América, v. 543, p.89-93, 1998.
18. Organización Panamericana de la Salud *Análisis Comparativo del Envejecimiento en Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica y Venezuela*. Technical Report No. 38. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud(1993).
19. OMS/Ministério da Saúde – Fundação Oswaldo Cruz: Pesquisa Mundial de Saúde – 2003.
20. Pereira, R. S.; Curioni, C.C.; Veras, R. : Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002,- Textos Envelhecimento v.6 n.1 Rio de Janeiro 2003 – UNATI/UERJ
21. Ramos, Luis Roberto - Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo - Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):793-798, Mai-Jun, 2003.
22. RAMOS, L. R.; PERRACINI, M.; ROSA, T. E. C. & KALACHE, A., Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 8:313-323, 1993.
23. RAMOS, L.R.; MACEDO FILHO, J. M. C. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Rev. Saúde Pública, v.33, n.5, p.445-53, 1999.
24. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial – Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 82 (suppl 4):7-22, 2004.