Versão corrigida

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**Avaliação da atenção às condições crônicas
em idosos: Hipertensão Arterial Sistêmica e
Diabetes Mellitus como condições traçadoras**

Marília Cristina Prado Louvison

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do Título de Doutor em Saúde Pública.**

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Lebrão

São Paulo

2011

Avaliação da atenção às condições crônicas em idosos: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus como condições traçadoras

Marília Cristina Prado Louvison

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da Faculdade
de Saúde Pública da Universidade de São
Paulo para obtenção do Título de Doutor em
Saúde Pública.**

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Lebrão

São Paulo

2011

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

*“Dedico a concretização deste sonho à minha mãe, que,
mesmo sem estar entre nós, sempre foi a razão de minhas conquistas,
e à minha família, em particular às minhas filhas,
razão de toda a minha existência”*

A minha orientadora, Profa. Dra. Maria Lúcia Lebrão, pela paciência e compreensão em me guiar nesse processo de aprendizado.

Ao Prof. Dr. Rui Laurenti, Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos, Profa. Dra. Yeda Aparecida Oliveira Duarte e todos os professores do estudo SABE e do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, por todos os ensinamentos recebidos.

A todos os alunos, funcionários e colaboradores do Estudo SABE, pelo apoio e dedicação ao projeto.

Ao Prof. Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida, Prof. Dr. Oswaldo Tanaka e todos os professores do Departamento de Práticas da Faculdade de Saúde Pública, pelos incentivos recebidos.

A Profa. Dra. Ana Maria Malik e todos os professores de gestão e avaliação em saúde, que sempre estiveram presentes em minha vida e contribuíram com meu conhecimento.

Ao Prof. Dr. Luis Roberto Ramos e a Dra. Tereza Etsuko Rosa e todos os professores e pesquisadores do Instituto de Saúde e do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP, por todos os passos que me ajudaram a trilhar, nas diversas fases de minha vida.

Ao Prof. Dr. Sérgio Pacheco Paschoal e a todos os geriatras e gerontólogos, que me ensinaram a olhar o envelhecimento sob a ótica da saúde pública.

Ao Prof. Dr. Alexandre Kalache, pela oportunidade de te-lo conhecido, por sua trajetória, generosidade e todo o apoio recebido.

Aos amigos e lideranças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), pelo incentivo e apoio ao longo de toda a minha vida profissional.

Aos colegas, amigos e parceiros do SUS/SP em todo o estado, sanitaristas, epidemiologistas, gestores, reguladores, auditores e todos profissionais de saúde, que me apoiaram e torceram pelo meu crescimento.

A todos os amigos, sempre presentes nas horas mais difíceis.

A todos os idosos que contribuíram com a possibilidade deste estudo.

À minha família, que sempre me apoiou e entendeu minhas ausências.

E a todos que torceram para que eu concluísse mais este ciclo de minha vida.

*“Não sei
se a vida é curta ou longa demais para nós.
Mas sei que nada do que vivemos,
tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser:
colo que acolhe, braço que envolve,
palavra que conforta,
silêncio que respeita,
alegria que contagia,
lágrima que corre,
olhar que sacia,
amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo:
é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que
seja intensa, verdadeira e pura. enquanto durar”.*

(Cora Coralina)

RESUMO

Trata-se de parte do Estudo SABE - Saúde, Bem Estar e Envelhecimento, de delineamento longitudinal de base populacional que entrevistou 2143 pessoas de 60 anos e mais em 2000, no município de São Paulo, e re-entrevistou 1115 delas em 2006. O objetivo do presente estudo foi avaliar a atenção às condições crônicas, utilizando a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus como condições traçadoras. Para isso, identificou-se o uso e acesso aos serviços de saúde e as práticas de controle dessas doenças. Além disso, observou-se a associação do uso de serviços com a ocorrência de desfechos desfavoráveis e compararam-se indicadores de atenção à saúde com relação à posse de plano de saúde ou não. Foram utilizados testes estatísticos de regressão logística múltipla. Observou-se uma prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica de 53,1% e de Diabetes Mellitus do tipo 2 de 16,8% em 2000, com incidência de autorreferência acumulada no período, de 30,0% e 8,0% respectivamente. O uso de três ou mais consultas por idosos hipertensos e/ou diabéticos em 2006 foi de 80,0% e identificou-se associação com os fatores de necessidade e com posse de plano de saúde, indicando desigualdades de acordo com o modelo de Andersen. A cobertura de planos de saúde entre os hipertensos e/ou diabéticos foi de 48,9% em 2006, mantido no período. Foi referida dificuldade em usar serviços de saúde por 28,6% dos hipertensos e/ou diabéticos em 2006, a maior parte relacionada à qualidade percebida dos serviços. Quem tem plano de saúde mostrou menor dificuldade de acesso, menor tempo de espera para agendamento e para ser atendido no serviço e maior satisfação com o uso. No entanto, o uso de serviços para controle foi maior entre os que não referiram posse de plano de saúde. Houve ampliação do acesso medicamentoso no período para ambas as doenças, em particular no setor público, com 70,5% dos diabéticos e 88,4% dos hipertensos usando medicação específica em 2006. Não se encontrou associação entre uso de serviços ambulatoriais nem com AVC, nem com perda de capacidade funcional sendo que, houve associação de posse de plano de saúde apenas com dificuldades em AIVD. Por outro lado, usar serviços ambulatoriais com maior frequência, mostrou-se protetor ao risco de morrer. A taxa de mortalidade foi de 48 por mil para os hipertensos e 59,2 por mil para os diabéticos. Em conclusão, as condições crônicas estudadas têm forte impacto no uso de serviços, mas estes mostram pouca influência nos desfechos e sugerem desigualdades no acesso e na qualidade da atenção.

Palavras Chave: 1. Uso de serviços de saúde. 2. Saúde do Idoso. 3. Gestão do cuidado às condições crônicas. 4. Avaliação da qualidade da atenção. 5. Condições traçadoras. 6. Hipertensão arterial sistêmica. 7. Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

This is part of the SABE Study - Health, Welfare and Aging, a longitudinal study, which interviewed 2143 people, aged 60 and older in 2000, in São Paulo, and re-interviewed 1115 people, in 2006. The aim of this study was to evaluate the care for chronic conditions using Hypertension and Diabetes Mellitus as tracer conditions. For this, use of and access to health services and control practices were identified. Furthermore, association between use of health services and the occurrence of unfavorable outcomes was observed and, indicators of health care between public health and health insurance were compared. Logistic regression was used for multivariate analysis. The prevalence of hypertension was 53.1% and type 2 Diabetes Mellitus was 16.8% in 2000 and the incidence of self-reference accumulated in the period was 30.0% and 8.0% respectively. The use of three or more visits by hypertensive and / or diabetics in 2006 was 80.0%. It was possible to identify an association between health services use and the factors of need and health insurance, indicating inequalities, according to the model of Andersen. The percent of the health insurance of hypertension and / or diabetes was 48.9% in 2006. Difficulty in health services use was referred by 28.6% of hypertensive and / or diabetics in 2006 mostly related to quality of services. Those who have health plan have less difficulty of access, less waiting time for scheduling and to be serviced and increased satisfaction with use. However, the services use for disease control was higher among those who did not have health insurance and the access to drugs was increased, particularly in the public sector, with 70.5% of diabetics and 88.4% of the patients using drugs in 2006. There was no association between health services use and the incidence of stroke and loss of functional capacity, but the last one was associated with health insurance. On the other hand, an increased use of health services is related with a lower risk of death. Mortality rate was 48 per thousand for hypertensive and 59.2 per thousand for diabetics. In conclusion, the chronic conditions studied have a strong impact on the use of services, but they showed little influence on outcomes and suggest inequalities in access and quality of care.

Keywords: 1. Use of health care services. 2. Aging health. 3. Care management for chronic conditions. 4. Assessment of quality of health care. 5. Tracers conditions. 6. Hypertension. 7. Diabetes Mellitus.

ÍNDICE	
1. INTRODUÇÃO	13
1.1. Transição epidemiológica e condições crônicas	14
1.2. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus	23
1.3. Modelos de atenção e uso de serviços de saúde	30
2. OBJETIVOS	43
2.1. Objetivo geral	44
2.2. Objetivos específicos	44
2.3. Hipótese	44
3. MÉTODOS	45
3.1. Delineamento do estudo e amostra	46
3.2. Instrumentos e variáveis de estudo	47
3.3. Análise estatística	59
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
4.1. Condições crônicas traçadoras	62
4.2. Acesso e uso de serviços de saúde	77
4.3. Práticas de controle e promoção de saúde	105
4.4. Capacidade funcional e mortalidade	126
4.5. Qualidade da atenção	149
5. CONCLUSÕES	164
6. REFERÊNCIAS	169
ANEXOS	188
1. Aprovação da comissão de ética	189
2. Currículo Lattes aluna	190
3. Currículo Lattes orientadora	191
4. Questionários 2000 e 2006 (meio magnético)	Contra
	Capa

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS E QUADROS

Tabela 1 – Distribuição (%) dos idosos segundo idade e sexo. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	62
Tabela 2 – Distribuição (%) dos idosos segundo sexo, renda per capita e escolaridade. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	63
Tabela 3 – Distribuição (%) dos idosos segundo sexo, idade e número de doenças crônicas referidas. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	64
Tabela 4 – Prevalência (%) e incidência acumulada (%) de autorreferência de HAS e DM em idosos, segundo idade e sexo. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	67
Tabela 5 – Prevalência de HAS e/ou DM na linha de base (%), incidência acumulada de autorreferência (%) e risco de casos novos (IC 95%) de HAS ou DM, segundo fatores associados. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	71
Tabela 6 – Prevalência de HAS e/ou DM em 2000 (%), incidência acumulada de autorreferência (%) e risco de casos novos (IC 95%) de HAS ou DM, segundo condições traçadoras, uso de serviços de saúde e plano de saúde. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	74
Tabela 7 – Cobertura de plano de saúde (%) de idosos hipertensos e/ou diabéticos na linha de base, segundo sexo e idade. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	77
Tabela 8 – Distribuição de plano de saúde (%) de idosos hipertensos e/ou diabéticos na linha de base, segundo valores, sexo, idade e condição traçadora. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	81
Tabela 9 – Distribuição (%) da dificuldade de acesso relatada por idosos hipertensos e/ou diabéticos na linha de base, segundo sexo, idade e plano de saúde. Município de São Paulo. 2006.	82
Tabela 10 – Distribuição (%) do motivo da dificuldade de acesso relatada pelos idosos, segundo sexo, idade, plano de saúde e condições traçadoras. Município de São Paulo. 2006	84
Tabela 11 – Uso de consultas médicas (%) por idosos, segundo condição traçadora na linha de base, plano de saúde, sexo e idade. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	87
Tabela 12 – Tempo de espera para o agendamento de consultas por idosos hipertensos e/ou diabéticos na linha de base, segundo plano de saúde. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	90
Tabela 13 – Tipologia do uso de serviços (%) por idosos hipertensos e/ou diabéticos na linha de base, segundo plano de saúde, sexo e idade. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	91
Tabela 14 - Prevalência (%) e risco ajustado pelo modelo múltiplo (IC 95%) de uso de três ou mais consultas no último ano por idosos hipertensos e/ou diabéticos, segundo fatores de predisposição e de capacidade de uso. Município de São Paulo. 2006.	94
Tabela 15 – Taxa de internação hospitalar (%) de idosos, segundo condições traçadoras, plano de saúde, sexo e idade na linha de base. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	101
Tabela 16 – Taxa de internação (%) de hipertensos e/ou diabéticos da linha de base,	103

	segundo fatores associados. Município de São Paulo. 2006.	
Tabela 17	– Uso de serviços ambulatoriais de saúde (%) para controle das condições crônicas referido por idosos hipertensos e/ou diabéticos, segundo periodicidade e período de referência da doença. Município de São Paulo. 2006.	106
Tabela 18	– Controle (%) referido por idosos hipertensos e/ou diabéticos, segundo plano de saúde. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	109
Tabela 19	– Fatores de risco (%) de idosos hipertensos e/ou diabéticos na linha de base, segundo sexo e uso de serviços de saúde no ano anterior à entrevista. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	110
Tabela 20	– Distribuição (%) dos fatores de risco de idosos, segundo sexo, condição traçadora e atividade física e social. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	112
Tabela 21	– Distribuição (%) das atividades referidas por idosos hipertensos e/ou diabéticos da linha de base, segundo uso de serviços ambulatoriais, plano de saúde e condição traçadora. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	114
Tabela 22	– Uso de medicamentos anti-hipertensivos (%) segundo esquema terapêutico. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	117
Tabela 23	– Uso de medicamentos anti-hipertensivos (%), segundo droga utilizada, plano de saúde e uso de serviços de saúde. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	118
Tabela 24	– Uso de medicamentos anti-diabéticos (%), segundo esquema terapêutico. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	121
Tabela 25	– Uso de medicamentos anti-diabéticos (%) segundo esquema terapêutico, plano de saúde e uso de serviços ambulatoriais. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	122
Tabela 26	– Manutenção de controle (%), de dieta (%) e do uso de medicamentos (%) no período, em hipertensos e/ou diabéticos na linha de base, segundo fatores associados e uso de serviços. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	125
Tabela 27	– Prevalência (%) e incidência acumulada de autorreferência (%) de AVC e doença cardíaca por idosos hipertensos e/ou diabéticos em 2000, segundo condição traçadora e sexo. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	131
Tabela 28	– Risco de incidência autorreferida de AVC e perda de capacidade funcional (dificuldades em ABVD e AIVD) em hipertensos e/ou diabéticos na linha de base, segundo fatores associados. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	133
Tabela 29	– Risco ajustado por modelo de regressão logística múltipla dos fatores determinantes de incidência acumulada de AVC referido e perda de capacidade funcional (ABVD e AIVD) em idosos hipertensos e/ou diabéticos na linha de base. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	135
Tabela 30	– Proporção de óbitos (%) e risco de morte de idosos hipertensos e/ou diabéticos na linha de base, segundo fatores associados. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	139
Tabela 31	– Indicadores da atenção aos idosos hipertensos e/ou diabéticos da linha de	150

base, segundo acesso e uso de serviços de saúde, plano de saúde e satisfação do atendimento. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	
Tabela 32 - Indicadores da atenção aos idosos hipertensos e/ou diabéticos da linha de base, segundo fatores de risco, controle e plano de saúde. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	153
Tabela 33 - Indicadores da atenção aos idosos hipertensos e/ou diabéticos da linha de base, segundo uso de serviços, complicações, capacidade funcional, mortalidade e plano de saúde. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	156
Gráfico 1 – Curvas de Sobrevivência Kaplan-Meier, segundo condições traçadoras. Município de São Paulo. 2000-2006.	141
Gráfico 2 – Curvas de sobrevivência Kaplan-Meier de idosos hipertensos e/ou diabéticos, segundo doenças cardiovasculares (com exceção da HAS). Município de São Paulo. 2000 e 2006.	141
Gráfico 3 – Curvas de sobrevivência Kaplan-Meier de idosos hipertensos e/ou diabéticos, segundo atividade física. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	143
Gráfico 4 – Curvas de sobrevivência Kaplan-Meier de idosos hipertensos e/ou diabéticos, segundo estado nutricional. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	143
Gráfico 5 – Curvas de sobrevivência Kaplan-Meier de idosos hipertensos e/ou diabéticos segundo plano de saúde e uso de serviços. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	144
Gráfico 6 – Curvas de sobrevivência Kaplan-Meier de idosos hipertensos e/ou diabéticos, segundo uso de serviços de saúde. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	144
Gráfico 7 – Curvas de sobrevivência Kaplan-Meier de idosos hipertensos, segundo controle da doença e dieta. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	146
Gráfico 8 – Curvas de sobrevivência Kaplan-Meier de idosos hipertensos, segundo uso de medicamentos. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	146
Gráfico 9 – Curvas de sobrevivência Kaplan-Meier de idosos diabéticos, segundo controle e dieta. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	147
Gráfico 10 – Curvas de sobrevivência Kaplan-Meier de idosos diabéticos, segundo uso de medicamento. Município de São Paulo. 2000 e 2006.	147
Quadro 1 - Modelo hierárquico de determinação de uso de serviços e do uso como determinante (adaptado do Modelo Comportamental de Andersen)	57
Quadro 2 – Dimensões da avaliação da atenção às condições crônicas	58

LISTA DE SIGLAS

ADA - American Diabetes Association

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

APS – Atenção Primária em Saúde

ATC - Anatomical Therapeutic Chemical Code

BRA- Bloqueadores da Renina Angiotensina

CARMEM - Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis

CELAFISCS – Centro de estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

DALY - Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade

DCNT – Doenças crônicas Não transmissíveis

DM – Diabetes Mellitus

DSS- Determinantes Sociais de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HDL - Lipoproteína de Alta Densidade

Hb A1c - Hemoglobina Glicada

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IECA - Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina

IMC – Índice de Massa Corpórea

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LDL – Lipoproteína de Baixa Densidade

MIF - Medida de Independência Funcional

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PACE - Programa de Cuidados Integrados para Idosos

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNH – Programa Nacional de Humanização

PRISMA - Programa de Integração de Serviços para a Manutenção da Autonomia

PS – Plano de saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SABE – Saúde, Bem estar e Envelhecimento

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SM – Salário Mínimo

SUS – Sistema Único de Saúde

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas

WHO – World Health Organization

YLD - Anos Vividos com Incapacidade

YLL - Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura

O envelhecimento populacional ocorre no mundo todo e desperta interesse cada vez maior nos países da América Latina e, em particular, no Brasil. Esse processo de transição demográfica é resultado de um aumento da expectativa de vida associado à diminuição da fecundidade, ou seja, uma passagem de um período de altas taxas para outro de baixas taxas, inicialmente de mortalidade e, mais recentemente, de fecundidade (Kalache et. al., 1987).

O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas, o grande desafio dessa conquista é proporcionar uma melhoria da qualidade de vida aos que já envelheceram ou que estão no processo de envelhecer, com manutenção da autonomia e independência. O que deveria ser uma vitória acaba se transformando em dificuldade, pois países mais pobres, antes de resolver seus problemas relativos às desigualdades, se deparam com um contingente populacional de idosos crescente, com demandas sociais também crescentes, além de importante aumento nos custos da previdência social e da saúde (Kalache et. al., 1987; Veras et. al., 1987; Camarano, 2002).

Os países da América Latina estão envelhecendo muito rapidamente, nem sempre acompanhados de desenvolvimento socioeconômico. A velocidade do processo traz novos desafios que se instalam de maneira muito rápida e acabam impactando na estrutura da sociedade e de como ela se comporta (Camarano, 1999; Carvalho e Garcia, 2003). No próximo milênio teremos um aumento sem precedentes do número total e relativo de idosos, principalmente no mundo em desenvolvimento. Os idosos, em todo o mundo, passarão de 605 milhões em 2000 para 1,2 bilhão em 2025 (Kalache, 2008).

As estimativas e previsões para o Brasil não são diferentes. Desde 1980, a pirâmide populacional já apresentava o estreitamento da base, determinado pelo processo de queda de fecundidade. No período entre 2000 e 2050 deverá se observar maior incremento na proporção de idosos, quando o seu número já terá ultrapassado o de jovens, devido à persistente redução das taxas de fecundidade (Chaimovicz, 1997; Wong e Carvalho, 2006; Ramos et. al., 1987). No período entre 1950 e 2025, o aumento da população de idosos no Brasil será, então, da ordem de 15 vezes, enquanto o da população como um todo, no mesmo período, será de não mais que cinco.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) mostra, em análise preliminar dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2009, que a taxa de fecundidade total já está abaixo do nível de reposição - 1,8 filhos por mulher - e que a população idosa já atingiu 21,5 milhões de pessoas, representando 11,4% da população brasileira (Camarano, 2010). Em divulgação recente do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)^a, a esperança de vida ao nascer no Brasil alcançou os 73,2 anos em 2009 e poderá chegar aos 81,3 anos em 2050.

Além disso, a proporção de pessoas mais idosas também está aumentando. A sua participação na população brasileira passou de 0,9% em 1992 para 1,6% em 2009, atingindo quase três milhões de pessoas com 80 anos ou mais no Brasil. Isso impacta diretamente nas políticas públicas de saúde, com maior uso de serviços e demandas, principalmente, por cuidados de longa duração (Camarano, 2010).

Grande parte desses idosos são mulheres, ou seja, há uma feminização da velhice, com maior longevidade das mulheres, ao passo que os homens apresentam maior mortalidade, mais precocemente. A sobremortalidade masculina e a menor expectativa de vida dos homens são fenômenos que ocorrem em todo o mundo. Apesar de algumas diferenças entre mulheres e homens poderem estar relacionadas às características biológicas, a maior parte delas se deve à determinação social de sexo, considerando funções e responsabilidades quanto aos papéis sexuais (Laurenti, 2005).

Nem sempre a mulher viveu mais que o homem. Na Europa e na América do Norte o desnível só começou a crescer quando o desenvolvimento econômico e a mudança social removeram os principais riscos para a saúde das mulheres, principalmente o de morrer no parto. Além disso, as mortes por doenças ocupacionais e por violência sempre foram mais altas nos homens. No entanto, novos hábitos incorporados por mulheres em função do desenvolvimento e do seu ingresso no mercado de trabalho têm mudado esse perfil (OMS, 2005).

Além do processo de envelhecimento e do aumento da população idosa, as transformações políticas, econômicas e sociais ocorridas no mundo todo, produziram alterações significativas no modo de viver. Juntamente com a incorporação de novas

^a http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1767&id_pagina=1. Dados brutos. Acessado em 10/12/2010.

tecnologias, modificou-se, ao longo do tempo, o modo de adoecer. Ao conceito de transição demográfica associa-se, portanto, o conceito de transição epidemiológica, descrita por Omram (1971) como sendo as mudanças, ocorridas no tempo, dos padrões de morbimortalidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica. Segundo Frenk et. al. (1991) o processo engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas como causas de morte; deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos e transformação de uma situação onde predomina a mortalidade para outra onde a morbidade é predominante.

Segundo resultados de estudo de carga de doenças no Brasil em 2002, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) responderam por 66,3%, as doenças infecciosas responderam por 23,5%, e as causas externas foram responsáveis por 10,2%. A carga relacionada às DCNT, como as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus do tipo 2 e certos tipos de câncer, têm aumentado, com incremento nos anos de vida perdidos por incapacidades e sua prevenção tem sido o maior desafio para a saúde pública. As DCNT foram responsáveis por 59,0% dos anos de vida perdidos por morte prematura (YLL), 74,5% dos anos vividos com incapacidade (YLD) e 66,3% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY) (Murray e Lopez, 1997; Schramm, 2004; Brasil, 2005).

A transição epidemiológica se junta à transição da atenção à saúde, o que indica a necessidade de revisão dos modelos de atenção para dar conta de uma necessidade tão ampla e heterogênea. A transição epidemiológica deve direcionar a transição da atenção à saúde no sentido de planejar um modelo de atenção e de prevenção para conter a ameaça constante das DCNT. Essas atingem com maior frequência as pessoas idosas, implicam em tratamentos de longa duração, muitas vezes necessitando de intervenções de alto custo. Para superar o caráter prolongado da transição epidemiológica, as estratégias devem se concentrar nos grupos mais vulneráveis, em busca da equidade, para que a utilização de serviços de saúde seja proporcional às necessidades de saúde (Frenk et. al., 1991; Hart, 1971).

O atual enfoque epidemiológico no curso de vida reforça a noção de que as experiências em fases precoces impactam no adoecer e morrer das fases mais avançadas

(WHO, 2001; Kuh et. al., 2003). As DCNT são influenciadas por fatores de risco acumulados em todas as fases do curso de vida. Na vida fetal há a influência do estado nutricional materno e peso ao nascer; no primeiro ano e infância, das condições socioeconômicas, doenças e crescimento; na adolescência, da obesidade, falta de atividade física e tabagismo; e na vida adulta, dos fatores de risco comportamentais e biológicos estabelecidos ao longo do curso de vida. O desenvolvimento das DCNT está diretamente relacionado à variação do risco acumulado, que atinge sua maior amplitude na velhice (Kuh et. al., 2003; Palloni, 2002; Kalache e Kickbusch, 1997).

O envelhecimento não pode ser confundido com o adoecimento da população idosa, pois, muitas pessoas são bastante longevas e saudáveis, enquanto outras se tornam muito doentes e/ou morrem precocemente (Ebrahm e Kalache, 1996). Na vida juvenil atinge-se o mais alto nível de capacidade funcional, enquanto que, na vida adulta, as intervenções devem ser no sentido de manter o mais alto nível de função possível e, na velhice de manter a independência e prevenir as deficiências. Para os idosos dependentes, que já atingiram o limiar da incapacidade, a intervenção é no sentido da reabilitação e da qualidade de vida (Kalache e Kickbusch, 1997; OMS, 2005).

A conquista da longevidade não significa, necessariamente, o aumento da qualidade de vida desses indivíduos idosos. Apesar do prolongamento da vida, com a retangularização da curva de mortalidade, permanece inalterada a época em que surgem as doenças e incapacidades, com ônus para o sistema de saúde, agravado pelo aumento da população mais longeva que consome recursos maiores. Para reduzir o impacto do envelhecimento populacional sobre o sistema de saúde é fundamental o incremento da capacidade dos sistemas de apoio formal e informal ao idoso e a redução da demanda, por compressão da morbidade. (Chaimovicz, 1997; Fries, 1983; Kalache et. al., 1987)

A compressão da morbidade proposta por Fries (1983) sugere que, ao aproximar-se a expectativa de vida adulta do limite biológico e a incidência de doenças incapacitantes puder ser retardada para idades posteriores, a morbidade será comprimida para um período mais curto de vida. Essa visão contribui para a implantação de políticas de promoção de saúde e redução dos fatores de risco, como também, as de controle e redução de incapacidades das DCNT. Manton (1982), por outro lado, tem foco

maior na redução da incidência, permitindo populações mais longevas e saudáveis, com menor impacto na sociedade, nos sistemas de saúde e na previdência. As consequências sociais e familiares das DCNT e, em particular, da incapacidade, é muito grande, além do impacto nos sistemas de saúde e na previdência, justificando políticas de intervenção específicas (Achutti e Azambuja, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2003) define condições crônicas como aquelas que exigem atenção contínua e esforço de um grande conjunto de equipamentos de políticas públicas e das pessoas em geral. Elas têm longa duração, levam muito tempo para se instalar e são determinadas socialmente. Os serviços precisam integrar suas respostas na intervenção das condições crônicas, pois elas requerem um tempo longo de tratamento e uma abordagem sistemática e continuada. São as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares e isquêmicas), o diabetes mellitus, as doenças respiratórias crônicas e as neoplasias, conjunto de doenças que tem fatores de risco em comum e podem contar com uma abordagem comum para sua prevenção. Podem ainda ser incluídas as doenças mentais, neurológicas e osteoarticulares. Doenças infecciosas também podem se comportar como condições crônicas, como a Hanseníase, Tuberculose e AIDS exigindo continuidade do cuidado.

Foram propostas várias políticas de prevenção e controle das DCNT, indicando uma meta de redução de 2,0% ao ano até 2015, mediante a efetiva implantação de políticas de prevenção, vigilância e controle (OMS, 2005; OPAS, 2007; Brasil, 2005; Brasil, 2008a). Para esse avanço, propõe-se o enfrentamento de dez mitos, que devem ser superados para esse avanço relacionados às DCNT: dependem do controle anterior das doenças transmissíveis em países em desenvolvimento, afetam predominantemente países ricos, afetam predominantemente pessoas ricas, afetam predominantemente pessoas idosas, afetam predominantemente homens, são resultado de estilos de vida não saudáveis, não podem ser prevenidas, prevenir custa muito caro, apesar dos fatores de risco algumas pessoas vivem muito tempo e todo mundo irá morrer um dia.

A evolução das doenças crônicas pode ser agravada sem um adequado acompanhamento de saúde, com aumento da incapacidade funcional. Recente publicação do IBGE (2010) indica que o problema de mobilidade (não conseguir andar

por cem metros), que atingia 12,2 % das pessoas com 60 anos ou mais em 2003, aumentou para 13,6%^b em 2010. A incapacidade funcional decorre, muito frequentemente, de uma condição crônica e, envolvem fatores de risco, demográficos, sociais, psicológicos, ambientais, estilo de vida, comportamentos e características biológicas dos indivíduos, acarretando hospitalizações e institucionalizações, que influenciam a qualidade de vida das pessoas idosas (Brasil, 2006a).

O modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), difundido pela OMS, transforma uma abordagem mais negativa da deficiência e incapacidade para uma visão de valorização das potencialidades das pessoas com deficiências e foco na reabilitação (Farias e Buchalla, 2005; Parahyba e Veras, 2008). Incapacidade funcional, segundo Guralnik et. al. (1993), é a dificuldade em realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade, em qualquer domínio da vida, devido a um problema de saúde ou físico.

Os fatores macro determinantes para as DCNT vão desde a influência da globalização, urbanização, tecnologia, migrações até fatores ambientais e locais, como condições sociais, econômicas, políticas, trabalho, educação, ambiente, acesso aos serviços de saúde, etc. Esses determinam os fatores de risco comportamentais, uso de tabaco e álcool, inatividade física e dieta inadequada, além de fatores biológicos, modificáveis como a obesidade, os níveis de colesterol elevado, a hiperglicemia e a hipertensão e os fatores não modificáveis como idade, sexo, fatores genéticos e raça.

Para o monitoramento da frequência e distribuição dos principais determinantes das DCNT vem sendo realizado, desde 2006, uma pesquisa telefônica nas capitais e Distrito Federal, o VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (Brasil, 2010) que identificou aumento da frequência entre 2006 e 2009 de excesso de peso, obesidade, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial e de diabetes mellitus.

É importante reiterar que melhores escolhas pressupõem oportunidades e acesso a opções mais saudáveis e que as políticas públicas precisam dar respostas nesse

^b Dados brutos.

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1612&id_pagina=1.

Acessado em 10/12/2010

sentido, principalmente com relação aos grupos mais vulneráveis. Nesse sentido, faz-se necessário o conhecimento do que está por trás das causas de doenças e incapacidades que levam a maior mortalidade e pior qualidade de vida. É importante considerar que não se está falando, apenas, de opções individuais de envelhecimento saudável, mas sim, de oportunidades construídas no sentido de melhores condições de vida de uma população.

Leavell e Clarck, em 1965, já haviam definido níveis de prevenção, baseado na história natural das doenças, classificando prevenção primária como a promoção de saúde e proteção específica; a prevenção secundária através da identificação precoce de casos não diagnosticados e a prevenção terciária através do tratamento adequado, intensificação do controle e prevenção de complicações agudas e crônicas.

O Relatório Lalonde, publicado no Canadá em 1974, propôs quatro campos da saúde na determinação das doenças: biologia humana, o ambiente físico e social, estilo de vida e organização dos cuidados de saúde. Propôs, ainda, que as intervenções de saúde pública deveriam prestar atenção à população com comportamentos de risco à saúde, conforme identificado por grandes estudos longitudinais, como o estudo de Framingham (Dever, 1988).

A política de promoção da saúde retoma as diretrizes propostas em 1996, na Carta de Ottawa, tais como, integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade. Nesse sentido, a promoção da saúde atua conjuntamente com a vigilância, fortalecendo o exercício da cidadania e o trabalho em rede (Brasil, 2006b; Buss, 2000).

A Política Nacional de Promoção à Saúde incentiva a alimentação saudável, atividade física, prevenção e controle do tabaco, redução do consumo abusivo do álcool, prevenção de acidentes e violências e promoção do desenvolvimento sustentável. A política nacional aponta com a necessidade de avançar do aparato biomédico do cuidar, com centralidade nos sintomas, para uma abordagem mais ampla que contribua na modificação dos condicionantes e determinantes do processo saúde doença.

Uma abordagem unicamente individual e somente sobre os determinantes

proximais não permite o enfrentamento das desigualdades de oportunidades ao longo do curso de vida (OMS, 2005). A noção de populações vulneráveis difere da de população em risco. A população vulnerável é um subgrupo da população que, por causa das características da divisão social, tem menor proteção aos riscos, ou seja, são mais expostos às condições contextuais que os distinguem do resto da população (Frolich e Potvin, 2008).

Desde a Conferência de Alma Ata em 1978, tem-se avançado para a construção de políticas de saúde que abordem os determinantes sociais de saúde (DSS), definidos como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Buss, 2000). A Comissão Nacional adotou o modelo de DSS de Dahlgren e Whitehead (Brasil, 2008b) que procura demonstrar a relação entre as iniquidades sociais e os resultados em saúde. As iniquidades em saúde são consideradas as desigualdades injustas, evitáveis e desnecessárias, decorrentes das condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (Whitehead, 1991).

A abordagem das desigualdades em saúde é fundamental para melhor prevenir e enfrentar fatores de risco que estão fora do sistema de saúde. Inclui os determinantes proximais como a habitação e as condições de vida e acesso aos serviços de saúde e sociais, e os determinantes distais como trabalho, emprego e renda que constituem as chamadas "causas das causas" (Viana et. al., 2001). O sistema de seguridade social tem função de proteção das pessoas idosas, em particular, as com condições crônicas, no sentido de que a pobreza não prejudique sua qualidade de vida (Marmot, 2005; Whitehead, 1991). São descritas importantes desigualdades com relação a sexo e idade, em pessoas idosas, que afetam diretamente as mulheres sobreviventes e podem ser observadas em função de acúmulos quanto à restrição de acesso que as mulheres mais velhas tiveram ao longo do curso de vida, como por exemplo, a menor escolaridade. Estudo europeu indica importantes diferenças entre gênero e escolaridade nos diversos países (Kneesebeck et. al., 2003).

O envelhecimento populacional, em conjunto com as condições crônicas, traz inúmeros desafios aos responsáveis pela elaboração das políticas públicas, grande parte

relacionada à organização dos serviços de saúde. Sabe-se que o impacto do envelhecimento nos serviços, considerando as DCNT é muito grande, com alta utilização, elevados custos e necessidades distintas e progressivas (Thorpe e Howard, 2006; Schneider et. al., 2009).

Estudos sobre o envelhecimento têm enfatizado as preocupações da sociedade com o impacto nas necessidades de cuidados e serviços, bem como as desigualdades e condições de vida e saúde da população idosa que, quanto mais ativa, melhor para toda a sociedade (OMS, 2005). Os dados do Censo nacional recém-divulgados ^c reforçam o envelhecimento da população e a importância do atual momento brasileiro que se encontra, segundo alguns autores (Wong e Carvalho, 2006), em um momento de “janela de oportunidades”, ainda com grande população adulta produtiva, o que poderá ser determinante para uma sociedade sustentável no futuro.

As condições sócias econômicas se traduzem em importante determinante para um envelhecimento ativo e impõe intervenções efetivas das políticas públicas com foco na redução das desigualdades, no sentido de permitir viver mais e melhor. A Política de envelhecimento ativo^d foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde no final dos anos 90, como um importante marco para as políticas de curso de vida e envelhecimento em todo o mundo (OMS, 2005). Reconhece outros fatores, além dos cuidados com a saúde, que afetam o modo como as pessoas e as populações envelhecem e, pressupõe que se avance do modelo biomédico centrado na clínica individual para um modelo de determinação mais global, baseado no modelo dos DSS (Kalache e Kickbusch, 1997).

A cultura e o gênero, que se relacionam com acesso e uso dos sistemas de saúde e serviço social, fatores comportamentais, fatores relacionados a aspectos pessoais, o ambiente físico e o ambiente social, são considerados determinantes do envelhecimento ativo (OMS, 2005). Tanto as desigualdades de gênero que produzem maior mortalidade nos homens, não permitindo que envelheçam quanto às desigualdades que impactam diretamente nas condições de vida e saúde das mulheres, não permitindo que envelheçam bem, devem ser focalizadas por políticas públicas que buscam a equidade.

^c www.censo2010.ibge.gov.br

^d Envelhecimento ativo definido como a otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança a fim de aumentar a qualidade de vida das pessoas a medida que envelhecem.

As políticas públicas de direitos ao idoso avançaram com a Conferência Internacional de Madri e posteriormente, no Brasil, com o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003). No SUS, a Política Nacional da Pessoa Idosa baseia-se na promoção do envelhecimento saudável e ativo e na manutenção e recuperação da capacidade funcional, garantindo autonomia e independência à pessoa idosa. Preconiza a realização de avaliação global ampla no sentido de identificar riscos dos idosos em processo de fragilização e vulneráveis (Brasil, 2006a). A abordagem das condições crônicas, em conjunto com um olhar geriátrico-gerontológico, prioriza a condição funcional da pessoa idosa, permite intervenções mais rápidas e abrangentes que, tendem a impactar no gerenciamento e controle das condições crônicas pelo idoso e, até pelos seus cuidadores (Veras, 2002).

Nesse sentido, os serviços de saúde precisam integrar a clássica abordagem das condições cardiovasculares a das condições geriátricas que, passam a compor o conjunto das condições crônicas das pessoas idosas e, contribuem para a redução da capacidade funcional. Ao longo do curso de vida, considerando a pressão da demanda das condições crônicas, faz-se de extrema importância, a contribuição dos serviços de saúde, na possibilidade de, além de viver mais, viver melhor.

1.2. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM)

A escolha das condições crônicas a serem estudadas considerou o conceito dos traçadores ou marcadores em saúde que, como condições abrangentes e de grande magnitude, podem ter seus resultados ampliados para o conjunto do problema. As condições traçadoras são indicadas para abordar problemas complexos do sistema, como a avaliação da qualidade da assistência e podem produzir informações simples, mas, ao mesmo tempo, de extrema importância para o entendimento do sistema de prestação de serviços de saúde (Kessner et. al., 1973; Lopes et. al., 2004; Tanaka e Espírito Santo, 2008). As condições traçadoras devem ser de alta prevalência, diagnóstico definido, padrões conhecidos para o manuseio do paciente e influência da intervenção

médica no curso da doença. Nesse sentido, a HAS e o DM foram os escolhidos para o foco deste estudo.

O DM e a HAS são condições crônicas prevalentes e responsáveis como principais causas de hospitalizações, de complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Desde 2000, o Ministério da Saúde estabeleceu uma política específica para a reorganização da atenção à HAS e o DM no Brasil (Brasil, 2001). Além disso, a Agência Nacional de Saúde (ANS) também sugere a implantação de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, no setor privado, com foco na reorganização do modelo de atenção e da introdução de práticas mais cuidadoras (Brasil, 2006f).

A HAS é uma doença de alta prevalência em idosos, estimada em 60% em inquérito populacional nos EUA, sendo a hipertensão primária a forma mais comum (Woo et. al., 2004). A HAS é, também, o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. A carga representada pela morbimortalidade devida a essa doença é muito alta e por tudo isso, a HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. O diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, além da baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Esses são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e a ampliação do acesso aos medicamentos (Brasil, 2006e).

O DM é um importante problema de saúde para a população idosa, atingindo em torno de 20%, com tendência de crescimento. É preconizado rastreio a cada 3 anos, a partir dos 45 anos, particularmente nos indivíduos com Índice de Massa Corpórea (IMC) maior ou igual a 25 Kg/m², diminuindo o intervalo e iniciando mais precocemente em quem tem outros fatores de risco. Os idosos com DM têm maiores taxas de mortalidade prematura, incapacidade funcional e maior frequência de doenças cardiovasculares como HAS, doença coronariana e acidente vascular cerebral. Idosos com DM têm também maiores taxas de síndromes geriátricas como polifarmácia, depressão, disfunção cognitiva, incontinência urinária, quedas, síndrome da fragilidade e dor persistente (ADA, 2008).

O cuidado ao idoso com DM é mais complexo em função da heterogeneidade clínica e funcional, mas não impede que os idosos sejam ativos, devendo ser encorajados a assumir a responsabilidade de autogestão da doença, assim como definir metas a serem alcançadas. Há evidências de que idosos que passam por intervenções multidisciplinares de educação sobre a doença, uso de medicamentos, monitoramento e reconhecimento da hipo e hiperglicemia, podem melhorar significativamente o controle glicêmico. Além disso, é fundamental para a redução da morbimortalidade, o controle dos fatores de risco cardiovascular, em particular do adequado tratamento da HAS, incluindo a hipertensão sistólica. Os idosos devem ser medicados com os mesmos medicamentos que as pessoas mais jovens, com alguns cuidados adicionais (ADA, 2008).

A recomendação do Programa de HAS e DM do Ministério da Saúde que é vinculado à Atenção Básica, para o DM é o controle glicêmico por meio da mudança do estilo de vida e da farmacoterapia, além da prevenção e tratamento das complicações crônicas. As principais complicações crônicas do DM são doença cardiovascular, retinopatia, nefropatia, neuropatia e o pé diabético (Brasil, 2006c).

O cuidado integral, resolutivo e de qualidade vem sendo preconizado pelo Ministério da Saúde nas várias políticas, de Promoção da Saúde e de Vigilância às Condições Crônicas, por meio dos Cadernos de Atenção Básica, de DM, de HAS e de prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica, além do caderno de envelhecimento e saúde da pessoa idosa (Brasil, 2006a; Brasil, 2006b; Brasil, 2006c; Brasil, 2006d; Brasil, 2006e; Brasil, 2006f).

As metas do Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM, chamado de Hiperdia, visam ao estabelecimento de diretrizes voltadas para o aumento da prevenção, detecção, tratamento e controle desses agravos, no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde. Prevê a disponibilização para estados e municípios de um sistema informatizado que permite o cadastramento dos hipertensos e/ou diabéticos (Brasil, 2001), com uma base de dados nacional, em vigor desde 2002, o SIS-Hiperdia que sistematiza as informações de cada município. Dados do município de São Paulo registram apenas 57.577 hipertensos e/ou diabéticos até o ano de 2005, porém, desde

então, não há mais registros. Desses, cerca de 50% são idosos. Sabe-se que esses registros são subdimensionados, pois há restrições ao uso do sistema.

O Ministério da Saúde adotou como padrão de tratamento da HAS e do DM medicamentos essenciais, preconizados pela OMS, que são disponibilizados em toda a rede pública de saúde do SUS, além da distribuição de insumos específicos (seringas e lancetas) para os insulino-dependentes. Os protocolos definidos para a prevenção e tratamento da HAS e do DM, são baseados em evidências e consideram os últimos consensos das sociedades respectivas (cardiologia e endocrinologia). Assim como os protocolos clínicos, são importantes também os protocolos de fluxo, habitualmente chamados de linhas-guia ou diretrizes, que englobam os dois (Mendes 2009; 2010). Constam da programação pactuada integrada do SUS, como diretriz do Pacto pela Saúde, as linhas-guia de referenciamento da HAS e DM.

O desenho das linhas de cuidado para as DCNT avança na implantação das linhas-guia e, mais do que isso, representa uma estratégia para garantir a continuidade do cuidado, como conexão, tanto de cada uma das ações de promoção, proteção, cura, controle e de reabilitação, quanto entre elas, identificando as responsabilidades dos pontos de atenção envolvidos nesse processo (Brasil, 2008a). As linhas de cuidado devem estar centradas nas necessidades dos usuários, no uso de tecnologias leves e na existência da rede de serviços que suportem as ações necessárias, o acesso aos recursos assistenciais disponíveis, além da atuação nos determinantes sociais e no processo regulatório. A programação por linhas de cuidado permite que em cada região de saúde se estabeleça uma rede de cuidados integrados, fundamental para produzir impacto nas situações priorizadas (Malta e Merhy, 2010).

As linhas de cuidado com foco no envelhecimento devem considerar também a concomitância das condições crônicas nas pessoas idosas. A multimorbidade descreve a ocorrência de duas ou mais doenças de caráter crônico e a comorbidade, duas doenças a partir de uma doença índice (Akker et. al., 1996). O Índice de Charlson foi desenvolvido nesse sentido, utilizando um conjunto de condições crônicas que afetam as pessoas idosas (Charlson et. al., 1987). Identifica-se na literatura, também, o termo múltiplas condições crônicas, empregado por Vogeli et. al. (2007). Nesse sentido, as comorbidades

são, habitualmente, utilizadas nos estudos de alguma condição crônica e sua interrelação com outras, sendo de extrema importância na análise de determinantes e desfechos relacionados (Kaplan e Feinstein, 1974; Wolff et. al., 2002).

Vogeli et. al. (2007) indicam como um interessante exemplo da aglomeração de condições crônicas clínicas num mesmo indivíduo, a síndrome metabólica. Encontrada em 24,0 % da população dos Estados Unidos (Park et. al., 2003), a síndrome metabólica está presente quando a pessoa tem, pelo menos, três das cinco condições crônicas: obesidade, níveis elevados de triglicérides, níveis baixos da lipoproteína de alta densidade (HDL), HAS e intolerância à glicose. Além de poder indicar uma predisposição genética para doenças crônicas, essa síndrome está associada com maior risco cardiovascular e mortalidade. Na população de 60 a 69 anos, ela foi descrita em 43,5%, sendo 42% no grupo de 70 anos e mais (Giles e Dietz, 2002).

Por isso, tem sido também preconizada a avaliação de risco cardiovascular através do Escore de Framingham, que foi desenvolvido a partir de um estudo populacional longitudinal conduzido por pesquisadores norte-americanos na cidade de mesmo nome, no estado de Massachusetts. A partir do risco calculado através do escore, o paciente pode ser considerado de Baixo, Médio ou Alto risco para desenvolver doenças cardiovasculares em 10 anos (Brasil, 2006d). O Interheart, estudo multicêntrico que analisou dados retrospectivos, reforçou como importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares, o tabagismo, a HAS, as dislipidemias, a obesidade e o DM e chamou atenção também para a importância da obesidade central (Lanas et. al., 2007).

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES, 2010) desenvolveu as linhas de cuidado de HAS e DM, alinhadas ao programa do Ministério da Saúde, além de realizar inquéritos de risco cardiovascular entre a população adulta. A linha de cuidado do DM preconiza como intervenções importantes a automonitorização de glicemia para os insulínodos dependentes, terapia nutricional com especialista treinado, prescrição de AAS 100mg por dia para prevenção de doença cardiovascular, terapia do abandono do tabaco e vacinação anual de gripe, em particular para os idosos.

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo também implantou protocolo específico para o tratamento da HAS e DM nas unidades básicas de saúde. Ele aponta

para a necessidade de estruturar e adequar serviços de saúde para oferecer cuidados e estabelecer ações de prevenção, promoção e educação em saúde com enfoque multiprofissional. No município de São Paulo, o programa “Remédio em Casa” disponibiliza os medicamentos de uso contínuo desde 2005, mas o programa de automonitoramento glicêmico é disponível apenas para os diabéticos insulino-dependentes.

A rotina de monitoramento da glicemia pressupõe, além da realização periódica de dosagem glicêmica capilar e/ou sanguínea, a realização de exame de hemoglobina glicada anualmente, conforme consta do último consenso (ADA, 2006), da linha de cuidado da SES/SP (SES, 2010) e do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2006c). Ela nos dá uma estimativa dos níveis glicêmicos no período anterior ao exame, melhorando a possibilidade de controle. Atualmente utilizada para controle, já há consensos internacionais que defendem sua utilização, inclusive para diagnóstico. Sabe-se que controles glicêmicos semestrais diminuem as complicações vasculares em 25,0% (Stratton et. al., 2000). No entanto, em estudos já realizados, foi identificado que apenas 24,0% dos diabéticos tinham realizado o exame de Hemoglobina glicada (Hb A1c) nos últimos dois anos (McGlyn et. al., 2003). Saadine et. al. (2002) identificou que, em 1990, 28,8% tinham feito a Hb A1c no último ano, 42,9% apresentavam o resultado menor que 7%; 11% tinham o LDL menor que 100; 68,5% tinham pressão arterial menor que 14 e 45,7% tinham tomado vacina anual contra gripe.

Kerr et. al. (2000) comparou a qualidade dos planos de saúde e do Medcare, utilizando os indicadores de qualidade de processo: exame ocular anual, realização de hemoglobina glicada anual, uma dosagem de LDL anual, exame anual do pé, dosagem de proteína ou prescrição de inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) ou bloqueadores da renina angiotensina (BRA), uso de aspirina regular e vacinação de gripe anual. Como indicadores de desfechos intermediários PA < 130/85, Hemoglobina glicada menor 8,5, LDL colesterol menor que 100.

Com relação à HAS, apesar do papel importante da ampliação do acesso e adesão à terapia medicamentosa, a qualidade dos serviços tem sido questionada com relação aos resultados insuficientes e ao efetivo controle da pressão arterial. Estudos

indicam que pessoas idosas teriam pior controle e que os médicos são mais condescendentes em indicar tratamento, principalmente na hipertensão sistólica (Hyman e Pavlik, 2000; Borenstein et. al., 2002), mesmo considerando que há evidências do benefício de tratamento nesses casos (Asch et. al., 2005).

Mais de 17 milhões de pessoas são afetadas pelo DM nos Estados Unidos, além da contribuição em mais de duzentas mil mortes. No entanto, o cuidado ao DM e às condições crônicas apresentam poucos resultados (Saaddine et. al., 2002), principalmente quando se considera o avançado grau de conhecimento de tratamentos custo efetivo (Vijan et. al., 1997; Adler et. al., 2003). O Instituto de Medicina Americano (2001) identificou o DM como área prioritária para a melhoria da qualidade dos cuidados crônicos em saúde e sugeriu mudanças na forma como a prestação de cuidados de saúde vem ocorrendo, incorporando tecnologia da informação, alinhando as políticas de pagamento com a política de qualidade e outros processos de reengenharia dos cuidados, para fechar a lacuna entre o conhecimento de estratégias eficazes de gestão e a efetiva implantação desses processos na prática.

Sabe-se que a carga de trabalho da atenção primária aumentaria em mais de 10,0% se todas as doenças que necessitam de cuidados crônicos fossem diagnosticadas (Hart, 1992), e a ameaça de tal sobrecarga frequentemente é utilizada, por gestores e profissionais de saúde, como impeditiva à busca ativa de casos. A chamada regra das metades diz que, metade dos pacientes hipertensos desconhece sua condição, metade dos que sabem ser hipertensos não é tratada e metade dos que são tratados não estão controlados (Wilber e Barrow, 1972; Brandão, 2002). Cabe considerar ainda que os idosos têm maior dificuldade em assumir novos hábitos, acreditando erroneamente que já não haveria tantos benefícios nessa fase da vida.

O atual desafio imposto é, portanto, a implantação de um cuidado integral ao idoso com DM e/ou HAS e sua família para ajudá-lo a mudar seu modo de viver e aprender a gerenciar sua vida com a sua doença crônica, em um processo que vise qualidade de vida e autonomia (Brasil, 2006a).

1.3. Modelos de Atenção e uso de serviços de saúde

Desde a década de 80 observa-se a preocupação em estruturar programas de atenção à saúde do idoso, inicialmente com foco prioritário nas DCNT que cresciam e ampliavam progressivamente a demanda dos serviços de saúde. A proposta era reformular a atenção aos doentes crônicos, priorizando ações relacionadas, em particular, à HAS e DM e preconizando a realização de busca ativa em todas as oportunidades de contato dos idosos com o serviço de saúde (Schraiber et. al., 1996). A análise de necessidades em saúde, específicas dessa população deve considerar seu perfil de utilização dos serviços, sua morbimortalidade e a importância da preservação da autonomia e independência, além da necessidade de um processo de trabalho coletivo e multiprofissional.

O Sistema Único de Saúde (SUS) se organiza, desde 2006, por um pacto intergestor, tripartite, que tem entre suas prioridades a saúde da pessoa idosa e o enfrentamento das condições crônicas e da promoção de saúde como questão de saúde pública (Brasil, 2006a). Por ser uma política pública universal de direito social, que compõe a seguridade social brasileira, precisa contribuir no sentido da garantia do “bem estar social”, tendo como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade. Apesar disso, convive em grande parte com um sistema privado suplementar e um mix público-privado bastante importante, atualmente regulado pelo sistema público por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Isso pode indicar dois tipos de utilização de serviços de saúde e de qualidade da atenção, bastante distintas: os de usuários do SUS e os de usuários de planos de saúde privados.

O grande desafio para ambos os subsistemas de serviços de saúde é a mudança do modelo de atenção à saúde do idoso, hoje centrado na doença e na internação, incluindo as de longa permanência. Fica clara a necessidade de possibilitar, o máximo possível, a permanência do idoso em seu ambiente, preservando seus espaços saudáveis.

As principais limitações na prestação de cuidados em saúde (OMS, 2008) estão relacionadas à inversão de valores, ou seja, quem menos precisa mais usa (Hart, 1971; Hanratty et. al., 2007) e, muitas vezes, as despesas são catastróficas, os cuidados são fragmentados e fragmentadores sem dar conta da necessidade de continuidade do cuidado nas condições crônicas (Starfield, 1998), pouco seguros e mal direcionados.

Concentram-se recursos nos serviços curativos especializados e de custo elevado, negligenciando o auto-cuidado, a promoção de saúde e a atenção primária sem conseguir atuar de maneira integrada com outros setores (Fries, 1983; WHO, 2005)

Porter e Teisberg (2007), ao analisar o sistema de saúde nos Estados Unidos, preconiza, inclusive no âmbito privado, a construção de uma cadeia de agregação de valor na saúde gerenciada, estabelecendo como meta o aumento do valor da saúde e não a minimização do custo-benefício, transformando a “soma zero” que a pulverização e isolamento dos serviços proporcionam atualmente. Herzlinger (2010) avança para a necessidade dos sistemas de saúde centrados no cidadão e Christensen (2009) para a importância de inovações que traduzam melhorias com maior acessibilidade às tecnologias, como em outras áreas. Esses autores, que se dedicam a analisar atualmente o sistema de saúde americano, identificam suas fragilidades e propõem intervenções no sentido da redução do custo, com aumento de qualidade. Todos apontam a importância da utilização de protocolos baseados em evidências e dos cuidados gerenciados às condições crônicas, com foco em resultados.

Cuidados integrados traduzem um conceito amplo de organização e gerenciamento de serviços relacionados ao diagnóstico, tratamento, reabilitação e promoção de saúde, com integração da atenção em saúde e área social. A qualidade da atenção à saúde está diretamente relacionada à qualidade da atenção básica e sua capacidade de identificar riscos e acolher demandas. Para estruturar redes é necessário identificar claramente os pontos de contato com centralidade na atenção básica. (Macinko e Oliveira, 2003)

O atual modelo de atenção ao idoso ainda é de baixa resolubilidade em função da baixa capacitação dos profissionais da atenção básica para esse tipo de cuidado, da desintegração dos serviços e da escassez de serviços domiciliares, ambulatoriais especializados e intermediários como centros-dia. Isso favorece o atendimento hospitalar tardio, com piores prognósticos, principalmente dos idosos com condições crônicas. O modelo biomédico e a abordagem tradicional focada em uma queixa principal, além da tentativa de reunião das queixas e sinais em um único diagnóstico, não atende às especificidades do idoso (Veras, 2002).

O modelo de tratamento de episódios agudos domina os sistemas de saúde, com gastos cada vez maiores, sem proporcionar melhorias na saúde da população, tanto em países mais pobres quanto nos mais ricos, gerando gastos e internações desnecessárias, tecnologias caras e uma infinidade de informações clínicas inúteis. Se não houver mudança na abordagem, as condições crônicas serão a primeira causa de incapacidades em todo o mundo até o ano 2020 e se tornarão os problemas de saúde mais dispendiosos para os nossos sistemas de saúde (OMS, 2003).

As pessoas idosas enfrentam múltiplas barreiras de acesso aos serviços de saúde como: dificuldade de acesso ao transporte, dificuldade no preenchimento de formulários; dificuldade de comunicação; prestadores de serviços despreparados; tempo muito curto para o atendimento; fragmentação dos serviços e alto custo dos medicamentos. Os princípios gerais da estratégia se dirigem aos formuladores de políticas e associações profissionais, sendo que os serviços de assistência de saúde devem atender aos critérios essenciais como disponibilidade, acessibilidade, integralidade, qualidade, eficiência, não discriminação e capacidade de resposta aos problemas relacionados com a idade e com o gênero (WHO, 2004).

As condições crônicas devem ser tratadas primeiramente no âmbito da atenção primária, que deve ser reforçada para melhor prevenção e gerenciamento. O incremento da atenção dispensada às condições crônicas também se traduz em um enfoque na aderência a tratamentos de longo prazo. Faz-se necessária uma tomada de decisão no sentido de melhorar a qualidade da atenção à saúde reduzindo os efeitos negativos dos problemas crônicos, principalmente na população de idosos. A OMS considera oito elementos importantes para o aprimoramento dos sistemas de saúde integrados às condições crônicas, tais como, apoio à mudança de paradigma, gerenciamento do ambiente político, desenvolvimento de sistema de saúde integrado, alinhamento das políticas setoriais, aproveitamento melhor dos recursos humanos do setor saúde, centralização do tratamento no paciente e na família e apoio aos pacientes em sua comunidade enfatizando a prevenção (OMS, 2003).

A OMS definiu uma estratégia para os Centros de Atenção Primária de Saúde Amiga do Idoso, sugerindo aos sistemas de atenção primária em saúde adaptações

necessárias para atender aos idosos, mediante suas necessidades específicas. Preconiza a redução de barreiras, a melhoria da informação e comunicação, melhoria da gestão clínica e acessibilidade do ambiente físico. Disponibiliza uma caixa de ferramentas com protocolos de avaliação e tratamento para identificação precoce de riscos e qualificação do cuidado, com abordagem de ampliação de hábitos saudáveis e controle das condições crônicas, apoiando a implantação do processo. Além disso, priorizam os principais agravos que acometem os idosos, além das condições crônicas aqui descritas, a demência e depressão, as quedas e as incontinências (WHO, 2004).

Para melhorar os resultados e tornar mais eficaz o tratamento clínico, sabe-se que os serviços de saúde precisam ser mais acessíveis e coordenados, com ênfase no diagnóstico precoce e intervenções que mantenham o estado de saúde, minimizem os episódios agudos e reduzam as complicações e limitações. Os modelos de gestão de cuidados crônicos indicam a necessidade de que os sistemas sejam proativos em melhorar as condições de saúde, ao invés de serem reativos tratando das doenças crônicas nas suas formas agudas. (Mendes, 2009; Wagner et. al., 1996; Wagner et. al. 2001; Bodenheimer et. al., 2002)

Os componentes do modelo de atenção às condições crônicas desenvolvido nos Estados Unidos, definidos com base em evidências, se baseiam no sistema de serviços de saúde com foco na autogestão dos pacientes, no sistema de apoio às decisões clínicas, no redesenho de sistema de prestação de serviços de saúde e no sistema de informação clínica, além dos recursos comunitários (Siminerio et. al., 2005; Stroebe et. al., 2005).

No Canadá o modelo foi expandido com a promoção e prevenção e a participação da comunidade (Barr et. al., 2003). Alguns estudos que analisaram a adoção do modelo indicam melhoria da qualidade de vida, satisfação de usuários, resultados de saúde e redução de custos (Bodenheimer et. al., 2002). Há, também, modelos de organização de cuidados para condições crônicas com focos mais específicos como o da Kaiser Permanente, Ever Care, Pfizer e PACE (Programa de cuidados integrados para idosos), todos envolvendo estratificação de riscos para a intensidade do cuidado, gestão de casos, atenção domiciliar e foco na redução de internações hospitalares e nas pessoas idosas. O Canadá desenvolve ainda um sistema de cuidados integrados para idosos, em

conjunto com os serviços sociais, o PRISMA (Programa de Integração de Serviços para a Manutenção da Autonomia), com foco na redução de incapacidades de pessoas idosas e de cuidados integrados de longa duração (Hébert et. al., 2003; Béland et. al., 2006))

No Brasil, iniciativa apoiada pela OPAS, a rede CARMEM (Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis), baseia-se na estruturação de projetos de prevenção integrada de fatores de risco para DCNT, com ênfase na participação comunitária e nas parcerias intersetoriais (WHO, 2005). Foi priorizada a política de alimentação e nutrição, políticas de enfrentamento do tabagismo, da HAS e DM, da atividade física e da vigilância das DCNT (Malta et. al., 2006)

A estrutura dos Cuidados Inovadores para Condições Crônicas compreende os componentes estruturais fundamentados no plano de interação do paciente, dos prestadores de serviço, da comunidade e da política. Os serviços de saúde devem racionalizar seus recursos, capacitar profissionais, enfatizar a prevenção, estabelecer sistemas de busca de informações e fornecer uma atenção planejada para complicações previsíveis e os sistemas devem tomar decisões informadas em nome da população e estabelecer padrões de qualidade e incentivos em saúde. As evidências indicam que os programas inovadores aperfeiçoam os indicadores biológicos de doenças, reduzem os óbitos, poupam dinheiro e recursos da saúde, modificam o estilo de vida dos pacientes e as capacidades de autogerenciamento, melhoram o funcionamento, a produtividade e a qualidade de vida e melhoram os processos de atenção. (OMS, 2003)

A importância de uma atenção integral à saúde conformou a maior parte das políticas específicas, desde então, com a busca da atenção integral. A integralidade é compreendida tanto no âmbito da organização de serviços em rede, com acesso aos vários níveis de incorporação tecnológica e de maneira resolutiva, como do acesso a essa rede no momento oportuno e nas melhores condições, frente às necessidades, demandas e ofertas existentes. Além disso, é fundamental a reorientação do processo de trabalho, com foco na desfragmentação do atendimento, no acolhimento e na humanização da atenção e na importância da escuta qualificada dos sistemas de saúde frente às necessidades da população (Pinheiro e Matos, 2005).

A integralidade da atenção pode ser analisada do ponto de vista do hospital onde as linhas de produção do cuidado devem romper os limites do hospital e contribuir com a continuidade do cuidado, pois na ótica da integralidade em uma rede permeável, as pessoas “vêm de algum lugar” e “deverão ir para algum lugar”. (Cecílio e Merhy, 2005) O princípio da integralidade do Sistema de Saúde é fundamental para estabelecermos processos em rede, integrais, integrados, programados, pactuados e regulados para efetivação da referência e contrarreferência, principalmente com relação às condições crônicas.

O atual modelo de atenção fragmentada e com foco na doença e não nas pessoas, na cura e não no cuidado, na realização de procedimentos e não na produção de saúde, induz a um consumo dos serviços de saúde com alto custo e pouco impacto na qualidade de vida das pessoas. O Ministério da Saúde propôs algumas estratégias relacionadas à gestão do cuidado em redes de atenção, entre elas, a organização da regulação da atenção que inclui as ações de regulação do acesso em conjunto com as ações de controle, avaliação e auditoria da atenção, com adoção de protocolos e diretrizes terapêuticas baseadas nas linhas de cuidado. Os mecanismos de gestão devem ser capazes de realizar a gestão da utilização, a gestão das doenças e a gestão dos doentes. O gerenciamento de doenças deve ter foco nos problemas de maior prevalência e impacto e o gerenciamento de casos naqueles mais complexos e custosos (Mendes, 2009).

O gerenciamento de casos baseado em planos de cuidados individuais em função de necessidades específicas é amplamente utilizado pela área de enfermagem, em particular na saúde do idoso. Duarte e Lebrão (2005) indicam que só a partir do desenvolvimento de um cuidado gerontológico coordenado e integral voltado para a promoção da saúde, prevenção das doenças e das condições incapacitantes e reabilitação das mesmas é que será possível almejar um envelhecimento ativo e com qualidade.

A atenção primária em saúde deve ser estruturada para o gerenciamento das chamadas linhas de cuidado, qualificando o vínculo do idoso com o sistema de saúde. Essas estabelecem os recursos necessários a serem ofertados de forma articulada nos

vários níveis do sistema. A organização das redes de atenção com centralidade na atenção primária e a qualificação das equipes de Saúde da Família pode traduzir uma possibilidade, no âmbito da atenção básica, de um acolhimento mais qualificado às demandas dessa população no gerenciamento do cuidado às condições crônicas e na preservação da autonomia e independência (Silvestre e Costa Neto, 2003; Mendes EV, 2010).

Os modelos baseados na produção de procedimentos fazem dos processos de trabalho clínicos uma somatória de atividades justapostas, às vezes desarticuladas, de várias categorias de profissionais e os modelos centrados na produção do cuidado foram construídos a partir dessa crítica. O desenho de linhas de cuidado representa uma estratégia para garantir a continuidade do cuidado, como conexão, tanto de cada uma das ações de promoção, proteção, cura, controle e de reabilitação quanto entre elas. Seria um modo de articular as diversas ações de saúde na busca da integralidade. As linhas de cuidado podem ser pensadas tanto no trato das questões individuais como na formulação de políticas de atenção (Cecílio e Merhy, 2005). As linhas de cuidado na saúde do idoso têm sido estruturadas no sentido de qualificar as várias modalidades assistenciais e suas potencialidades na produção do cuidado.

Uma rede estruturada na produção do cuidado pressupõe uma rede básica próxima ao local de moradia, organizada para oferecer a mais ampla gama de ações (promoção, prevenção, cura, controle e reabilitação) individuais et. al.etivas e que se ponha a serviço das práticas de saúde e práticas sociais. Essas devem potencializar-se para uma vigilância à saúde (epidemiologia, sanitária e do trabalhador) articulada e integrada à atenção programática, estratégica e em níveis de complexidade (Cecílio e Mehry, 2005).

A incorporação da avaliação como parte integrante do Planejamento e Gestão em saúde no processo de tomada de decisão de gestores de saúde pode contribuir para a melhoria do acesso e da qualidade de programas, serviços e sistemas de saúde. Os processos de avaliação em saúde envolvem os momentos de medir, comparar e emitir juízo de valor sobre ações, atividades, programas, serviços, projetos, planos e políticas de saúde. Avaliação consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma

intervenção ou um serviço com o objetivo de auxiliar o processo de tomada de decisão (Conrandioupoulos et. al., 2000; Hartz, 2000; Novaes, 2000).

Donabedian (1985) estruturou um importante referencial teórico do ponto de vista sistêmico no campo da avaliação da qualidade em saúde, que reflete sobre os três principais componentes da avaliação: estrutura, processo e resultado. A análise dos recursos disponíveis, da produção da atividade e de seus resultados é verificada através da comparação de indicadores selecionados com determinados padrões esperados. A avaliação de resultados permite dimensionar as diferenças entre o momento inicial e final de estudo de uma intervenção e o alcance de metas. Donabedian (1985) relaciona qualidade com a atenção técnica, referente à aplicação do conhecimento e da tecnologia médica, a dimensão interpessoal da qualidade e o ambiente físico onde se realiza o processo de atenção. Pesquisas de satisfação de usuário indicam a importância da comunicação, as informações recebidas, a maneira de ser dos profissionais, a acessibilidade, a continuidade do tratamento e o ambiente físico.

A OMS define que a avaliação da qualidade da atenção à saúde pretende que cada paciente receba o conjunto de prestações diagnósticas e terapêuticas que melhorem a sua saúde, tendo em conta o estado atual do conhecimento científico, com o menor custo possível e os menores riscos iatrogênicos. Deve, ainda, obter a sua satisfação a respeito das intervenções recebidas, aos resultados obtidos e às interações humanas desenvolvidas dentro do sistema de saúde.

Nos processos de avaliação da atenção básica é importante a avaliação de como estão ocorrendo os fluxos e encaminhamentos na rede especializada. O indicador de internações sensíveis às condições ambulatoriais tem sido utilizado para identificar as intervenções nos vários níveis dos sistemas. É considerado um indicador do uso de serviços hospitalares nas condições de saúde que podem ser prevenidas e controladas pela atenção primária, como no caso da HAS e DM (Alfradique et. al., 2009).

O risco de internações evitáveis aumenta com o número de condições crônicas e pode ser reduzido com melhores cuidados primário e com a coordenação do cuidado, especialmente em pessoas com múltiplas condições crônicas. A atenção primária em saúde, integrando vigilância e promoção e a gestão da clínica em redes de atenção têm

sido estruturadas pelo SUS, em algumas regiões, aproximando-se dos modelos de cuidados às condições crônicas (Wagner et. al., 2001; Mendes, 2009).

Gervas (2004), ao analisar os vinte e cinco anos decorridos da declaração de Alma Ata, indicou alguns pontos-chave para a melhoria dos cuidados primários em saúde na Europa. Abordou a importância do médico generalista ou de família, da organização do trabalho nas equipes de saúde, da vinculação dos profissionais, do uso racional de medicamentos e tecnologia médica; da autonomia da enfermagem; do médico geral como filtro; do médico de referência; da coordenação de serviços e da continuidade de cuidados. Interessante a utilização do conceito de prevenção quaternária^e, como uma intervenção para evitar ou atenuar as consequências adversas dos excessos dos cuidados médicos que, muitas vezes, produzem danos evitáveis em função de intervenções diagnósticas ou terapêuticas desnecessárias (Gérvass e Fernández , 2006).

No Brasil, a avaliação da atenção básica nos projetos de linhas de base do Ministério da Saúde identificou como atributos essenciais da atenção primária em saúde o acesso e utilização, ou seja, desde o primeiro contato, a população deve ter um serviço de saúde que dê respostas para cada novo problema ou necessidade em saúde; a longitudinalidade, como a atenção e cuidados personalizados ao longo do tempo; a integralidade, que indica a capacidade de lidar com todos os problemas de saúde, resolvendo ou referindo ao serviço mais adequado; e a coordenação, compreendida como a capacidade de coordenar as respostas às diversas necessidades que uma abordagem integral identifica, seja dentro de uma equipe multidisciplinar, seja a atenção que os usuários recebem - nos diversos pontos da rede de atenção: o primeiro ponto, o apoio diagnóstico e o especialista; com integração entre os pontos, regulação e monitoramento (Starfield, 1998).

Com base nesses atributos, é possível determinar se os sistemas de saúde são ou não orientados à atenção primária em saúde, ou seja, a presença e extensão desses atributos, estando presentes, promovem melhores indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários, menores custos e maior equidade. Com o uso do instrumento, Piccini et. al. (2006) tomou como referência as recomendações técnicas referentes à

^e proposto por Marc Jamouille e Michel Roland, difundida através da Organização Mundial de Medicina Geral e Familiar (WONCA), relacionado à “overmedicalization”

saúde do idoso e do adulto e estabeleceu um modelo teórico para avaliar a efetividade do cuidado. Utilizou como determinantes os cuidados domiciliares e os cuidados crônicos referentes ao DM e à HAS, com a utilização de amostra populacional relacionada à área de abrangência das unidades de saúde.

Os métodos de avaliação de qualidade dos serviços de saúde superpõem as análises de utilização de serviços, a auditoria médica, os sistemas de avaliação de qualidade, de custo e de satisfação dos usuários e devem observar os diferentes pontos de vista da seguradora, do prestador e do paciente. O processo de avaliação tem introduzido importantes modificações na prática clínica, como a padronização de procedimentos, o estadiamento de agravos, os estudos de trajetória relacionados à situações traçadoras e os protocolos diagnóstico-terapêuticos já amplamente utilizados em algumas áreas (Mendes, 2009).

Os processos de avaliação de qualidade têm maior foco na atenção básica e, em particular, nas unidades de saúde, mas a contribuição dos estudos epidemiológicos em processos avaliativos é crescente. A avaliação de programas e sistemas, mediante inquéritos epidemiológicos, tem como foco a análise do acesso e da demanda. Grossman (1972) desenvolveu um modelo de capital humano da demanda por saúde relacionada à escolaridade onde as pessoas mais educadas seriam produtoras mais eficientes de saúde. O modelo pressupõe que o estoque de saúde é determinado pelas oportunidades ao longo do curso de vida como saneamento básico, oferta de serviços, ausência de fome, nível de escolaridade e escolhas que o indivíduo faz ao longo da vida, de acordo com sua função produtiva.

O modelo tem sido reanalisado e utilizado para análise de desigualdades em saúde. Foi descrito em publicações do estudo SABE, uma menor utilização de serviços por quem tem maior escolaridade (Noronha e Andrade, 2005; Louvison et. al., 2008), ainda controverso na literatura e com importante contribuição dos estudos longitudinais na compreensão desses mecanismos. Andersen e Newman (2005) pressupõe que uma seqüência de condições contribui para o tipo e volume de serviço de saúde que uma pessoa usa. Indica como principais determinantes a predisposição do indivíduo para usar serviços, sua capacidade de garantir serviços e seu nível de doença.

Apesar do principal determinante para o uso ser o estado de saúde que traduz a necessidade dos indivíduos, outros quatro aspectos são relacionados, sendo eles as características demográficas, a disponibilidade de médicos, os aspectos organizacionais dos serviços e os mecanismos financeiros. Nesse sentido, gênero, idade, disponibilidade de médicos, plano de saúde e renda podem determinar o uso (Hulka e Wheat, 1985). Existem vários modelos de determinação de uso de serviços descritos desde a década de 50 (Andersen, 1995; Dutton, 1986; Travassos e Martins, 2004; Andersen e Newman, 2005; Pavão e Coeli, 2008). Apesar do modelo comportamental baseado em crenças ser o mais antigo, o modelo de Andersen, revisado em 1995, tem sido o mais utilizado, pois incorpora suas reflexões, assim como os determinantes relacionados ao sistema de saúde de Duntom e a concepção de bem estar de saúde de Evans & Stoddart. Para as pessoas idosas foi proposta a utilização do Modelo comportamental de Andersen (Ebrahim e Kalache, 1996), mas, é necessário adaptações para modelos de uso e acesso mais voltados às condições crônicas e que incorporem os determinantes do envelhecimento ativo.

As desigualdades de gênero e da própria idade aparecem como desafio às políticas como foco no acesso e qualidade de serviços de saúde, voltados às necessidades dos idosos. Apesar da sobremortalidade masculina, principalmente pelas doenças cardiovasculares, a morbidade hospitalar, excluídas as causas obstétricas, não apresenta importantes diferenças entre os sexos (Laurenti, 2005). Observa-se, em vários estudos, que os homens habitualmente apresentam menos queixas e utilizam menos os serviços de saúde (Veras, 2002).

Habicht (1999) analisa desenhos de avaliação com foco no desempenho (provisão, utilização ou cobertura) e no impacto e a importância dos estudos epidemiológicos longitudinais para essa finalidade. Nolte et. al. (2006) estudou a tendência em estudos longitudinais da mortalidade das condições crônicas passíveis de cuidado como o DM. Os inquéritos de saúde de base populacional e estudos de coorte contribuem para o processo avaliativo no âmbito da gestão, ao permitir identificar necessidades não satisfeitas que não chegaram aos serviços de saúde e dá a magnitude da análise de dados populacionais globais. Inquéritos transversais ou longitudinais de

idosos contribuem, em particular, através das análises de regressão múltipla, para a determinação de risco e análise do perfil de uso de serviços de saúde. Boulton et. al. (1994) identificou, em uma coorte longitudinal de idosos, critérios de risco para repetidas internações tais como idade, sexo masculino, autopercepção de saúde ruim, disponibilidade de cuidador informal, história de doença coronariana, história de internação anterior, mais que seis visitas médicas ou DM, que os indicam como sinais de fragilização.

O uso da autopercepção de saúde e da morbididade referida devem ser considerados, tanto com relação à facilidade da obtenção da informação, quanto as suas limitações. No caso da autorreferência das doenças crônicas é importante considerar que estão sendo identificados apenas os idosos que já tiveram contato com algum profissional de saúde, podendo traduzir exclusão por vulnerabilidades sociais e/ou fragilidades biológicas. Lima-Costa (2007), no estudo de Bambuí, identificou para o DM melhor especificidade do que sensibilidade, com prevalência de 14,5% com medidas clínicas e 11,7% com informação autorreferida, enquanto que para a HAS em adultos, a acurácia foi semelhante a outros países (Goldman, 2003).

No período de 1997 a 2003, a OPAS coordenou um estudo multicêntrico denominado SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento, para estudar as condições de vida e saúde dos idosos na América Latina e no Caribe. Esse estudo foi planejado para trazer luz às demandas de saúde que poderão emergir de uma população que se tornou rapidamente idosa e pela necessidade de antecipar o que se encontrará adiante, de modo que os países possam se planejar adequadamente para prevenir as consequências mais negativas do processo de envelhecimento na região (Lebrão e Duarte, 2003; Lebrão e Laurenti, 2005).

O Estudo SABE teve por finalidade recolher uma ampla quantidade de informações cujos resultados pudessem subsidiar tanto o desenvolvimento de outros estudos complementares, quanto a organização das políticas públicas destinadas a esse grupo etário. A partir de 2006, o Estudo SABE foi realizado no município de São Paulo, entrevistando os mesmos idosos, transformando-se então em um estudo longitudinal (Lebrão et. al., 2008).

É de extrema importância, em estudos desse porte, a análise das condições de vida e saúde relacionadas ao uso e acesso aos serviços de saúde pela população idosa e seu impacto, no sentido de identificar necessidades e demandas e orientar políticas públicas de saúde. O presente estudo justifica-se por utilizar o método epidemiológico para a avaliação da qualidade do modelo de atenção e seu reflexo na mudança das condições de vida e saúde.

Traduzir a clínica no âmbito da saúde pública e enriquecer a avaliação da qualidade da atenção em saúde com a contribuição da epidemiologia é um desafio. Possibilita a indução de ações integradas do sistema de saúde para propiciar um envelhecimento ativo e saudável e fazer jus a uma das mais importantes conquistas sociais dos últimos tempos no Brasil: poder envelhecer com qualidade.

2.1. Objetivo geral

- Avaliar a atenção à saúde às condições crônicas de idosos, utilizando a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus como condições traçadoras.

2.2. Objetivos específicos

- Verificar a associação do uso de serviços com a prevalência e incidência acumulada de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em pessoas idosas no período.
- Identificar o impacto das condições traçadoras no uso de serviços ambulatoriais de saúde no período.
- Identificar desigualdades do acesso e tipologia do uso dos serviços de saúde públicos e privados por idosos hipertensos e/ou diabéticos.
- Verificar o uso de medicamentos específicos e analisar práticas de controle em idosos hipertensos e/ou diabéticos.
- Analisar os determinantes de complicações, da perda de capacidade funcional e do óbito de idosos hipertensos e/ou diabéticos no período.
- Comparar a qualidade da atenção aos idosos hipertensos e/ou diabéticos com plano de saúde ou não.

2.3. Hipótese

A atenção à saúde às condições crônicas apresenta barreiras de acesso e desigualdades, com modelos de baixo impacto na melhoria das condições de vida e saúde dos idosos.

3.1. Estudo SABE

Trata-se de parte integrante do Estudo Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE), iniciado em 2000, em São Paulo, pela Faculdade de Saúde Pública da USP, como um estudo multicêntrico coordenado em sete países da América Latina, pela OPAS (Albala et. al., 2005). Os procedimentos metodológicos detalhados referentes à amostra de 2000 encontram-se descritos em publicação específica (Lebrão e Duarte, 2003). O Estudo SABE em São Paulo, adquiriu, após 2006, delineamento longitudinal. Na segunda onda, foram reentrevistados os mesmos idosos, além da realização de uma nova amostra para pessoas de 60 a 65 anos, possibilitando o acompanhamento em painel das várias coortes ao longo do tempo. A metodologia aqui inicialmente descrita refere-se, portanto, à metodologia do estudo SABE^f.

A população de estudo foi composta por pessoas com 60 anos e mais, residente na área urbana do município de São Paulo no ano de 2000. O seu tamanho era igual a 836.223 habitantes, correspondendo a 8,1% do total da população, segundo contagem realizada pela Fundação IBGE em 1996. A amostra foi alcançada através de dois procedimentos: sorteio da amostra de 1.500 idosos e composição livre da amostra para os grupos ampliados. Foi estimado um número mínimo de 5882 domicílios, sorteados pelo método de amostragem por conglomerados, em dois estágios, sob o critério de partilha proporcional ao tamanho (PPT). O cadastro permanente de 72 setores censitários sorteados do cadastro da PNAD 1995, com endereços atualizados pela PNAD 1998, disponível no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, foi considerado a amostra de primeiro estágio. Dividiu-se o total de endereços de cada setor censitário em segmentos de 10 domicílios e, em cada setor, sortearam-se 9 segmentos. Noventa domicílios foram visitados e todos os indivíduos considerados elegíveis segundo os objetivos da pesquisa, foram identificados e convidados a participar das entrevistas. Ao final da primeira fase do trabalho de campo foram realizadas 1.568 entrevistas decorrentes do processo de sorteio de domicílios (28,58% de idosos por domicílio e 84,67% de taxa de resposta).

^f www.fsp.usp.br/sabe

Para ajustar a distribuição da amostra à composição da população segundo faixa etária e sexo, foram calculados pesos para cada estrato, utilizados na análise estatística. Foram também consideradas as variáveis sexo e grupo etário, dadas as diferenças de mortalidade entre sexo e o sobredimensionamento da população igual e superior a 75 anos. Ao final, obteve-se um fator para cada indivíduo da amostra, que resumia todos os elementos mencionados no desenho amostral e os estratos considerados. Dessa forma, a amostra final de 2000, foi composta por 2.143 pessoas com 60 anos e mais, sendo 1.568 da amostra inicial e 575 da sobreamostra. A maior parte das entrevistas (88%) foi feita de forma direta. No restante utilizou-se um proxi-respondente quando havia impossibilidade do idoso para responder às questões (problemas físicos ou cognitivos).

Em São Paulo, em 2006, as pessoas entrevistadas foram revisitadas, realizando assim, a proposta inicial do Projeto SABE, que era um estudo longitudinal em todos os países participantes. As pessoas foram localizadas por meio dos endereços já conhecidos e, no caso de mudanças, a busca foi realizada na vizinhança e em estabelecimentos comerciais. Anteriormente, foi feita busca nas bases de dados de óbitos municipais e estaduais. Os óbitos ocorridos entre os anos de 2000 e 2006 foram verificados a partir da informação referida por familiar ou vizinhos, em visita domiciliar, sendo realizada ainda uma autópsia verbal. Dos 2143 entrevistados em 2000, foram localizadas e re-entrevistadas 1115 pessoas, sendo que 649 foram a óbito, 11 estavam institucionalizadas, 51 haviam mudado para outros municípios, mas puderam ser localizados, 178 se recusaram a participar e 139 não puderam ser localizados. O estudo SABE foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (anexo A).

3.2. Instrumentos e variáveis do estudo

Os dados foram obtidos em entrevista domiciliar com entrevistadores capacitados e treinados, por meio de um questionário submetido a pré-teste, revisto e complementado para a segunda fase de entrevistas, mas que manteve sua estrutura inicial, subdividido em doze seções. As principais seções dos questionários são:

Seção A – Dados pessoais

Ano e país de nascimento; local de residência durante os primeiros quinze anos de vida; local de residência durante os últimos cinco anos de vida e, onde fosse aplicável, razões para a mudança de residência; história e estado marital; número de filhos; sobrevivência dos pais e, se não, a idade em que faleceram; escolaridade.

Seção B – Avaliação cognitiva

Auto avaliação da memória; avaliação da memória pelo teste mini-mental e para os que obtivessem escore igual ou inferior a 12 pontos, uma escala de desempenho funcional (Pfeffer) era administrada a um proxi-respondente (informante substituto).

Seção C – Estado de saúde

Autoavaliação da saúde atual e comparativa ao ano anterior, bem como da saúde na infância, doenças referidas, considerando nove das condições crônicas mais prevalentes na população idosa e incluindo seu tratamento; hábitos, condições sensoriais, saúde reprodutiva, saúde bucal; ocorrência de quedas; escala de avaliação de depressão geriátrica (GDS) e mini-screening nutricional. Foi incluído em 2006 um detalhamento nas várias questões, uma versão geriátrica do teste Michigan reduzido de triagem para alcoolismo e um bloco referente à sexualidade.

Seção D – Estado Funcional

Avaliação do desempenho funcional e da ajuda recebida, quando necessário, nas atividades básicas e instrumentais da vida diária e identificação e caracterização do(s) cuidadores principais. Foram incluídos, em 2006, a Medida de Independência Funcional – MIF, avaliação da qualidade de vida pelo SF-12 e o APGAR de família. Foram também realizados ao final do questionário o teste de sobrecarga (Zarit) e o APGAR de família para o cuidador.

Seção E – Medicamentos

Terapêutica medicamentosa utilizada, incluindo indicação, tempo de uso, forma de utilização, obtenção e pagamento; gastos mensais com medicamento e motivos referidos para a não utilização dos medicamentos prescritos.

Seção F – Uso e acesso a serviços

Serviços de saúde utilizados, públicos ou privados, nos últimos 12 meses e ocorrência de hospitalização, atendimento de urgência, ambulatorial, bem como tempo de espera para atendimento, terapêutica prescrita e gastos relacionados.

Seção G – Rede de apoio familiar e social

Número e características de pessoas que vivem com o idoso no mesmo domicílio (sexo, parentesco, estado marital, idade, escolaridade e condição de trabalho); assistência prestada ao idoso e fornecida por ele referente a cada membro citado; tempo gasto na ajuda ao idoso; assistência recebida ou fornecida nos últimos 12 meses de alguma instituição ou organização; e participação do idoso em algum serviço voluntário ou organização comunitária.

Seção H – História laboral e fontes de renda

Trabalho atual (tipo, renda, razões para continuar trabalhando); caso não trabalhasse mais, por quê não o fazia, ocupação que teve durante o maior período de sua vida, horas trabalhadas, razões para mudar de atividade, aposentadoria, pensões, benefícios, outras fontes de renda, renda total pessoal e número de dependentes dessa renda; gastos pessoais (moradia, transporte, alimentação, vestimenta, saúde) e autoavaliação de seu bem estar econômico.

Seção J - Característica de moradia

Tipo e propriedade da moradia, condições de habitação (saneamento básico, luz, número de cômodos, bens presentes).

Seção K – Antropometria

Altura do joelho, circunferência do braço, cintura, quadril, prega tricipital, peso, circunferência da panturrilha, largura do punho e força da mão.

Seção L – Flexibilidade e Mobilidade

Provas de equilíbrio, mobilidade e flexibilidade.

Seção M – Maus tratos

Foi utilizado em 2006 um instrumento estruturado, com questões sobre violência verbal, financeira, afetiva e física ao idoso, complementando a observação específica do entrevistador.

Variáveis utilizadas no estudo

Condições traçadoras

Foram identificados, em 2000, os hipertensos e/ou diabéticos por meio da morbidade referida no estudo SABE, com cálculos de prevalência e incidência no período. Foram utilizadas as variáveis *C4 – Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão sanguínea alta, quer dizer, hipertensão?* e *C5 - Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) tem diabetes, quer dizer, níveis altos de açúcar no sangue?*. Foi verificada a ocorrência dos desfechos desfavoráveis (óbitos, casos novos das complicações, casos novos de dependência funcional) entre os que referiram planos privados ou não e os que referiram uso de serviços de saúde ou não.

Uso de serviços de saúde

Além da análise de utilização de serviços originada pelo bloco específico dos questionamentos sobre o acompanhamento e controle da HAS e do DM, verificou-se ainda a tipologia de utilização e as barreiras de acesso referidas no bloco do uso de serviços de saúde. Considerando sua determinação proximal e intermediária no modelo, o uso de serviços de saúde ambulatoriais foi utilizado como variável dependente na identificação da determinação do uso, assim como variável independente em todas outras análises (fator de exposição presente ou ausente).

Foram utilizadas as variáveis de planos de saúde (*F1b – O(A) sr(a) tem algum plano de saúde além do SUS?*), uso de serviços ambulatoriais, de urgência e de internação. (*questões C4f – O(A) sr(a) precisou ser internado no hospital pelo menos uma noite por causa de sua hipertensão?*, *C5l - O(A) sr(a) precisou ser internado no hospital pelo menos uma noite por causa de seu diabetes?*, *F4c – Durante os últimos doze meses, quantas vezes diferentes esteve internado pelo menos por uma noite, incluindo casa de repouso?*, *F11a – Nos últimos 12 meses o(a) sr(a) procurou outro atendimento de saúde de qualquer tipo, excluindo esta internação ?* e *F12c - Quantas vezes, nos últimos doze meses, o(a) sr(a) necessitou de atendimento de urgência/emergência pelo mesmo motivo?*). Foi analisado também o acesso (*F3b – O sr(a) tem alguma dificuldade para acessar/usar serviços de saúde, quando necessário?* *F3c – qual o motivo?* *F20a – E o sr(a) fez os exames solicitados?* *F26 – O(A) sr(a) conseguiu os medicamentos ou remédios*

receitados?) e questões relativas ao último atendimento como agilidade (F7, F8, F11a, F15, F16, F17) e satisfação (F10a e F29a).

Em 2006, utilizou-se ainda o uso de serviço por causa da HAS (c04e - *O Sr(a) costuma ir ao serviço de saúde para controle da sua hipertensão? Com que frequência?*) e internação por causa da HAS (c04f - *O Sr(a) precisou ser internado no hospital pelo menos uma noite por causa de sua hipertensão?*).

Práticas de controle

As variáveis especificamente relacionadas às práticas de controle da HAS e/ou DM, foram: dieta ou perda de peso em função da hipertensão (c04b - *Para baixar sua pressão sanguínea nos últimos doze meses, perdeu peso ou seguiu uma dieta especial?*); atividade física (c04b2 - *Para abaixar sua pressão sanguínea, durante os últimos doze meses, faz exercícios/atividade física?*); controle referido da hipertensão (c04c - *Sua pressão sanguínea geralmente está controlada?*) e evolução da HAS (c04d - *Em comparação com doze meses atrás, o seu problema de pressão alta esta melhor, igual ou pior?*).

Com relação ao DM foram utilizadas as variáveis: dieta ou perda de peso em função do diabetes (C5c - *Nos últimos doze meses para tratar ou controlar seu diabetes, perdeu peso ou seguiu uma dieta especial?*), controle referido da diabetes (C5d - *Seu diabetes está geralmente controlado?*); mecanismos de controle (C5d9 - *Como costuma controlar?*); evolução (C5e - *Em comparação com doze meses atrás, seu diabetes está melhor, igual ou pior?*). Em 2006, foi utilizado ainda: complicações (C5g - *Como consequência do seu diabetes o sr(a) tem (teve) algum problema/complicação?*); conhecimento de complicações visuais (C5m - *Sabe que o diabetes afeta visão?*), última vez do uso de oftalmologia (C5o - *Ultima vez que foi ao oculista?*), uso de serviços para controle (C5k - *O(A) sr(a) costuma ir aos serviços de saúde para controlar o seu diabetes? Com que frequência?*), internações (C5l - *Foi internado por causa do diabetes?*)

Com relação à adesão a terapêutica instituída, verificou-se os fatores de risco cardiovasculares e a adoção de hábitos saudáveis como terapêutica não medicamentosa, assim como a terapêutica medicamentosa referida. Utilizou-se a identificação direta dos medicamentos em uso, classificados pela Classificação Internacional adotada pela OMS

da ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical Code*) nas categorias A10 (medicamentos usados na diabetes), C02 (antihipertensores), C03 (diuréticos), C07 (Betabloqueadores), C08 (Bloqueadores dos canais de cálcio) e C09 (Agentes que atuam sobre o sistema renina angiotensina), além da verificação dos antitrombóticos, antidislipidêmicos e cardiotônicos, em hipertensos e/ou diabéticos.

Promoção de saúde

Foram verificados os comportamentos que são considerados fatores de risco cardiovasculares: tabagismo (*C24 – O sr tem ou teve o hábito de fumar?, C24a, C24b*), dieta a base de frutas, verduras e legumes (mais do que duas vezes por dia) e obesidade (calculada pelo Índice de Massa Corpórea - IMC, com peso e altura medidos), atividades físicas, lazer e participações sociais. O IMC foi categorizado segundo a recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para idosos: $IMC \leq 23$ = baixo peso; $23 < IMC < 28$ = eutrófico, $28 \leq IMC < 30$ = sobrepeso, $IM \geq 30$ = obesidade. (Marucci e Barbosa, 2003).

Com relação ao hábito de usar bebidas alcoólicas, a OMS considera até 21 gramas de álcool por semana (14 para mulheres) como uso leve, mas é muito controversa a forma de medição da utilização e a incorporação da frequência e volume utilizado, bem como as consequências do uso nas escalas utilizadas. Optou-se no presente estudo, independente do sexo, em considerar o uso referido de bebida alcoólica até 4 dias na semana e de até 1 copo/dose por dia de vinho ou destilado (ou dois de cerveja), como menor uso e, um maior uso quando o idoso referiu utilizar quatro dias ou mais na semana e/ou dois copos/dose ou mais por dia de vinho ou destilado (três ou mais de cerveja).

Foi ainda verificada a realização de atividade física (*C25 – Nos últimos doze meses tem feito exercícios ou realizado atividades físicas vigorosas regularmente, como esportes, caminhada rápida, dança ou trabalho pesado, 3 vezes por semana?*) em 2000 e *C25c a C25h* em 2006 que se referem a questões propostas pelo Questionário Internacinal de Atividade Física – IPAQ – proposto pela OMS em 1998.

Para a categorização foi utilizado o consenso realizado entre o Centro de estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) e o Centers for Disease

Control and Prevention (CDC) de Atlanta em 2002 que considera muito ativo aquele que cumpriu as recomendações de: atividade física vigorosa por 5 dias/sem e 30 minutos por sessão e/ou atividade vigorosa por 3 dias/sem e 20 minutos por sessão e atividade moderada e/ou caminhada por 5 dias/sem e 30 minutos por sessão. Foi considerado ativo aquele que cumpriu as recomendações de atividade física vigorosa por 3 dias/sem e 20 minutos por sessão e/ou atividade moderada ou caminhada por 5 dias/sem e 30 minutos por sessão e/ou qualquer atividade somada por 5 dias/sem e 150 minutos (caminhada, moderada e vigorosa). Foi considerado irregularmente ativo aquele que realiza atividade física, porém insuficiente para ser classificado como ativo, pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração e considerado sedentário aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana (Matsudo, 2001).

Para a participação social, fator de risco relacionado ao envelhecimento ativo e incorporado no modelo, utilizou-se em 2000 a participação em atividades comunitárias e em 2006, as questões das atividades avançadas relacionadas com a participação social: *D27a - mantém contato com outras pessoas por cartas ou emails, D27b - visita amigos e familiares, D27c - cuida ou provê assistência a outras pessoas, D27e - trabalha como voluntário fora de casa, D27h - participa de programa de exercícios regulares; D27j - convida pessoas para virem a sua casa, D27l - sai com outras pessoas para lugares públicos e D27n - participa de atividades sociais organizadas.*

Condições sócio-demográficas

Para a análise dos determinantes pessoais, culturais e sociais, foram analisadas as condições sócio-demográficas. Foram utilizadas as variáveis sexo, idade e etnia/cor como variáveis de controle em todas as análises. A variável etnia/cor foi categorizada em pretos, pardos ou mulatos e brancos, asiáticos e indígenas, considerando a autorreferência em 2000 e 2006 sendo que, se em qualquer das tomadas foi feita referência à primeira categoria, assim foi considerado. A renda per capita foi calculada utilizando-se a renda total (*H26*), dividida pelo número de pessoas que depende da renda e, transformada em Salário Mínimo (SM). Considerou-se os valores vigentes de R\$ 150,00 em 2000 e R\$ 350,00 em 2006. Identificou-se a escolaridade em anos de escola

(A6), autopercepção de suficiência de renda (H30), situação de moradia: só ou acompanhado (A7) e estado civil.

Condição de Saúde e Capacidade Funcional

Foram utilizadas como variáveis exploratórias as relacionadas com a saúde em geral como a autopercepção de saúde (C1 – *O Senhor (a) diria que sua saúde é muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?*), as comorbidades e algumas síndromes geriátricas (polifarmácia, déficit cognitivo, sintomas depressivos e quedas - C11), *Para os sintomas depressivos utilizou-se o Geriatric Depression Scale (GDS) - C20b2 e para o déficit cognitivo, o Minimental versão reduzida (Icaza e Albala, 1999) de 12 ou menos pontos – questões de B1 a B18).*

A versão reduzida, validada com o objetivo de minimizar o viés da escolaridade, possui seis subdomínios: nomeação do dia, mês e ano (acerto equivalente a 3 pontos), memória imediata de três objetos (3 pontos), repetição de cinco números na ordem inversa (5 pontos), instruções e comando para dobrar um pedaço de papel (3 pontos); memória de recordação tardia dos três objetos nomeados anteriormente (3 pontos) e desenho de círculos de interseção (2 pontos), com pontuação máxima de 19 pontos.

Para a verificação das comorbidades utilizou-se as condições crônicas clínicas identificadas na entrevista (C6 – *Câncer*, C7 – *Doença pulmonar* e C10 – *Doença articular além das cardiovasculares e Diabetes Mellitus*)

Capacidade Funcional

Foram verificados o desempenho físico e a mobilidade, mediante a utilização das variáveis: D1c – *O Sr tem alguma dificuldade em caminhar uma quadra*, D3 - *Tem dificuldade em se levantar de uma cadeira depois de ficar sentado durante longo período?* D5 – *Tem dificuldade em subir um andar pelas escadas sem descansar?*, D7 – *Tem dificuldade em estender seus braços acima do ombro?*, D8- *Tem dificuldade para puxar ou empurrar grandes objetos, como uma poltrona?* e D9 – *Encontra alguma dificuldade em carregar pesos maiores que 5 Kg, como uma sacola de compras pesadas?*. Foi categorizado em três: nenhuma dificuldade, de uma a três dificuldades, quatro a seis dificuldades.

Foram identificados os idosos que passaram a apresentar alguma dificuldade em 2000, considerando as dificuldades nas ABVDs – atividades básicas da vida diária (respondeu sim a pelo menos uma: *D11- (O(A) senhor(a) tem dificuldade em atravessar um quarto caminhando?* ,*D13a – O sr(a) encontra alguma dificuldade para se vestir (incluindo calçar sapatos, chinelos ou meias), D14a – O(a) senhor(a) tem dificuldade para tomar banho (incluindo entrar ou sair do banheiro)? , D15a – O(a) senhor(a) tem dificuldade para comer (cortar a comida, encher um copo, etc)? , D16a – O(A) senhor(a) tem dificuldade para deitar ou levantar da cama?, D17a – O(A) senhor(a) tem dificuldade para ir ao banheiro, incluindo sentar e levantar do vaso sanitário?*).

Foram utilizadas cinco AIVDs – Atividades instrumentais da vida diária, não relacionadas diretamente ao sexo feminino, para evitar o viés cultural da não identificação com a atividade: (*D19a – O Sr tem dificuldade para cuidar do seu próprio dinheiro?; D20a – O Sr tem dificuldade para utilizar algum tipo de transporte?; D21a – O Sr tem dificuldade para fazer as compras de alimentos?; D22a – O Sr tem dificuldades pra telefonar? D25a –O Sr tem dificuldades para tomar seus remédios?*) Para as atividades de vida diária, foram codificados como sem dificuldades os idosos que referiram não fazer a atividade e com dificuldades os que referiram não conseguir realizar.

Utilizou-se o modelo comportamental de Andersen (1995) com a variável de estudo – uso de serviços de saúde – como variável intermediária no modelo de evolução da doença e de demandas para os sistemas de saúde, considerando a análise longitudinal. Para identificar os fatores determinantes da utilização, tendo como variável dependente o uso de serviços, utilizou-se os blocos de predisposição, capacitação e necessidade (Quadro 1). Utilizou-se também a variável de uso de serviços como variável independente de análise na determinação da incidência de AVC, incapacidade funcional e óbito.

A avaliação da atenção realizada utilizou a análise dos determinantes propostos no Modelo de Andersen, em três eixos de análise, relacionados ao processo e ao resultado. Identificou-se a morbidade das condições estudadas, em particular a determinação de casos novos e a associação com o uso de serviços. Posteriormente, identificou-se o acesso, uso de serviços e medicamentos e controle dos idosos com as

condições estudadas. E, por último, as complicações e óbitos dos idosos com as condições estudadas e a associação com o uso de serviços de saúde, conforme Quadro 2.

Utilizou-se um modelo de avaliação que considera todas as etapas do processo saúde doença e a associação com o uso de serviços de saúde relacionados à atenção à saúde às condições crônicas, disponíveis no estudo SABE. Os indicadores propostos foram comparados com relação à posse de plano de saúde nos dois períodos, considerando apenas os que tinham planos com valores em 2006 de R\$50,00 ou mais mensais, no intuito de eliminar o viés dos planos muito baratos que não garantem a atenção necessária e acabam, por sua vez, tendo uma grande utilização do SUS (Leal, 2009). Todos os indicadores foram ajustados, através de regressão logística múltipla, para os fatores de utilização do modelo de Andersen, ou seja, predisposição de uso (idade - < 75 anos ou 75 anos ou mais - e sexo – homens ou mulheres), capacidade de uso (renda percapita - até 1 SM ou 1 ou mais SM - e escolaridade – até 4 anos de escola ou 4 anos ou mais) e necessidade de uso (comorbidades - nenhuma ou 1 ou mais- e declínio cognitivo – sem ou com, utilizando o corte de 12 ou menos pontos).

Quadro 1 - Modelo hierárquico de determinação de uso de serviços e do uso como determinante (adaptado do Modelo Comportamental de Andersen).

Quadro 2 – Dimensões da avaliação da atenção às condições crônicas.

Uso de serviços	Dimensão	Indicadores
Acesso aos serviços de saúde como fator de prevenção, diagnóstico precoce e controle das condições crônicas	Processo	<ul style="list-style-type: none"> • Análise do uso de serviços como fator determinante na incidência de HAS e/ou DM • Análise da HAS e/ou DM como capacitadores de passar a usar serviços • Verificação de dificuldades de acesso à consultas médicas por idosos com HAS e/ou DM • Verificação do tempo de espera para agendamento por idosos com HAS e/ou DM
Atuação dos serviços de saúde para controle da condição crônica	Processo	<ul style="list-style-type: none"> • Análise dos fatores associados com a utilização de serviços por idosos com HAS e/ou DM • Verificação do uso de consultas médicas nos dois períodos, consultas para controle, atendimentos de urgência e internações hospitalares por idosos com HAS e/ou DM • Verificação do controle referido e autopercepção de melhora • Identificação do tempo de espera no serviço e satisfação com relação à última consulta • Verificação da adequação aos padrões preconizados para o DM (visita anual ao oftalmologista, uso de aspirina e vacinação contra gripe) • Verificação da terapêutica medicamentosa (taxa de medicação oral e insulinização, uso de dois medicamentos ou mais, uso de clorpropamida e metildopa e manutenção do uso) • Identificação da melhoria dos hábitos saudáveis (hábito de fumar, uso de álcool, manutenção de eutrofia ou sobrepeso e redução da obesidade ou baixo peso, passou a fazer atividade física (ativos e muito ativos) e passou a realizar duas ou mais atividades sociais).
Atuação dos serviços de saúde como fator de prevenção de desfechos desfavoráveis das condições crônicas	Resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Análise do uso de serviços como fator determinante na incidência de complicações vasculares, AVC, limitação na capacidade funcional (ABVD e AIVD) e óbito em idosos com HAS e/ou DM

3.3. Análise estatística

A análise estatística baseou-se nas frequências ponderadas e razão de chances (*Odds ratio*) com intervalo de confiança de 95% (Armitage & Berry, 1987), ajustada mediante análise de regressão logística múltipla (Gurmu, 1997; Hosmer & Lemeshow, 1989). Foram analisados dados da amostra expandida para a base populacional, na qual cada registro tem peso específico, descrevendo então as frequências ponderadas e ajustadas para o efeito do delineamento de amostra complexa.

Todas as proporções foram ajustadas para o peso amostral, de acordo com a participação de cada indivíduo na amostra. Em 2006, o peso foi corrigido, considerando-se a amostra de sobreviventes, no sentido de manter sua representação de base populacional. Foi realizado o teste de Rao Scott (teste χ^2 ajustado para o desenho amostral) nas análises de simples associações.

Nas análises múltiplas, utilizou-se o cálculo do VIF, fator de análise det. al.inearidade entre as variáveis do modelo. De acordo com Hair Jr (1998), valores de VIF entre 0,19 e 5,30 são aceitos para confirmar a ausência det. al.inearidade entre as variáveis. Para a análise foi utilizado o software stata 10 e o comando *survey*, que permite a utilização do peso amostral.

Na regressão logística múltipla para a análise da determinação da incidência e do impacto na utilização, utilizou-se toda a amostra de 2000 e incluiu-se no modelo final as variáveis de controle e as de interesse: sexo, idade, plano de saúde e uso de serviços, além das que obtiveram $p < 0,20$ na análise bivariada.

Na análise transversal da associação dos fatores do modelo de Andersen no uso de serviços por hipertensos e/ou diabéticos em 2006, utilizou-se a análise hierárquica em blocos (condições sócio-demográficas, fatores de risco e condições de saúde e uso de serviços), mantendo-se no modelo final as variáveis com $p < 0,20$ do bloco anterior, que se mantiveram, ajustando o modelo final.

Para a análise dos desfechos, o método estatístico utilizado foi o de regressão logística multivariada por passos, procedimento por eliminação (*backwards*), sendo que foram utilizadas inicialmente no modelo todas as variáveis com $p < 0,50$ no intuito de

incluir as variáveis de estudo relacionadas ao uso de serviços de saúde, com menor associação nas análises bivariadas.

Foi ainda utilizada a regressão de Cox, com cálculo de Harzard Ratio, e a elaboração de curvas de sobrevivência de Kaplan Meier para a análise de sobrevivência dos idosos hipertensos e/ou diabéticos e a verificação de determinação do plano privado e do uso dos serviços na mortalidade.

Para a comparação do modelo final de avaliação da atenção proposto, comparou-se todos os indicadores elencados, entre os idosos sem e com planos de saúde, que foram ajustados, através de regressão logística múltipla, para sexo, idade, renda, escolaridade e morbidade.

Todas as tabelas são de autoria própria tendo como fonte os dados do Estudo SABE, razão pela qual não se explicitou esse fato em cada tabela.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Condições crônicas traçadoras

Dos 2143 idosos entrevistados em 2000, 881 (41,1%) eram homens e 1262 (58,9%) mulheres, com 805 (37,6%) idosos de 60 a 70 anos, 808 (37,7%) de 70 a 80 anos e 530 (24,7%) de 80 anos e mais (Tabela 1). Desses, 1115 (52,0%) foram reentrevistados em 2006, tendo sido identificados 649 (30,3%) óbitos no período. Dos que não foram reentrevistados e não se identificou o óbito, 139 (6,5%) foram por falta de localização, 51 (2,4%) mudaram para outro município, 11 (0,5%) foram institucionalizados e 178 recusaram a reentrevista (8,3%). Em 2006, dos 1115 idosos entrevistados, 414 (37,1%) eram homens e 701 (62,9%) eram mulheres. A distribuição etária dos sobreviventes e dos que não foram reentrevistados foi semelhante (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição (%) dos idosos segundo idade e sexo. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Ano de coleta	Idade	Homens		Mulheres		Total	
		N	%	N	%	N	%
2000	<i>60 a 70 anos</i>	311	35,3	494	39,1	805	37,6
	<i>70 a 80 anos</i>	340	38,6	468	37,1	808	37,7
	<i>80 anos e mais</i>	230	26,1	300	23,8	530	24,7
	Total	881	100,0	1262	100,0	2143	100,0
2006	<i>60 a 70 anos</i>	73	17,6	128	18,3	201	18,0
	<i>70 a 80 anos</i>	157	37,9	297	42,4	454	40,7
	<i>80 anos e mais</i>	184	44,4	276	39,4	460	41,3
	Total	414	100,0	701	100,0	1115	100,0

Com relação às condições socioeconômicas dos idosos entrevistados, observou-se que houve uma redução da categoria dos que não tinham renda em 2000, basicamente mulheres, aumentando o número dos que ganhavam menos de um salário mínimo – de 46,5% para 52,0% no período. Dos que tinham renda de até um salário mínimo em 2000, 43,8% mudaram para uma categoria de renda maior (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição (%) dos idosos segundo sexo, renda per capita e escolaridade. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

		2000			2006		
		Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Renda per capita	<i>Sem renda</i>	2,4	21,2	13,5	0,4	7,9	5,0
	<i>Menos de 1 SM</i>	33,1	33,0	33,0	43,9	49,1	47,0
	<i>1 a 3 SM</i>	38,6	29,9	33,5	43,6	30,0	35,3
	<i>3 SM ou mais</i>	25,9	15,9	20,0	12,1	13,0	12,7
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anos de escola	<i>Não foi à escola</i>	18,1	23,3	21,2	10,2	15,5	13,4
	<i>Menos de 4 a</i>	25,7	26,2	26,0	28,3	29,2	28,9
	<i>4 a 8 a</i>	34,1	36,1	35,2	34,5	40,1	37,9
	<i>8 a ou mais</i>	22,1	14,4	17,6	27,0	15,2	19,8
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Observou-se baixa renda dos idosos entrevistados, com um incremento no período. Tal fato pode ser explicado pelo aumento das pensões não contributivas⁹ e de viúvas que passaram a receber pensões e, portanto a ter renda. Além disso, pode indicar menor número de dependentes da renda referida pelo idoso, ampliando seu valor per capita.

Com relação à escolaridade, observa-se que, em 2000, 47,2% referiam nenhum ou menos de quatro anos de frequência à escola e, apenas, 17,6% referiram ter frequentado oito anos ou mais. Em 2006, observa-se pouca mudança nesse perfil. As mulheres e os mais velhos apresentaram menor escolaridade, sendo que a maior parte das pessoas com 75 anos ou mais em 2000 referiram ter frequentado menos de quatro anos de escola (61,9%).

Em 2000, 57,1% dos idosos referiram ser casados, 4,9% solteiros, 29,5% viúvos e 8,5% separados, desquitados ou divorciados. Em 2006, observou-se um aumento da porcentagem de viúvos (37,9%), em particular das mulheres (de 42,6% para 52,8%). Em 2000, 13,0% referiram morar só (passando para 15,6% em 2006) sendo que 9,3% referiram não ter filhos vivos, 33,7% referiram um a dois e 56,1%, três ou mais. Dos

⁹ O BPC – Benefício de Prestação Continuada é um benefício da assistência social, integrante do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, pago pelo Governo Federal, cuja a operacionalização do reconhecimento do direito é do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS e assegurado por lei.

idosos entrevistados em 2000, 62,6% referiram ter vivido pelo menos cinco anos no campo, até os quinze anos de idade.

Essas características sociodemográficas reforçam a importância da questão aqui analisada, considerando que as condições crônicas, além de onerarem a população idosa atingida, ampliam as necessidades de cuidados e de ajuda, da família e da sociedade. As características dessa coorte se assemelham às dos principais inquéritos com idosos no país e em países da América Latina (Ramos et. al., 1993; Palloni et. al., 2002; Lima-Costa et. al., 2003b) e já foi analisada em outras publicações do Estudo SABE (Lebrão e Duarte, 2003; Lebrão e Laurenti, 2005; Lebrão et. al., 2008).

Em 2000, identificou-se importante prevalência de doenças crônicas referidas pelos idosos (DM, HAS, acidente vascular cerebral (AVC), doença cardíaca, doença pulmonar, doenças osteoarticulares e câncer), sendo que apenas 26,7% referiram não ter nenhuma doença crônica (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição (%) dos idosos segundo sexo, idade e número de doenças crônicas referidas. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Ano de coleta	Doenças crônicas	Homens			Mulheres			Total
		Menos que 75 a	75 a ou mais	Total	Menos que 75 a	75 a ou mais	Total	
2000	<i>Sem doença</i>	31,3	30,8	31,2	24,9	18,8	23,4	26,6
	<i>Uma doença</i>	33,3	28,6	32,4	32,0	31,5	31,9	32,1
	<i>Duas doenças</i>	22,2	23,4	22,4	26,8	30,1	27,6	25,5
	<i>Três ou +</i>	13,2	17,2	14,0	16,3	19,6	17,1	15,8
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2006 (casos novos)	<i>Sem doença</i>	48,2	45,9	47,9	46,0	56,7	47,7	47,7
	<i>Uma doença</i>	39,6	33,5	38,7	40,7	30,9	39,2	39,0
	<i>Duas doenças</i>	4,5	16,0	6,1	9,4	10,1	9,5	8,0
	<i>Três ou +</i>	7,7	4,6	7,3	3,9	2,3	3,6	5,3
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2006	<i>Sem doença</i>	16,7	18,7	17,0	12,5	16,0	13,1	14,6
	<i>Uma doença</i>	34,3	26,4	33,2	30,6	24,7	29,5	31,0
	<i>Duas doenças</i>	29,3	27,6	29,0	29,9	27,7	29,5	29,3
	<i>Três ou +</i>	19,7	27,3	20,8	27,0	31,6	27,9	25,1
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Houve aumento das doenças crônicas no período, com uma incidência acumulada de 52,2% de casos novos de pelo menos uma doença. Dos idosos com 65 anos ou mais, em 2006, apenas 14,6% referiram não ter nenhuma das doenças crônicas, sendo 54,4% duas ou mais.

Outros estudos apresentaram resultados semelhantes. Em 1999, 82% dos beneficiários do Medicare, programa de cuidados médicos dos Estados Unidos voltado à cobertura da população idosa (Schneider et. al., 2009), tinham ao menos uma doença crônica, sendo que 65% tinham mais do que uma, com maior número de internações e custos muito mais elevados (Wolff et. al., 2002). Em 2005, os Estados Unidos tinham 62% da população com 65 anos e mais com mais de uma condição crônica (Vogeli et. al., 2007).

A alta prevalência de doenças crônicas na população idosa, agravada pela concomitância com múltiplas condições, tem sido bastante documentada, principalmente entre os usuários do Medicare. A multimorbidade pode alterar o risco da mortalidade e de desfechos desfavoráveis em estudos longitudinais, pois indica comportamentos relacionados ao conjunto das condições crônicas identificadas e não a cada uma delas isoladamente (Akker et. al., 1996).

Na PNAD, identificou-se que 77,6% dos brasileiros de 65 anos de idade e mais, relataram ser portadores de doenças crônicas, sendo 72,0% dos homens e 82,0% das mulheres e, um terço deles apresentava mais de uma doença crônica (Travassos et. al., 2002; Lima-Costa, 2007). Os homens, em 2000, apresentaram menor autorreferência a alguma doença crônica, mas, em 2006, não se observaram diferenças significativas entre os gêneros e entre as faixas etárias. Apesar do pequeno período decorrido na análise, esse fato pode indicar uma pior condição de saúde dos homens sobreviventes.

O incremento, no período, da categoria de três ou mais doenças crônicas, foi bastante importante, principalmente no sexo feminino, que era menor na linha de base. Em 2006, apenas 13,1% das mulheres com 65 anos ou mais não referiam doença crônica. Considerando a política de saúde da pessoa idosa do SUS (Brasil, 2006a), idosos com três ou mais condições crônicas, muitas vezes associadas a síndromes geriátricas, são potencialmente candidatos a serem encaminhados para serviços especializados, para um

melhor controle. Em 2006, esse grupo representou 25,1% das pessoas com 65 anos e mais, com incremento de 10,0% em cinco anos. Considerando ainda que, em 2009, foram estimados um milhão e duzentos mil idosos no Município de São Paulo, haveria em torno de 300 mil idosos necessitados de um encaminhamento especializado.

Em 2000, foram identificados 53,1% dos idosos com HAS - 48,6% dos homens e 56,3% das mulheres, e 16,8% com DM - 15,9% dos homens e 17,4% das mulheres, totalizando 57,5% de hipertensos e/ou diabéticos, com maior prevalência entre as mulheres (Tabela 4).

Em 2006, observou-se prevalência de 65,3% de HAS e 22,8% de DM, totalizando 69,8% de hipertensos e/ou diabéticos. De 2000 para 2006, a prevalência de HAS aumentou em 23,0% e de DM em 35%, indicando importante impacto na morbidade e necessidade de serviços de saúde.

A alta prevalência da HAS e do DM entre os idosos é uma condição de grande impacto para os serviços de saúde. O idoso com condições crônicas necessita de um acompanhamento continuado por longo período (Rubinstein e Nasr, 1996), o que pressupõe uma organização dos serviços mais adequada à qualificação do cuidado e às demandas do próprio envelhecimento.

Em inquérito americano realizado no período de 1999 a 2004 (NHANES III), 67% dos adultos dos EUA com 60 anos ou mais eram hipertensos, um aumento de 10% em relação ao inquérito anterior, aproximadamente dez anos antes (1988 a 1994) (Ostchega et. al., 2007). Estudo do CDC (2002) identificou 48,5% de idosos hipertensos^h.

Vários outros estudos com idosos no Brasil já haviam identificado magnitude semelhante dessas condições (Lima-Costa et al., 2003b; Facchini et. al., 2006; Barreto et. al., 2001). Estudo baseado na PNAD (Lima-Costa et. al., 2003) identificou prevalência de HAS em idosos de 43,9% e estudo transversal obteve 46,0% em São Paulo (Mendes TAB, 2010) e, 51,8% em Campinas (Zaitune et. al., 2006), reforçando os dados encontrados. O mesmo estudo identificou em São Paulo 17,6% de idosos diabéticos (Mendes TAB, 2010) e 15,4% em cidades do Estado de São Paulo (Francisco, 2010). A PNAD 2003 identificou ocorrência de 11,9% de DM em idosos (Viegas et. al., 2008).

^h 65 anos ou mais

Tabela 4 – Prevalência (%) e incidência acumulada (%) de autorreferência de HAS e DM em idosos, segundo idade e sexo. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Condição traçadora	Ano de coleta	Idade	Homens	Mulheres	Total
HAS	2000 (casos prevalentes)	60 a 69 a	48,0	54,3	51,6
		70 a 79 a	51,1	59,5	56,1
		80 a e mais	44,3	57,6	53,2
		Total	48,6	56,3	53,1
		p	0,48	0,26	0,21
	2006 (casos incidentes no período)	65 a 69 a	37,2	22,3	28,2
		70 a 79 a	29,7	34,6	32,6
		80 a e mais	34,7	19,6	26,2
		Total	32,9	27,8	29,9
		p	0,61	0,09	0,43
	2006 (casos prevalentes)	65 a 69 a	64,7	57,7	60,7
		70 a 79 a	65,4	71,5	69,1
		80 a e mais	61,3	66,1	64,5
		Total	64,6	65,8	65,3
		p	0,78	0,02	0,04
DM	2000 (casos prevalentes)	60 a 69 a	15,6	18,2	17,1
		70 a 79 a	17,8	16,9	17,3
		80 a e mais	11,6	15,5	14,2
		Total	15,9	17,4	16,8
		p	0,32	0,61	0,44
	2006 (casos incidentes no período)	65 a 69 a	6,0	5,7	5,8
		70 a 79 a	12,0	9,1	10,3
		80 a e mais	4,5	5,5	5,2
		Total	8,9	7,4	8,0
		p	0,09	0,32	0,04
	2006 (casos prevalentes)	65 a 69 a	18,5	23,8	21,6
		70 a 79 a	23,6	26,7	25,5
		80 a e mais	16,3	18,9	18,0
		Total	20,6	24,2	22,8
		p	0,38	0,32	0,11

É importante, no entanto, diferenciar a prevalência através de autorreferência e por medidas diretas. Piccini e Victora (1994) num estudo em Pelotas identificaram prevalência de 46,9% de HAS em pessoas de 60 a 69 anos, utilizando a aferição direta. Em estudo de idosos de Bambuí, em Minas Gerais, também com aferição direta, a prevalência de HAS foi de 61,6% (Barreto et. al., 2001).

Na atenção básica, o diagnóstico de HAS foi informado por 63% dos idosos entrevistados, sendo o diagnóstico de DM referido por 20% deles (Facchini et. al., 2006). O VIGITEL 2009 (Brasil, 2010) identificou em inquérito telefônico nas capitais brasileiras, 63,2% de hipertensos e 22,1% de idosos diabéticos, acima de 65 anos.

Dos hipertensos e/ou diabéticos identificados, em 2000, 12,6% referiram ambas as doenças, sendo 18,1% em 2006. Ainda nesse ano, dos que referiram HAS, 27,7% também referiam DM e dos diabéticos, 79,2% também referiram HAS. Isso pode indicar uma menor importância dada à HAS, tanto pelos idosos como pelos serviços, não rastreando adequadamente os casos de DM entre os hipertensos. Ostchega et. al. (2007) identificou 78,0% dos idosos hipertensos americanos em 2004, que referiram também DM.

Nesse sentido, é possível afirmar que os serviços de saúde não estão conseguindo identificar precocemente os idosos hipertensos e/ou diabéticos, não só porque os idosos, principalmente os muito idosos, podem não procurar os serviços, como também, porque os serviços podem não estar atentos para o momento oportuno do diagnóstico. O fato de a doença não apresentar sintomas específicos e os idosos se apresentarem, habitualmente, com múltiplas queixas, pode agravar a situação relatada. Soma-se a essa situação o pouco valor que se dá, ainda, à hipertensão sistólica, assim como, a maior tolerância para os níveis glicêmicos do idoso, muitas vezes por medo da ocorrência das hipoglicemias.

A incidência acumulada no período foi maior entre os homens, de 29,9% para a HAS - 32,9% dos homens e 27,8% das mulheres, e 8,0% para o DM - 8,9% dos homens e 7,4% das mulheres. É interessante que, além do incremento da prevalência, que nos dá a magnitude do problema, a velocidade, indicada pela incidência, também é alarmante. Sabe-se que a prevalência de DM e HAS tem se elevado muito, associada a maiores taxas de sobrepeso e obesidade, bem como alterações do estilo de vida e envelhecimento populacional (Sartorelli e Franco, 2003). É descrito o equilíbrio da HAS entre os sexos, um pouco maior entre os homens mais jovens e entre as mulheres mais velhas (Hajjar et. al., 2006, Cutler et. al., 2008).

Em 2006, observou-se uma redução da diferença encontrada entre os gêneros, influenciada, provavelmente, pela maior incidência, apesar da maior mortalidade dos homens. Esses podem, ainda, ter seu diagnóstico retardado em função da menor utilização de serviços e menor adesão no acompanhamento de suas condições crônicas. Sabe-se que o homem procura menos os serviços de saúde, em função de sua dificuldade em aceitar ser cuidado, mas, também, que os serviços os acolhem mal, indicando desvantagens que precisam ser superadas (Gomez et. al., 1993).

A prevalência das duas condições aumenta dos 60 aos 79 anos e diminui a partir dos 80 anos, de maneira mais importante no DM. Tanto a prevalência quanto a incidência do DM aumentam com a idade. Nos países da América Latina as previsões indicam acréscimo de cinco vezes nas pessoas idosas (Wild et. al., 2004). No Estudo SABE, no entanto, foi descrita uma redução em idades mais avançadas (Lebrão e Laurenti, 2005) indicando que os diabéticos podem ter falecido antes.

Estudo americano (Ostchega et. al., 2007) mostra um incremento da prevalência até idades bastante avançadas, o que não se observou no presente estudo, além de uma maior dificuldade de controle e um menor conhecimento da sua condição. Essa situação indica uma evolução com maior gravidade, com importante redução da prevalência na faixa etária seguinte, sem a necessária organização dos serviços e qualificação do cuidado que suporte essa necessidade. Apesar de ampla determinação, o acesso, a qualidade e continuidade do cuidado às condições crônicas poderiam impactar na redução dos fatores de risco associados e no controle, refletindo em melhores resultados.

Não se pode deixar de considerar que o perfil de utilização de serviços de saúde é fundamental na identificação da doença crônica e que isso repercute diretamente na morbidade autorreferida. Para que o idoso possa referir que um profissional de saúde tenha dito, em algum momento, que tem HAS e/ou DM, ele necessita ter tido contato com um serviço de saúde, ter sido adequadamente diagnosticado e ter incorporado sua condição crônica para referi-la. Firmo et. al. (2004) observaram que, dos hipertensos da coorte de Bambuí, onde foi questionada a morbidade referida e também realizadas medidas de pressão arterial, apenas 76,6% sabiam ser hipertensos. Ou seja, uma

limitação para os cálculos de prevalência e incidência é a provável subestimação dos casos referidos de HAS e/ou DM. De qualquer forma, há evidências de que a HAS autorreferida é um indicador apropriado da sua prevalência, mesmo na população residente fora de grandes centros urbanos, e que os seus determinantes são semelhantes aos observados em países desenvolvidos (Lima Costa et. al., 2004; Vargas et. al., 1997). Sistemas de saúde com maior acesso têm menor viés na autorreferência, assim como a escolaridade e a idade, o que pode ser uma limitação de estudos realizados no Brasil.

O mais grave do ponto de vista da qualidade do cuidado e da evolução da doença é que existe um importante contingente de idosos que desconhece sua condição crônica e, portanto, só será tratado em estágios mais avançados, com maiores complicações e com maior risco de incapacidade funcional. Nesse sentido, esperava-se que o uso de serviços de saúde, aqui estudado, tivesse forte relação, tanto com a prevalência, quanto com a incidência de autorreferência de ambas as doenças, ou seja, ao usar mais os serviços, por qualquer motivo, haveria maior chance de serem precocemente diagnosticadas doenças crônicas nos idosos.

Com relação à prevalência autorreferida, quanto maior o uso, maior a ocorrência de HAS e/ou DM. No entanto, não se observou associação de plano de saúde e uso de serviços ambulatoriais com a incidência autorreferida acumulada no período, tanto para HAS, quanto para DM. Em 2000, identificou-se maior prevalência de HAS e/ou DM nas mulheres, nos idosos de 70 a 79 anos, nos negros, nos mais pobres, nos menos escolarizados, nos que não fazem atividade física e nos obesos (Tabela 5). As comorbidades e dificuldades nas AVDs também foram associadas com a prevalência de HAS e/ou DM. Dos que referiram 3 ou mais condições crônicas, praticamente 95,0% incluíam HAS e/ou DM. Observou-se associação da HAS entre os diabéticos, mas não houve associação do DM entre os hipertensos analisados. Ou seja, ser diabético determina praticamente duas vezes mais chances de ter HAS. Apenas renda, etnia/cor e idade não apresentaram significância estatística ($p>0,05$).

Tabela 5 – Prevalência de HAS e/ou DM na linha de base (%), incidência acumulada de autorreferência (%) e risco de casos novos (IC 95%) de HAS ou DM, segundo fatores associados. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

		Prev. HAS/ DM	Inc. (%)	HAS OR (IC 95%)	Inc. (%)	DM OR (IC 95%)
Sexo	<i>Homens</i>	54,0	32,9	1	8,9	1
	<i>Mulheres</i>	60,0	27,8	0,78(0,51-1,21)	7,4	0,83(0,48-1,43)
Idade	<i>60 a 69 anos</i>	56,2	30,8	1	8,9	1
	<i>70 a 79 anos</i>	60,3	27,7	0,86 (0,55-1,34)	6,6	0,72 (0,41-1,26)
	<i>80 e mais</i>	56,9	31,7	1,04(0,60-1,83)	6,7	0,73 (0,35-1,54)
Etnia/côr	<i>Branca/asiát./ indíg</i>	56,2	29,0	1	8,5	1
	<i>Preta/parda/mulata</i>	62,3	32,5	1,18(0,71-2,52)	7,0	0,82 (0,43-1,55)
Renda per capita	<i>Até 1 SM</i>	60,9	39,7	1	9,3	1
	<i>1 a 3 SM</i>	56,5	25,9	0,53(0,31-0,91)	8,8	0,93 (0,49-1,76)
	<i>3 SM ou mais</i>	54,5	23,7	0,47(0,25-0,88)	8,0	0,85 (0,39-1,85)
Anos de escola	<i>Até 4 anos</i>	61,2	33,7		7,3	1
	<i>4 a 8 anos</i>	54,6	27,7	0,75(0,47-1,20)	8,6	1,20 (0,66-2,16)
	<i>8 anos ou mais</i>	53,8	26,0	0,69(0,37-1,30)	8,8	1,22(0,58-2,57)
Hábito de fumar	<i>Nunca fumou</i>	58,3	29,7	1	7,6	1
	<i>Fumou e parou</i>	61,5	33,9	1,22(0,75-1,98)	8,1	1,07 (0,58-1,97)
	<i>Fuma</i>	46,9	24,9	0,78(0,41-1,48)	9,1	1,22 (0,56-2,63)
Uso de bebida alcoólica	<i>Não usa</i>	61,0	28,3	1	7,0	1
	<i>Menor uso</i>	52,2	28,5	1,01 (0,59-1,72)	10,3	1,53 (0,81-2,87)
	<i>Maior uso</i>	46,4	39,8	1,68 (0,89-3,16)	9,3	1,37 (0,61-3,07)
Atividade física	<i>Não</i>	59,6	30,6	1	8,5	1
	<i>Sim</i>	51,8	28,6	0,91(0,58-1,43)	7,0	0,81 (0,45-1,48)
Estado nutricional	<i>Eutróf.(23<IMC<28)</i>	54,2	28,5	1	7,5	1
	<i>Baixo peso (≤23)</i>	46,9	20,6	0,65(0,36-1,17)	4,4	0,57 (0,24-1,35)
	<i>Sobrep(28≤IMC<30)</i>	68,2	33,1	1,24(0,58-2,68)	6,3	0,83 (0,30-2,27)
	<i>Obesidade (IMC≥30)</i>	70,7	37,8	1,53(0,84-2,79)	10,5	1,43 (0,73-2,79)
Comorbidades	<i>Apenas 1 doen.crôn.</i>	34,0	30,0	1	7,0	1
	<i>2 doenças crônicas</i>	87,8	27,6	0,89(0,38-2,08)	9,5	1,40 (0,75-2,61)
	<i>3 doenças crôn.ou +</i>	94,9	36,1	1,32(0,33-5,29)	13,9	2,15 (0,88-5,26)
AVC	<i>Não</i>	56,2	30,1	1	7,5	1
	<i>Sim</i>	74,7	24,8	0,77(0,20-2,92)	16,6	2,46 (1,01-5,98)
Dificuldades em ABVD	<i>Sem dificuldades</i>	54,8	29,6	1	6,3	1
	<i>1 a 2</i>	68,7	40,1	1,59 (0,77-3,29)	15,8	2,77 (1,46-5,28)
	<i>3 a 6</i>	69,9	0,0	-	25,4	5,03(1,69-15,01)
Dificuldades em AIVD	<i>Sem dificuldades</i>	53,3	30,3	1	7,5	1
	<i>1 a 2</i>	69,4	32,5	1,11(0,57-2,13)	11,1	1,54 (0,80-2,98)
	<i>3 a 5</i>	69,3	18,0	0,51(0,17-1,55)	8,5	1,15 (0,40-3,28)
Auto perc. de saúde	<i>Excel./mto boa/boa</i>	46,1	30,6	1	7,3	1
	<i>Regular/ruim</i>	67,1	29,2	0,94(0,61-1,45)	8,8	1,22(0,72-2,09)

Na análise da incidência de HAS, reforçam-se os padrões de determinação social observados na prevalência, com maior associação protetora da escolaridade e da renda. A incidência de autorreferência de HAS, no período, foi maior nos homens, idosos com 69 anos ou menos e 80 anos e mais, na raça negra, nos mais pobres, nos menos escolarizados e em quem não tem plano de saúde. Com relação à raça negra, dados de inquérito nacional de saúde e nutrição do CDC indicaram maior prevalência de DM, obesidade, HAS e inatividade física em mulheres negras e HAS e inatividade física em homens negros, sendo que estes tiveram menor ocorrência de obesidade do que os homens brancos. (Laveist, 2002; Sundquist et. al., 2001).

Chama a atenção, porém, a maior prevalência entre os que nunca fumaram ou pararam de fumar e entre os que não usam bebida alcoólica como já observado em outros estudos transversais (Zaitune et. al., 2006). Isso pode indicar que os mais doentes já podem ter cessado o uso do tabaco e álcool ou mudado sua dieta em função de sua doença ou que os idosos que não têm os hábitos referidos estariam em melhores condições de saúde e ainda conseguiriam, assim, manter o hábito de fumar. O que poderia ocasionar o fenômeno seria a menor referência ao diagnóstico de HAS em função de buscar menos os serviços ou, também, negar a necessidade de parar de fumar. Além disso, cabe considerar que se observou alta prevalência entre as mulheres que têm menor consumo de tabaco e álcool, como tem sido identificado em outros estudos (Mendes T, 2010; Brasil, 2010).

Na análise de incidência da HAS mantém-se o padrão para o uso de tabaco, mas apresenta-se maior porcentagem de casos novos nos que consomem mais bebidas alcoólicas, como seria o esperado. O tempo do Estudo pode ter influenciado na diferença de comportamento desses hábitos. A atividade física também foi redutora da incidência de HAS, como evidenciado em outros estudos (Brasil, 2005). Com relação ao DM, a maior prevalência foi identificada em mulheres, idosos até 79 anos, negros, naqueles que fumaram e pararam de fumar, usam bebidas alcoólicas, não fazem atividade física e nos obesos. Não se identificou determinação social importante na prevalência do DM com relação à renda e escolaridade. A análise de incidência mostra padrão semelhante de determinação, sendo maior nos homens e nos idosos até 69 anos.

Com relação à condição nutricional, observa-se que os obesos apresentaram maior incidência de HAS e DM, reconhecido fator de risco. O excesso de peso como fator associado indica a importância dessa condição para a ocorrência das condições crônicas estudadas, mesmo com o aumento da idade. Não se pode desconsiderar, no entanto, que o baixo peso traduz outros riscos como o da fragilidade e do aumento das quedas, que também podem piorar a qualidade de vida da pessoa idosa.

A incidência foi maior em quem não tinha as condições crônicas referidas, com exceção da HAS, indicando que esta, muitas vezes, é a primeira condição cardiovascular identificada, atuando como importante fator de risco para o aparecimento de novos agravos. A menor incidência, entre os que apresentam dependências pode traduzir o pior acesso dessa população aos serviços de saúde.

Embora a prevalência das condições crônicas esteja associada com a pior autoavaliação de saúde, a incidência mostrou apenas diferença não significativa relacionada ao DM, evidenciando que ter doenças crônicas piora a condição de saúde e não o inverso. Em 2000, a autopercepção de saúde foi considerada pelos idosos como excelente, muito boa ou boa em 46,1%, diminuindo para 37,0% entre os hipertensos e 28,0% entre os diabéticos, sendo maior entre os homens hipertensos e/ou diabéticos (38,9%) do que entre as mulheres (35,7%). Em 2006, observou-se discreta melhora na autopercepção entre os hipertensos e/ou diabéticos sobreviventes, atingindo 41,0% entre os homens e 39,1% entre as mulheres.

Inquérito inglês identificou que mulheres idosas avaliam a sua própria saúde de forma menos positiva do que os homens, e estão em desvantagem em relação aos homens em termos de capacidade funcional (Arber et. al., 1993). A autoavaliação da saúde como boa/muito boa foi relatada apenas por 24,7%, dos idosos do estudo de Bambuí (Lima-Costa et. al., 2004).

Não se encontrou associação importante com a variável plano de saúde (Tabela 6), indicando uma prevalência de HAS pouco maior e uma incidência pouco menor entre os possuidores de plano de saúde. O mesmo comportamento foi observado com relação ao DM. A prevalência das condições crônicas foi associada com as comorbidades e com as dificuldades no desempenho das ABVD e AIVD.

Esse fato traz à luz as necessidades maiores com relação ao cuidado e ao monitoramento das condições crônicas nos idosos mais dependentes. Muito provavelmente está relacionado à maior dificuldade de acesso desses idosos aos serviços de saúde, também em função de menor mobilidade e maior dependência da rede familiar e social, nem sempre existente e disponível para esse apoio. Além disso, nos mais idosos e mais dependentes, a priorização das questões relacionadas à dependência pode deixar em segundo plano o cuidado às condições crônicas clínicas, como HAS e/ou DM.

Tanto para a HAS quanto para o DM, a associação com as doenças cardio e cerebrovasculares é muito frequente e aumenta a necessidade de cuidados e o risco de complicações. A associação com as condições geriátricas também tem forte impacto na utilização de serviços de saúde. A limitação funcional e o isolamento social dificultam a adesão e o controle das condições crônicas. Muitos idosos deixam de tomar suas medicações anti-hipertensivas, com receio de perda urinária, principalmente, quando há algum sinal de incontinência.

Tabela 6 – Prevalência de HAS e/ou DM em 2000 (%), incidência acumulada de autorreferência (%) e risco de casos novos (IC 95%) de HAS ou DM, segundo condições traçadoras, uso de serviços de saúde e plano de saúde. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

		Prev. HAS / DM		HAS Inc. (%) OR (IC 95%)	DM Inc. (%) OR (IC 95%)	
HAS/DM	<i>Não</i>		29,8	1	5,7	1
	<i>Sim</i>		31,2	1,07(0,51-2,24)	10,6	1,95 (1,12-3,40)
Plano de saúde	<i>Não</i>	57,1	30,7	1	8,0	1
	<i>Sim</i>	58,1	28,6	0,90(0,59-1,38)	8,1	1,02 (0,60-1,73)
Uso de serviços ambulatoriais	<i>Não</i>	34,9	22,3	1	6,1	1
	<i>No último ano</i>	51,0	32,5	1,67(0,88-3,17)	10,4	1,78 (0,76-4,20)
	<i>Uma vez últ 4 m</i>	60,5	33,8	1,78(0,95-3,34)	5,1	0,83 (0,33-2,11)
	<i>Duas x ou + últ 4 m</i>	68,5	32,0	1,64 (0,91-2,96)	9,9	1,69 (0,78-3,68)
Internação hospitalar	<i>Não</i>	56,6	29,7	1	7,4	1
	<i>Sim, nos últ. 4m</i>	75,7	36,9	1,39(0,45-4,26)	27,6	4,80(1,82-12,63)

A depressão encontra-se associada com as condições crônicas, em particular o DM. No entanto, nem depressão, nem declínio cognitivo indicaram associação com a incidência de ambas as doenças e, portanto, não foram utilizadas no modelo múltiplo. Alguns autores referem essa associação como fator de risco adicional para as doenças cardiovasculares, enquanto outros indicam maior importância do impacto da depressão em idosos sem doenças crônicas, associando a depressão a uma maior utilização de serviços (Unützer, 2002, Anderson et. al., 2001). A demência tem sido muito relacionada às doenças cardiovasculares em função de fatores de risco comuns, em função da grande incidência das demências vasculares.

No modelo múltiplo, a renda manteve-se como variável protetora de casos novos de HAS, a renda de 1 a 3 SM (OR=0,42; $p<0,01$) e de 3 SM ou mais (OR=0,43; $p=0,01$). Com relação ao DM, os preditores foram ter sido internado nos últimos 4 meses antes da entrevista, em 2000 (OR=4,09; $p=0,01$), apresentar dificuldades de 3 a 6 ABVDs (OR=3,79; $p<0,05$) além da HAS (OR=2,28; $p<0,01$). É interessante observar que qualquer nível de renda protege o idoso, em relação à HAS, quando comparado com a renda per capita menor do que 1 SM. A determinação social das DCNT tem sido cada vez mais relatada, assim como em qualquer processo saúde-doença e do envelhecimento ativo. No entanto, estudos epidemiológicos com idosos indicam a dificuldade de dimensionamento da condição socioeconômica. Daí a importância da análise concomitante de renda e escolaridade na determinação de condições crônicas e capacidade funcional associada ao envelhecimento (House et. al., 1994). Em estudo anterior, esta autora identificou interação entre renda e escolaridade com vetores em direções opostas quando se analisa a associação com uso de serviços de saúde por idosos, indicando, ainda assim, desigualdades no uso e acesso de serviços de saúde (Louvison et. al., 2008).

As variáveis que se mantêm no modelo final têm forte associação com a incidência acumulada de DM e estão, provavelmente, associadas à maior gravidade da doença, quando do seu diagnóstico. A prevalência também é maior em quem foi internado no último ano, assim como na HAS. Acredita-se, portanto, que o diagnóstico de DM em idosos tem sido realizado tardiamente, já na presença de complicações. Com

certeza, o manejo e controle do DM, em pessoas idosas mais debilitadas, são agravados pela sua condição e propiciam desfechos mais desfavoráveis, além de pior qualidade de vida.

No programa de atenção integral à saúde da pessoa idosa, em recente publicação das linhas de cuidado da HAS, a SES-SP recomenda o acompanhamento bimestral a semestral na dependência da gravidadeⁱ. São preconizadas, no SUS, consultas de enfermagem que, também, vêm sendo implantadas no setor privado, nas áreas de gerenciamento de casos crônicos. Não se observou no período estudado incremento do atendimento multiprofissional, o que acaba sobrecarregando a necessidade de consultas médicas para controle nos serviços, dificultando o acesso e comprometendo a eficácia do acompanhamento.

A população idosa deve ser alvo de intervenções específicas, com acesso facilitado, para que possa realizar, periodicamente, a medida da pressão arterial, e glicemia, em busca de diagnósticos mais precoces. É recomendação do CDC (2001) a aferição da pressão arterial no mínimo de dois em dois anos, destacando como grupos de riscos prioritários os homens, os negros, os hispânicos, pessoas com menor escolaridade e os adultos mais velhos. Essas categorias, por apresentarem maior prevalência e maior mortalidade por doenças cardiovasculares, poderiam se beneficiar de um diagnóstico mais precoce.

Cabe considerar, ainda, que todas as oportunidades para o rastreamento dessas condições em idosos devem ser consideradas. As estratégias de busca de adolescentes nas escolas e dos adultos no trabalho, não se adequam às pessoas idosas, muitas vezes restritas ao domicílio e seu entorno. Os espaços de convivência e atividades de idosos podem ser lugares privilegiados para a busca ativa das condições crônicas e ações de promoção de saúde. Podem ser aproveitadas as campanhas de vacinação, de grande adesão das pessoas idosas, muitas delas não frequentadoras habituais das unidades de saúde pública.

ⁱ Escala de risco proposto no início do diagnóstico e utilizado para a tomada de decisão da conduta terapêutica, medicamentosa ou não, com registro no sishiperdia, sistema de informação do programa de atenção integral à hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus do Ministério da Saúde

As visitas domiciliares da Estratégia de Saúde da Família também poderiam realizar ações de investigação dos fatores de risco preconizados (Brasil, 2006a). As ações de promoção de saúde e prevenção específica e a realização de rastreamento para o diagnóstico precoce podem ser conjuntamente disponibilizadas e devem ser objeto de atenção de toda a rede de serviços, em particular da atenção básica. O cuidado às condições crônicas de pessoas idosas apresenta especificidades e se modifica ao longo do curso de vida. As ações de promoção e prevenção devem ter o foco na capacidade funcional e no envelhecimento ativo (Ramos, 2003).

4.2. Acesso e uso de serviços de saúde

A cobertura de planos de saúde entre os idosos pesquisados aumentou pouco no período estudado, de 48,8% para 49,2% (Tabela 7). Entre os hipertensos e/ou diabéticos, passou de 49,4% para 48,9%, praticamente não sofrendo alteração.

Tabela 7– Cobertura de plano de saúde (%) de idosos hipertensos e/ou diabéticos na linha de base, segundo sexo e idade. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Ano de coleta	Idade	Homens	Mulheres	Total
2000	<i>60 a 69a</i>	50,9	52,9	52,0
	<i>70 a 79a</i>	53,1	44,0	47,4
	<i>80 anos ou mais</i>	38,5	42,9	41,6
	Total	50,5	48,7	49,4
	p	0,30	0,03	<0,05
2006	<i>65a 69a</i>	32,7	54,2	45,0
	<i>70 a 79a</i>	50,8	53,3	52,3
	<i>80 anos ou mais</i>	52,8	44,3	46,9
	Total	44,2	51,9	48,9
	p	0,02	0,43	0,31

Os dados encontrados se assemelham aos disponíveis para a região metropolitana de São Paulo, para essa faixa etária, na PNAD (Pesquisa Nacional de Amostra de domicílios^j). Esses indicam que os homens apresentaram em 2003, cobertura de 46,7% de planos de saúde, sendo 52,3% das mulheres e 50,0% do total, corrigido para o peso amostral. A cobertura no Brasil, para todas as faixas etárias, foi bastante

^j Pesquisa realizada pelo IBGE com periodicidade de cinco anos. Dados brutos de 1998 e 2003 disponíveis para tabulação direta em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?pnad2003/pnad.def>. Acessado em 10/10/2010

diferente, 24,6%, com cobertura maior na região sudeste (32,9%) e maior ainda na região metropolitana de São Paulo (41,7%), menor do que nos idosos. A cobertura aumentou com a idade, atingindo 52,0% para os de 70 anos ou mais.

A redução da cobertura no período, encontrada no presente estudo, é também identificada no sistema de informações da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar)^k, que disponibiliza as informações prestadas pelos planos de saúde no Brasil, e indica uma diminuição na cobertura de 2000 para 2006, de 59,8% para 58,8%, em pessoas de 60 anos e mais. Os dados divulgados pela ANS também indicam um incremento da cobertura no período para os planos de saúde em São Paulo, dos maiores de 80 anos, passando de 56,7% para 74,9% em 2006.

Verificou-se, portanto, que as condições crônicas não induziram uma migração, da saúde suplementar para o setor público. Isso poderia ocorrer em função de um empobrecimento da população idosa, agravado pelo impacto econômico da condição crônica. Estudos indicam que as condições crônicas têm importante impacto na vida das pessoas, com piora da condição sócio-econômica, sendo que, por outro lado, é descrito um mecanismo da seleção adversa, onde há uma tendência dos mais doentes serem os que mais procuram plano de saúde (Bahia, 2001).

Por outro lado, houve um incremento na saúde suplementar de doentes com condições crônicas, em particular de idosos, o que poderia ser explicado em função de uma percepção de maior necessidade de uso dos idosos, associada a uma baixa confiança no setor público, ou seja, um descrédito nas respostas que o SUS pudesse dar às suas demandas. Estudos nacionais (Pinheiro et. al., 1999; Lima-Costa et. al. 2003; Neri e Soares, 2002; Noronha e Andrade, 2005; Louvison et. al., 2008; Almeida et. al., 2002) e internacionais (Whitehead, 1992, Wallace et. al., 2005) comprovam a existência de desigualdades no acesso aos serviços de saúde, mesmo considerando a força que exerce a demanda gerada pela multimorbidade.

As mulheres hipertensas e/ou diabéticas apresentaram maior cobertura de planos de saúde em 2006, maior nas mulheres mais novas e diminuindo com a idade, enquanto que, para os homens, esse movimento ocorreu em sentido contrário.

^k Dados brutos. <http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumChannelId=8A9588D425FEC1700126057CFDC40CCD>. Acessado em 10/10/2010

O maior número de viúvas e a maior renda das mulheres no período podem justificar o incremento observado na posse de plano de saúde das mulheres, de 2000 a 2006. Além disso, a coorte de sobreviventes tem uma redução de homens mais idosos em função da maior mortalidade, e também dos idosos em piores condições sócio econômicas, em função das desigualdades na mortalidade. Cabe considerar ainda que as mulheres utilizam mais serviços ambulatoriais para controle e tem maior preocupação com sua saúde (Travassos, 2004), ou seja, manifestada a necessidade, esse gasto é priorizado, assim como é o com medicamentos, principalmente na velhice. O maior incremento foi em mulheres idosas mais jovens que, no decorrer do período, podem ter tido uma maior inserção no mercado de trabalho, possibilitando a posse do plano de saúde.

Do total dos entrevistados, 41,0% não tinham plano de saúde em nenhuma das coletas, 44,0% tinham em ambas, 7,0% passaram a referir apenas em 2006 e 8,0% deixaram de referir em 2006, com distribuição semelhante entre os hipertensos e/ou diabéticos. Nesse sentido, a clientela do setor público, considerando apenas a assim chamada população SUS dependente e a do setor privado, considerando os idosos cobertos pela saúde suplementar, tem cargas de morbidade semelhantes relacionadas às condições crônicas e apresenta necessidades semelhantes na construção de estratégias diferenciadas de abordagem.

É importante verificar que, ao analisar-se a posse ou não de plano de saúde, não se tratou até então, especificamente da utilização, seja ela pública ou privada. Observou-se que, em 2000, dos que referiram plano de saúde, 86,7% utilizaram apenas serviços privados no último ano, sendo que dos que não tinham plano de saúde, 86,1% referiram uso exclusivo de serviços públicos. Com relação aos hipertensos, identificou-se 87,6% e 85,0% respectivamente e com relação aos diabéticos, observou-se 88,1% e 87,0% respectivamente, não demonstrando diferenças no perfil de utilização em função do plano de saúde dos portadores das condições crônicas estudadas.

Do total, 42,1% referiram não ter plano de saúde e usaram exclusivamente serviços públicos no último ano; 6,8% referiram não ter plano de saúde, mas utilizaram serviços privados; a mesma porcentagem referiu ter plano de saúde, mas usou

exclusivamente serviço público e, 44,3% tinham plano de saúde e usaram serviços privados no último ano, semelhante aos hipertensos e/ou diabéticos.

A obtenção da informação sobre a tipologia de serviços utilizados em 2000, ou seja, se público ou privado, referiu-se a totalidade dos serviços que usa, podendo indicar um uso esporádico de um ou outro tipo, além de, em função do mix público/privado, os serviços muitas vezes apresentarem-se ao usuário com difícil identidade, pública ou privada. Considerando que pequena parcela das pessoas idosas não utiliza a opção preferencial de direito ao uso e ainda que, muitas vezes há dificuldades no relato sobre tratar-se de serviços públicos ou privados, essa informação não foi obtida em 2006 e optou-se em utilizar, na maioria das análises, a variável posse de plano de saúde.

É importante analisar que o uso de serviços de saúde públicos é direito constitucional de todos os cidadãos, independente de ter plano de saúde ou não. No entanto, a utilização dos serviços públicos exclusiva ocorre, em particular, pela chamada população SUS dependente, ou seja, a que não tem plano de saúde privado e, portanto, só utilizaria serviços privados por pagamento direto, o que se refere a uma parcela reduzida da população.

Os diabéticos tendem a ter convênios mais caros. Isso pode ocorrer em função de que os diabéticos buscam convênios mais abrangentes, sabedores de seu risco maior de utilização e em busca de uma maior qualidade do cuidado. Por outro lado, pode significar que os convênios mais baratos estejam restringindo a entrada dos idosos diabéticos, também por serem sabedores do seu maior risco de utilização. Ambas as situações, acarretam um ônus adicional aos idosos diabéticos no sentido de aumentar o custo pessoal com a sua condição crônica, mas, por outro lado, contribuem com experiências menos frustrantes, quando da necessidade do uso. Aponta maior diferença nos valores obtidos relacionados ao sexo, com uma maior proporção de homens com planos de saúde mais caros, mas, com poucas diferenças relacionadas à idade (Tabela 8).

Dos hipertensos e/ou diabéticos com plano de saúde em 2000, 44,9% referiu ter recursos financeiros suficientes para suas necessidades sendo apenas 16,3% dos que

não tinham. Em 2006, passou para 25,8% dos que tinham plano de saúde e 19,6% dos que não tinham.

Tabela 8 – Distribuição de plano de saúde (%) de idosos hipertensos e/ou diabéticos na linha de base, segundo valores, sexo, idade e condição traçadora. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

		< R\$50,00	R\$50,00 até R\$200,00	R\$200,00 até R\$350,00	R\$350,00 ou mais	Não informado
Condições traçadoras	<i>HAS</i>	8,1	21,8	22,9	23,9	23,4
	<i>DM</i>	3,6	20,3	21,1	35,3	19,6
Idade	<i>65 a 69 anos</i>	6,3	23,3	24,1	27,0	19,4
	<i>70 a 79 a</i>	9,1	22,9	24,0	22,4	21,6
	<i>80 a ou +</i>	6,1	22,1	19,2	28,9	23,6
Sexo	<i>Homens</i>	7,2	24,9	12,2	28,6	27,1
	<i>Mulheres</i>	8,1	21,8	28,5	22,9	18,7
Total		7,8	22,8	23,1	24,8	21,5

Isso indica uma redução das desigualdades de renda de um período para o outro, já referida anteriormente, com provável impacto na redução de desigualdades entre quem utiliza o setor público e privado, aproximando suas necessidades e expectativas. Traz um desafio maior aos sistemas, que podem ampliar as desigualdades nessa população ao invés de reduzi-las, considerando as desigualdades de acesso e uso de serviços.

Em 2006, foi questionado especificamente sobre a dificuldade de acessar serviços e 28,6% dos idosos respondeu que sim, sendo 38,5% entre os que não tinham plano de saúde e 17,9% entre os que tinham. Apesar de não ser passível de comparação, em 2000, essa mesma população, referiu em 6,0% que não usava serviços de saúde, mesmo precisando, por dificuldades de acesso (Louvison et. al., 2008).

Os idosos hipertensos e/ou diabéticos da linha de base de 2000 referiram, em 2006, 30,1% de dificuldades de acesso em usar serviços de saúde, sendo 42,4% entre os que dependem do SUS e 17,6% entre os que têm plano de saúde (Tabela 9). Foram considerados apenas os idosos que mantiveram sua condição de segurado ou não durante o período. Não se observou diferença na dificuldade de acesso relatada pelos idosos em geral e os hipertensos e/ou diabéticos. Entende-se aqui acesso como o grau

de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde e as desigualdades sociais no acesso são expressão direta das características do sistema de saúde (Donabedian, 2003).

Tabela 9 – Distribuição (%) da dificuldade de acesso relatada por idosos hipertensos e/ou diabéticos na linha de base, segundo sexo, idade e plano de saúde. Município de São Paulo. 2006.

	Idade	Sem plano de saúde nos dois períodos	Com plano de saúde nos dois períodos	Total
Idade	<i>65 a 69 a</i>	38,8	10,9	24,7
	<i>70 a 79 a</i>	40,7	19,4	30,5
	<i>80 a e mais</i>	51,0	22,1	35,7
	<i>p</i>	0,45	0,27	0,19
Sexo	<i>Homens</i>	31,4	15,0	25,3
	<i>Mulheres</i>	48,8	19,0	32,9
	<i>p</i>	0,04	0,45	0,07
Total		42,4	17,6	30,1

Cabe considerar que, idosos com condições crônicas e que enfrentam barreiras de acesso têm maior chance de descontinuidade no tratamento, bem como, de registrar pior adesão e controle. A dificuldade percebida, provavelmente, indica uma falta de vinculação e referência com o profissional e/ou equipe, mais evidenciada no SUS. Por outro lado, se as pessoas que utilizam o setor público estiverem efetivamente inseridas no processo de gestão do SUS, poderão ser mais exigentes e, portanto, identificar mais sua dificuldade de acesso, mediante seus desejos e necessidades.

Não é o que, a princípio, observamos no sistema de saúde, no qual, os idosos e, em particular, os usuários de serviços públicos são ainda muito mais gratos pelo “benefício” e menos reivindicadores dos seus direitos. No setor privado, no entanto, é crescente a incorporação da cultura do direito ao consumidor, fazendo com que a clientela seja cada vez mais crítica. Cabe considerar ainda que estamos nos referindo à pessoas com condições crônicas mas que são cada vez mais idosas e que, muitas vezes, dependem de um familiar e/ou outro cuidador para o gerenciamento e a avaliação de seu tratamento, nem sempre disponíveis, ampliando as barreiras de acesso aos serviços organizados de forma tradicional.

Quem tinha plano de saúde privado relatou dificuldades de acesso aos serviços de saúde em 19,8%, enquanto 36,7% relataram dificuldades no uso do SUS; homens

relataram 25,2% e mulheres 30,8%, enquanto que hipertensos referiram 30,7% e diabéticos 27,7%. Chama a atenção que, metade das mulheres de 80 a 84 anos relatou dificuldades de acesso, número que atinge 60,0% das pessoas dependentes do SUS, reforçando dados qualitativos existentes de importantes barreiras de acesso aos cuidados de saúde, enfrentadas pelas pessoas idosas em todo o mundo, agravadas pelo gênero e idade (WHO, 2005). A menor restrição de acesso observada com relação ao DM pode se justificar em função dada pressão da demanda, relacionada provavelmente à maior gravidade. No total da amostra, a dificuldade de acesso foi de 28,6%, sendo 38,5% entre os que não tinham plano de saúde e 17,9% entre os que tinham, não diferindo do comportamento dos hipertensos e/ou diabéticos. Dos motivos que levaram os idosos a ter dificuldades de acesso (Tabela 10), grande parte está relacionado à qualidade dos serviços de saúde.

Dos que referiram ter dificuldades de acesso, 65,5% relataram ser pelo fato dos serviços serem muito ruins; 16,6% relatam dificuldades associadas a distância e transporte; 10,8% referem dificuldade de locomoção e falta de quem o acompanhe, 4,4% relatam dificuldades financeiras e 2,8% referem barreiras arquitetônicas nos serviços, que geram a dificuldade relatada. Observam-se, portanto, desigualdades no acesso e na qualidade percebida dos serviços. A equidade é um dos princípios do SUS e pressupõe a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Para as pessoas idosas as barreiras de acesso se agravam, considerando sua reduzida capacidade de utilização, apesar de uma alta predisposição e necessidade (Andersen, 1995), protagonizando a lei dos “cuidados inversos” (Hart, 1971), ou seja, quanto pior a condição, pior a cobertura e a qualidade do atendimento. Os idosos hipertensos e diabéticos que relataram dificuldades de acesso aos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, terão provavelmente maior dificuldade de manter o controle de suas condições crônicas, que já trazem inúmeros desafios cotidianos ao idoso.

Os dados observados corroboram estudo na capital de São Paulo (Ibañez et. al., 2006) que identificou na atenção básica uma pior avaliação no atributo acessibilidade, considerado como a presença ou ausência de barreiras financeiras, organizacionais, e/ou estruturais para se conseguir atenção básica à saúde, tanto no modelo tradicional,

quanto na estratégia de saúde da família. Os vários atributos da atenção primária têm sido avaliados, indicando maior satisfação no Programa de Saúde da Família com a porta de entrada, o vínculo e os profissionais de saúde (Elias et. al., 2006; Vianna et. al., 2006).

Tabela 10– Distribuição (%) do motivo da dificuldade de acesso relatada pelos idosos, segundo sexo, idade, plano de saúde e condições traçadoras. Município de São Paulo. 2006

Sexo	Condição		Qualidade dos serviços	Transporte e distância	Locomoção e falta de companhia	Recursos financeiros	Barreiras arquitetônicas
Homens	Condição traçadora	HAS	75,3	7,8	11,5	3,8	1,7
		DM	72,9	27,1	0,0	0,0	0,0
	Plano de saúde	Sem	83,2	7,9	7,4	0,6	0,9
		Com	61,0	9,7	20,8	7,7	0,8
	Idade	65 a 74 a	82,7	7,9	7,4	2,0	0,0
		75 a e +	39,1	12,1	36,0	5,7	7,1
	Total		77,4	8,3	10,9	2,5	0,9
Mulheres	Condição traçadora	HAS	55,4	26,0	11,5	2,5	4,6
		DM	58,0	18,3	12,2	4,8	6,7
	Plano de saúde	Sem	71,3	13,6	9,2	4,1	1,8
		Com	33,5	36,5	13,8	8,0	8,1
	Idade	65 a 74 a	64,4	19,7	6,8	5,7	3,4
		75 a e +	35,0	27,5	27,9	4,0	5,7
	Total		58,8	21,2	10,7	5,4	3,9
Total	Condição traçadora	HAS	62,2	19,8	11,6	2,9	3,6
		DM	61,5	20,4	9,3	3,7	5,1
	Plano de saúde	Sem	75,8	11,4	8,6	2,8	1,4
		Com	41,9	28,4	15,9	7,9	5,9
	Idade	65 a 74 a	71,3	15,3	7,0	4,3	2,1
		75 a e +	36,0	23,7	30,0	4,4	6,1
	Total		65,5	16,6	10,8	4,4	2,8

O PSF é, desde a década de 90, definido pelo Ministério da Saúde como a principal estratégia de organização da atenção básica no país. Essa dificuldade de acesso na rede pública pode indicar prováveis dificuldades estruturais na oferta de serviços como horários de funcionamento limitados, falta de acolhimento e constrangimentos para a marcação e a utilização da unidade.

O PSF no município de SP, que atingiu em torno de 30% da população idosa no período, tem sido ampliado (Ibanhez et. al., 2006), incluindo a proposta de implantação, em suas unidades básicas de saúde, dos programas de atenção à HAS e ao DM e o da saúde da pessoa idosa. No entanto, observou-se que mesmo os portadores de condições

crônicas, priorizados em programas específicos, referiram dificuldades de acesso. Facchini et. al. (2006) observaram dificuldades de acesso referentes ao cuidado domiciliar na atenção primária. A necessidade de cuidados domiciliares por idosos foi referida por cerca de 10 a 25% dos idosos da região Sul e do Nordeste, sendo que apenas 8 a 20% receberam o cuidado necessário.

Reforçando esses achados, observou-se que em 2000, o atendimento ocorrido nos últimos quatro meses foi, apenas para 0,6% das pessoas idosas, no próprio domicílio, provavelmente em função da baixa oferta e, muito aquém das necessidades dos idosos. A atenção domiciliar em 2006 foi de 1,7% sendo 2,2% em quem referia plano de saúde privado; 2,2% na população de menor renda; 5,7% em idosos que moravam sós; 2,3% em idosos com AVC; 2,5% para as mulheres e 10,3% para idosos com 80 anos e mais. Os serviços de atenção domiciliar, que poderiam ampliar e qualificar o acesso, para além do PSF, foram estabelecidos pelo SUS, mas ainda sem regulamentação efetiva e com implantação incipiente no estado de São Paulo (Brasil, 2006a). A rede de cuidados domiciliares da saúde suplementar tem crescido, envolvendo muitas vezes sistemas de gerenciamento de cuidados de condições crônicas com foco nas pessoas idosas. Importante considerar que, para os idosos hipertensos e/ou diabéticos com limitação funcional, o cuidado domiciliar pode determinar a possibilidade de controle da doença.

As barreiras de acesso foram amplamente analisadas em estudo qualitativo da OMS relacionado ao projeto atenção primária amiga do idoso, que indica intervenções com referência aos eixos da acessibilidade, comunicação e informação e gestão do cuidado (WHO, 2005). Além disso, a persistência de fragmentação do sistema e a ausência de integração dos serviços de atenção básica como importantes desafios para a macrorregulação dos sistemas de serviços de saúde, além dos baixos investimentos públicos (Conill, 2008; Mendes, 2009). Indicam a importância de estruturação de sistemas integrados de saúde que assumam a gestão da clínica em redes de atenção que garantam o acesso e o cuidado qualificado às condições crônicas.

O enfrentamento do paradigma de que o envelhecimento saudável ocorre quando a pessoa idosa encontra-se livre de doenças é importante quando se depara com os índices de morbidade encontrados, agravados com a identificação da evolução do

quadro nos estudos longitudinais cujos resultados indicam o crescente impacto das condições crônicas, em sua crescente incidência, na mortalidade, mesmo levando-se em conta toda a dificuldade metodológica na identificação de casos novos das DCNT que, de fato, jamais saberemos exatamente quando teve início.

Esse fato, inclusive, repercute diretamente na análise do uso de serviços de saúde, por essa população. A referência da morbidade está diretamente relacionada ao uso de serviços de saúde, no sentido de ter tido contato com um profissional que tenha feito o diagnóstico. Por isso, mesmo quando se analisa o uso de serviços de saúde no último ano nos dois momentos da coorte estudada, não se pode definir claramente o perfil de utilização que esse idoso assumiu ao longo do período, o que pode fazer diferença importante na análise e nos desfechos. A rede privada não tem o foco comunitário, mas acredita-se que o atendimento geriátrico-gerontológico mais disponível traga algumas vantagens. Nesse sentido, é de extrema importância uma formação específica para os profissionais da atenção básica, com foco na gestão das condições crônicas ao longo do curso de vida e, em particular, do envelhecimento.

Identificou-se um incremento no uso de consultas ambulatoriais no período (Tabela 11), sendo que os idosos com plano de saúde privado apresentam maior utilização. Espera-se que idosos hipertensos e/ou diabéticos utilizem na sua integralidade, serviços de saúde ambulatoriais para controle de suas condições crônicas com periodicidade no mínimo semestral, o que não foi observado. É importante considerar, ainda, que essa utilização não periódica pode significar o uso de outras modalidades de atendimento, não exatamente para controle, mas por urgências, com distintos significados.

Nesse sentido, é importante também a identificação dos grandes utilizadores que, ao usarem serviços com maior frequência, os tornam onerosos sem que isso resulte, necessariamente, em melhor qualidade do cuidado. Outros autores já observaram que pessoas com plano de saúde privado tendem à maior utilização de consultas médicas, sempre relacionada a uma possibilidade de maior acesso (Mendoza-Sassi e Beri, 2001; Aday e Andersen, 1981; Kronenfeld, 1978).

Tabela 11 – Uso de consultas médicas (%) por idosos, segundo condição traçadora na linha de base, plano de saúde, sexo e idade. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

				Nenhuma	HAS	DM	Ambas	Total
2000	Total		Não usou	25,1	11,4	12,8	4,0	16,7
			Usou 1a	22,0	17,9	14,0	14,8	19,1
			Usou 4m	52,9	70,7	73,3	81,2	64,2
	Plano de saúde	Não	Não usou	31,5	12,2	21,1	4,3	19,9
			Usou 1a	24,6	19,2	17,1	17,9	21,3
			Usou 4m	43,9	68,6	61,8	77,8	58,8
		Sim	Não usou	18,5	10,6	3,2	3,8	12,8
			Usou 1a	19,3	16,6	10,4	11,3	16,8
			Usou 4m	62,2	72,8	86,4	84,9	70,4
	Sexo	Homem	Não usou	28,3	16,6	12,7	5,0	20,5
			Usou 1a	22,7	18,1	11,0	26,8	20,8
			Usou 4m	49,1	65,4	76,3	68,2	58,7
		Mulher	Não usou	22,6	8,2	12,8	3,5	13,5
			Usou 1a	21,5	17,7	16,9	8,2	17,9
			Usou 4m	55,9	74,1	70,2	88,3	68,6
	Idade	60 a 74 a	Não usou	25,3	11,7	15,3	3,7	16,7
			Usou 1a	22,1	17,7	11,9	14,2	18,9
			Usou 4m	52,5	70,5	72,8	82,1	64,4
		75 a ou mais	Não usou	24,3	10,3	1,4	5,2	15,2
			Usou 1a	21,6	18,2	23,2	17,1	19,7
			Usou 4m	54,1	71,4	75,5	77,7	65,2
Total		Não usou	16,6	5,4	6,1	2,6	10,1	
		Usou 1a	18,4	14,3	8,8	8,1	15,1	
		Usou 4m	65,0	80,3	85,0	89,3	74,8	
2006	Plano de saúde	Não	Não usou	22,1	7,4	12,0	3,1	13,8
			Usou 1a	20,2	17,9	8,2	6,0	17,2
			Usou 4m	57,7	74,6	79,8	91,0	69,0
		Sim	Não usou	10,4	3,4	0,0	2,1	6,1
			Usou 1a	16,3	10,7	9,5	10,3	13,0
			Usou 4m	73,3	85,9	90,5	87,6	80,9
	Sexo	Homem	Não usou	20,1	4,8	9,2	8,7	12,7
			Usou 1a	21,7	13,4	20,1	13,4	17,7
			Usou 4m	58,2	81,8	70,6	77,9	69,6
		Mulher	Não usou	14,1	5,8	3,7	0,4	8,4
			Usou 1a	15,9	14,8	0,0	6,1	13,5
			Usou 4m	70,0	79,4	96,3	93,5	78,1
	Idade	60 a 74 anos	Não usou	16,6	5,0	6,3	2,7	9,9
			Usou 1a	17,7	13,5	7,1	8,1	14,4
			Usou 4m	65,7	81,4	86,6	89,2	75,7
		75 a ou mais	Não usou	16,4	7,3	4,6	1,9	10,9
			Usou 1a	21,7	18,2	25,7	8,1	19,0
			Usou 4m	61,9	74,4	69,8	90,0	70,1

A utilização de serviços de saúde está mais relacionada à oferta do que à necessidade, considerando os componentes de acessibilidade e disponibilidade de serviços. Em São Paulo, no período analisado, houve importantes variações nos cuidados públicos disponibilizados à população com a reorganização do SUS, a ampliação da atenção primária em saúde e a abertura de unidades de pronto atendimento e de especialidades. Além disso, o modelo de atenção voltado à pessoa idosa e a gestão das condições crônicas vem sendo alvo de constantes intervenções das operadoras de saúde, induzidas pelo movimento regulatório da ANS.

Isso, no entanto, não garante o atendimento qualificado, ágil e humanizado desejado. A população tem dificuldades na utilização integrada dos serviços, situação essa agravada quando há necessidade de encaminhamento para outras unidades ou profissionais, o que é bastante frequente no cuidado das condições crônicas. Além disso, é difícil obter homogeneidade na qualidade do cuidado na rede de unidades de saúde, principalmente em uma cidade como São Paulo, com importantes desigualdades territoriais.

A utilização de serviços de saúde pelas pessoas idosas, no ano anterior à entrevista de 2000, foi de 83,3%, sendo que 19,1% fizeram uso no período superior a quatro meses: 26,8% utilizaram nos últimos quatro meses uma única vez e 37,4% utilizaram nos últimos quatro meses, duas vezes ou mais. Os idosos utilizam mais serviços ao longo do tempo com o aumento da idade e da presença de condições crônicas, em particular as mulheres o que corrobora estudos anteriores (Veras, 2002).

A média de consultas médicas utilizadas nos últimos quatro meses, referidas pelos idosos em 2000 foi de 1,6 sendo 1,2 para os não diabéticos e não hipertensos; 1,9 para os hipertensos e/ou diabéticos; 1,8 para os hipertensos em geral; 1,7 para os hipertensos não diabéticos; 2,1 para os diabéticos em geral; 2,0 para os diabéticos não hipertensos e 2,1 para os hipertensos e diabéticos. O comportamento dos diabéticos independe da associação com a HAS e é maior, obviamente, do que os que não têm DCNT, indicando que o DM tem importante impacto na demanda gerada pelas condições crônicas estudadas.

Lorig (2001), ao avaliar a implantação de sistema de gerenciamento de condições crônicas, identificou redução do número de consultas. Considerando a inexistência de programas de gestão de condições crônicas implantados no município de São Paulo, cabe considerar a existência de sobre-utilização.

Em 2006, a questão relativa ao número de consultas referidas dizia respeito ao último ano, permitindo o cálculo do índice de consultas/ano. Para comparação da evolução no período, multiplicou-se o número de consultas referidas nos últimos quatro meses em 2000 por três, pressupondo uma homogeneidade na utilização de serviços ao longo do ano, nem sempre verdadeira. Nesse sentido, para os que não referiram plano de saúde nos dois períodos, o índice de consulta/ano seria de 5,7 em 2000 e 7,1 em 2006 e para os que referiram plano, de 6,0 em 2000 e 6,7 em 2006. Considerando a população estimada para o município de São Paulo de 1.201.476 idosos, identificou-se no ano de 2008 a realização, no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, de 1.347.805 consultas básicas e 1.776.971 consultas especializadas para pessoas idosas, com índice de 2,6 consultas por idosos/ano.

Em 2006, 89,6% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos avaliaram o atendimento ambulatorial como muito bom/bom, sendo 86,3% para os que não têm plano de saúde e 91,9% para os que têm, apresentando pouca diferença. No entanto, o tempo de espera para o agendamento de consultas foi maior para os que não têm plano de saúde (Tabela 12). Nesse sentido, observa-se importante desigualdade na espera da consulta ambulatorial pela população SUS dependente, reforçando o problema do acolhimento e acesso do setor público que, para as condições crônicas, pode repercutir na continuidade e qualidade do cuidado.

As consultas de urgência foram referidas em 14,9% das vezes, sendo 17,0% entre os hipertensos, 18,2% entre os diabéticos e 16,5% entre os hipertensos e/ou diabéticos. No SUS esse tipo de utilização ocorreu em 15,1% dos casos e em 18,0% entre os que tinham plano de saúde. Em 2006, através de respostas múltiplas, 1,1% referiram ter utilizado um centro de referencia do idoso; 2,3% referiram ter utilizado o programa de saúde da família; 23,1% utilizaram unidade básica de saúde; 13,4% utilizaram clínicas especializadas; 14,5% referiram ter utilizado consultórios e 21,8%, hospitais.

Tabela 12– Tempo de espera para o agendamento de consultas por idosos hipertensos e/ou diabéticos na linha de base, segundo plano de saúde. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

		Idade	Sem plano Privado	Com plano privado	Total
2000	Tempo	<i>Até 1 semana</i>	48,8	64,7	57,0
	agendamento	<i>1 semana a 1 mês</i>	15,7	24,3	20,2
	consulta(%)	<i>1 mês a 3 meses</i>	30,7	9,4	19,6
		<i>3 meses ou mais</i>	4,8	1,6	3,1
			100,0	100,0	100,0
	Tempo médio (dias)		20,2	8,8	14,3
2006	Tempo	<i>Até 1 semana</i>	29,4	43,7	37,0
	agendamento	<i>1 semana a 1 mês</i>	20,0	36,2	28,5
	consulta(%)	<i>1 mês a 3 meses</i>	27,1	11,5	18,8
		<i>3 meses ou mais</i>	23,5	8,7	15,7
			100,0	100,0	100,0
	Tempo médio(dias)		44,0	21,0	31,9

Em 93,8% das vezes o atendimento foi consulta com médico, sendo que, apenas enfermeira e farmacêutico são referidos pelos idosos como responsáveis pelos outros atendimentos. Com relação aos diabéticos, 1,6% referem o atendimento de outros profissionais, sendo 0,1% para a totalidade dos idosos que referiram uso de serviços. A tipologia do serviço utilizado no último atendimento mostrou um aumento da utilização de unidades básicas de saúde e uma redução do uso de hospitais, indicando uma melhoria do modelo de atenção (Tabela 13).

Observa-se baixa referência a serviços que poderiam produzir um cuidado diferenciado, com uma clínica mais ampliada e mais voltada às necessidades das pessoas idosas como o programa de saúde da família, serviços de atenção domiciliar e centros de referência. Com relação ao último atendimento, em 2006, observou-se um menor acesso ao especialista pelos idosos SUS-dependentes. O uso de centros de referência do idoso na capital (CRI) e da estratégia da saúde da família (ESF) foi baixo, utilizados principalmente pela população que não tem plano de saúde.

Em 2006, o uso de hospital por motivos cirúrgicos, foi pouco referido, indicando que a maior utilização do hospital é em função de intercorrências clínicas, principalmente entre hipertensos e/ou diabéticos. Ainda em 2006, o uso de emergência foi de 2,6%, pouco maior entre os que não têm plano de saúde podendo indicar pior controle desses.

Tabela 13 – Tipologia do uso de serviços (%) por idosos hipertensos e/ou diabéticos na linha de base, segundo plano de saúde, sexo e idade. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Ano	Tipo de serviço	Sem plano Privado	Com plano privado	Total
2000	<i>Hospital público</i>	38,2	13,5	25,5
	<i>Hospital privado</i>	1,1	25,6	13,7
	<i>Consultório médico</i>	6,9	54,9	31,6
	<i>Unidade Básica de Saúde</i>	51,6	5,8	28,0
	<i>Domicílio</i>	2,2	0,2	1,2
	Total	100,0	100,0	100,0
2006	<i>Hospital cirúrgico</i>	2,5	2,2	2,3
	<i>Hospital clínico</i>	21,2	23,1	22,1
	<i>Emergência</i>	3,3	1,9	2,6
	<i>Consultório médico</i>	8,9	33,4	21,4
	<i>Clínica especializada</i>	12,1	24,7	18,5
	<i>Unidade Básica de Saúde</i>	44,9	14,2	29,3
	<i>Unidade de Saúde da Família</i>	3,9	0,5	2,2
	<i>Centro de Referência Idoso</i>	3,2	0,0	1,6
	Total	100,0	100,0	100,0

O uso de atendimento de urgência no último ano foi de 18,5%, sendo 20,1% entre os diabéticos e 19,6% entre os hipertensos, em 2006. Para os que referiam ir tri ou quadrimestralmente aos serviços para controle, o uso de serviços de urgência foi de 19,6%, 14,3% entre os diabéticos e 10,7% entre os hipertensos.

Em 2000, 69,7% das consultas de hipertensos e/ou diabéticos geraram exames, 77,7% entre os que tinham planos de saúde e em 2006, foram 66,4% das consultas, das consultas dos hipertensos e/ou diabéticos, 75,0% dos que tinham plano de saúde. Em 2000, 64,3% tiveram prescrições de medicamentos na consulta entre os hipertensos e/ou diabéticos, 62,6% dos que tinham plano de saúde e, em 2006, foram 64,0% entre hipertensos e/ou diabéticos e 64,1% dos que tinham plano de saúde. Observa-se maior diferença na geração de exames do que na prescrição medicamentosa entre o SUS e a Saúde Suplementar, reforçando que a maior dificuldade de acesso no setor público está mais relacionada aos meios diagnósticos e especializados do que à oferta medicamentosa, que teve seu acesso ampliado.

Em uma análise longitudinal dos serviços, identificaram-se os fatores associados ao uso nos quatro meses anteriores à entrevista em 2006, dado que não usava em 2000. Na análise bivariada, os obesos apresentaram praticamente duas vezes a probabilidade

de passar a usar serviços em cinco anos, produzindo importante impacto para o serviço e para as doenças cardiovasculares. Considerando tratar de fator modificável, é de fundamental importância uma abordagem mais efetiva, por parte dos serviços de saúde (WHO, 2001).

No modelo múltiplo, no entanto, os fatores de determinação da utilização foram apenas a HAS, com risco de 2,21 vezes (1,21 – 4,06) e o DM com risco de 4,48 vezes (1,37-14,64). Isso indica que as condições crônicas na sua evolução e, em particular as condições rastreadoras estudadas, cada vez mais pressionam os serviços de saúde, com demandas crescentes. Um uso maior dos serviços por hipertensos e/ou diabéticos pode estar associado a um melhor acompanhamento ou a uma maior gravidade da doença. Os muito idosos (80 anos e mais), apesar de uma provável maior predisposição ao uso dos serviços, à análise não tiveram uma forte associação com a utilização, o que pode estar relacionado com dificuldades no acesso. Os mais escolarizados, apesar de terem apresentado menor utilização de serviços em 2000, assim como os de maior renda, em 2006 mostraram associação com maior uso.

Em 2006, 70,3% dos idosos entrevistados afirmaram ter realizado três ou mais consultas no último ano, diferindo dos hipertensos e/ou diabéticos que as realizaram em 80,0% dos casos. Em estudo referente à atenção básica no Nordeste e Sul (Facchini et. al., 2006), a consulta por HAS na UBS da área nos últimos seis meses foi referida por 46% dos idosos da mesma forma que os diabéticos.

Na análise transversal de 2006 entre idosos hipertensos e/ou diabéticos, a idade de 80 anos e mais se apresentou como fator de proteção ao uso, com metade da probabilidade dos idosos de 65 a 69 anos. Da mesma forma, aqueles com oito anos ou mais de estudo, apresentaram metade da chance de usar serviços com relação aos que tinham até quatro anos de escola.

É interessante que, assim como na análise longitudinal, os dados de 2006 também mostram que a idade, ao longo do tempo, pode ser fator de redução da utilização dos serviços. As pessoas mais idosas têm maior dificuldade de acessar serviços e comprometem o monitoramento das condições crônicas. Idade e atividade física irregular são fatores de menor utilização. Como fatores de maior utilização se

identificam: ter plano de saúde, ter menor participação social, ter uma a três dificuldades no desempenho de atividades funcionais e declínio cognitivo.

O acesso aos serviços de saúde apresenta desigualdades, assim como a qualidade do serviço prestado. Essa desigualdade prejudica o acolhimento adequado, a confirmação diagnóstica e a informação prestada ao paciente, o que agrava a situação considerando tratar-se de pessoas idosas, sabidamente de menor escolaridade e renda, que podem ter maior dificuldade no entendimento das orientações. Ao compartilhar decisões e pactuar projetos terapêuticos, as pessoas poderiam ter maior clareza da sua condição de portador de doença crônica. No entanto, cabe ainda considerar o fato de o idoso não aceitar estar doente, negando sua condição de portador da doença.

Na análise transversal dos fatores associados ao uso de serviços de saúde por idosos diabéticos e/ou hipertensos em 2006, morar só, apresentar sinais depressivos, ser de etnia/raça negra, estado nutricional, dificuldades em ABVD e ter sido internado no período de um ano anterior a entrevista de 2006, não apresentaram associação com o uso de três consultas ou mais, nem critério para inclusão no modelo múltiplo hierárquico ($p < 0,20$).

A variável atividade física e o fumo perderam significância na análise do bloco de predisposição e ficaram fora do modelo, enquanto autopercepção de saúde, consumo de álcool e dificuldades em AIVD perderam significância no bloco de necessidade e também foram retirados do modelo. Foi mantida a variável sexo no modelo final como variável de controle, apesar de não apresentar associação com o uso de serviços de saúde por hipertensos e/ou diabéticos em 2006, diferente do que se observa na determinação de serviços de saúde por idosos em geral (Travassos, 2002) (Tabela 14).

As mulheres apresentaram 80,9% de taxa de utilização e os homens 75,4%. Apesar de não ter apresentado significância estatística, as mulheres, em geral, usaram mais os serviços, assim como em outros estudos existentes (Anderson, 1973; Hulka e Wheat, 1985, Bowling et. al., 1991, Blazer et. al., 1995, Pinheiro e Travassos, 1999). Cabe salientar que nenhum dos estudos utilizou o modelo de determinação especificamente para idosos com condições crônicas, indicando a importância dessa contribuição.

Tabela 14 - Prevalência (%) e risco ajustado pelo modelo múltiplo (IC 95%) de uso de três ou mais consultas no último ano por idosos hipertensos e/ou diabéticos, segundo fatores de predisposição e de capacidade de uso. Município de São Paulo. 2006.

		Prevalência(%)	OR (IC95%)	p	OR ajust (IC95%)	p
Fatores de predisposição						
Sexo	<i>Homens</i>	75,4	1,00			
	<i>Mulheres</i>	80,9	1,38(0,91-2,09)	0,12	1,11(0,67-1,83)	0,68
Idade	<i>65 a 69 a</i>	82,9	1,00			
	<i>70 a 79 a</i>	78,2	0,74(0,43-1,27)	0,27	0,60(0,33-1,09)	0,09
	<i>80 a e mais</i>	72,1	0,53(0,31-0,91)	0,02	0,27(0,14-0,52)	<0,01
Anos de escola	<i>Até 4 a</i>	81,8	1,00			
	<i>4 a 8 anos</i>	79,3	0,85(0,55-1,33)	0,48	0,90(0,51-1,61)	0,72
	<i>8 ou mais</i>	68,0	0,49(0,28-0,86)	0,01	0,52(0,25-1,08)	0,08
Fatores capacitantes						
Renda per capita	<i>Até 1 SM</i>	81,6	1,00			
	<i>1 até 3 SM</i>	78,4	0,82(0,51-1,30)	0,39	0,85(0,48-1,50)	0,57
	<i>3 SM ou mais</i>	73,4	0,62(0,33-1,17)	0,14	0,52(0,25-1,06)	0,07
Plano de saúde	<i>Sem</i>	73,3	1,00			
	<i>Com</i>	81,5	1,60(1,04-2,48)	0,03	2,45 (1,38-4,35)	<0,01
	<i>Com em 2000</i>	84,8	2,03(0,95-4,38)	0,07	3,64 (1,48-8,94)	<0,01
	<i>Com em 2006</i>	88,1	2,70(1,16-6,28)	0,02	3,93(1,40-11,07)	0,01
Situação de trabalho	<i>Não</i>	80,0	1,00			
	<i>Sim</i>	72,7	0,59(0,31-1,12)	0,11	0,63(0,35-1,15)	0,13
Participação social	<i>0 ou 1</i>	70,4	1,00			
	<i>2 a 4</i>	82,9	2,04(1,19-3,48)	<0,01	2,28(1,19-4,38)	0,01
	<i>5 ou mais</i>	78,0	1,50(0,88-2,55)	0,14	1,77(0,86-3,65)	0,12
Fatores de necessidade						
Comorbid.	<i>Uma doença</i>	72,2	1,00			
	<i>Duas doenç.</i>	77,6	1,33(0,82-2,17)	0,25	1,74(0,99-3,03)	0,05
	<i>Três ou mais</i>	85,3	2,25(1,33-3,81)	<0,01	2,66(1,44-4,88)	<0,01
Declínio cognitivo	<i>Sem</i>	77,8	1,00			
	<i>Com</i>	84,9	1,60(0,93-2,74)	0,09	3,19(1,50-6,77)	<0,01
Quedas	<i>Não</i>	77,2	1,00			
	<i>Sim</i>	81,8	1,33(0,87-2,03)	0,19	1,52(0,91-2,54)	0,11

*VIF= 1,95 (1,19-3,19)

O maior uso pelas mulheres tem sido descrito como fator protetor de barreiras de acesso, considerando que elas habitualmente têm mais comorbidades. As condições crônicas ampliam os fatores de necessidade que, podem reduzir essa relatada predisposição das mulheres. Sabe-se também que a utilização das mulheres não relacionada às condições crônicas tem sido observada em proporção maior. Isso pode indicar uma forma diferenciada de relacionamento com os serviços, além de uma maior

aceitação da condição de doença e até uma preocupação com sua própria sobrevivência. O fato das mulheres criarem vínculo com serviços e experimentarem contatos de maior intensidade e frequência com os serviços de saúde na fase do ciclo gravídico puerperal, pode deixá-las em outra condição nessa relação de uso. Mesmo que não tenha filhos, utiliza mais os serviços preventivos.

As variáveis que se mostraram determinantes da utilização de serviços de saúde por idosos hipertensos e/ou diabéticos foram a idade de 80 anos e mais como fator de proteção no bloco de predisposição, plano de saúde e participação social no bloco dos fatores capacitantes e comorbidades e declínio cognitivo nos fatores de necessidade. É interessante observar que o plano de saúde impacta no uso, mesmo quando o idoso deixou de referi-lo em 2006, ou seja, o perfil de utilização de serviços privados gera uma cultura nos idosos que o potencializa para o uso na rede pública.

A associação dos mais idosos com menor utilização pode reportar a duas ordens de explicações. Em primeiro lugar, os mais idosos tendem a ter maior dificuldade de locomoção e ajuda para a utilização dos serviços e observou-se baixa cobertura de serviços de saúde domiciliar no município de São Paulo, no período. Sabe-se, no entanto, que, mais recentemente, a atenção domiciliar foi ampliada com a implantação de equipes que tem o foco nos cuidados de baixa complexidade, mas de intensidades variadas, como o “Programa de Acompanhantes de Idosos” (Berzins, 2009), que possibilita o gerenciamento das condições crônicas além da ajuda recebida, que amplia a capacidade de acessar serviços. No entanto, sabe-se que os idosos mais longevos são mais saudáveis, pois são sobreviventes. Estudos indicam que a maior incorporação de tecnologia e gasto em saúde ocorre no último ano de vida do idoso, quanto mais novo ele for. Outros, por outro lado, identificaram maior uso em todas as fases do envelhecimento (Portreid et. al., 2001; Sawyer et. al., 2002; OMS, 2005).

A maior parte dos estudos indica que o uso é maior entre os mais velhos, crianças e gestantes e que tem forte determinação social e cultural. No entanto, o maior uso está mediado por uma maior necessidade, o que não pressupõe, aos grupos menos favorecidos, uma menor atenção. O médico ou equipe de referência, ou seja, um serviço de vinculação é citado como importante para a adequação do uso. Não se trata de

analisar a restrição a ele e a sobre-utilização apenas, mas de identificar o melhor uso, principalmente quando relacionado à atenção às condições crônicas (Mendonza-Sassi e Béria, 2001; Travassos, 2002). De qualquer forma, nesse tipo de análise relativo às condições crônicas, está estabelecida a necessidade do uso e a não utilização pode ser valorada negativamente. No entanto, observou-se 3,8% em 2006 de idosos hipertensos e/ou diabéticos, com uso de 25 consultas ou mais no último ano.

A utilização de serviços de saúde é determinada por diversos fatores e envolve crenças e convicções, ou seja, principalmente no primeiro contato, depende da decisão do usuário procurar este ou aquele serviço. No entanto, a oferta da rede de serviços também é um determinante para o uso (Pavão e Coeli, 2008), não analisada no presente estudo. Em estudos observacionais longitudinais verifica-se a utilização do ponto de vista, muito mais, dos fatores que influenciam a demanda e não dos que têm maior impacto da oferta. Esses são mais bem analisados, em estudos diretamente relacionados aos serviços de saúde.

Interessante a observação de que a maior participação social, ou seja, relacionar-se com os outros, fazer visitas, ações voluntárias, trabalhos comunitários, etc., podem capacitar o idoso para um maior uso. A participação é defendida na política de envelhecimento ativo da OMS em função de ampliar o protagonismo da pessoa idosa. Nesse sentido, o idoso que tende ao isolamento no domicílio, mesmo que inicialmente sem limitações importantes, tem maior dificuldade de acesso à rede de serviços.

Fernandez-Olano et. al. (2006) identificaram, na Espanha, o uso de serviços por 74,5% de idosos nos últimos três meses, sendo 59,4% com clínico geral, 18,4% de enfermagem e 16,5% de especialistas. No mesmo estudo, exames laboratoriais foram realizados em 39,2% e exames radiológicos em 24,9%, visitas de emergência contabilizaram 2,4%, e internação, 2,9%. Chama a atenção a maior porcentagem de consultas de enfermagem descrita, sendo muito pouco lembrada pelos idosos do presente estudo. Em outros países, a cultura da enfermagem no cuidado é muito mais presente. Em relação aos idosos com condições crônicas, poderia potencializar o gerenciamento do cuidado crônico, racionalizar o atendimento médico e obter melhores resultados. O avanço da estratégia do PSF no Brasil poderá alavancar essa questão, no

sentido da mudança do modelo, em particular, nas condições crônicas.

O mesmo estudo espanhol relata ainda que, usuários dos serviços de saúde entre os idosos foram os mais doentes, embora tenha havido um grupo de indivíduos saudáveis, que também visitou o médico e um grande grupo de idosos com problemas de saúde importantes que nunca viu o médico. Utilizou ainda a percepção da necessidade não satisfeita de saúde que, em conjunto com a autorreferência de saúde negativa e menor escolaridade, foram associados ao uso de médicos clínicos (Fernandez-Olano et. al., 2006).

Uma limitação do presente estudo é que não se tem como identificar o uso de clínicas básicas ou de especialistas, pois provavelmente, os idosos poderiam ter dificuldade nessa identificação. Eles nem sempre têm autonomia sobre o gerenciamento do seu cuidado, além do que, os profissionais de saúde, por sua vez, não estabelecem a necessidade de compartilhar essa informação. Cabe considerar aqui que, se há diferenças entre as pessoas portadoras de condições crônicas, há maior diversidade ainda nos idosos com essas condições, indicando necessidades e estratégias bastante singulares. O presente estudo amplia a análise para o conjunto estudado sem, entretanto, deixar de considerar as múltiplas realidades.

A determinação da escolaridade no uso de serviços de saúde é controversa, sendo que alguns autores indicam que, em maiores escolaridades o uso é menor (Louvison, et. al. 2008, Mendes T, 2010), maior (Fernandez-Olano et. al., 2005) ou até mesmo que não houve associação (Pinheiro e Travassos, 1999). No presente estudo, os idosos ativos fisicamente e com maior participação social, utilizaram mais os serviços. Quem é mais ativo pode ter maior preocupação com sua saúde e com o controle de suas doenças crônicas. Vários estudos indicaram que idosos com pior autopercepção de saúde usam mais os serviços (Pinheiro e Travassos, 1999, Fernandez- Olano et. al., 2005), assim como os que têm plano de saúde privado (Pinheiro e Travassos, 1999), os que vivem só (Bowling et. al., 1991), os inativos e os que moram em zona urbana (Anderson, 1973; Bowling et. al.,1991). Outros utilizaram questões mais específicas como a necessidade de cuidado auto relatada (Fernandez-Olano et. al.,2005). As múltiplas doenças crônicas da morbidade referida impactam no uso (Pinheir e Travassos, 1999; Miller e Luft, 1994).

Linden et. al. (1997) identificaram que o uso de medicamentos induz o uso de serviços, conforme o aqui verificado.

Dos fatores de necessidade, ou seja, doenças e incapacidade funcional, a HAS, o DM, a cardiopatia e o uso de medicamentos são os fatores que mais determinam o uso de serviços. Ao analisar apenas os diabéticos e/ou hipertensos em 2006, as comorbidades determinaram o uso. Além disso, o plano de saúde foi determinante na utilização de serviços por hipertensos e/ou diabéticos, indicando desigualdades no uso.

Fernandez-Mayoralas et. al. (2000) usaram o modelo de Andersen em inquérito espanhol em 1993, utilizando como variáveis de predisposição, idade, sexo, estado civil, escolaridade, trabalho e forma de habitação. No entanto, na maior parte das vezes, as variáveis de situação socioeconômica são analisadas como capacidade de uso e não de predisposição. Com relação à necessidade, o estudo utilizou medicamentos, doenças crônicas, restrição à atividade de leitura, ABVD e AIVD, hábito de fumar e de beber e ter ficado na cama por problema de saúde.

O modelo de Andersen (1995) tem sua aplicabilidade discutida, considerando que ele apresenta limitações com relação à motivação do uso e não tem definição clara dos limites entre fatores de predisposição e de facilitação do acesso, além de dar ênfase nos serviços formais e não avançar para a análise dos cuidados informais, de extrema importância na atenção à pessoa idosa. O modelo preconiza o uso como variável dicotômica, tendo um olhar reduzido do cuidado mais ampliado. Por outro lado, muitos defendem o modelo, pois é bastante analítico e pode se ajustar para cada tipo de contato com os serviços, que podem ter funcionamentos e regras diferentes (Fernandez-Mayoralas et. al., 2000). Hulka e Wheat (1985) pontuam que é difícil discernir entre necessidade efetiva e uso excessivo e que as pessoas idosas são mais pessimistas do que outros grupos (Fernández-Mayoralas et. al., 2000).

Uma limitação importante dos estudos que analisam uso de serviços é a não uniformidade dessa variável. Pinheiro e Travassos (1999) usaram atendimento ambulatorial nos últimos três meses em conjunto com a internação hospitalar, o que indicará outras relações de uso. As limitações funcionais ora são utilizadas como fatores de necessidade, ora como fatores restritivos ao acesso, e essa dupla força de ação pode

neutralizá-las como determinantes em alguns desenhos de estudo. A associação de pior estado funcional e maior utilização de serviços de saúde têm sido descritos em estudos transversais (Wollinsky et. al., 1991, Freddman et. al., 2000, Bowling et. al, 1991) e longitudinais (Fried et. al., 1999, Krasnik et. al.,1997). No presente estudo, não se observou associação das dificuldades em ABVDs e AIVDs com o uso de serviços por idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Muñoz et. al. (2007) realizaram estudo prospectivo na Espanha, entre 2001 e 2003, e avaliaram as AIVD em 2001 e uso de serviços (domésticos, primários, especialistas, emergência, internação e preventivos) em 2003. Usaram cinco dificuldades em AIVDs para os homens e oito para as mulheres, em função das características femininas de algumas delas, assim como no presente estudo, em que se optou por utilizar cinco delas, em homens e mulheres. Identificou maior uso dos serviços sendo que, para as mulheres, um maior número de limitações foi inversamente associado com visitas a médicos de atenção primária, além de a maior dependência indicar maior uso de cuidados domiciliares. Considera que isso aponta para uma relação dose/resposta e para as diferenças de gênero e, ainda, que o período de estudo foi suficiente para a análise pretendida da gestão do cuidado em saúde.

No Brasil e em outros países da Europa (Muñoz et. al., 2007), o acesso a casas de repouso é pequeno, os hospitais-dia praticamente não existem e os cuidados domiciliares, para todas as intensidades de cuidado necessário, ainda são incipientes. O envelhecimento populacional vai aumentar as demandas por serviços de saúde ajustados às necessidades das pessoas idosas com limitação funcional, sob pena de produzir uma restrição do acesso, tão largamente ampliado nos últimos anos, em particular no acesso aos cuidados às condições crônicas. Sabe-se, no entanto, que o estado funcional não é o único determinante para o uso, ainda pouco compreendido, com relação às necessidades e demandas das pessoas idosas.

A utilização de serviços ambulatoriais de qualidade para idosos com condições crônicas, deve reduzir os atendimentos de urgência e de internação, ou seja, o controle adequado das condições crônicas, a princípio, estaria relacionado a uma menor utilização de serviços de urgência e de internações hospitalares. A ocorrência de

atendimento em pronto atendimento está relacionada à qualidade da atenção básica (Puccini e Cornetta, 2008).

Com relação à internação hospitalar, identificou-se taxa de internação de 4,8% nos últimos quatro meses em 2000, sem alterações no período (Tabela 15). Para os que já tinham sido internados em 2000, a taxa foi de 12,8%, sendo que dos que não haviam sido internados em 2000, apenas 4,6% referiram ter sido em 2006. Com relação à última internação referida pelos idosos hipertensos e/ou diabéticos em 2000, 49,1% foram pelo SUS, 50,5% pelo plano de saúde privado e 0,4% por desembolso direto. Dos hipertensos e/ou diabéticos internados em 2000 que não tinham plano de saúde, 100,0% se internaram pelo SUS enquanto dos que tinham 15,1% internou pelo SUS, 84,2% internou pelo plano de saúde e 0,7% por desembolso direto.

Pode-se, portanto, afirmar que o plano de saúde não assume a totalidade das internações de seus beneficiários com condições crônicas, independentemente do motivo da internação. Chama a atenção que, em 2006, dos hipertensos e/ou diabéticos que tinham plano de saúde, 0,6% internaram particular, 22,4% pelo SUS e 77,0% pelo plano de saúde. O plano de saúde financiou uma menor porcentagem das internações de seus segurados de 2000 para 2006, o que pode significar alguma restrição de acesso pelas operadoras privadas ou déficit de leitos no setor privado.

Na análise transversal de 2006, a taxa de internação em um ano foi de 10,8 % sendo 12,3% dos hipertensos e 18,0% dos diabéticos. A internação dos hipertensos e/ou diabéticos da linha de base aumentou no período, para os casos prevalentes, maior que nos casos novos. Apesar de considerarmos o tempo decorrido, o que poderia piorar o quadro da doença, até em função do processo de envelhecimento, provavelmente os mais graves evoluíram a óbito, não compondo a amostra de acompanhamento.

Considerando novamente a população estimada para o município de São Paulo pelo IBGE de 1.201.476 idosos, identificou-se a realização no Sistema de Informações Hospitalares do SUS^I em 2008 de 103.678 internações hospitalares (8,6% de taxa de internação) sendo 1968 (1,9%) por DM e 2907 (2,8%) por HAS. Em 2009, foram 113.364 internações para uma população estimada de 1.242.211 (9,1% de taxa de internação)

^I www.datasus.gov.br. Dados brutos

sendo 2078 por DM (1,8%) e 2659 (2,3%) por HAS, indicando uma pequena redução no período das internações pelas condições traçadoras, sensíveis a tratamento ambulatorial, apesar do aumento da internação de idosos em geral.

Tabela 15 – Taxa de internação hospitalar (%) de idosos, segundo condições traçadoras, plano de saúde, sexo e idade na linha de base. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

			Nenhuma	HAS	DM	Ambas	HAS e/ou DM	Total
2000 (Últimos 4 meses)	Plano de saúde	<i>Não</i>	2,6	4,4	7,0	6,5	5,1	4,0
		<i>Sim</i>	3,0	5,9	17,7	10,9	7,8	5,8
	Sexo	<i>Homens</i>	2,9	7,2	14,9	7,9	8,0	5,6
		<i>Mulheres</i>	2,7	3,9	9,1	8,9	5,4	4,3
	Idade	<i>60 a 74 a</i>	2,5	5,0	12,6	8,0	6,2	4,6
		<i>75 a ou +</i>	3,7	5,8	9,1	10,8	7,0	5,7
	Total		2,8	5,2	12,0	8,6	6,4	4,8
2006 (Últimos 4 meses)	Plano de saúde	<i>Não</i>	1,3	3,5	12,7	7,7	5,4	3,4
		<i>Sim</i>	3,2	6,3	17,3	15,3	8,9	6,4
	Sexo	<i>Homens</i>	2,9	6,2	12,3	8,4	7,6	5,1
		<i>Mulheres</i>	1,6	4,1	17,0	13,1	7,1	4,8
	Idade	<i>60 a 74 a</i>	1,1	4,3	15,7	10,4	6,7	4,2
		<i>75 a ou +</i>	7,4	7,8	8,0	20,7	10,1	8,9
	Total		2,2	4,9	15,0	11,8	7,2	4,9
2006 (Último ano)	Plano de saúde	<i>Não</i>	5,6	13,6	24,5	16,4	7,7	10,8
		<i>Sim</i>	7,2	13,4	17,2	19,9	7,4	11,6
	Sexo	<i>Homens</i>	7,5	15,2	12,3	12,3	5,4	11,1
		<i>Mulheres</i>	5,6	12,5	27,6	20,8	9,8	11,3
	Idade	<i>60 a 74 a</i>	4,6	12,2	19,2	17,3	11,8	9,8
		<i>75 a ou +</i>	15,1	20,3	37,7	26,1	3,4	18,9
	Total		6,4	13,5	20,9	18,5	15,2	11,2

Em 2006, a satisfação na internação para os hipertensos e diabéticos foi considerada como muito boa/boa por 84,8%, sendo 92,1% entre os que não têm plano de saúde e 78,6% entre os que têm. O número médio de internações nos últimos 4 meses em 2000 foi de 1,2 - 1,1 para hipertensos e 1,2 para diabéticos. Ao considerar-se o total de hipertensos e diabéticos em 2006, observa-se média de 1,5 internações/ano. Apenas os mais idosos (75 anos ou mais) e os que têm plano de saúde apresentam médias discretamente maiores (1,6). Em 2000, a média de permanência foi de 7,6 dias - 8,1 dias para os diabéticos e 7,2 dias para os hipertensos, passando para 12,0 e 10,3 dias, em 2006, respectivamente, o que indica um maior impacto do DM na utilização dos

serviços de saúde por idosos. A questão da média permanência elevada é de extrema importância, pois pode mostrar um pior controle ambulatorial ou hospitalar, além da ausência de serviços intermediários, e impacta diretamente na qualidade e custo da atenção. Em comparação com pessoas mais jovens, os idosos utilizam mais serviços de emergência, permanecem mais tempo nos serviços de emergência e têm maior chance de serem internados e de apresentarem maiores complicações pós alta. (Veras, 2002).

Em 2006, os hipertensos referiram 12,5% de internação por HAS, sendo 14,5% entre os SUS dependentes e 10,4% entre os beneficiários de plano de saúde, indicando desigualdade na qualidade do cuidado. Além disso, o DM gera maior necessidade de internações hospitalares ao longo do curso da doença (Tabela 16). A taxa de internação dos hipertensos que referiram nunca ir aos serviços de saúde para controle foi de 18,3%, sendo 23,55 entre os diabéticos. Para os que referiam ir a cada três ou quatro meses no médico com finalidade de controle de sua doença crônica, a taxa de internação entre os hipertensos foi de 12,8%, enquanto os com DM tiveram internação de 20,7%.

As menores taxas relacionaram-se com os hipertensos e diabéticos que referiram uso de serviços para controle anual ou semestral com 5,5% de entre os hipertensos e 13,7% entre os diabéticos. A internação foi maior quanto maior a comorbidade, os sinais depressivos, as quedas e a dependência.

Com relação ao DM, observou-se 15,9% de internação, sem variações com relação ao plano de saúde, indicando que a internação do DM é homogênea entre o sistema público e privado, mas mais alta que as internações por HAS. Em indivíduos idosos, o risco de uma internação ou de uma complicação evitável aumenta dramaticamente com o número de condições crônicas, acreditando-se que a melhoria da atenção primária em saúde, especialmente a coordenação do cuidado, poderá ajudar a reverter a atual situação (Wolff, 2002).

Tabela 16 – Taxa de internação (%) de hipertensos e/ou diabéticos da linha de base, segundo fatores associados. Município de São Paulo. 2006.

		No último ano (referido em 2006)		Alguma vez, por causa DM		Alguma vez, por causa HAS	
		%	p	%	p	%	p
Sexo	<i>Homens</i>	14,7	0,81	18,1	0,69	11,3	0,30
	<i>Mulheres</i>	15,5		16,2		14,5	
Idade	<i>60 a 69 anos</i>	13,0	0,06	16,3	0,20	11,1	0,04
	<i>70 a 79 anos</i>	17,7		15,4		16,5	
	<i>80 e mais</i>	25,5		33,4		19,6	
Renda per capita	<i>Até 1 SM</i>	15,8	0,12	16,2	0,96	13,0	0,22
	<i>1 até 3 SM</i>	14,2		17,8		17,1	
	<i>3 SM ou mais</i>	23,3		17,4		7,7	
Anos de escola	<i>Até 4 a</i>	17,2	0,39	20,1	0,33	15,0	0,50
	<i>4 a 8 anos</i>	13,6		15,7		12,2	
	<i>8 anos ou mais</i>	12,1		9,6		10,4	
Plano de saúde	<i>Não</i>	15,3	0,89	19,2	0,45	14,2	0,56
	<i>Sim</i>	14,9		14,7		12,5	
Atividade Física	<i>Não</i>	16,4	0,28	18,0	0,43	14,4	0,23
	<i>Sim</i>	11,9		13,4		10,6	
Autopercepção de saúde	<i>Excel./muito boa/boa</i>	16,1	0,86	15,1	0,66	10,1	0,09
	<i>Regular</i>	14,4		17,2		15,1	
	<i>Ruim</i>	13,9		24,3		19,2	
Comorbidades	<i>1 doença</i>	13,9	0,34	0,0	0,73	5,6	<0,01
	<i>2 doenças</i>	14,0		14,5		11,6	
	<i>3 ou mais doenças</i>	19,8		24,6		26,5	
Sinais depressivos	<i>Sem</i>	14,4	0,83	13,0	0,05	10,5	0,04
	<i>Com</i>	15,1		26,2		17,9	
Declínio cognitivo	<i>Sem</i>	14,7	0,38	15,2	0,10	12,1	0,11
	<i>Com</i>	20,7		31,8		21,0	
Quedas	<i>Não</i>	15,6	0,63	11,3	<0,01	12,0	0,08
	<i>Sim</i>	14,1		30,0		17,0	
Dificuldades em ABVD	<i>Sem dificuldades</i>	15,0	0,98	17,3	0,74	12,4	0,03
	<i>1 a 2</i>	15,7		13,3		13,7	
	<i>3 a 6</i>	14,3		22,1		34,4	
Dificuldades em AIVD	<i>Sem dificuldades</i>	13,6	0,21	13,7	0,03	11,8	0,12
	<i>1 a 2</i>	20,0		19,5		16,7	
	<i>3 a 5</i>	17,9		36,0		21,4	
Uso de serviços ambulatoriais	<i>Não</i>	15,4	0,65	0,0	0,17	4,7	<0,01
	<i>No último ano</i>	19,5		25,1		16,4	
	<i>Uma vez nos últ.s 4 m</i>	13,2		21,3		8,0	
	<i>Duas ou + nos últ. 4 m</i>	14,7		14,9		17,9	
Internação hospitalar	<i>Não</i>	14,8	0,42	16,2	0,37	12,8	0,05
	<i>Sim</i>	20,8		24,3		24,2	

Os fatores de risco comumente associados com resultados negativos são a idade, incapacidade funcional, hospitalização recente, viver sozinho, e a falta de apoio social (Aminzadeh & Dalziel, 2002). A utilização de serviços de saúde é determinada tanto pelas necessidades médicas quanto pelos fatores que ligam essas necessidades aos serviços. Esse conhecimento é fundamental aos planejadores de políticas públicas, que precisam convergir a organização de serviços e de cuidados de longo prazo e também aos governos e às operadoras de planos de saúde e serviços privados. Sabe-se que a clientela primária dos serviços de saúde está doente (Ebrahim e Kalache, 1996). Além disso, os idosos tem uma tendência de achar que não são merecedores de utilizar serviços, em competição com os jovens, ao mesmo tempo em que procuram mais serviços preventivos. O modelo comportamental de Andersen considera essas variáveis, mas ainda precisa ser mais bem compreendido do ponto de vista das pessoas idosas. A autopercepção de saúde, em particular por idosos, é um importante indicador, independente das condições mais objetivas de saúde.

As doenças dos idosos são complexas e eles apresentam muita vulnerabilidade ao efeito colateral de drogas, exigindo conhecimentos específicos para qualificar o cuidado. Além disso, a perda da capacidade funcional, além de interferir na qualidade de vida do idoso, reduz na sua capacidade de usar os serviços, incluindo suas possibilidades de apoio financeiro, familiar e governamental. A dor, bastante presente nas condições crônicas, se apresenta nos serviços como condição aguda, e frequentemente é causa de sobre utilização.

Relatório do Institute of Medicine (2001) destaca o problema da fragmentação do sistema de saúde e da necessidade dos sistemas de saúde promoverem a continuidade dos cuidados e a integração dos serviços, considerando o envelhecimento populacional e as múltiplas condições crônicas. Herzlinger (2010) indica que um sistema de saúde voltado para o paciente pode ser, ao mesmo tempo, melhor e mais barato, ou seja, que ao mudar a demanda pode-se transformar as características da oferta. Indica que a saúde voltada para o paciente deveria estimular três inovações revolucionárias na oferta de saúde: centros resolutivos de saúde com a união de generalistas e especialistas em um único sistema integrado de saúde, registros médicos centrados no paciente com a

disponibilização de pontos de acesso a informação e tecnologia médica personalizada para atender as necessidades individuais dos pacientes.

A atuação para a redução do DM e suas complicações deve considerar as ações de prevenção primária; rastreamento e diagnóstico precoce (prevenção secundária); garantia de acesso e utilização do serviço de saúde; e qualidade do cuidado prestado. Importante ainda referir que o cuidado tem relação direta com os profissionais médicos, incluindo sua forma de remuneração, se por produção ou por resultados. Cada vez mais, entende-se que, nas condições crônicas estudadas, é possível estabelecer indicadores de qualidade a serem monitorados e revertidos em incentivos aos profissionais e aos serviços. (Ebrahim e Kalache, 1996). A Saúde suplementar tem repensado seu modelo de atenção considerando demanda, incorporação tecnológica e custos e cada vez mais se aproxima dos modelos da saúde pública, incluindo a lógica da estratégia da saúde da família e uma ação mais forte em prevenção primária e secundária. (Veras e Parahyba, 2007, Veras et. al., 2008)

Os atuais modelos de gestão do cuidado, em vários países, têm na HAS e no DM seus principais exemplos de doenças que, se bem gerenciadas, poderiam ter melhores resultados com otimização da utilização de serviços de saúde (Wagner et. al., 2001). Tanto o setor público quanto o privado têm avançado nesse sentido.

4.3. Práticas de controle e promoção de saúde

Em 2006, o hábito de usar serviços de saúde especificamente para controle das condições traçadoras foi verificado. A maior parte dos hipertensos (88,9%) e dos diabéticos (80,6%) referiu utilizar serviços de saúde para controlar suas doenças crônicas, sendo pouco maior para os hipertensos e/ou diabéticos que já haviam se identificado como tal em 2000 (Tabela 17). Os diabéticos, por outro lado, quando questionados se usavam quando necessário, indicaram um uso relacionado apenas às intercorrências, de 10,6%.

Tabela 17– Uso de serviços ambulatoriais de saúde (%) para controle das condições crônicas referido por idosos hipertensos e/ou diabéticos, segundo periodicidade e período de referência da doença. Município de São Paulo. 2006.

		HAS			DM		
		Sem PS	Com PS	Total	Sem PS	Com PS	Total
Casos prevalentes em 2000 e entrevistados em 2006	<i>Nunca</i>	9,7	9,5	9,6	4,2	8,8	6,5
	<i>Apenas qdo necessário</i>	-	-	-	13,6	10,3	12,0
	<i>A cada 6 meses ou pelo menos uma vez por ano</i>	15,2	20,4	17,8	11,2	24,2	17,6
	<i>A cada 2 ou 3 meses</i>	29,2	38,2	33,6	32,5	40,5	36,4
	<i>Todo mês</i>	45,9	31,9	39,0	38,5	16,2	27,5
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	p		0,03			<0,01	
Casos prevalentes em 2006	<i>Nunca</i>	10,8	11,4	11,1	5,0	12,8	8,8
	<i>Apenas qdo necessário</i>	-	-	-	11,9	9,1	10,6
	<i>A cada 6 meses ou pelo menos uma vez por ano</i>	14,6	21,1	17,7	12,0	23,0	17,3
	<i>A cada 2 ou 3 meses</i>	30,0	37,9	33,8	34,4	37,5	35,9
	<i>Todo mês</i>	44,6	29,6	37,4	36,7	17,6	27,4
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	p		<0,01			0,02	

Chama a atenção a maior frequência mensal aos serviços por parte dos que não têm plano de saúde. Esses, provavelmente, utilizam os serviços públicos com o objetivo de “receber a medicação fornecida gratuitamente” e, em função disso, usam os serviços para controle com mais frequência. Tal fato pode ser explicado também pela maior dependência dos serviços para o monitoramento mensal dos níveis pressóricos e do controle glicêmico.

Não se observou diferença na utilização de glicemia capilar por quem tem plano de saúde e quem não tem, sendo referido por 33,7% dos idosos diabéticos em 2006, não necessariamente no domicílio. Cabe considerar que a disponibilização gratuita de aparelhos para utilização no domicílio é preconizada pelo SUS apenas por diabéticos insulino-dependentes. Uma parcela deles (9,6%) referiu não realizar nenhum tipo de controle dos níveis glicêmicos. Além disso, o exame realizado em laboratório como controle foi referido apenas por 49,4% dos idosos diabéticos em 2006, indicando uma baixa realização não só de glicemia como também, provavelmente, de hemoglobina

glicada, necessária para um melhor controle, e não utilizada habitualmente no Brasil por sangue capilar.

Por outro lado, o programa Hiperdia recomenda a identificação de risco, quando do diagnóstico e do ajuste da periodicidade da consulta para controle ao risco estabelecido. Estabelece ainda a alternância com consultas de enfermagem, praticamente não referidas no presente estudo. Além disso, o hábito de compra de medicamentos em menores quantidades, considerando a disponibilidade dos orçamentos públicos, pode justificar a necessidade de retorno mensal para ter acesso ao medicamento gratuito. Existe ainda uma cultura de tutela no SUS pela qual os medicamentos devem ser entregues em menores quantidades para evitar o desperdício e a automedicação, o que pode onerar o cidadão em ter que se dirigir a unidade de saúde mensalmente, muitas vezes enfrentando as dificuldades já referidas e, principalmente, se tratando de pessoas idosas. O Município de São Paulo, no período, passou a entregar em casa os medicamentos de pacientes cadastrados no programa, o que pode mudar essa dinâmica. Cabe salientar que, estando o controle atrelado à busca do medicamento, é de extrema importância que a disponibilidade do medicamento ocorra sem interrupção. A ampliação das entregas domiciliares e do uso de farmácias de baixo custo para a obtenção de medicamentos de uso continuado pode induzir a uma menor utilização dos serviços de saúde para controle.

Por outro lado, não é possível identificar que tipo de serviço o idoso utilizou para seu controle. Pode ter sido relacionado o uso periódico de serviços de urgência, caso ele tenha sido realizado com essa finalidade. Isso poderia ocorrer, inclusive, em função do relato de dificuldades de acesso para uso de serviços de saúde.

Deve-se considerar ainda que isso pode estar relacionado à maior gravidade dos hipertensos e/ou diabéticos que não tem plano de saúde, além dos fatores culturais e socioeconômicos envolvidos na utilização dos serviços como, por exemplo, o fato da maior escolaridade poder implicar em menor uso, conforme já identificado anteriormente. Cabe considerar ainda que o uso de serviços sofre influência do indivíduo que utiliza, mas também, do profissional de saúde que realiza o atendimento e do serviço onde ocorre. Apenas o primeiro contato teria maior relação com a decisão do

indivíduo e com a garantia do acesso, passando, a partir do segundo contato, a ter forte influência do regramento dos serviços. (Travassos e Martins, 2004). No presente estudo, não foi analisada a oferta de serviços, no entanto sabe-se da importância desta para a determinação do uso e o quanto é influenciada por fatores distintos dos que estão sendo estudados por atuarem na demanda (Zucchi et. al., 2000). Observou-se que a maior parte dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, quando questionados, referiu estar controlada, sendo 93,3% dos hipertensos e 88,9% dos diabéticos em 2006. Não houve associação do controle e das práticas de controle referidos pelos idosos, com a posse de plano de saúde, com exceção em 2000, da autopercepção de não piora ser maior em hipertensos que referiam ter plano (Tabela 18).

O controle referido pelos idosos foi maior do que a literatura indica quando identificado por medidas objetivas, como a hemoglobina glicada e a aferição da pressão arterial. Estudo na atenção básica identificou 65,9% de resultados satisfatórios em controle laboratorial de diabetes. Baixa escolaridade, idade avançada e obesidade são fatores que reduzem as taxas de controle. Alguns estudos identificam o controle da HAS em torno de 10,0% a 30,0%, considerando que, no máximo, metade deles teria conhecimento da doença e estariam em tratamento (Freitas et. al., 2001; SBC,2010).

As principais causas modificáveis da HAS e/ou DM são a dieta, com particular atenção à importância da redução do sal, a prática da atividade física, a redução da obesidade e a redução do uso de tabaco e álcool. São, portanto, esses os alvos da terapêutica não medicamentosa para o controle das doenças crônicas que, alinham-se às estratégias de promoção da saúde (OPAS, 2007) e de envelhecimento ativo (OMS, 2005).

A proporção de uso de tabaco encontrada entre idosos hipertensos e/ou diabéticos na linha de base (12,9%) foi maior em homens e, menor do que nos idosos em geral (15,8%), tendo-se reduzido no período (7,3% em 2006) (Tabela 19). Isso indica que os portadores de condições crônicas podem ter reduzido o uso de drogas, em função de orientação do profissional de saúde ou, até mesmo, por uma piora clínica que impediu a continuidade da dicção. Na análise longitudinal, é importante considerar que os fumantes, que apresentam maior mortalidade, diminuíram no período e que, o aumento de mulheres, também pela maior mortalidade masculina, pode influenciar nisso.

Tabela 18– Controle (%) referido por idosos hipertensos e/ou diabéticos, segundo plano de saúde. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

		HAS				DM			
		Sem PS	Com PS	Total	p	Sem PS	Com PS	Total	p
Casos prevalentes em 2000	<i>Doença geralm.controlada</i>	83,7	85,9	84,8	0,36	76,1	81,1	78,5	0,34
	<i>Doença melhor ou igual ano anterior</i>	81,9	87,9	84,9	<0,01	84,1	82,6	83,4	0,72
	<i>Realiza dieta ou perdeu peso</i>	47,0	44,2	45,6	0,48	67,0	59,8	63,6	0,18
Casos prevalentes em 2000, em 2006.	<i>Doença geralm.controlada</i>	91,4	94,2	92,8	0,24	89,5	81,5	85,5	0,16
	<i>Doença melhor ou igual ano anterior</i>	89,8	89,7	89,7	0,97	81,1	80,2	80,7	0,90
	<i>Realiza dieta ou perdeu peso</i>	67,1	63,3	65,2	0,40	74,5	76,3	75,4	0,82
	<i>Realiza exercício</i>	32,5	40,6	36,5	0,06	-	-	-	-
Casos prevalentes em 2006	<i>Doença geralm.controlada</i>	92,1	94,6	93,3	0,26	91,6	86,2	88,9	0,23
	<i>Doença melhor ou igual ano anterior</i>	88,7	89,2	88,9	0,82	83,4	77,0	80,3	0,37
	<i>Realiza dieta ou perdeu peso</i>	61,0	60,9	60,9	0,98	77,1	74,9	76,1	0,73
	<i>Realiza exercício</i>	32,2	39,3	35,6	0,08	-	-	-	-

Não se observou associação de uso de serviços de saúde no ano anterior à entrevista com o uso de tabaco, em nenhum dos períodos. Sabe-se que não é possível identificar claramente se a redução do hábito no período está relacionada a uma maior adesão, pois não se pode identificar se houve ou não prescrição. No entanto, entende-se que serviços de atenção à saúde às condições crônicas, em particular à HAS e/ou DM, devem estimular a adoção de novos hábitos e, portanto, esperam-se melhores resultados por quem teve melhor cuidado.

Identificou-se 27,5% de uso de bebida alcoólica entre os idosos hipertensos e/ou diabéticos da linha de base que, não apresentou alteração no período, apesar da redução entre os idosos em geral - 6,8% em 2006 (Tabela 19). O uso de serviços de saúde mostrou associação com menor porcentagem de maior uso de álcool apenas em 2000. Isso pode indicar tanto que os serviços de saúde têm conseguido atuar na redução do uso, como também que os idosos que utilizam mais bebida alcoólica, utilizam menos

os serviços de saúde, ou seja, acompanham menos sua condição crônica e, portanto, tenderiam a um menor controle da doença.

Tabela 19– Distribuição dos fatores de risco (%) de idosos hipertensos e/ou diabéticos na linha de base, segundo sexo e uso de serviços de saúde no ano anterior à entrevista. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Ano	Fatores de risco	Homens	Mulheres	Não usou serviço	Usou serviço	Total
Hábito de fumar	2000					
	<i>Nunca fumou</i>	27,8	68,5	43,2	53,8	52,7
	<i>Fumou e parou</i>	53,7	22,2	37,1	34,1	34,4
	<i>Fuma</i>	18,5	9,4	19,7	12,1	12,9
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	p	<0,01		0,06		
	2006					
	<i>Nunca fumou</i>	27,8	71,9	46,2	56,5	55,9
	<i>Fumou e parou</i>	61,7	22,5	45,9	36,2	36,8
	<i>Fuma</i>	10,4	5,6	7,9	7,3	7,3
Uso de bebida alcoólica	2000					
	<i>Não usa</i>	56,6	82,6	56,0	74,3	72,5
	<i>Menor uso</i>	23,0	14,5	22,1	17,3	17,8
	<i>Maior uso</i>	20,4	2,9	21,9	8,4	9,7
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	p	<0,01		<0,01		
	2006					
	<i>Não usa</i>	60,7	85,1	85,2	75,7	76,2
	<i>Menor uso</i>	18,8	10,9	9,9	14,0	13,7
	<i>Maior uso</i>	20,6	4,0	4,9	10,4	10,1
Estado nutricional	2000					
	<i>Eutrófico (23<IMC<28)</i>	49,4	35,5	57,0	38,9	40,7
	<i>Baixo peso (IMC ≤23)</i>	20,5	19,0	13,6	20,1	19,5
	<i>Sobrepeso (28≤IMC<30)</i>	14,8	13,7	8,0	14,8	14,1
	<i>Obesidade (IMC≥30)</i>	15,4	31,8	21,4	26,2	25,7
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	p	<0,01		0,01		
	2006					
	<i>Eutrófico (23<IMC<28)</i>	46,4	35,6	30,3	39,9	39,6
	<i>Baixo peso (IMC ≤23)</i>	24,2	22,6	32,3	22,8	23,2
	<i>Sobrepeso (28≤IMC<30)</i>	14,1	10,5	4,3	12,3	11,8
	<i>Obesidade (IMC≥30)</i>	15,3	31,2	33,1	25,1	25,4
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	p	<0,01		0,26		

A associação de HAS e DM com o fato de não fumar ou ter parado de fumar e o menor uso de bebida alcoólica, e a não associação com o fumo e o maior uso de álcool, como seria esperado, trata-se de provável fator de confusão, frequente em estudos transversais, pois os portadores de condições crônicas tendem a reduzir o hábito de fumar ou beber por estarem doentes (Zaitune et. al., 2006; Mendes T, 2010).

O fator de risco que mais atinge as mulheres idosas é a obesidade. Observou-se 25,7% de obesos entre os idosos hipertensos e/ou diabéticos da linha de base (20,9% entre os idosos em geral) e não houve mudança no período. A redução do peso em idosos hipertensos e/ou diabéticos poderia contribuir para o melhor controle das condições crônicas e melhor qualidade de vida. Há uma tendência de redução dos fatores de risco nos idosos.

Dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, 38,3% pararam de fumar no período, sendo 34,4% dos idosos em geral. A redução do hábito de fumar foi maior entre os hipertensos (39,7%) do que entre os diabéticos (20,0%) e maior também entre os que não têm plano de saúde (41,6%) do que entre os que têm (34,3%).

É interessante que, entre os diabéticos, a redução foi bem menor, indicando que talvez o foco da intervenção não medicamentosa do diabetes esteja mais centrado na dieta e não numa abordagem mais ampla de adoção de hábitos saudáveis.

Analizou-se a atividade física como um importante fator de risco e como importante oferta a ser incorporada nas práticas de cuidado às pessoas com HAS e /ou DM. Em 2000, 26,6% das pessoas idosas entrevistadas referiram realizar atividades físicas regularmente, como esportes, caminhada rápida, dança ou trabalho pesado, no mínimo três vezes por semana (Tabela 20). Estudos indicam ainda a importância da atividade física em pessoas idosas (Matsudo et. al., 2002; Nóbrega et. al., 1999, WHO, 1996). Em 2006, pode-se calcular a atividade física com maior detalhamento, em função da adoção do questionário do IPAQ (Matsudo et. al., 2001), obtendo-se as proporções de 55,2% de idosos ativos e 7,9% muito ativos, sendo que a prática de caminhada e/ou atividade moderada atinge mais de 60% dos idosos entrevistados em 2006.

Estudo realizado por Matsudo et. al. (2002) no Estado de São Paulo, utilizando o mesmo critério, identificou 7,8% de muito ativos, 45,7% de ativos, 37,6% de

irregularmente ativos e 8,8% de sedentários, sendo que, na faixa etária de 50 a 69 anos encontrou 52,5% de ativos e na de 70 anos ou mais, 46,2% de ativos, índice maior do que na faixa etária de 15 a 29 anos. O hábito da caminhada com regularidade entre as pessoas idosas contribui para a manutenção da atividade física e até mesmo para o início dessas atividades nessa fase da vida. Isso é reforçado com o diagnóstico de doenças crônicas que, enquanto não traz limitações funcionais, acaba por ser um estímulo a realização de atividade física, reforçada pela possibilidade de retardar essas complicações, o que já é de conhecimento de boa parte da população.

Tabela 20– Distribuição (%) dos fatores de risco de idosos, segundo sexo, condição traçadora e atividade física e social. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Ano de coleta	Atividades		Homens	Mulheres	Hipertensos	Diabéticos	Total
2000	Atividade física	Não	70,5	75,5	76,0	79,9	73,4
	vigorosa/mo	Sim	29,5	24,5	24,0	20,1	26,6
	derada 3x sem	<i>p</i>	0,07		0,02	0,03	
	Caminhada	Não	31,4	43,6	43,2	47,1	38,9
	3x semana	Sim	68,6	56,4	56,8	52,9	61,1
		<i>p</i>	<0,01		<0,01	<0,01	
2006	Atividade física	Não	45,9	32,8	39,6	45,2	37,9
		Sim	54,1	67,2	60,4	54,8	62,1
	moderada 3x semana	<i>p</i>	<0,01		0,25	0,04	
	Atividade física	Não	86,6	90,4	88,4	92,5	88,9
	vigorosa	Sim	13,4	9,6	11,6	7,5	11,1
	3x semana	<i>p</i>	0,07		0,63	0,10	
	Atividade física	Sedentário	12,9	16,8	17,7	24,2	15,3
		Irreg. ativo	26,1	18,9	22,5	17,1	21,7
		Ativo	51,5	57,5	51,8	52,7	55,2
		Muito ativo	9,5	6,8	8,1	6,0	7,9
2000	Participação comunitária	Não	74,8	71,6	73,2	76,7	72,8
		Sim	25,2	28,4	26,8	23,3	27,2
		<i>p</i>	0,14		0,69	0,15	
	Participação comunitária	Não	81,3	72,5	75,0	68,3	75,9
		Sim	18,7	27,5	25,0	31,7	24,1
		<i>p</i>	<0,01		0,35	<0,01	
2006	Atividades sociais	Até uma ativ	20,0	15,5	17,0	17,0	17,3
		2 a 4 ativ	43,2	39,0	42,1	40,5	40,7
		Sou mais ativ	36,7	45,5	40,9	42,5	42,0
		<i>p</i>	0,04		0,50	0,99	

Em 2000, dos hipertensos e/ou diabéticos que não usavam serviços, 32,5% referiram realizar atividade física, sendo 22,5% dos que usavam nos últimos quatro meses e 25,1% dos que usavam no último ano. Os portadores de doenças crônicas realizam menos atividade física, em função de suas limitações, além do que, sabe-se que quem utiliza mais os serviços de saúde são os mais doentes e mais graves, o que justifica a menor atividade.

Em 2006, pode-se verificar ainda a participação em outras atividades sociais, observando-se que as mulheres participam mais de atividades sociais e comunitárias, conforme se verifica nos serviços que atendem pessoas idosas. Os hipertensos e/ou diabéticos realizam menos atividades sociais, mas os diabéticos apresentaram maior participação comunitária em 2006.

Entre os que têm planos de saúde, no entanto, houve maior participação em programas regulares de exercícios, sem associação com o uso de serviços de saúde nos quatro meses anteriores à entrevista (Tabela 21). Isso pode indicar que os idosos que tem plano de saúde, provavelmente por maior acesso, realizam mais atividades regulares. As atividades sociais também são mais realizadas por idosos hipertensos e/ou diabéticos com planos de saúde, sendo importante considerar que a posse de plano de saúde traduz desigualdades sociais, com diferentes oportunidades de acesso à participação social e ao estímulo à atividade física. Não houve associação com o uso de serviços de saúde.

A Política de Envelhecimento Ativo da OMS (2005) refere-se ao termo “ativo” como a possibilidade de participação nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, sendo que as atividades sociais têm sido observadas como fator protetor para um envelhecimento mais saudável (Rosa, 2003). Os serviços de saúde devem avançar para práticas mais voltadas à promoção da saúde com foco na incorporação de atividades às pessoas idosas que envolvam tanto a oportunidade da inclusão social quanto maior mobilidade e equilíbrio.

Tabela 21 – Distribuição (%) das atividades referidas por idosos hipertensos e/ou diabéticos da linha de base, segundo uso de serviços ambulatoriais, plano de saúde e condição traçadora. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Atividades em 2006		Sem plano de saúde		Com plano de saúde		Hipertensos em 2006		Diabéticos em 2006	
		Usou serviços 4m em 2000	Total	Usou serviços 4m em 2000	Total	Usou serv. controle	Refere controle	Usou serv.s controle	Refere controle
Atividade física	Sedentário	23,1	21,4	17,8	17,8	15,6	16,8	21,5	22,2
	Irreg.ativo	25,7	22,4	17,2	23,2	21,8	23,4	16,3	17,2
	Ativo	40,8	48,7	58,4	51,0	53,9	51,9	54,7	55,3
	Mto ativo	10,4	7,5	6,5	8,0	8,7	7,8	7,5	5,2
	p	0,48		0,60		0,14	0,08	0,47	0,47
Participa programa de exercício	Sempre	5,7	6,2	14,0	12,5	9,1	10,6	12,9	13,5
	Frequent.	4,8	6,3	1,7	3,2	4,5	4,3	3,3	3,1
	Occasion.	0,0	2,9	0,0	2,2	3,8	2,5	2,8	2,1
	Raramen.	4,1	3,2	2,9	4,5	3,9	4,8	2,9	2,7
	Nunca	85,4	81,3	81,4	77,6	78,7	77,8	78,0	78,6
	p	0,51		0,54		0,21	0,02	0,80	0,40
Atividades sociais	Até 1ativ.	22,0	21,4	12,5	10,5	13,8	15,3	14,1	17,7
	2s a 4 ativ.	40,9	44,8	46,6	44,7	44,1	41,2	42,3	37,1
	5 ou +ativ.	37,1	33,8	41,0	44,8	42,1	43,5	43,6	45,2
	p	0,67		0,73		0,02	0,02	0,30	0,23

A intervenção não medicamentosa em idosos com HAS e/ou DM traz um ganho de extrema importância para a qualidade de vida das pessoas idosas com condições crônicas. A atenção primária em saúde deve incorporar junto ao programa de atenção à HAS e/ou DM, principalmente relacionada às pessoas idosas, uma ação mais efetiva no sentido de ofertar opções nesse sentido.

A implantação do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) pode ser um importante avanço na qualificação do cuidado às condições crônicas. Tem o foco multiprofissional e o da promoção da saúde, induzindo a um olhar menos medicalizado e que incorpora os vários saberes. O profissional de nutrição e o educador físico são de extrema importância e contribuem para a implantação de práticas mais coletivas e voltadas às necessidades das pessoas que envelhecem. Nesse sentido, é fundamental uma formação gerontogeriatrica que possa apoiar esse processo, além da oferta de serviços mais amigáveis à pessoa idosa nos territórios (OMS,2008).

Na saúde suplementar, muitas operadoras já têm programas de promoção de saúde e gerenciamento de condições crônicas que induzem a práticas mais saudáveis, incluindo descontos em espaços para práticas de atividades físicas e sociais. O grande desafio ainda é o de ofertar essas mesmas opções para idosos com dependências e com mobilidade reduzida. Para muitos casos, a intervenção passa a ser cada vez mais individualizada e passa a ter grande importância outros profissionais, como o fisioterapeuta e o psicólogo.

Em estudo no Nordeste e Sul do Brasil, Facchini et. al. (2006) observou que a recomendação de exercício físico para melhorar a saúde feita por médico da unidade básica de saúde foi referida por aproximadamente um terço dos adultos e por pouco menos da metade dos idosos, sendo significativamente maior no PSF. No entanto, isso difere da adesão dos idosos. Isso reforça que a atenção a essas condições, por mais evidências existentes, não incorporou a necessidade das recomendações não medicamentosas. Para o médico, além de ser mais difícil essa abordagem, ele sabe da dificuldade da mudança de hábitos e muitas vezes, abre mão de utilizá-los como arsenal terapêutico na relação médico paciente, já tão destituída de possibilidades de trocas de conhecimento e muito mais focalizada na prescrição medicamentosa.

Com relação às pessoas idosas, tem-se o agravante da interação medicamentosa e maior possibilidade de efeitos colaterais, traduzindo efeitos, muitas vezes, ainda maiores de mudança de práticas. O tratamento não medicamentoso é sempre recomendado e, apesar de não se ter abordado especificamente no presente estudo, cabe considerar que têm sido muito valorizadas no tratamento da HAS, a chamada dieta *DASH* e a redução de sal na dieta. O *DASH* foi um estudo randomizado, controlado e multicêntrico, que comparou o efeito de três padrões dietéticos sobre a pressão arterial, mostrando que uma dieta rica em frutas, verduras e laticínios desnatados, escassa em gorduras saturadas et. al.esterol, pode reduzir a pressão arterial (Olmos e Belseñor, 2001).

Quem referiu usar serviços para o controle de sua doença, tanto entre hipertensos quanto entre os diabéticos, foram os mais ativos, indicando uma postura mais próativa. Por outro lado, o controle foi mais relatado por quem referiu menor

atividade. É um desafio o incremento da prática de atividade física por idosos, em particular com condições crônicas e com alguma limitação. Considerando a importância da prática regular de atividade física para ajudar a prevenir a evolução das doenças crônicas e aumentar a capacidade funcional na velhice, espera-se que os serviços de saúde e as cidades organizem-se para ampliar essa prática. A implantação de programas com foco na atividade física para idosos com condições crônicas nas unidades de saúde deve estar adequada às necessidades e capacidades (Cress et. al., 2004; Nelson, 2007) com programas de atividade multidimensional, apoio e estratégias para a mudança de comportamento e gestão de risco. As recomendações atuais para pacientes hipertensos indicam pelo menos trinta minutos de atividades físicas diárias, de intensidade moderada.

A adoção de comportamentos mais saudáveis transcende o espaço da atenção à saúde. Ele é determinado pelas oportunidades que o idoso teve ao longo do seu curso de vida e modificável por políticas amplas e com foco no direito à saúde. Além disso, do ponto de vista do cuidado, é modificável mediante um olhar ampliado da clínica, que incorpore a promoção da saúde como agente transformador e que tenha como foco a autonomia do sujeito e a prática terapêutica compartilhada.

Ao abordar a questão do ponto de vista da pessoa idosa, cabe ir mais além, pois as condições crônicas cardiovasculares e o DM se juntam às condições crônicas geriátricas gerontológicas que, muitas vezes, dependerão de ofertas bastante particulares e específicas da rede de serviços, como o atendimento fisioterápico e/ou domiciliar, nem sempre disponível. Ou seja, um idoso com HAS e demência precisa de profissionais, e cuidadores inclusive, capacitados para respeitar a autonomia da pessoa idosa e ao mesmo tempo incentivá-lo a alguma movimentação. Sabe-se que, ao envelhecer, a atividade física passa a ter, além dos benefícios cardiovasculares, o benefício da mobilidade e do equilíbrio. Na terapêutica medicamentosa, por outro lado, observou-se uma importante ampliação do uso no período analisado (Tabela 22).

Tabela 22– Uso de medicamentos anti-hipertensivos (%) segundo esquema terapêutico. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

		Preval. 2000	Sobreviventes 2000 2006		Incid. 2006	Preval. 2006
Monoterapia	<i>Nenhum</i>	20,1	19,4	8,8	20,0	11,6
	<i>Diuréticos</i>	21,1	23,1	12,6	13,7	12,6
	<i>Inib. adren ação cent. (IAAC)</i>	3,4	4,6	0,8	-	0,7
	<i>Betabloqueador (BB)</i>	4,6	5,0	5,0	4,8	5,1
	<i>Bloq canal de cálcio (BCC)</i>	5,2	5,1	2,6	2,3	2,4
	<i>Inib da enz conv. angiot (IECA)</i>	12,4	11,7	14,8	25,1	17,3
	<i>Bloq sist renina angiot (BRA)</i>	0,6	0,6	0,6	1,0	0,6
Duas classes de drogas	<i>Diuréticos e IECA ou BRA</i>	11,1	10,3	19,7	16,9	19,4
	<i>Diuréticos e BCC</i>	2,6	2,2	3,7	0,6	3,1
	<i>Diuréticos e BB</i>	3,8	4,8	6,4	4,6	6,2
	<i>Diurético e outros</i>	4,1	3,4	1,7	1,0	1,4
	<i>BB e BCC</i>	0,7	1,0	0,5	0,8	0,5
	<i>BB e IECA ou BRA</i>	1,2	1,0	2,8	3,1	2,7
	<i>IAAC e out combinações</i>	0,8	0,7	1,5	1,2	1,6
	<i>BCC e IECA ou BRA</i>	2,2	1,6	5,0	2,5	3,8
Três ou mais classes de drogas	<i>Diurético, BB e outros.</i>	2,3	1,9	8,1	2,4	7,0
	<i>Diurético, IAAC e outros</i>	2,0	2,0	0,7	-	0,5
	<i>Diur, BCC e IECA ou BRA</i>	1,5	1,3	2,9	-	2,4
	<i>BB, BCC e IECA ou BRA</i>	0,0	0,1	0,4	-	0,2
	<i>Diur, BB, BCC, IECA e/ou out</i>	0,3	0,2	1,4	-	0,9
Total		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Os diuréticos são as categorias mais utilizadas, havendo uma tendência do aumento na utilização dos IECA no período. Os inibidores adrenérgicos de ação central (metildopa), que não têm sido recomendados para serem utilizados em idosos em função de seus efeitos colaterais, não tiveram seu uso identificado nos casos incidentes, o que indica uma maior adequação da tendência prescritora mais recente, mas ainda são mais utilizados no SUS. Foi identificada uma mudança do padrão de utilização dos medicamentos no período, como seria esperado em função da importante entrada de medicamentos antihipertensivos no mercado, a princípio, com alguma vantagem em relação à geração anterior de medicamentos (Tabela 23).

Tabela 23 – Uso de medicamentos anti-hipertensivos (%), segundo droga utilizada, plano de saúde e uso de serviços de saúde. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

		Sem PS	Com PS	p	Não usou serv.	Usou últ. ano	Uso últ. 4 m	p	Tot
2000	<i>Diuréticos</i>	52,3	44,8	0,02	39,2	40,6	51,7	0,01	48,6
	<i>Inibid adren e vasod. (metildopa e outros)</i>	13,8	6,2	<0,01	5,7	9,0	10,8	0,28	10,0
	<i>Betabloq (propanolol, atenolol e outros)</i>	9,1	17,4	<0,01	6,7	15,1	13,7	0,12	13,2
	<i>Bloq. can. cálcio (nifedipina, amlod. e outros)</i>	9,5	17,9	<0,01	6,1	13,7	14,6	0,07	13,6
	<i>IECA(captopril, enalapril e outros)</i>	28,9	33,7	0,12	14,7	25,5	34,8	<0,01	31,3
	<i>BRA (losartan, valsartan e outros)</i>	0,9	2,2	0,19	0,0	1,2	1,8	0,51	1,5
	Total	79,4	80,6	0,61	60,7	75,4	83,6	0,01	80,0
2006	<i>Diuréticos</i>	54,1	53,4	0,85	40,4	43,4	56,6	0,04	53,8
	<i>Inibid adren e vasod (metildopa e outros)</i>	6,2	2,5	0,03	5,6	1,1	4,9	0,20	4,4
	<i>Betabloq. (propanolol, atenolol e out)</i>	20,4	25,3	0,19	38,0	22,6	21,9	0,20	22,8
	<i>Bloq. can. cálcio (nifedipina,amlod.e out)</i>	13,4	15,8	0,48	7,8	10,7	15,7	0,24	14,6
	<i>IECA (captopril, enalapril e outros)</i>	51,2	44,8	0,13	31,9	41,7	50,3	0,09	48,1
	<i>BRA (losartan, valsartan e outros)</i>	2,4	12,4	<0,01	8,2	2,6	8,1	0,16	7,3
	Total	88,0	88,8	0,75	80,3	81,5	90,3	0,04	88,5

Segundo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (SBC, 2010), o tratamento da HAS reduz a mortalidade em idosos e tem como objetivo a redução gradual da pressão arterial para valores abaixo de 140/90 mmHg, sendo que a meta pode ser de até 160 mmHg em casos de hipertensão sistólica muito elevada, habitualmente precisando de combinação de drogas. O tratamento medicamentoso deve ser iniciado com dose baixa e direcionado em função da lesão dos órgãos alvo. A terapia pode ser feita com agentes diuréticos tiazídicos, betabloqueadores em combinação, antagonistas de canais de cálcio de ação longa, IECA e BRA. Existem evidências que o tratamento da HAS no idoso reduz a incidência de déficit cognitivo e demência (Mancia et. al., 2007) e a associação de IECA e

diurético em maiores de 79 anos reduziu AVC e insuficiência cardíaca (Papademitriou et. al., 2004; Becket et. al., 2008).

Em 2000, 13,4% dos hipertensos sem plano de saúde e 5,3% dos que têm plano usavam metildopa, passando em 2006 para 5,4% e 1,9% respectivamente. A metildopa está mais associada a episódios de tonturas e quedas em idosos. Atualmente, é recomendada apenas nos casos de HAS na gravidez. O uso de atenolol, betabloqueador de segunda geração, no SUS passou de 2,6% em 2000 para 9,7% em 2006 (passou de 9,3% para 18,0% para os que têm plano de saúde). Cabe ressaltar que os betabloqueadores devem ser preferencialmente utilizados em pacientes com problemas cardíacos isquêmicos e podem ter repercussão no desempenho físico.

O uso de amlodipina, bloqueador de canal de cálcio de segunda geração, foi no SUS, em 2000, de 1,7% passando para 6,7% em 2006, pouco menor que o uso por quem têm plano de saúde. A amlodipina passou a compor a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), mas não foi incorporada ao programa de medicamentos básicos do Estado de São Paulo “Dose Certa”, devendo ser adquirida no mercado pelo município, considerando sua contrapartida financeira. Cabe considerar ainda que os medicamentos de segunda geração podem ser necessários para melhorar a adesão, por facilitar a periodicidade de administração e minimizar os efeitos colaterais. Além disso, o consenso europeu recomenda que, para negros e idosos, deve-se iniciar a terapêutica medicamentosa com diurético e/ou bloqueador de canal de cálcio e, só posteriormente, associar com IECA ou BRA.

Com relação ao enalapril, IECA de segunda geração, recomendado no lugar do captopril, que deveria ficar restrito ao uso na urgência, o uso passou de 9,3% para 15,6% nas prescrições do SUS e de 15,2% para 27,2% na saúde suplementar. Nessa, identificou-se ainda uma pequena redução no uso de lisinopril e outros IECA de última geração (3,6% para 1,8% na saúde suplementar e de 1,35 para 0,5% no SUS), provavelmente em função do incremento do uso dos BRAs (losartan, valsartan e outros) que teve importante incremento em idosos com plano de saúde.

O uso de monoterapia foi maior no SUS, igualando-se aos que têm plano de saúde em 2006. Em 2000, identificou-se que 20,1% dos hipertensos estavam sem medicação,

sendo que eram 20,6% dos que não referiam plano de saúde privado e 19,4% dos que referiam. Dos que usaram serviços nos últimos quatro meses, apenas 16,4% estava sem medicação sendo 39,3% dos que não usaram serviços, reforçando que a maioria dos que não usaram serviços deve se constituir de casos menos graves. Em 2006, apenas 9,5% dos que usaram serviços nos últimos quatro meses estavam sem medicação, sendo 19,7% dos que não usavam serviços de saúde, num total de 11,6% (11,2% para quem tem plano de saúde privado e 12,0% para quem não tem). Chama a atenção ainda encontrar associações de diuréticos e propranolol, considerada como não sinérgica, segundo consensos mais recentes, além de apresentar maior risco de indução de DM.

Dos diabéticos, verificou-se que 33,6% não utilizavam medicação, 54,9% usavam medicação oral, 8,6% insulina e 2,9% ambos (Tabela 24). Para as mulheres, 33,9% não utilizavam medicação, 53,9% usavam medicação oral, 9,4% utilizavam insulina e 2,7% ambos. No caso dos hipertensos, observou-se 33,3% de não utilização medicamentosa, 55,5% utilizando medicação oral, 9,2% de insulina e 1,9% de ambos.

Tabela 24– Uso de medicamentos anti-diabéticos (%), segundo esquema terapêutico. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

		Prevalentes 2000	Sobreviventes 2000	2006	Incidentes 2006	Prevalentes 2006
Sem medicação		33,6	31,6	25,7	35,2	29,5
Insulina		8,6	5,5	6,4	0,3	4,5
<i>Insulina e antidiabético oral</i>	<i>Sulfoniulréia</i>	1,7	1,3	1,7	0,0	1,3
	<i>Metformina</i>	1,1	1,7	4,9	0,4	3,6
	<i>Ambas ou outros</i>	0,1	0,2	1,9	0,3	1,2
<i>Antidiabético oral (monoterapia)</i>	<i>Sulfoniulréia</i>	44,0	46,5	17,3	31,4	21,0
	<i>Metformina</i>	3,1	3,6	14,4	19,3	15,9
	<i>Outros</i>	0,5	0,8	0,8	0,0	0,6
<i>Antidiabético oral (duas ou mais drogas)</i>	<i>Sulfoniulréia e Metformina</i>	5,8	6,7	25,5	13,1	21,4
	<i>Sulfoniulréia e/ou Metfor. e outros</i>	1,5	2,1	1,4	0,0	1,0
Total		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Das pessoas idosas que referiram DM em 2000, 66,4% usavam medicação específica, sendo que em 2006 passaram para 70,5 %. Os medicamentos mais utilizados em 2000 foram a clorpropamida e a glibenclamida, e em 2006, a metformina e a glibenclamida. A utilização de insulina apresentou redução de utilização no período, considerando o menor uso dos casos incidentes e a mortalidade dos mais graves no período.

Com relação apenas aos diabéticos que sobreviveram no período, a utilização de medicação específica passou de 68,4 % em 2000 para 73,1 % em 2006. Observa-se uma tendência no período de redução de utilização do medicamento clorpropamida, com incremento do uso da metformina, tanto como medicação isolada como associada com a glibenclamida. Nos sobreviventes, houve ainda discreto aumento da utilização de insulina. Deve-se considerar que no período, em que pese se tratar dos mesmos pacientes, trata-se de sobreviventes e mais velhos, ou seja, apresentam tanto o efeito do tempo como o efeito da idade, em seu novo padrão de comportamento. Os protocolos atuais indicam a insulinização precoce dos diabéticos, mas nem sempre os profissionais de atenção básica sabem gerenciar a medicação. A maior taxa pode indicar uma ampliação do acesso ao medicamento e uma maior abrangência dos processos de capacitação específicos.

A maior parte das insulinas utilizadas são Insulinas Humanas de longa duração, poucos referiram uso de insulinas de ação rápida ou combinada. As insulinas análogas, também chamadas de especiais, podem ser de ação ultrarrápida - Lispro e Aspart - e de ação prolongada ou basal - Glargina e Detemir. Não houve em 2000 referências ao uso de insulina glargina de longa duração. A porcentagem de insulinização de diabéticos idosos passou de 11,5% em 2000 para 10,6% em 2006 (Tabela 25). Dos medicamentos orais, os mais utilizados foram as sulfoniluréias, em particular a Glibenclamida ou a Clorpropamida que, em 2000, totalizam 81,1% de utilização entre os idosos que usavam medicamentos para o DM.

Tabela 25 – Uso de medicamentos anti-diabéticos (%) segundo esquema terapêutico, plano de saúde e uso de serviços ambulatoriais. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

		Sem PS	Com PS	<i>p</i>	Não usou serviço	Usou últ. ano	Usou últ. 4m	<i>p</i>	Total
2000	Insulina	10,8	12,4	0,65	0,0	2,9	14,0	0,03	11,5
	Medi								
	cam.								
	oral								
	<i>Clorpropam.</i>	26,9	22,3	0,30	20,7	30,0	24,1	0,68	24,7
	<i>Glibenclam.</i>	22,9	21,7	0,83	12,5	22,9	23,0	0,54	22,3
	<i>Out. sulfonil</i>	2,0	10,9	<0,01	0,0	2,6	7,4	0,36	6,2
2006	<i>Outr drog</i>	1,8	2,3	0,73	0,0	4,9	1,7	0,32	2,0
	<i>Metformina</i>	6,0	15,5	<0,01	0,0	1,3	13,0	0,02	10,5
	Total	64,0	69,4	0,33	33,2	57,8	70,8	<0,01	66,5
	Insulina	6,4	15,3	0,04	0,0	9,5	11,2	0,69	10,6
	Medi								
	cam.								
	oral								
2006	<i>Clorpropam.</i>	9,0	4,4	0,24	12,9	0,0	7,5	0,36	6,9
	<i>Glibenclam.</i>	38,9	22,6	0,02	30,0	30,3	31,4	0,99	31,2
	<i>Out. sulfonil</i>	3,6	14,5	<0,01	0,0	8,6	9,1	0,68	8,7
	<i>Outr drog</i>	1,7	1,3	0,80	0,0	0,0	1,8	0,75	1,5
	<i>Metformina</i>	40,9	44,5	0,64	49,1	33,3	43,6	0,53	42,6
	Total	69,4	71,9	0,73	62,0	58,9	72,7	0,31	70,6

A Metformina, isolada ou em combinação com outras drogas, foi utilizada por 10,5% dos idosos em 2000, passando para 42,5% em 2006, com 15,9% de uso isolado. Em 2000, observou-se diferença entre o uso por quem é dependente do SUS e por quem tem plano de saúde, o que não se repetiu em 2006. O uso de outras sulfonilurêias, também indicou diferença significativa de utilização ($p < 0,01$) entre os dependentes do SUS e os que têm plano de saúde, nos dois períodos. As outras drogas redutoras de glicose apresentaram baixa utilização entre os idosos, tanto os que têm plano de saúde quanto os que não têm. Para os muito idosos é importante considerar ainda o risco de hipoglicemia, com metas mais altas de controle glicêmico e com restrições ao uso tanto das biguanidas quanto das sulfoniurêias. Além disso, nos mais idosos a metformina apresenta menor resposta e a acarbose pode ser utilizada com melhores resultados.

Dailey et. al. (2001) observaram resultado semelhante entre adultos do Medicaid com 79,6% dos diabéticos utilizando monoterapia sendo, 85,3% sulfonilureias, 14,0% metformina e 0,7% outro agente, além de 14,5% utilizando apenas insulina, 3,9% combinações orais e 2,1% medicamentos orais associados à insulina. Em recente estudo (Patel, 2010) que avaliou a adesão medicamentosa em pacientes do Medicaid com DM,

os idosos mostraram maior utilização de drogas antidiabéticas associadas e de maior potência em função de uma maior gravidade da doença. Relaciona-se a maior ou menor adesão medicamentosa aos efeitos colaterais, à progressão da idade e aos conhecimentos sobre a doença.

Dos hipertensos e/ou diabéticos que referiram AVC em 2000, apenas 38,3% faziam uso de antitrombótico, sendo que representavam 36,7% do total de idosos que já haviam tido AVC em 2000. Em 2006, 52,0% dos idosos com AVC desde 2000, referiram uso de antitrombóticos, assim como 50,9% dos hipertensos e/ou diabéticos que tiveram AVC no período e 44,6% de todos que referiram AVC em 2006. Dos hipertensos e/ou diabéticos com AVC em 2000 que utilizavam antitrombóticos e sobreviveram, 26,1% deixaram de utilizar em 2006, sendo 22,4% dos que referiram ter utilizado serviços de saúde no último ano. O uso do AAS pode estar relacionado à redução de riscos cardiovasculares associados à síndrome metabólica.

A terapêutica cardíaca utilizada foi verificada em separado sendo que, muitas vezes, se confunde com a terapêutica anti-hipertensiva como no caso dos diuréticos, betabloqueadores e IECA que podem ter uma dupla função terapêutica. Nesses casos, o esquema terapêutico global poderia indicar outra realidade do perfil de utilização medicamentosa analisado. Observou-se que 10,7% dos idosos em 2000, utilizava alguma medicação do grupo da terapêutica cardíaca passando para 7,9% em 2006. Isso ocorre em função de uma provável maior mortalidade dos idosos mais graves, pois considerando apenas os sobreviventes em 2006, verifica-se em 2000 uma porcentagem de utilização de 8,2%. Dos hipertensos e/ou diabéticos com história cardíaca que usavam medicamentos cardíacos em 2000, 57,3% deixaram de usar e, dos que não usavam 8,2% passaram a fazê-lo, indicando importante taxa de não adesão medicamentosa.

Do total de idosos em 2000, 3,6% referiram utilizar terapêutica antidislipidêmica. Dos hipertensos e/ou diabéticos foram 4,6%, sendo 4,3% dos hipertensos e 4,0% dos diabéticos. A maior parte deles utiliza as estatinas, com maior frequência da sinvastatina e da atorvastatina. Em 2000, hipertensos e/ou diabéticos que apresentavam referência à doença cardíaca e/ou à AVC, 7,2% referiram uso de antidislipidêmicos. Em 2006, observa-se um aumento da utilização dos fibratos, assim como de outros

hipolipemiantes, não referidos em 2000. Dos hipertensos e/ou diabéticos que não faziam uso da terapêutica antilipidêmica em 2000, 22,2% passaram a fazer em 2006 e, dos que já faziam 49,6% deixaram de fazê-lo, indicando novamente uma baixa adesão medicamentosa ou, no caso, pode também significar uma melhoria da doença que prescindiu da continuidade da medicação.

Estudo no Rio Grande do Sul (Assunção et. al., 2002) sobre a qualidade da atenção ao DM verificou que 77,0% usava algum tipo de remédio, mas observou uma inadequação no uso (alto uso de clorpropamida e não utilização de metformina em idosos obesos), com baixa adesão a terapêuticas não medicamentosas (dieta e atividade física). Observaram-se desigualdades na utilização da assistência farmacêutica de hipertensos e diabéticos. Acredita-se que haja uma diferença nas possibilidades de aquisição da medicação por quem tem ou não o plano de saúde e que a menor disponibilidade dessas drogas no SUS reduzam as oportunidades de quem depende do sistema público de utilizá-las.

Com relação ao desembolso para os medicamentos, observou-se uma redução importante com relação ao idoso sem plano de saúde, indicando um aumento do acesso à medicação no período. A taxa de desembolso em 2000 foi de 80,8% - 74,9% para os hipertensos, 85,6% para os diabéticos; 69,1% para quem não tem plano de saúde privado, 93,4% para quem não tem - , passando para 60,6% em 2006 - 55,9% para os hipertensos, 53,1% para os diabéticos; 38,4% para quem não tem plano de saúde; 85,4% para quem não tem. Pode-se, portanto, afirmar que, no período estudado, houve uma importante ampliação do acesso gratuito ao medicamento no SUS.

Como o perfil de utilização de medicamentos em idosos impacta muito no custo privado, isso pode ser absolutamente necessário para uma melhor eficácia da atenção às condições crônicas. O gasto privado de idosos com medicamentos num inquérito realizado com aposentados em Minas Gerais identificou que a maior proporção de gastos privados está relacionada ao sistema cardiovascular (26%), sistema nervoso (24%) e trato alimentar e metabolismo (15%), relacionados às condições crônicas. Aponta para a necessidade de estudos de custo efetividade nesse sentido (Lima et. al., 2007).

Com relação ao controle, observou-se que uma importante parcela dos idosos entrevistados afirmou estar com suas doenças crônicas controladas nos dois períodos estudados (Tabela 26).

Tabela 26– Manutenção de controle (%), de dieta (%) e do uso de medicamentos (%) no período, em hipertensos e/ou diabéticos na linha de base, segundo fatores associados e uso de serviços. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

		Mantem Controle		Manutenção de terapêutica não medicamentosa		Manutenção do uso de medicamentos	
		HAS	DM	HAS	DM	HAS	DM
Sexo	<i>Homens</i>	94,3	89,4	74,1	71,8	95,2	81,3
	<i>Mulheres</i>	96,2	90,0	78,5	79,2	93,2	80,2
	<i>p</i>	0,39	0,92	0,43	0,41	0,44	0,91
Idade	<i>60 a 69 anos</i>	96,1	91,5	79,3	80,4	94,3	82,7
	<i>70 a 79 anos</i>	94,1	86,1	75,2	67,4	93,1	77,9
	<i>80 e mais</i>	96,1	89,0	57,8	74,3	92,6	61,3
	<i>p</i>	0,49	0,50	0,07	0,36	0,76	0,47
Atividade Física	<i>Não</i>	95,8	87,7	75,5	74,2	93,4	79,0
	<i>Sim</i>	94,7	98,0	81,5	84,0	95,1	85,6
	<i>p</i>	0,68	<0,01	0,38	0,30	0,49	0,49
Plano de saúde	<i>Não</i>	96,5	92,0	78,5	78,6	93,6	77,9
	<i>Sim</i>	94,5	87,3	75,9	74,3	94,1	83,3
	<i>p</i>	0,37	0,40	0,70	0,64	0,84	0,51
Internação hospitalar	<i>Não</i>	95,6	90,3	76,6	77,4	93,9	81,0
	<i>Sim</i>	92,8	85,2	90,1	64,7	91,8	75,3
	<i>p</i>	0,47	0,58	0,14	0,50	0,72	0,72
Uso de serviços ambulatoriais	<i>Não</i>	100,0	52,3	86,4	100,0	87,7	100,0
	<i>No último ano</i>	99,6	91,4	67,2	49,8	98,3	76,4
	<i>Uma vez nos últ4 m</i>	95,4	97,6	85,5	87,3	93,4	77,1
	<i>Duas v ou mais nos últ4m</i>	93,3	86,5	74,9	75,5	93,3	82,3
	<i>p</i>	0,06	0,09	0,20	0,13	0,35	0,83
Total		95,5	89,8	77,2	76,7	93,9	80,5

Isso pode trazer consequências no sentido do abandono da terapêutica por considerar que “não há necessidade” ou “que já está bom”. O controle referido foi muito maior do que se observa quando se identifica, por medidas objetivas, o controle da PA e/ou dos níveis glicêmicos.

Os diabéticos que realizam atividade física relataram maior manutenção do controle no período indicando sua importância no controle das condições crônicas. Os diabéticos apresentam menor controle referido e relatam menor manutenção da terapêutica no período, tanto medicamentosa, quanto não medicamentosa.

A manutenção de uso de medicamentos e de práticas mais saudáveis no período não pode ser considerada como adesão, pois não se sabe qual a prescrição que foi efetuada e, se está sendo cumprida. Sabe-se apenas da continuidade ou não do tratamento no período, tanto relacionada à terapia não medicamentosa quanto medicamentosa.

A qualidade da atenção às condições crônicas pressupõe melhor nível de adesão à medicação antihipertensiva e/ou antidiabética. A não adesão medicamentosa, na maioria das vezes, está relacionada à falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença, falta de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica, baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e baixa autoestima, dificuldade na marcação de consultas, tempo de retorno prolongado e falta de contato com os faltantes ao controle, custo, posologia e efeitos indesejáveis dos medicamentos e interferência na qualidade de vida após o início do tratamento (SBC, 2010)

4.4. Capacidade Funcional e Mortalidade

As complicações vasculares do DM apresentam-se como um importante indicador da qualidade da atenção aos idosos hipertensos e/ou diabéticos. No presente estudo, dos idosos diabéticos em 2006, 38,7% referiram complicações. Do total das complicações referidas, 42,0% foram oculares, 16,0% circulatórias, 15,0% oculares e circulatórias e 20,0% renais (15,0% associadas com oculares e/ou circulatórias). Os homens apresentaram maior índice de complicações (49,7%) em relação às mulheres (37,3%).

As complicações vasculares são descritas como sendo mais frequentes nos homens e em idosos diabéticos, agravadas pela associação com a HAS, hipercolesterolemia e controle inadequado dos níveis glicêmicos. Resultados do UKPDS (*United Kingdom Prospective Diabetes Study*) indicam importante associação do controle glicêmico e da associação com a HAS com a incidência de complicações e mortes em

diabéticos, assim como a importância do concomitante controle dos níveis pressóricos (Adler et. al., 2003).

No estudo da UKPDS foi observado que pacientes sem microalbuminúria no momento do diagnóstico de DM são livres de nefropatia por uma média de 19 anos e, dos pacientes que desenvolvem microalbuminúria, o tempo médio para a macroalbuminúria ou complicação pior é estimado em 11 anos. Isso faz com que pacientes que desenvolvam a doença mais velhos, tenham menor chance de insuficiência renal. A insuficiência renal crônica impacta na qualidade de vida dos pacientes e nos serviços de saúde. A Terapia Renal Substitutiva, procedimento dialítico utilizado rotineiramente em substituição à filtração renal, além dos procedimentos de transplantes renais, é de alta incorporação tecnológica e elevados custos, tanto para o SUS quanto para a saúde suplementar.

A atenção à saúde das condições crônicas deve incorporar em seus padrões a investigação de doença renal, em particular em hipertensos e/ou diabéticos. O exame para detecção de proteinúria deve ser realizado assim que for efetuado o diagnóstico de DM, além do monitoramento do clearance de creatinina para a identificação e monitoramento em função do risco identificado. Muitos idosos são diagnosticados com DM já com doença renal importante, diminuindo a possibilidade de intervenção exitosa e aumentando os custos. As complicações vasculares e circulatórias também devem ser monitoradas pelos serviços de saúde, no sentido de preveni-las. É preconizada a realização de consulta oftalmológica uma vez por ano em idosos diabéticos e/ou hipertensos e, muitas vezes, é necessária a avaliação vascular para diagnóstico e/ou acompanhamento. O exame dos pés também compõe os padrões preconizados nos vários protocolos para evitar amputações e outras complicações, relacionadas ao pé diabético. Ou seja, deve ser foco prioritário da atenção às condições crônicas, as melhores práticas com evidências na redução de complicações, em particular no DM.

Quem referiu usar serviços de saúde regularmente para controle do DM em 2006, apresentou 42,0% de complicações, pouco maior que no total dos diabéticos. Quem não usou serviços de saúde em 2000, em 2006 apresentou apenas 17,9% de complicações, enquanto quem usou nos últimos quatro meses referiu 40,8% de complicações,

indicando menor gravidade ou, até mesmo, menor conhecimento das complicações, entre os que não usam serviços. Quem foi internado em 2000, também apresentou maior índice de complicações (45,5%), em contraposição a quem não foi internado, com 38,8% de complicações, nesse caso, provavelmente relacionado a maior gravidade.

O uso de serviços é determinado pela pressão da demanda da morbidade e tem dupla direção, ou seja, quanto maior a gravidade, maior o uso, mas, por outro lado, quanto maior o uso, melhor o controle e consequentemente menos complicações. Nesse caso, a gravidade da doença ainda prevalece na determinação do uso. Até porque, ou se está tratando do uso de serviços em geral - o que não quer dizer que o uso seja para controle das condições crônicas, muito pelo contrário -, ou se está tratando do questionamento de uso para controle, que pode ter sido superestimado pelo idoso, considerando ser ele portador de ao menos uma condição crônica.

De qualquer forma, isso pode indicar a fragilidade dos serviços em intervir adequadamente nesse sentido, pois, mesmo nos casos mais graves, espera-se uma influência do uso regular na redução das complicações.

Os beneficiários de planos de saúde apresentaram menor prevalência de complicações do DM. Quem não tinha plano de saúde em 2006, apresentou 44,3% de complicações, enquanto os que tinham apresentaram 32,5%. No mesmo nível de renda (1 a 3 SM), 46,0% dos que tinham plano de saúde apresentaram complicações, sendo 33,4% dos que não tinham, indicando desigualdades relacionadas aos planos de saúde independentemente de renda. Considerando apenas os diabéticos da linha de base em 2000, identificou-se 54,5% de complicações em quem não tinha plano de saúde e 40,1% em quem tinha. Estes resultados evidenciam uma importante desigualdade na qualidade da atenção do DM entre usuários de planos de saúde privados e dos dependentes do SUS.

A ocorrência de complicações vasculares do DM está relacionada à qualidade do cuidado e principalmente ao acesso aos especialistas, no caso, oftalmologista, vascular e nefrologista. Se por um lado a saúde suplementar tem acesso por livre demanda aos especialistas indicando um cuidado fragmentado, por outro lado, o acesso a consultas especializadas no SUS apresenta barreiras e também não garante a integralidade do

cuidado. Nesse sentido, casos mais graves, em função da maior percepção de necessidade para o idoso, indicam uma maior tendência de procura de planos de saúde que, mesmo com eventuais restrições de acesso por quem tem maior risco, podem ter uma carteira de beneficiários bastante envelhecida e com alta prevalência de condições crônicas.

A maioria dos idosos (93,7%) referiu saber que o DM pode afetar sua visão, sendo que 19,0% referiram ter ido ao oculista há um mês, 22,9% há seis meses, 12,5% há um ano e 45,6% há mais de um ano. O idoso, além do controle da HAS e/ou DM, apresenta outros riscos oftalmológicos que indicam benefícios no acompanhamento com especialista, ao menos anual. Dos que tem plano de saúde, 35,1% referem não ir há mais de um ano, sendo 55,7% dos que não tem, indicando desigualdades na qualidade do cuidado, principalmente no que se refere à necessidade de encaminhamento a especialistas prioritários. Isso pode ocorrer em função da dificuldade maior da oferta do especialista na rede pública, mas, principalmente em função da falta de incorporação de protocolos baseados em evidências e da não implantação das chamadas hoje, linhas de cuidado. Estas definem as várias necessidades e sua periodicidade, contribuindo com a organização do sistema de serviços de saúde no sentido da priorização desse cuidado integrado, sob gestão clínica compartilhada.

Os resultados indicam uma situação semelhante com a observada em estudos americanos. Streja e Rabkin (1999) identificaram, durante um período de dois anos que, dos pacientes com DM, 78% exibiam dosagem de LDL; 80% tinham realizado um teste de proteinúria e 62% foram encaminhados para um oftalmologista, sendo que, a maioria dos médicos assumiu a responsabilidade pelo descuido com relação às medidas preventivas analisadas. Em análise de indicadores do Medicare, utilizou-se o uso de oftalmologista anual para prevenção de DM (43%), a hemoglobina glicada semestral (36%), a consulta no período de um mês da alta hospitalar (75%) e a cada 6 meses (93%) como marcadores da qualidade do cuidado em DM (Asch et. al., 2005).

A maior preocupação com o acesso e a qualidade do cuidado de populações mais vulneráveis como a de idosos justifica-se, por eles terem mais doenças crônicas e pior acesso aos serviços, habitualmente com subutilização dos serviços necessários por falta

de oferta, maior uso dos atendimentos de urgência e maior probabilidade de atrasar o momento do uso por falta de acesso facilitado, o que contribui para piores resultados de saúde e maior mortalidade.

Com relação às complicações cardiovasculares da HAS e/ou DM, observou-se maior prevalência e incidência de AVC e doença cardíaca. O AVC foi relatado por 7,3% das pessoas idosas em 2000 sendo 9,6% entre os hipertensos e/ou diabéticos e a doença cardíaca foi referida por 17,8% deles, sendo 24,5% entre os hipertensos e/ou diabéticos (Tabela 27).

A perda da capacidade funcional, considerada como a incidência de pelo menos uma dificuldade em ABVD e/ou AIVD em 2006 em quem não tinha nenhuma limitação em 2000, foi de 14,5% de uma a duas dificuldades e 7,0% três a seis, com 78,4% mantendo a funcionalidade. Nos hipertensos, 73,2% se mantiveram com capacidade funcional preservada sendo que 16,9% apresentaram uma a duas dificuldades e 9,9% três a seis. Dos diabéticos, 73,6% se mantiveram com capacidade funcional preservada, sendo 17,7% de uma a duas limitações e 8,7% de três a seis. Das mulheres diabéticas apenas 66,0% mantiveram a funcionalidade e entre as hipertensas 65,8%.

Em 2006, os hipertensos que afirmaram usar serviços de saúde para controle de sua doença crônica, 27,0% tiveram piora funcional, sendo 30,7% dos que afirmaram não usar. Dos diabéticos que usavam serviços, 25,7% tiveram piora sendo 38,7% dos que não usavam. Dos que referiram controle da doença, 27,1% dos hipertensos tiveram perda funcional, sendo 48,8% dos que referiram não ter controle. Dos diabéticos, 29,7% dos que tinham controle e 34,9 % dos que não tinham, relataram perda funcional no período. Em 2006, tanto o controle referido quanto o uso de serviços para controle, reduziram o risco de perda funcional.

Tabela 27 – Prevalência (%) e incidência acumulada de autorreferência (%) de AVC e doença cardíaca por idosos hipertensos e/ou diabéticos em 2000, segundo condição traçadora e sexo. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Doença cardiovascular	Sexo	Condição traçadora	Prevalência 2000 (%)	Incidência acumulada (%)	Prevalência 2006 (%)
AVC	<i>Homens</i>	<i>HAS</i>	12,7	7,5	16,2
		<i>DM</i>	8,5	4,6	16,4
		<i>HAS e/ou DM</i>	12,0	6,8	15,6
		<i>Total</i>	9,1	6,5	14,1
	<i>Mulheres</i>	<i>HAS</i>	8,2	4,4	9,3
		<i>DM</i>	8,6	1,4	10,7
		<i>HAS e/ou DM</i>	8,1	4,1	9,1
		<i>Total</i>	6,1	3,2	7,8
	Total	HAS	9,9	5,5	12,0
		DM	8,6	2,4	12,8
		HAS e/ou DM	9,6	5,0	11,6
		Total	7,3	4,4	10,3
Doença cardíaca	<i>Homens</i>	<i>HAS</i>	27,2	18,3	31,7
		<i>DM</i>	27,0	27,7	48,1
		<i>HAS e/ou DM</i>	26,7	18,6	33,2
		<i>Total</i>	19,0	13,7	26,1
	<i>Mulheres</i>	<i>HAS</i>	23,7	13,7	28,9
		<i>DM</i>	20,3	19,3	27,5
		<i>HAS e/ou DM</i>	23,1	13,9	28,8
		<i>Total</i>	17,0	12,4	23,4
	Total	HAS	25,0	15,3	30,0
		DM	22,9	21,7	34,8
		HAS e/ou DM	24,5	15,6	30,5
		Total	17,8	12,9	24,4

Dos fatores de risco, o fumo e a cardiopatia mostraram associação com a incidência de AVC em hipertensos e/ou diabéticos, independentemente de outras causas e, mantiveram significância na análise múltipla, que considerou ainda, embora sem que se mostrassem significativos, sinais depressivos como fator protetor e maior participação social e idade (Tabela 28). A associação entre fumo e doenças cardiovasculares é bastante conhecida. Além disso, sabe-se que os serviços de saúde podem atuar no sentido da redução do fator de risco mediante estratégias estruturadas. (Kannel, 1981; Teo et. al., 1981).

O uso de serviços ambulatoriais por duas vezes ou mais no quadrimestre anterior à entrevista mostrou incidência menor de AVC, podendo indicar um efeito protetor, mas não apresentou significância estatística. Não houve associação com uso de serviços de saúde e nem com internação hospitalar. Apesar da importância do tratamento adequado da HAS como forma de redução do AVC, alguns autores identificam que a assistência à saúde não responde por grande parte dos fatores relacionados a ocorrência e mortalidade por AVC (Bonita & Beaglehole, 1987).

Foram determinantes da incidência de dificuldades em ABVD em hipertensos e/ou diabéticos: ser mulher, ter 75 anos ou mais, ter duas ou mais doenças crônicas associadas, ter tido AVC e manifestar sinais depressivos. Ter plano de saúde, maior renda, realizar atividade física e menor ingestão de álcool atuaram como fatores protetores. Foi determinante da incidência de dificuldades em AIVD em hipertensos e/ou diabéticos: a idade acima de 75 anos, a autopercepção de saúde regular ou ruim, baixo peso e obesidade e três ou mais doenças crônicas tendo como fator de proteção o plano de saúde.

Ter tido AVC, apresentar três ou mais doenças crônicas e ser mulher apresentaram-se como fatores de risco e, fazer menor uso de álcool, apresentar sinais depressivos, ter maior renda e referir internação no período anterior entraram no modelo final como fatores de proteção, mas, não se mostraram estatisticamente significantes. A perda da capacidade funcional relacionada às dificuldades das ABVDs em idosos hipertensos e/ou diabéticos ocorreu mais entre idosos com 75 anos e mais, como já observado em outros estudos (Guralnik et. al., 1993, Boult et. al., 1994, Rosa et. al., 2003). Mas, diferentemente desses, ocorreu mais em mulheres. A renda foi associada com a perda de capacidade funcional, mas não se mostrou significativa no modelo múltiplo. Alguns autores que avaliaram a determinação da capacidade funcional não encontraram associação com renda (Rosa et. al., 2003) apesar de já descrita anteriormente (Kingtom e Smith, 1997). Além disso, maior nível educacional não foi protetor de perda funcional como também observado em outros estudos (Rosa et. al., 2003, Guralnik et. al., 1993).

Tabela 28– Risco de incidência autorreferida de AVC e dificuldades em ABVD e AIVD em hipertensos e/ou diabéticos na linha de base, segundo fatores associados. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

		OR (AVC)	OR (Dific.ABVD)	OR (Dific. AIVD)
AVC	<i>Não</i>	-	1,00	1,00
	<i>Sim</i>	-	4,13(1,76-9,70)	3,33(1,15-9,65)
Plano de saúde	<i>Não</i>	1,00	1,00	1,00
	<i>Sim</i>	1,45 (0,63-3,32)	0,69(0,45-1,07)	0,48(0,30-0,75)
Uso de serviços ambulator.	<i>Não</i>	1,00	1,00	1,00
	<i>No último ano</i>	1,49 (0,31-7,15)	2,17(0,82-5,75)	1,32(0,53-3,25)
	<i>Uma vez nos últ 4 m</i>	0,79 (0,17-3,66)	2,55(1,05-6,17)	1,83(0,81-4,16)
	<i>Duas x ou + últ 4 m</i>	0,63 (0,15-2,72)	2,49(1,05-5,87)	1,57(0,71-3,47)
Internação hospitalar	<i>Não</i>	1,00	1,00	1,00
	<i>Sim</i>	1,08 (0,14-8,32)	0,95(0,35-2,55)	0,48(0,14-1,63)
Sexo	<i>Homens</i>	1,00	1,00	1,00
	<i>Mulheres</i>	0,58 (0,26-1,33)	3,02(1,80-5,07)	2,00(1,24-3,23)
Idade	<i>60 a 74 anos</i>	1,00	1	1,00
	<i>75 anos e mais</i>	1,97(0,92-4,24)	2,82(1,83-4,35)	3,97(2,45-6,46)
Renda per capita	<i>Até 1 SM</i>	1,00	1,00	1,00
	<i>1 até 3 SM</i>	1,14 (0,44-2,99)	0,66(0,39-1,12)	0,53(0,31-0,93)
	<i>3 SM ou mais</i>	0,82 (0,24-2,75)	0,67(0,34-1,32)	0,40(0,20-0,78)
Anos de escola	<i>Até 4 a</i>	1,00	1,00	1,00
	<i>4 a 8 anos</i>	1,15 (0,46-2,87)	0,71(0,43-1,16)	0,57(0,34-0,93)
	<i>8 anos ou mais</i>	0,99 (0,32-3,09)	0,65(0,34-1,26)	0,48(0,25-0,89)
Hábito de fumar	<i>Nunca fumou</i>	1,00	1,00	1,00
	<i>Fumou e parou</i>	0,88 (0,32-2,40)	0,60(0,36-0,98)	0,63(0,38-1,05)
	<i>Fuma</i>	3,00 (1,04-8,64)	0,68(0,32-1,43)	1,19(0,60-2,38)
Uso de bebida alcoólica	<i>Não usa</i>	1,00	1,00	1,00
	<i>Menor uso</i>	0,52(0,15-1,79)	0,38(0,21-0,71)	0,56(0,33-0,96)
	<i>Maior uso</i>	1,35 (0,43-4,21)	0,83(0,38-1,81)	0,70(0,33-1,48)
Atividade Física	<i>Não</i>	1,00	1,00	1,00
	<i>Sim</i>	0,77(0,28-2,08)	0,48(0,29-0,82)	0,51(0,31-0,84)
Atividade Social	<i>Não</i>	1,00	1,00	1,00
	<i>Sim</i>	1,76(0,77-4,03)	0,84(0,52-1,35)	0,72(0,45-1,16)
Estado nutricional	<i>Eutrófico (23<IMC<28)</i>	1,00	1,00	1,00
	<i>Baixo peso (≤23)</i>	1,78 (0,54-5,90)	1,90(0,97-3,73)	2,60(1,29-5,23)
	<i>Sobrepeso(28≤IMC<30)</i>	1,66(0,48-5,79)	1,64(0,82-3,28)	1,76(0,86-3,58)
	<i>Obesidade (IMC≥30)</i>	1,06 (0,37-3,08)	2,31(1,32-4,03)	2,66(1,53-4,64)
Comorbidades	<i>Apenas 1 doença</i>	1,00	1,00	1,00
	<i>2 doenças</i>	1,57 (0,63-3,90)	2,48(1,48-4,17)	1,71(1,05-2,80)
	<i>3 ou mais</i>	2,07 (0,66-6,52)	5,59(2,96-10,57)	2,62(1,37-5,01)
Cardiopatia	<i>Não</i>	1,00	1,00	1,00
	<i>Sim</i>	2,13 (0,88-5,14)	1,58(0,94-2,66)	0,92(0,52-1,64)
Sinais depressivos	<i>Sem</i>	1,00	1,00	1,00
	<i>Com</i>	0,33 (0,07-1,61)	2,72 (1,56-4,74)	1,03(0,58-1,84)
Declínio cognitivo	<i>Sem</i>	1,00	1,00	1,00
	<i>Com</i>	1,06(0,27-4,11)	2,08(1,02-4,20)	4,12(1,14-14,96)
Queda	<i>Não</i>	1,00	1,00	1,00
	<i>Sim</i>	1,29(0,54-3,06)	2,30(1,43-3,69)	1,25(0,77-2,02)
Autopercepção de saúde	<i>Excelente/mt boa/boa</i>	1,00	1,00	1,00
	<i>Regular/ruim</i>	0,89 (0,39-2,04)	2,26(1,42-3,61)	2,40(1,52-3,79)

Identificou-se ainda como fatores determinantes para as dificuldades em AIVDs, tanto o baixo peso quanto a obesidade, reiterando análises anteriores (Launer et. al., 1994). Atividade física se mostrou protetora para a perda funcional em idosos hipertensos e/ou diabéticos, em particular nas AIVDs, reiterando estudos anteriores (Matsudo et. al., 2002, Mor et. al., 1994, La Croix et. al., 1993, Seeman et. al., 1995, Clark et. al., 1991). Cabe considerar que, apesar de atividades sociais não terem se mostrado significantes, ter uma vida mais ativa foi identificado como fator protetor de perda funcional (Mor et. al., 1994, Rosa et. al., 2003). Identificou-se associação com a autopercepção de saúde com relação aos casos novos de incapacidade funcional, particularmente com relação às AIVDs, corroborando estudo semelhante (Rosa et. al., 2003).

A autopercepção de saúde vem sendo utilizada como importante preditor de desfechos desfavoráveis e, associada à análise da capacidade funcional, pode indicar de maneira importante a qualidade de vida da pessoa idosa, em particular dos portadores de condições crônicas (Alves et. al., 2007). As comorbidades apresentaram-se como determinantes, como em vários outros estudos (Guaralnik et.al., 1993, Stuck et. al., 1999). Depressão só se mostrou determinante para as ABVDs, como observado por Tinetti (1986). Apresentou ainda comportamento paradoxal na proteção de dificuldades de ABVD no modelo múltiplo. Chama a atenção a desigualdade na piora da capacidade funcional entre os hipertensos e/ou diabéticos que tinham plano de saúde em 2000 e os que não tinham. Na análise múltipla (Tabela 29), posse de plano de saúde está relacionada com menos dependência, em particular nas AIVDs. Por mais que se possa entender o fenômeno como uma evidência de melhor qualidade do cuidado de idosos com condições crônicas do setor privado, está provavelmente relacionada a uma determinação social da dependência que os serviços de saúde não têm conseguido reduzir (Kingtom e Smith, 1997). Isso é reforçado pelo efeito protetor da renda, mesmo que não significativa no modelo múltiplo.

Tabela 29– Risco ajustado por modelo de regressão logística múltipla dos fatores determinantes de incidência acumulada de AVC referido e perda de capacidade funcional (ABVD e AIVD) em idosos hipertensos e/ou diabéticos na linha de base. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

			OR (IC 95%)	p	OR ajustada (IC 95%)	p
AVC	Fumo	<i>Nunca fumou</i>	1,00		1,00	
		<i>Fuma</i>	3,00 (1,04-8,64)	0,04	5,71 (1,80-18,14)	<0,01
	Cardiopatia	<i>Não</i>	1,00			
		<i>Sim</i>	2,13 (0,88-5,14)	0,09	3,31 (1,27-8,67)	0,02
ABVD	Sexo	<i>Homens</i>	1,00		1,00	
		<i>Mulheres</i>	3,02(1,80-5,07)	<0,01	3,02(1,47-6,19)	<0,01
	Idade	<i>60 a 74 anos</i>	1,00		1,00	
		<i>75 anos e mais</i>	2,82(1,83-4,35)	<0,01	2,10(1,19-3,71)	0,01
	Comorb.	<i>Uma</i>	1,00		1,00	
		<i>Duas</i>	2,48(1,48-4,17)	<0,01	2,08(1,11-3,89)	0,02
		<i>Três ou mais</i>	5,59(2,96-10,57)	<0,01	3,97(1,86-8,50)	<0,01
	AVC	<i>Não</i>	1,00		1,00	
		<i>Sim</i>	4,13(1,76-9,70)	<0,01	4,20(1,47-6,19)	0,03
	Sinais depressivos	<i>Não</i>	1,00		1,00	
		<i>Sim</i>	2,72 (1,56-4,74)	<0,01	1,89(1,01-3,56)	<0,05
AIVD	Plano de saúde	<i>Não</i>	1,00		1,00	
		<i>Sim</i>	0,48(0,30-0,75)	<0,01	0,57(0,33-0,99)	<0,05
	Atividade Física	<i>Não</i>	1,00		1,00	
		<i>Sim</i>	0,51(0,31-0,84)	<0,01	0,52(0,28-0,96)	0,04
	Idade	<i>60 a 74 anos</i>	1,00		1,00	
		<i>75 anos e mais</i>	3,97(2,45-6,46)	<0,01	4,16(2,27-7,63)	<0,01
	Auto-percepção de saúde	<i>Excelente/mta boa/boa</i>	1,00		1,00	
		<i>Regular/ruim</i>	2,40(1,52-3,79)	<0,01	2,05(1,17-3,60)	0,01
	Estado nutricional	<i>Eutrófico (23<IMC<28)</i>	1,00		1,00	
		<i>Baixo peso (≤23)</i>	2,60(1,29-5,23)	<0,01	3,00(1,32-6,83)	<0,01
		<i>Obesidade (IMC≥30)</i>	2,66(1,53-4,64)	<0,01	2,27(1,24-4,15)	<0,01

Não se mantiveram no modelo final, como seria a princípio esperado, a utilização de serviços de saúde como determinante da incidência de incapacidade funcional em idosos hipertensos e/ou diabéticos. No entanto, cabe salientar que se deve dar importância aos fatores modificáveis que foram associados à perda da capacidade

funcional em hipertensos e/ou diabéticos, como as comorbidades e o estado nutricional, como alvo da atenção às condições crônicas nos serviços de saúde.

Além disso, a depressão e a autopercepção de saúde pior como preditores de perda funcional devem ser alvo das políticas de saúde, no sentido de ampliar a autoestima e a autoeficácia de idosos com vistas a um envelhecimento mais saudável e ativo. O idoso com condições crônicas que melhora sua autoestima, consegue melhor adesão às várias intervenções necessárias, maior controle e, portanto, viver melhor.

Os sistemas de saúde não atuam na integralidade do cuidado e na intersectorialidade das respostas, avançando pouco no enfrentamento do paradigma da capacidade funcional. Ao verificar-se quem tinha plano de saúde, a redução de incapacidade com o uso de serviços foi menor que entre os que não tinham. A melhor situação é ter plano de saúde e não usar serviços, indicando a melhor condição funcional para os casos menos graves, os quais evoluem bem, em curto prazo, mesmo sem o uso de serviços de saúde.

Quem usou serviços de saúde ambulatoriais nos últimos quatro meses, apresentou, na análise bivariada, maior incidência de dificuldades em ABVDs e AIVDs, apresentando significância estatística apenas nas ABVDs. Isso indica que a maior utilização, como já discutido anteriormente, é determinada pela maior gravidade e tende a piores desfechos. Os serviços de saúde precisariam ampliar suas ações de cuidados às condições crônicas, para avançar na possibilidade de contribuir com a manutenção da capacidade funcional. Apesar de ser o principal paradigma da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006a) a ser enfrentado, os serviços de saúde ainda não se organizam nesse sentido.

A não determinação de menor perda funcional em função do uso de serviços de saúde de forma mais regular pode indicar tanto que a oferta de serviços não está adequada às necessidades múltiplas dos idosos com condições crônicas, reforçando o que tem sido identificado por outros autores, quanto que a pressão da demanda dos casos mais graves, mesmo em estudos longitudinais, ainda impactem em maior uso e independente disso, em maiores limitações. Ao observar-se que o uso de serviços ambulatoriais de saúde determina maior limitação, pode-se entender que o uso está

sendo determinado basicamente pela necessidade, dado pela gravidade, e não o uso para controle e com foco preventivo, como recomendado. O idoso com condição crônica precisa ser alvo de programas específicos onde a continuidade do cuidado, o compartilhamento das decisões, o conhecimento da doença e de seu tratamento sejam focos prioritários.

A internação não se mostrou preditora de perda funcional em idosos hipertensos e/ou diabéticos, sendo que alguns estudos a indicam como sendo importante para monitorar a qualidade da atenção (Ramos et. al., 1993; Ilnouye et. al., 2000). No entanto, deve-se verificar, a determinação está sendo analisada no período de cinco anos e portanto, distante dos efeitos mais diretos da internação hospitalar na incapacidade funcional. Cabe considerar que, no entanto, muitas vezes, as internações de hipertensos, mais especificamente, relacionam-se a internações de menor permanência o que, juntamente com a causa da internação, estariam mais relacionadas à perda funcional.

A perda da capacidade funcional no tocante às AIVDs está mais relacionada à perda da autonomia do idoso, ou seja, da sua capacidade de tomada de decisão, e muitas vezes se mistura às dificuldades nas ABDVs. No presente estudo, dos hipertensos e/ou diabéticos, 70,9% dos que tinham dificuldades em ABVD apresentaram também dificuldades nas AIVDs em 2000, passando para 79,3% em 2006. Isso agrava as necessidades de cuidado em idosos com condições crônicas. O déficit cognitivo dificulta a tomada de medicação e o autocuidado, bem como a adoção e adesão à dieta saudável e atividade física.

Considerando que a manutenção da capacidade funcional tem importantes repercussões na qualidade de vida da pessoa idosa, por relacionar-se à capacidade de trabalhar e realizar atividades de lazer é necessário que as políticas públicas de saúde atuem de maneira importante na redução de seus determinantes (Rosa et. al., 2003). As variáveis modificáveis traduzem especial importância para a manutenção da capacidade funcional de idosos hipertensos e/ou diabéticos, as complicações como o AVC, as comorbidades crônicas e a obesidade. São todas situações que os serviços de saúde, sejam públicos ou privados, precisam enfrentar no acompanhamento das condições crônicas e não estão fazendo.

Além disso, a desigualdade na qualidade da atenção foi evidenciada, pois, de alguma forma, as diferenças no cuidado entre setor público e privado contribuem para desfechos desiguais. Desigualdade na qualidade do cuidado deve ser alvo das políticas públicas com foco na equidade e têm sido a preocupação dos vários países que, mesmo ampliando o acesso à atenção primária em saúde, não conseguiram reduzir as desigualdades nos indicadores de saúde (Doorslaer et. al., 2006).

Com o aumento da expectativa de vida, passa-se a uma maior preocupação com a causa da mortalidade em idosos e, em particular, com o que leva os idosos com DCNT a morrer mais precocemente, no sentido de identificar os preditores de morte e as desigualdades no morrer, sendo uma importante contribuição dos estudos longitudinais. Além disso, os determinantes modificáveis estão habitualmente relacionados à qualidade do cuidado, considerando que a maior causa de mortalidade em idosos é a doença cardiovascular.

A porcentagem de óbitos acumulados no período foi de 22,9%, sendo 18,8% entre não hipertensos ou diabéticos e 25,9% entre os hipertensos e/ou diabéticos (25,5% entre os hipertensos e 30,8% entre os diabéticos). Dentre os hipertensos e/ou diabéticos, a mortalidade dos homens foi maior (31,8% em comparação a 22,2% das mulheres), sendo 22,0% das mulheres hipertensas, 25,6% das mulheres diabéticas, 31,4% dos homens hipertensos e 38,8% dos homens diabéticos. Entre os hipertensos e diabéticos, encontrou-se 30,9% de óbitos, entre os hipertensos e/ou diabéticos sem AVC e/ou doença cardíaca 20,1% e entre os hipertensos e/ou diabéticos com AVC e/ou doença cardíaca a porcentagem de óbitos atinge 56,0% (Tabela 30).

Obteve-se ainda a taxa de mortalidade por mil pessoas/tempo, de 34,3 para os que não tinham HAS e/ou DM e 48,7 para os que tinham (sendo 48,0 para hipertensos e 59,2 para os diabéticos), atingiu 127,7 entre os hipertensos e/ou diabéticos com AVC e/ou doença cardíaca. O maior risco de morrer para os diabéticos e na associação das duas condições, além dos portadores de AVC prévio e de cardiopatia, encontra-se demonstrado nas curvas de sobrevivência de Kaplan Meier (Gráficos 1 e 2) e na tabela 30.

Tabela 30- Proporção de óbitos (%) e risco de morte de idosos hipertensos e/ou diabéticos na linha de base, segundo fatores associados. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

		Prop.	HR	p	HR ajustada	p
Plano de saúde	<i>Não</i>	29,6	1,00		1,00	
	<i>Sim</i>	22,1	0,71 (0,56-0,91)	<0,01	1,07(0,74-1,55)	0,72
Uso de serviços ambulatoriais	<i>Não</i>	25,5	1,00		1,00	
	<i>No último ano</i>	28,4	1,15 (0,72-1,87)	0,56	0,60 (0,32-1,10)	0,10
	<i>Uma vez últ. 4 m</i>	26,0	1,04 (0,66-1,64)	0,88	0,70 (0,41-1,20)	0,19
	<i>Duas x ou + últ. 4 m</i>	25,0	1,02 (0,66-1,56)	0,94	0,52 (0,30-0,90)	0,02
Internação hospitalar	<i>Não</i>	25,4	1,00		1,00	
	<i>Sim</i>	34,1	1,52 (0,96-2,39)	0,07	1,52(0,82-2,84)	0,19
Sexo	<i>Homens</i>	31,8	1,00		1,00	
	<i>Mulheres</i>	22,2	0,68(0,53-0,87)	<0,01	0,66 (0,44-1,01)	0,06
Idade	<i>60 a 69 anos</i>	19,2	1,00		1,00	
	<i>70 a 79 anos</i>	27,7	1,50 (1,13-2,00)	<0,01	1,08 (0,73-1,58)	0,71
	<i>80 e mais</i>	56,7	3,91 (2,96-5,17)	<0,01	2,32 (1,53-3,52)	<0,01
Renda per capita	<i>Até 1 SM</i>	25,3	1,00		1,00	
	<i>1 até 3 SM</i>	29,1	0,94 (0,71-1,25)	0,67	0,86(0,58-1,27)	0,45
	<i>3 SM ou mais</i>	24,3	0,86 (0,59-1,23)	0,40	1,17(0,68-2,03)	0,57
Anos de escola	<i>Até 4a</i>	29,1	1,00		1,00	
	<i>4 a 8 anos</i>	24,6	0,81 (0,61-1,06)	0,12	1,10(0,74-1,63)	0,63
	<i>8 anos ou mais</i>	18,3	0,60 (0,40-0,91)	0,02	0,91(0,47-1,77)	0,79
Hábito de fumar	<i>Nunca fumou</i>	22,1	1,00		1,00	
	<i>Fumou e parou</i>	27,3	1,30 (0,99-1,70)	0,06	1,17(0,78-1,76)	0,43
	<i>Fuma</i>	37,9	1,87 (1,33-2,64)	<0,01	1,66(1,01-2,73)	<0,05
Uso de bebida alcoólica	<i>Não usa</i>	27,9	1,00		1,00	
	<i>Menor uso</i>	17,4	0,57 (0,39-0,84)	<0,01	0,63(0,37-1,06)	0,08
	<i>Maior uso</i>	26,4	0,89 (0,58-1,37)	0,60	1,07(0,57-2,00)	0,83
Atividade Física	<i>Não</i>	29,4	1,00		1,00	
	<i>Sim</i>	14,7	0,45 (0,31-0,65)	<0,01	0,50(0,30-0,84)	<0,01
Estado nutricional	<i>Eutróf.(23<IMC<28)</i>	23,8	1,00		1,00	
	<i>Baixo peso (≤23)</i>	38,9	1,91 (1,39 -2,63)	<0,01	1,22(0,79-1,88)	0,37
	<i>Sobrep (28≤IMC<30)</i>	22,4	0,87 (0,57-1,32)	0,51	0,83(0,50-1,39)	0,48
	<i>Obesidade (IMC≥30)</i>	15,2	0,61 (0,41-0,91)	0,02	0,62(0,39-0,99)	<0,05
Comorbidade	<i>Apenas 1 doença</i>	17,3	1,00		1,00	
	<i>2 doenças</i>	24,9	1,48 (1,08-2,03)	0,02	1,47(0,94-2,29)	0,09
	<i>3 ou mais</i>	38,7	2,67 (1,94-3,67)	<0,01	1,91(1,06-3,44)	0,03
Cardiopatia	<i>Não</i>	20,7	1,00		1,00	
	<i>Sim</i>	41,8	2,29 (1,78-2,94)	<0,01	1,52 (1,02-2,26)	0,04
AVC	<i>Não</i>	24,6	1,00		1,00	
	<i>Sim</i>	38,2	1,78 (1,26-2,53)	<0,01	0,70 (0,34-1,43)	0,33
Declínio cognitivo	<i>Sem</i>	22,0	1,00		1,00	
	<i>Com</i>	50,8	2,84 (2,18-3,69)	<0,01	1,04(0,62-1,76)	0,87
Queda	<i>Não</i>	24,0	1,00		1,00	
	<i>Sim</i>	30,4	1,37 (1,06-1,76)	0,02	1,10(0,76-1,58)	0,62
Dificuldades em ABVD	<i>Sem dificuldades</i>	22,0	1,00		1,00	
	<i>1 a 2</i>	30,6	1,40 (1,04-1,89)	0,03	1,04(0,67-1,59)	0,87
	<i>3 a 6</i>	58,8	3,73 (2,60-5,35)	<0,01	1,41(0,75-2,67)	0,29
Dificuldades em AIVD	<i>Sem dificuldades</i>	19,0	1,00		1,00	
	<i>1 a 2</i>	34,2	1,98 (1,49-2,64)	<0,01	1,57 (1,02-2,42)	0,04
	<i>3 a 5</i>	50,9	3,38 (2,50-4,57)	<0,01	1,42 (0,75-2,71)	0,28
Autopercep de saúde	<i>Exc/mt. boa/boa</i>	20,8	1,00		1,00	
	<i>Regular/ruim</i>	29,0	1,47(1,14-1,91)	<0,01	0,99(0,67-1,48)	0,97

O risco de morrer é maior, portanto, nos que apresentam associação com doenças cardiovasculares do que nos portadores de DM que, por sua vez, é maior do que nos portadores de HAS, que é maior que na população de idosos em geral.

Corroborando a literatura existente (Deeg et. al., 2003; Wolinsky et. al., 1995; Ramos et. al., 2001; Ramos et. al., 2003; Benyamini et. al., 2003; Idler et. al., 2000), incluindo publicações referentes ao Estudo SABE (Maia et. al., 2006; Paes et. al., 2008), os determinantes da mortalidade entre os idosos hipertensos e /ou diabéticos não diferiram da população em geral . Homens, mais velhos, fumantes, idosos com doenças crônicas, cardiopatas e com dificuldades em AIVDs apresentaram maior risco de morte, tendo a atividade física um efeito protetor.

Sabe-se que a atividade física regular é fundamental para prevenir as condições crônicas, assim como suas complicações (OPAS, 2007). Isso já havia sido identificado em vários estudos e bastante difundido pelo Estudo de Framingham^m, além de já descrito no estudo SABE, com relação à população como um todo (Paes et. al., 2008). Identificá-lo como fator modificável de proteção reforça a necessidade de políticas que ampliem as ações de incentivo e a oferta de programas específicos de atividade física, como parte do programa de atenção ao idoso hipertenso e/ou diabético. Reforça-se que, em pessoas idosas com condições crônicas que fazem atividade física, a chance de morrer foi 50% menor, independentemente de outros fatores.

No entanto, pode-se argumentar que as pessoas idosas que fazem atividade física estão em melhores condições de saúde, e isso explicaria o resultado encontrado. As variáveis utilizadas na análise múltipla permitem reduzir este potencial viés.

Foi identificado, reiterando alguns estudos anteriores, na análise bivariada, um efeito protetor da obesidade. Alguns estudos sugerem que os fatores de risco para a mortalidade em populações mais jovens como, por exemplo, o colesterol elevado não se aplica uniformemente nas populações mais velhas. A literatura mostra dados polêmicos com relação à obesidade como preditor de morte em idosos. Foi identificado, em estudo longitudinal de idosos longevos americanos que utilizou peso e altura referida, a obesidade como protetora de morte nessa população (Grabowski e Ellis, 2001).

^m Dados disponíveis em <http://www.framinghamheartstudy.org>. Acessado em 12/12/2010

Gráfico 1– Curvas de Sobrevivência Kaplan-Meier, segundo condições traçadoras. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Gráfico 2– Curvas de sobrevivência Kaplan-Meier de idosos hipertensos e/ou diabéticos, segundo doenças cardiovasculares (com exceção da HAS). Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Pode estar associado a um efeito da sobrevivência, no qual um maior IMC passa a ter efeito protetor por características específicas dos idosos sobreviventes (Wollinsky et. al., 1995).

Sabe-se, no entanto, que a perda de peso pode reduzir a hiperinsulinemia, a pressão arterial e a dor devido à osteoartrose, sugerindo que o IMC elevado seja um forte preditor de risco para a incapacidade funcional em mulheres mais velhas e que esse risco persiste mesmo em idades mais avançadas. No entanto, são descritos riscos aumentados com importantes perdas de peso, o que pode estar associado com outras condições, como a fragilidade (Launer et. al., 1994). Há evidências de que sempre é tempo para promover saúde e de que a adoção de hábitos mais saudáveis, principalmente em hipertensos e/ou diabéticos, possa ajudar a reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida (OMS, 2005).

O Gráfico 5 mostra a pior condição para os que dependem do SUS, mas usam serviços privados. Isso pode indicar uma dificuldade de acesso aos serviços públicos, com utilização no limite da urgência, com desembolso direto, impactando na mortalidade. Quem tem plano de saúde, mas utiliza serviços públicos também fica em desvantagem no risco de morte, podendo indicar uma dificuldade de utilização dos serviços privados ou uma maior gravidade que dificulte o deslocamento, habitualmente maior para os serviços conveniados, que não têm base territorial. Há desigualdade no risco de morte na análise bivariada com proteção do plano de saúde para idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Com relação à utilização de serviços de saúde, a condição mais protetora foi não ter usado serviços no último ano (Gráfico 06). Estariam provavelmente nessa situação os casos menos graves, e por isso não sofreriam impacto da não utilização e monitoramento de sua condição crônica. Cabe salientar que grande parte dos idosos que não utilizaram serviços de saúde no último ano refere-se a casos de HAS, de menor dependência dos serviços que o DM e, provavelmente, de menor gravidade. Em condição semelhante, no entanto, encontra-se a categoria de duas ou mais consultas nos últimos quatro meses, ou seja, um uso mais frequente, possivelmente para controle.

Gráfico 3– Curvas de sobrevivência Kaplan-Meier de idosos hipertensos e/ou diabéticos, segundo atividade física. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Gráfico 4– Curvas de sobrevivência Kaplan-Meier de idosos hipertensos e/ou diabéticos, segundo estado nutricional. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Gráfico 5– Curvas de sobrevivência Kaplan-Meier de idosos hipertensos e/ou diabéticos segundo plano de saúde e uso de serviços. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Gráfico 6– Curvas de sobrevivência Kaplan-Meier de idosos hipertensos e/ou diabéticos, segundo uso de serviços de saúde. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

A internação hospitalar apresentou-se como importante preditor de morte, pois, principalmente entre os portadores de condições crônicas, está diretamente relacionada à maior gravidade da doença (Wolinsky et. al., 1995). Quem usa mais serviços ambulatoriais também apresenta maior risco de morrer por estar provavelmente relacionado à gravidade da doença. Observa-se, no entanto, que utilizar serviços de saúde com maior frequência, pressupõe uma utilização para o controle da doença e se mostrou protetor para a mortalidade de hipertensos e/ou diabéticos. Para a HAS (Gráficos 07 e 08), não usar medicamento ou usar um apenas são as melhores condições de proteção contra a morte, traduzindo a maior gravidade dos que utilizam maior número de grupos de medicamentos anti-hipertensivos. A ausência de controle, mas, sobretudo a falta de atividade física impacta diretamente no risco de morte. O sedentarismo é apontado por vários autores como preditor de mortalidade (Idler et. al., 2000).

Interessante a proteção observada no caso do DM, para o controle, como esperado, mas também, para os que usam medicação oral (Gráfico 09 e 10), contrariando a expectativa de um menor risco para os que estão sem medicação. Nesse sentido, o medicamento conferiu menor risco de morte, independente da gravidade. Cabe salientar que, os mais idosos, mesmo com diagnóstico de DM, em função da gravidade de sua condição clínica, podem estar sem medicação, em função de uma pouca resposta ou dos riscos de complicações.

Na análise multivariada de sobrevida identificou-se que o principal determinante para a mortalidade foi a idade. A faixa etária de 80 anos e mais tem um risco 2,33 vezes maior de morte que a faixa etária de 60 a 69 anos. A doença cardíaca, a comorbidade (três ou mais doenças) e as dificuldades em realizar uma a duas AIVDs mantiveram a determinação de morte ($p < 0,05$). Sexo, fumo e obesidade obtiveram $p = 0,05$ no modelo múltiplo. Nesse sentido, corroborando estudos anteriores (Fillembaum, 2001; Ramos, 2001), pode-se afirmar que tanto sexo masculino, idade de 80 anos e mais, fumo, obesidade, doença cardíaca, três ou mais doenças crônicas e limitação nas AIVDs estão relacionados com maior risco de morte em pessoas idosas com HAS e/ou DM.

Gráfico 7– Curvas de sobrevivência Kaplan-Meier de idosos hipertensos, segundo controle da doença e dieta. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Gráfico 8 – Curvas de sobrevivência Kaplan-Meier de idosos hipertensos, segundo uso de medicamentos. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Gráfico 9– Curvas de sobrevivência Kaplan-Meier de idosos diabéticos, segundo controle e dieta. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Gráfico 10– Curvas de sobrevivência Kaplan-Meier de idosos diabéticos, segundo uso de medicamento. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Chama a atenção que, das limitações de AIVDs, apenas a categoria de uma a duas limitações manteve determinação no modelo múltiplo, apesar de sua menor associação na análise bivariada. Não se observou determinação de renda e escolaridade no modelo final. Como fatores de proteção, foram determinantes a atividade física e o uso de serviços ambulatoriais com maior frequência.

Cabe considerar aqui que o uso de serviços de saúde, que não apresentava associação estatisticamente significativa na análise bivariada, foi mantido no modelo por ser variável de estudo e, quando ajustado para as outras condições, passou a apresentar uma associação significativa. Acredita-se que o uso mais regular e periódico dos serviços ambulatoriais possa interferir na evolução das condições crônicas, em particular, na HAS e no DM.

A redução da mortalidade proporcional por doenças circulatórias, ocorrida nas últimas décadas entre idosos, se iniciou antes de tratamentos mais eficazes para a redução da letalidade da doença cérebro-vascular e coronária, sugerindo que a queda pode ter ocorrido em função da melhoria de acesso a procedimentos de baixa complexidade como o uso de anti-hipertensivos e medicamentos contra o DM. (Chaimowicz, 1997)

Os preditores de mortalidade encontrados não diferem de outros estudos longitudinais de idosos que estudaram o risco de morte. Ramos et. al. (2001) identificaram 10,0% de mortalidade em dois anos coorte de idosos, também na cidade de São Paulo (Epidoso). Os fatores relacionados ao risco de morte, em análise bivariada também identificaram o sexo masculino, a idade avançada, a auto avaliação de saúde, sedentarismo, quedas, AVC, incontinência urinária, hospitalização, visita ao médico nos últimos seis meses, sinais depressivos, déficit cognitivo e dependência nas AVDs. Na análise multivariada, apenas mantiveram efeito independente sexo, idade, hospitalização, déficit cognitivo e dependência nas ABVDs. Estudo americano de coorte de idosos (Fillembaum et. al., 2000) observou que, com exceção da HAS, as outras doenças crônicas foram fatores preditivos de morte, ajustados pelas condições sociodemográficas.

4.5. Qualidade da atenção

A qualidade da atenção às condições crônicas foi analisada do ponto de vista do processo e do resultado, considerando a importante contribuição desse estudo longitudinal para a produção de conhecimento na área da epidemiologia de serviços de saúde ou a chamada epidemiologia gerencial.

Nesse sentido, na presente análise, optou-se por analisar, exclusivamente, os casos da linha de base, sem os casos novos de 2006, no sentido de permitir a análise longitudinal do conjunto de indicadores. De um total de 1.115 idosos entrevistados em 2006, 508 eram hipertensos e/ou diabéticos sobreviventes da linha de base de 2000. Dos 1.115, 508 apresentaram plano privado em ambas as coletas e, destes, 489 se referiram a planos com valores mensais de R\$50,00 ou mais. Como não foram considerados os idosos da categoria sem renda, a análise ajustada contou com um total de 394 idosos, na dependência dos registros faltantes de cada indicador. Por ser uma análise longitudinal e no sentido de permitir a comparação para todos os indicadores, com exceção da mortalidade, foram incluídos apenas os hipertensos e/ou diabéticos de 2000 sobreviventes em 2006. Análises de tendência e da amostra como um todo de hipertensos e/ou diabéticos foi tratado em seus capítulos respectivos.

Observa-se que, mesmo com um custo mais elevado, os planos de saúde não têm apresentado melhores resultados que o setor público (Tabelas 31 a 33). Conforme descrito na metodologia, algumas previsões do mercado de saúde suplementar indicam que valores muito baixos não seriam viáveis para cobrir os custos necessários de uma assistência adequada (Leal e Matos, 2009). Na realidade, muitos desses planos cobram taxas para utilização, que podem ser impeditivas para o idoso, principalmente considerando os acompanhamentos de rotina, como no caso da condição crônica. O monitoramento de condições crônicas não tem uma cultura hegemônica, nem por parte dos idosos, nem por parte dos sistemas de saúde, da necessidade de utilização preventiva e do benefício dessa prática.

Apenas com relação ao acesso, tempos de espera e satisfação dos usuários, a saúde suplementar demonstrou comportamento melhor (Tabela 31). A maior dificuldade

de acesso e o maior tempo de espera referido por idosos hipertensos e/ou diabéticos sem plano de saúde, independentemente de outros fatores, indica desigualdades na qualidade da atenção às condições crônicas.

A qualidade dos cuidados médicos depende não só das decisões das ações que são tomadas como, também de como essas ações são executadas. Os padrões das melhores práticas de cuidado, baseados em evidência e na avaliação tecnológica, atuam como orientadores dos processos de trabalho.

Tabela 31- Indicadores da atenção aos idosos hipertensos e/ou diabéticos da linha de base, segundo acesso e uso de serviços de saúde, plano de saúde e satisfação do atendimento. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Acesso e uso	Indicador	SUS	SS	Total	OR	p	OR ajust**	P ajust**
Acesso a consultas	<i>Não usou serv. mesmo precis. (2000)</i>	5,6	2,0	3,9	0,34	0,05	0,60	0,45
	<i>Dificuld.acesso(2006)</i>	42,4	16,3	30,2	0,27	<0,01	0,31	<0,01
	<i>Tp agend >30d(2000)</i>	36,3	9,8	23,2	0,19	<0,01	0,17	<0,01
	<i>Tp agend >30d(2006)</i>	56,6	19,5	37,3	0,19	<0,01	0,21	<0,01
Uso ambulatorial	<i>Uso duas ou + cons. nos últ. .4m (2000)</i>	43,0	52,1	47,3	1,44	0,03	1,17	0,50
	<i>Uso de 3 ou mais cons.ano (2006)</i>	75,8	82,5	79,0	1,51	0,08	1,61	0,09
	<i>Uso de cons. controle trim ou + (HAS)(2006)</i>	74,4	72,1	73,3	0,89	0,66	1,07	0,84
	<i>Uso de cons. controle trim ou + (DM)(2006)</i>	70,4	53,0	62,2	0,47	0,05	0,43	0,05
	<i>Uso de 25 ou mais cons ult ano (2006)</i>	15,2	13,1	14,2	0,84	0,57	1,31	0,43
	<i>Tp espera <1h(2000)</i>	44,9	78,6	61,0	4,50	<0,01	4,50	<0,01
Qualidade do atendimento	<i>Tp espera <1h(2006)</i>	52,8	78,2	65,2	3,22	<0,01	3,45	<0,01
	<i>Satisf. últ. cons. muito</i>	86,6	92,8	89,6	1,98	0,04	2,64	0,03
	<i>boa/boa(2006)</i>							

* ajustada para os fatores de predisposição de uso (idade - <75a, 75 a ou mais - e sexo), capacidade de uso (renda percapita - até 1 SM e 1 ou mais SM - e escolaridade - até 4 anos e 4a ou mais) e necessidade de uso (comorbidades - nenhuma e 1 ou mais - e déficit cognitivo).

No entanto, conhecer e incorporar os padrões propostos não se traduz em práticas mais humanizadas, compartilhadas e cuidadoras. As diretrizes da Política Nacional de

Humanização (PNH) do SUS preconizam uma clínica mais ampliada, com co-gestão, acolhimento do usuário e valorização do trabalho e do trabalhador. Traz a discussão da humanização como uma prática ampliada de inclusão dos vínculos de solidariedade e corresponsabilidade, nos espaços da gestão, do cuidado e da formação de sujeitos eternos e, ao longo do tempo, traduz-se em importante ferramenta de gestão da clínica.

No entanto, mesmo com a ampliação da estratégia de saúde da família, não se observa um acesso facilitado aos vários níveis de complexidade e, tampouco, mecanismos regulatórios que possibilitem isso, para além da lógica individual dos serviços. A integralidade e a intersetorialidade são premissas fundamentais na qualificação do cuidado. O paradigma biomédico é importante, mas insuficiente para abordar os problemas de saúde em toda a sua complexidade e é preciso integrar os vários conhecimentos para ampliar o olhar.

A dificuldade de acesso de ambos os sistemas indica que é necessário recuperar um compromisso ético com o sujeito doente, visto de modo singular, e a responsabilização dos serviços com o sujeito. A discussão sobre a importância de ampliar a autonomia dos usuários de forma que possam cuidar melhor de si mesmos e dos outros é fundamental, respeitando a singularidade do adoecer de cada um e do quanto a doença impacta na vida das pessoas e traduzindo a necessidade de projetos terapêuticos mais singulares, em particular, para casos mais complexos (Campos e Guerreiro, 2008).

O projeto terapêutico singular pressupõe a definição compartilhada de metas e de responsabilidades no sentido de aumentar a autonomia dos sujeitos. Frente às necessidades impostas pelas condições crônicas e pelo envelhecimento, é preciso estar atento, ainda, para o processo de medicalização da vida e da velhice. Para isso, é necessário reorganizar o processo de trabalho e deslocar o eixo central do médico para a equipe multiprofissional que deve se responsabilizar por uma escuta mais qualificada das demandas dos usuários (Cecílio e Merhy, 2005). Os cuidados às condições crônicas pressupõem dedicação e tempo por parte dos profissionais de saúde. Nos Estados Unidos refere-se que, muitas vezes, os médicos dedicam mais tempo aos registros burocráticos do que especificamente com o cuidado (McGlynn et. al., 2003). No Brasil, não é diferente. Além disso, eles não valorizam essa ação e acabam não se dedicando a

nenhuma delas adequadamente. Quando o paciente retorna, habitualmente pouco se sabe sobre ele e sobre a evolução de sua doença de maneira detalhada. Com isso, erros são repetidos, não se estabelecem vínculos e há poucos resultados. O resultado de um melhor cuidado às condições crônicas é um resultado compartilhado. Bons profissionais com bons pacientes chegam a um bom termo para viver melhor.

Não se pode imaginar a diferença que faz quando, ao chegar um idoso no consultório, o “seu” médico, aquele que ele tem como referência e “de confiança”, pergunta-lhe se já superou a morte do seu gato, aquele que, anotado no prontuário, foi responsável pelo pico hipertensivo do mês passado. As pessoas desejam mais do que os diagnósticos e as rápidas prescrições que têm sido elaboradas para se sentirem acolhidos em suas demandas e necessidades, principalmente as pessoas mais velhas. Desejam sentirem-se cuidados e acolhidos, em todos os sentidos, principalmente nos casos crônicos, que exigem disciplina, cuidados de longa duração e, acima de tudo, aprendizado para o autocuidado. Além disso, a relação com o cuidador também precisa ser construída, no sentido da sua apropriação do gerenciamento da doença.

Não se observaram diferenças significativas entre o SUS e a Saúde Suplementar com relação a mudança de hábitos nem com relação ao controle percebido (Tabela 32). Fica, porém, evidenciada a ampliação do acesso aos medicamentos para HAS e/ou DM no SUS e a melhoria da adequação das prescrições, considerando os protocolos existentes, em ambos os sistemas. O primeiro contato é fundamental para a vinculação do usuário e a longitudinalidade. Nesse momento estabelece-se uma intervenção com abordagem ampliada do processo saúde e doença que, necessariamente, acontece no território. Essa apropriação do espaço comunitário traduz uma importante potencialidade do setor público e, em particular, da APS (Starfield, 1998).

Tal fato indica que a ampliação da porta de entrada do SUS foi de extrema importância para a ampliação do acesso, mas o modelo de atenção ainda é medicocentrado e restrito a essas possibilidades. A ampliação do acesso aos medicamentos do SUS foi um avanço da política de combate à HAS e DM, mas não se pode traduzir em uma ação isolada. A melhoria da atenção básica e a qualificação dos profissionais deve ser alvo a ser perseguido na qualificação do cuidado à pessoa idosa.

Tabela 32- Indicadores da atenção aos idosos hipertensos e/ou diabéticos da linha de base, segundo fatores de risco, controle e plano de saúde. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Controles	Indicador	SUS	SS	Total	OR	p	OR ajust*	P ajust*
Hábitos saudáveis	<i>Redução do háb.de fumar</i>	41,1	34,7	38,7	0,76	0,63	0,43	0,36
	<i>Redução de álcool gde qtd</i>	68,7	32,8	41,8	0,22	0,14	0,27	0,28
	<i>Melhora do est.nutr.obeso</i>	25,0	21,2	23,2	0,81	0,62	0,70	0,53
	<i>Melhora do est.nutr.desn</i>	10,5	23,7	16,5	2,65	0,20	7,98	0,10
	<i>Passou a fazer ativid. física</i>	53,7	53,2	53,5	0,98	0,94	1,18	0,63
	<i>Passou a part. ativ. sociais</i>	76,5	88,5	81,9	2,37	<0,01	1,66	0,11
Práticas de controle	<i>Cons oftalm ult ano (2006)</i>	49,6	69,0	59,2	2,26	0,03	1,77	0,16
	<i>Cons oftalm ult ano (DM2006)</i>	52,2	71,4	61,7	2,28	0,07	2,21	0,11
	<i>Uso de vacina infl (2000)</i>	67,0	63,5	65,3	0,86	0,56	0,66	0,17
	<i>Uso de vacina infl (2006)</i>	82,3	80,3	81,3	0,88	0,65	0,78	0,48
	<i>Uso de vacina infl (DM2006)</i>	80,0	76,6	78,4	0,82	0,68	0,44	0,25
	<i>Uso med 2 ou+ HAS (2000)</i>	29,3	40,7	34,7	1,65	0,03	2,12	<0,01
	<i>Uso med 2 ou+ HAS (2006)</i>	54,8	58,6	56,6	1,16	0,50	1,49	0,14
	<i>Uso medicação HAS(2000)</i>	79,6	81,7	80,6	1,15	0,56	1,47	0,28
	<i>Uso medicação HAS(2006)</i>	88,5	91,8	90,0	1,46	0,25	1,72	0,18
	<i>Man.med.antihipertensiva</i>	93,3	94,5	93,9	1,23	0,61	1,62	0,38
	<i>Taxa insulinização (2000)</i>	6,9	11,0	8,8	1,66	0,36	3,11	0,19
	<i>Taxa insulinização (2006)</i>	8,2	17,1	12,3	2,32	0,06	1,81	0,27
	<i>Uso medicação DM(2000)</i>	64,3	70,3	67,1	1,32	0,42	1,13	0,79
	<i>Uso medicação DM(2006)</i>	72,1	72,7	72,4	1,03	0,94	0,92	0,85
	<i>Man.med.antidiabética</i>	78,8	86,0	82,3	1,65	0,44	1,30	0,73
	<i>Uso de AAS (DM2000)</i>	12,3	18,1	15,0	1,58	0,35	1,65	0,38
	<i>Uso de AAS (DM2006)</i>	39,8	26,6	33,7	0,55	0,06	0,50	0,12
	<i>Uso clorpropam.(DM2000)</i>	28,9	19,3	24,4	0,59	0,21	0,55	0,19
	<i>Uso clorpropam.(DM2006)</i>	9,9	1,8	6,1	0,16	0,04	0,18	0,08
	<i>Uso metildopa (HAS2000)</i>	13,4	4,6	9,3	0,31	<0,01	0,43	0,09
	<i>Uso metildopa (HAS2006)</i>	6,5	2,5	4,6	0,36	0,06	0,43	0,24
Controle auto percebido	<i>Controle refer.(HAS)(2000)</i>	85,3	87,4	86,3	1,20	0,67	0,69	0,38
	<i>Controle refer.(HAS)(2006)</i>	93,1	95,3	94,2	1,49	0,30	1,87	0,30
	<i>Controle refer.(DM) (2000)</i>	84,0	80,7	82,4	0,80	0,64	0,72	0,56
	<i>Controle refer.(DM) (2006)</i>	92,9	84,2	88,7	0,41	0,11	0,37	0,20
	<i>Autopercepção melhor ano anterior(HAS) (2000)</i>	38,8	30,7	34,9	0,70	0,10	0,99	0,98
	<i>Autopercepção melhor ano anterior(HAS) (2006)</i>	32,1	33,0	32,5	1,04	0,85	1,34	0,31
	<i>Autopercepção melhor ano anterior(DM) (2000)</i>	63,3	43,6	53,9	0,45	0,07	0,50	0,13
	<i>Autopercepção melhor ano anterior(DM) (2006)</i>	41,7	29,4	35,8	1,04	0,85	0,98	0,96

* ajustada para os fatores de predisposição de uso (idade - <75a, 75 a ou mais - e sexo), capacidade de uso (renda percapita - até 1 SM e 1 ou mais SM - e escolaridade - até 4 anos e 4a ou mais) e necessidade de uso (comorbidades - nenhuma e 1 ou mais - e déficit cognitivo).

O SUS avançou na entrega de medicamentos para as condições crônicas, inclusive em casa, mas não conseguiu melhorar a porta de entrada e a continuidade do cuidado. Sem isso, não se ampliará o controle e o impacto nos resultados.

A Saúde Suplementar, por outro lado, tem acessos facilitados, inclusive o livre acesso a especialistas, onerando o sistema como um todo, mas não garante a adequação aos protocolos e produz baixo impacto nos controles.

As práticas de promoção de saúde não apresentaram diferenças significativas entre o SUS e a Saúde Suplementar. A mudança de hábitos nutricionais está centrada na redução do sódio e na perda de peso, quando indicada, e o nutricionista é um profissional de extrema importância na qualidade do cuidado.

Chama-se a atenção para que, no idoso em particular, a preocupação da atividade física recaia, também, sobre a preservação da massa magra, para prevenir fragilidade, quedas e perda funcional (Gazoni et. al., 2009; Matsudo et. al., 2002). Para isso, outros profissionais precisam estar envolvidos no cuidado e os educadores físicos passam a ser vistos como profissionais cuja incorporação nas equipes de saúde é importante.

O setor público avançou nesse sentido ao financiar a estruturação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que passam a incorporar profissionais com formação geriátrico-gerontológica em apoio ao processo de qualificação do cuidado à pessoa idosa, para além do cuidado das condições crônicas cardiovasculares e DM. Em territórios sem o PSF, tem-se estruturado núcleos de apoio à atenção básica que também concentram a mesma equipe multiprofissional do NASF, e podem apoiar ações como foco na manutenção e recuperação da capacidade funcional. Além disso, recentemente, tem sido incorporada a possibilidade de profissionais especializados, graduados em gerontologia que contribuem com a incorporação do conhecimento gerontológico no setor público e privado. Em particular nos idosos com condições crônicas e em processo de fragilização ou com dependências, esse conjunto de situações agrava o quadro e dificulta a qualificação do cuidado. A adesão diminui, a interação das drogas aumenta e os sintomas inespecíficos se ampliam.

As diretrizes de utilização, muitas vezes, são tímidas no sentido da preocupação dos planejadores do sistema em financiar o acesso à tecnologia proposta. Por outro lado,

se está muito distante do cumprimento das práticas de controle que os próprios protocolos, assumidos por cada sistema, público e privado, preconizam. Na realidade, a lógica da oferta é muito maior e impacta muito mais na lógica da utilização. A partir do primeiro contato do idoso com a unidade, a tipologia da utilização passa a ser comandada praticamente em função da oferta. Por essa razão, qualquer protocolo irá acrescentar custos aos sistemas e dificilmente conseguirá apoiar a racionalização do processo. Ele estará inserido numa lógica de mercado que contribui para as decisões dos profissionais de saúde. Mais do que isso, não há uma relação de compromisso e responsabilização entre o paciente e o profissional de saúde. A ausência da cultura de um médico de referência, inclusive no setor privado, restringe as possibilidades de melhores práticas relacionadas aos cuidados às condições crônicas.

A programação proposta para a organização das ações no SUS em 2006 utilizou o conhecimento das áreas técnicas do Ministério da Saúde e os protocolos existentes, no sentido de identificar ações a serem priorizadas na pactuação do financiamento entre as três esferas de gestão. Indicou a atuação sobre alguns indicadores municipais com necessidades de intervenção através de capacitação, adequação de estrutura, qualificação da informação e vigilância em saúde. A HAS, o DM e a Saúde do Idoso foram priorizados no Pacto de Gestão do SUS. Preconizou-se então, para os diabéticos do tipo 2, a realização de quatro consultas médicas, seis de enfermagem e quatro consultas de nutrição por paciente ano, sendo estimado em torno de 30,0% dos atendimentos em serviços especializados e ainda, a realização de 12 glicemias capilares na unidade, quatro glicemias de jejum, quatro hemoglobina glicada, colesterol total, HDL, triglicérides, creatinina, ácido úrico, ECG, exame de urina, microalbuminúria, mapeamento de retina uma vez por ano, além de curativos e debridamentos, quando necessário. Para os hipertensos são preconizadas duas consultas médicas, seis de enfermagem e duas de nutricionistas, além dos vários exames. Para o idoso, em geral, por outro lado, sugere-se a realização de três consultas médicas e três de enfermagem por ano.

Não se observaram diferenças significativas no uso de serviços de urgência e de internação, considerando que se trata de modalidade de utilização evitável. Mesmo com a maior gravidade dessas doenças em função da idade e das comorbidades, esse tipo de

utilização poderia ser reduzido com a qualificação do cuidado ambulatorial e com a oferta de cuidados intermediários de longa duração, quando necessários. Chama atenção o fato de a manutenção da capacidade funcional, relacionada às AIVDs, ter sido o único desfecho avaliado que se mostrou significativo com relação ao efeito protetor de ter plano privado (Tabela 33).

Tabela 33- Indicadores da atenção aos idosos hipertensos e/ou diabéticos da linha de base, segundo uso de serviços, complicações, capacidade funcional, mortalidade e plano de saúde. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Resultados	Indicador	SUS	SS	Total	OR	p	OR ajust*	P ajust*
Uso de serviços sensíveis tratamento amb.	<i>Atendim. de urgência (2006)</i>	13,8	17,5	15,5	1,33	0,33	1,81	0,11
	<i>Uso25 ou+cons ult ano (2006)</i>	15,2	13,1	14,2	0,84	0,57	1,31	0,43
	<i>Intern. ult 4m (2000)</i>	4,2	5,2	4,7	1,24	0,65	1,61	0,21
	<i>Intern. ult ano (2006)</i>	15,4	15,0	15,2	0,97	0,91	0,98	1,24
	<i>Internação HAS (2006)</i>	17,1	14,5	15,9	0,83	0,48	0,75	0,38
	<i>Internação DM (2006)</i>	16,0	16,0	16,0	1,00	1,00	1,24	0,73
Complicações	<i>Incidência AVC(2006)</i>	4,6	5,0	4,8	1,09	0,85	0,88	0,84
	<i>Complic. vascul (DM 2006)</i>	47,4	31,6	39,9	0,51	0,05	0,63	0,25
Capacidade funcional	<i>Perda de capacidade funcional (ABVD) (2006)</i>	29,3	21,6	25,6	0,67	0,10	0,86	0,63
	<i>Perda de capacidade funcional (AIVD) (2006)</i>	40,8	25,4	33,1	0,49	0,02	0,71	0,26
	<i>Melhora ou manut da cap. func. (ABVD) (2006)</i>	71,4	79,0	75,0	1,51	0,08	1,12	0,67
	<i>Melhora ou manut da cap. func. (AIVD) (2006)</i>	57,3	71,9	64,2	1,91	0,01	1,76	0,04
	<i>Melh ou man.cap. func. (Mobilidade) (2006)</i>	46,8	47,3	47,0	1,02	0,93	0,98	0,95
Condições de vida e saúde	<i>Autopercepção de saúde boa/muito boa (2000)</i>	27,8	45,7	36,3	2,19	<0,01	1,40	0,23
	<i>Autopercepção de saúde boa/muito boa(2006)</i>	31,6	45,1	38,0	1,78	0,02	1,45	0,20
	<i>Passou a referir autopercepção muito boa/boa (2006)</i>	20,2	31,4	24,7	1,81	0,06	2,02	0,07
	<i>Autopercepção saúde melhor ano anterior</i>	15,2	16,2	15,7	1,07	0,80	1,76	0,06
Mortalidade	<i>Óbito (2006)</i>	29,6	22,1	25,9	0,67	0,01	0,83	0,32

* ajustada para os fatores de predisposição de uso (idade - <75a, 75 a ou mais - e sexo), capacidade de uso (renda percapita - até 1 SM e 1 ou mais SM - e escolaridade - até 4 anos e 4a ou mais) e necessidade de uso (comorbidades - nenhuma e 1 ou mais - e déficit cognitivo).

Tem sido cada vez mais descrita a determinação das doenças cardiovasculares e DM na redução da capacidade funcional (Alves et. al., 2007; Giacomini et. al., 2008) e, em particular, das AIVDs (Kemper et. al., 2005). Nesse sentido, espera-se que serviços de saúde de melhor qualidade possam impactar na redução das incapacidades. Além disso, a política nacional de saúde da pessoa idosa preconiza a manutenção e a recuperação da capacidade funcional como prioridade (Brasil, 2006a).

Cabe considerar que é importante acompanhar as pessoas idosas além de sua HAS e/ou DM, pois o processo de envelhecimento traz outros desafios como a necessidade do conhecimento das interações medicamentosas para um bom manejo da terapêutica. Além disso, o avançar da idade tem indicado que idosos obesos, com síndrome metabólica, também se fragilizam, com aumento da incidência da chamada obesidade sarcopênica que, assim como a síndrome da fragilidade clássica, que cursa com perda de peso, apresenta desfechos mais desfavoráveis e que precisam ser reconhecidos (Silva et. al., 2006).

É comum observar que os idosos hipertensos e/ou diabéticos são tratados simplesmente como doentes com HAS e/ou DM, sem olhar para o seu processo de envelhecimento. Esse conhecimento é pouco disseminado na rede de serviços e é muito recente a incorporação de profissionais, em particular no setor público, com formação especializada em geriatria ou gerontologia. Apesar de acreditar-se na maior possibilidade do mercado privado em incorporar especialistas, em 2007, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)ⁿ registra 93 geriatras no município de São Paulo, sendo 53 no setor público e 40 no privado, metade deles em hospitais. Os cardiologistas, em número de 1.359 no município de São Paulo, também se dividem igualmente entre o setor público e privado. No entanto, dos endocrinologistas, 143 são do setor público, enquanto 288 são do setor privado, totalizando 371 profissionais.

Idosos com condições crônicas precisam de um acompanhamento mais ampliado e sistemático para evitar a perda funcional. Considerando que as AIVDs são as primeiras atividades a manifestar dificuldades, deve-se ficar atento à necessidade de identificar

ⁿ

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11672&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/prid02>. Dados brutos. Acessado em 10/12/2010.

precocemente essa condição. Salienta-se que a presente análise foi realizada independente, também, do déficit cognitivo. De alguma forma, tal fato pode ser explicado por uma atuação melhor no controle, que não foi medido diretamente neste estudo. Talvez a maior disponibilidade de exames para controle e uma maior incorporação de protocolos contribuam nesse sentido. Além disso, não foi considerada a agregação familiar e a possibilidade de ajuda recebida pelo idoso, que pode influenciar a eficácia do tratamento, bem como a qualificação e o stress do cuidador (Duarte e Lebrão, 2007). No entanto, outros fatores, que precisam de novos estudos, podem interferir nessa associação.

Considerando o reconhecido impacto que as doenças crônicas causam na utilização dos serviços e que, com baixos controles, aumenta-se a utilização de recursos mais caros e complexos, não haveria motivos para a não implantação de modelos de gestão de cuidados crônicos. No entanto, a lógica que acaba prevalecendo muitas vezes é a do custo imediato e não de agregar valor ao usuário, contribuindo para a produção de saúde (Porter e Teisberg, 2007). Isso também é verdade com relação aos exames, muitas vezes necessários na investigação de lesões de órgãos-alvo, como no caso dos exames cardíacos, tais como ecocardiograma, teste ergométrico e cateterismo.

A tecnologia da informação deve estar disponível para apoiar a prática clínica ambulatorial. No Brasil, as experiências nesse sentido são muito discretas. Não há a cultura do registro e compartilhamento de dados clínicos, tampouco do monitoramento de indicadores de qualidade da atenção de condições crônicas. A Saúde Suplementar tem avançado um pouco mais nesse sentido. Num sistema público tripartite - como é no Brasil, compartilhado entre gestores federal, estadual e municipal -, uma política de atenção às condições crônicas precisa de informações compartilhadas que possibilitem o monitoramento de resultados e que, também possam ser utilizadas pela Saúde Suplementar. A comparação entre o cuidado às condições crônicas nos planos de saúde e no Medicare, nos Estados Unidos, é uma preocupação grande considerando que desigualdades na qualidade do cuidado não são justificáveis (Kerr et. al., 2000).

Há muita discussão sobre o tamanho do problema do déficit da qualidade da atenção às condições crônicas, mas vários autores identificam que há uma diferença no

que sabemos que funciona, o que é feito realmente e os resultados disso na sobrevida e na melhoria da qualidade de vida (Saaddine et. al., 2002; McGlynn et. al., 2003, Kerr et. al., 2000).

Apesar de sabermos que medidas como monitoramento da glicemia, medida de pressão arterial, consultas periódicas, controle de lipídeos e rastreamento para complicações oculares, renais, cardíacas e vasculares são fundamentais para um melhor controle e redução de complicações, elas não tem sido feitas rotineiramente, na maioria dos sistemas de cuidados. Além disso, não se estabelecem planos compartilhados e gerenciamento do cuidado que permita o “*continuum*” necessário a melhores resultados na redução de complicações nas condições crônicas em adultos e redução das incapacidades, em particular nos idosos.

O desenho do estudo não permitiu a verificação da periodicidade da realização das práticas diagnósticas, mas, com relação às consultas de enfermagem, observou-se que são muito pouco realizadas, assim como as de nutricionistas, tanto no setor público, como no privado. Os planos de saúde, desde 2008, dobrado o limite pela ANS com a ampliação do novo rol de procedimentos no ano passado, ofertam aos usuários 12 consultas/ano com nutricionista. As entidades de classe inicialmente foram contrárias à limitação da quantidade. No entanto, cabe considerar que, tanto no caso da HAS como do DM, salvo em situações bastante excepcionais, na prática não são realizadas consultas mensais com todos os profissionais da equipe multiprofissional. Tem-se muita preocupação com a lógica corporativa onde a segmentação do olhar se exacerba. Tratando-se de pessoa idosa, não é razoável acreditar que ela, se hipertensa e diabética, irá realizar, por toda a vida, mais de um atendimento de saúde por semana para cumprir toda a programação indicada para seu controle. Assim como há a preocupação de racionalizar os medicamentos, reduzindo-os ao mínimo possível, é necessário qualificar o atendimento ambulatorial para que seja resolutivo.

São consideradas limitações do presente estudo, além das informações referidas pelos idosos, a não avaliação do cuidado às condições crônicas nos idosos institucionalizados, que passam por outras determinações e que, apesar de maior facilidade no “*continuum*” do cuidado, apresentam alta prevalência de incapacidades.

Mesmo com relação aos idosos não institucionalizados, cabe considerar aqui que o estímulo ao autocuidado em idosos é muito difícil de ser estruturado na prática cotidiana dos serviços de saúde. Com isso, muito frequentemente, ele não tem uma real apropriação da sua condição crônica e suas necessidades.

Considerando a necessidade de ampliar a qualidade do cuidado às condições crônicas, várias estratégias vêm sendo implantadas atualmente, tanto na rede pública quanto na particular, como a gestão da clínica em redes regionais integradas e a regulação da atenção por linhas de cuidado no SUS e o monitoramento do perfil de utilização de serviços, a auditoria clínica e os sistemas de gerenciamento de cuidados crônicos nas operadoras de saúde.

Porter e Teisberg (2007), em uma análise da crise do sistema de saúde americano, com altos custos e insatisfação dos usuários, defendem a construção dos ciclos de atenção para as condições crônicas, no sentido de produzir valor, ou seja, saúde para o paciente, para a qualificação do cuidado e redução de custos. Para isso, devem-se integrar todas as etapas do processo de atenção: promoção, prevenção, gerenciamento, reabilitação e cuidados paliativos, competindo por resultados com responsabilidades conjuntas. Para isso, é fundamental que haja informações clínicas organizadas e transparentes. Além disso, os serviços devem se organizar em unidades de práticas integradas, que contemplam o atendimento global de uma condição de saúde que cria valor para o paciente. Os princípios dessas unidades são centrados no paciente, e elas são dirigidas por resultados, com abordagem multidisciplinar e com profissional de saúde de referência, não necessariamente médico.

No caso da pessoa idosa, serviços integrados com foco geriátrico e gerontológico, podem contribuir para a qualificação do cuidado às condições crônicas na saúde suplementar e no setor público. O modelo de saúde privado para um idoso com condição crônica, hoje, por exemplo, são os consultórios particulares e/ou ambulatorios médicos, com especialistas de várias áreas, que se ampliam em função das comorbidades. Não difere do modelo de atenção no SUS onde a busca do “objeto de desejo” passa pelos especialistas, o que, com a ampliação mais recente do acesso, acaba por induzir ao uso pulverizado que os modelos anteriores vêm tentando reverter. A atenção primária em

saúde (APS), bem estruturada em vários territórios, protagoniza a inovação do cuidado às condições crônicas que, para ter resultado, precisa de profissionais capacitados e processo de trabalho qualificado. O uso dos protocolos e a organização de ciclos assistenciais, desenvolvidos no SUS, tais como a efetivação das chamadas linhas de cuidado, permitiriam o “continuum” do cuidado e melhores resultados. O vínculo e o compromisso entre o profissional e o usuário foram desfeitos ao longo do tempo, e as tecnologias duras contribuem para esse distanciamento. Ao envelhecer, preconceitos e barreiras contribuem ainda mais para isso. Cabe ainda considerar que para a melhor qualidade da atenção às condições crônicas deve haver harmonia entre pacientes, familiares, equipe de saúde e comunidade, no sentido de que todos se tornem partícipes de cuidados inovadores. Algumas estratégias associativas que envolvem essa tríade têm sido identificadas no Brasil, tais como as ligas de HAS e as associações de DM.

Mesmo considerando a escassez de recursos na saúde, a mudança de paradigma é fundamental para melhorar os gastos. Sabe-se que a gestão das condições crônicas de forma integral pode reduzir custos com complicações, internações e redução da capacidade funcional. Os sistemas inovadores de serviços de saúde contribuem para a modificação do estilo de vida dos pacientes, melhoram os indicadores biológicos das doenças, reduzem os óbitos, poupam recursos, melhoram a qualidade de vida e melhoram os processos de atenção (OMS, 2003).

No presente estudo, no entanto, mesmo considerando o curto tempo analisado, observou-se uma baixa determinação dos serviços para desfechos mais favoráveis, com baixo impacto na melhoria das condições crônicas em pessoas idosas, além de apresentar pouca diferença entre os sistemas de saúde. Observa-se que a simples ampliação do acesso não é suficiente para impactar em melhores resultados, traduzindo uma realidade da saúde suplementar no Brasil semelhante à norte americana, com elevados gastos e baixos resultados. Uma das explicações para a diferença entre os sistemas público e privado, com relação ao acesso e qualidade, é a sua lógica de intervenção.

O uso de protocolos e a efetiva capacitação dos profissionais, agregando-se processos de supervisão e matriciamento, com especificidade no cuidado às condições

crônicas compõem a mudança do processo de trabalho. Uma das explicações para a semelhança nos processos e resultados da atenção entre os sistemas público e privado, apesar de tudo, é a sua distinta lógica de intervenção. O SUS tem uma lógica coletiva enquanto os planos de saúde, uma lógica individual. Eventuais vantagens do acesso facilitado a profissionais mais especializados, perdem-se na importância de cuidados comunitários e integrados. Nesse sentido, o sistema público avança em critérios mais ampliados de qualidade, mas, por outro lado, tem dificuldades em dar respostas para questões de acolhimento e humanização que se traduzem diretamente na satisfação dos usuários e, na sua ausência, experimentação de frustrações quando em contato com os serviços de saúde.

As possibilidades de avanço na implantação de cuidados integrados, com a melhoria das práticas da APS, traz a possibilidade de uma atuação muito mais intersetorial e de âmbito comunitário. O projeto de cidades saudáveis é um processo que tem contribuído com essa possibilidade trazendo a promoção de saúde para o território urbano, como política pública global (Malik, 1997). Assemelha-se a isso movimento mais recente, liderado pela OMS das cidades “amigas do envelhecimento e do idoso” que incentiva a implantação de políticas intersetoriais integradas (Kalache, 2005). Os idosos são um recurso para as suas famílias, comunidades e economias, desde que em ambientes favoráveis e propícios. Por essa razão, a importância de mobilizar cidades para que se tornem mais amigáveis às pessoas idosas, para que possam usufruir o potencial que elas representam (OMS, 2005). Faz parte da estratégia a escuta qualificada aos próprios idosos no sentido de contribuírem com as intervenções amigáveis e apropriarem-se, conjuntamente, do processo.

De qualquer forma, a melhoria dos cuidados às condições crônicas em uma sociedade que envelhece pressupõe a mudança do paradigma biomédico para o gerontológico, com foco na manutenção e recuperação da capacidade funcional. Dada a complexidade do problema e dos sistemas de saúde, nenhuma solução será simples. No entanto, é fundamental que se avance para estratégias que permitam a melhoria da qualidade do cuidado com melhores resultados. Desigualdades na qualidade do cuidado agravam as desigualdades quantitativas de acesso aos serviços de saúde. Países com

sistemas de saúde privado oferecidos juntamente com os públicos tendem a não conseguir a mesma qualidade da atenção à saúde para as mesmas necessidades, além disso, nem todas as visitas aos médicos terão a mesma qualidade. Considerando ainda a gama de organizações envolvidas na saúde suplementar e no setor público, há desigualdades no âmbito de cada um dos sistemas (Doorslaer, 2006).

Estudos indicam que grupos que usam setores privados utilizam o especialista com muito mais frequência e a desigualdade no acesso ao uso do especialista é sempre maior do que para os atendimentos gerais, habitualmente mais disponíveis (Rodriguez e Stoyanova, 2004; Doorslaer, 2006). As desigualdades da qualidade do cuidado necessitam de avaliações mais direcionadas para cuidados específicos, como a que se deu no presente estudo, verificando-se o uso de serviços e se as melhores práticas são disponibilizadas equitativamente, mediante as necessidades. Alguns estudos sugerem desigualdades na atenção aos tratamentos cardíacos e para o AVC, gerando impacto nos indicadores de saúde (Alter et. al., 1999).

Observa-se que houve ampliação do acesso no período estudado, mas que, ainda, persistem desigualdades na qualidade do cuidado entre o SUS e a Saúde Suplementar. Tanto o sistema público quanto o privado têm oportunidades e desafios que poderão produzir experiências bastante inovadoras e melhorias na qualidade da atenção às condições crônicas. Donabedian (1990) traduz como o principal objetivo dos sistemas de atenção à saúde, *“proporcionar o mais alto nível de qualidade ao menor custo, de maneira mais eqüitativa, ao maior número de pessoas”*. A busca por sistemas de serviços de saúde mais equânimes e eficazes, tanto públicos como privados, passa pela necessidade de ampliar-se o sistema de direitos e da garantia de um envelhecimento ativo e saudável para toda a população. O enfrentamento às condições crônicas, por sua vez, resgata para a sociedade a função das políticas públicas de redução das desigualdades e promoção da vida.

As condições crônicas em pessoas idosas apresentaram forte impacto na utilização de serviços de saúde e estes, por sua vez, influenciaram na possibilidade de um envelhecimento mais saudável, com ampliação do acesso no período estudado, principalmente medicamentoso, em particular no SUS. No entanto, ainda observam-se desigualdades no acesso, assim como na integralidade e na qualidade da atenção e um modelo dos sistemas de saúde público e privados inadequados às necessidades de cuidado das pessoas idosas com condições crônicas.

As condições traçadoras estudadas apresentaram importante incremento da ocorrência em pessoas idosas no período estudado, maior para o Diabetes Mellitus. Observou-se uma prevalência de HAS de 53,1% e de *DM* de 16,8% em 2000, passando para 65,3% e 22,8% em 2006, respectivamente. Há evidências, portanto, que com o envelhecimento, amplia-se a carga de condições crônicas, assim como, elas têm alto impacto na utilização de serviços de saúde.

A cobertura de planos de saúde entre os hipertensos e/ou diabéticos manteve-se durante o período, sendo de 48,9% em 2006. Nesse mesmo período det. al.eta, identificou-se dificuldades em usar serviços de saúde, relatada por 28,6% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, a maior parte relacionada à qualidade percebida dos serviços. Quem tem plano de saúde mostrou menor dificuldade de acesso, menor tempo de espera para agendamento e para ser atendido no serviço e maior satisfação com o uso. Os indicadores de acesso, utilização e resultados da atenção à saúde às condições traçadoras, apontaram para desigualdades no acesso e qualidade, relacionadas à posse de planos de saúde.

O uso de serviços para controle da doença foi maior entre os que não referiram plano de saúde, com ampliação do acesso medicamentoso no período para ambas as doenças, em particular, no setor público, com 70,5% dos diabéticos e 88,4% dos hipertensos usando medicação em 2006. No entanto, é necessário avançar para além do tratamento medicamentoso como alternativa prioritária do controle, em que pese sua importância. Em função da limitação dos serviços de saúde no enfrentamento das condições crônicas, sua atuação deve ser fortalecida nesse sentido, estabelecendo elos entre família e comunidade, ampliando redes sociais e atuando junto ao território. A

autonomia do sujeito precisa ser efetivamente considerada no cuidado à saúde, permitindo melhores resultados. Faz-se necessário a incorporação da promoção da saúde às práticas de gerenciamento e controle das condições crônicas. O cuidado gerontológico precisa permear o processo de atenção à saúde, com melhorias centradas na vinculação das equipes de atenção primária aos idosos. As barreiras de acesso e uma oferta menos qualificada e menos adequada às necessidades do usuário aumentam o risco de desfechos desfavoráveis.

As desigualdades sociais, de gênero e etárias, identificadas com relação ao acesso e a qualidade da atenção, ampliam o conhecimento relacionado às desigualdades em saúde, no sentido do avanço sobre a qualidade dos processos de utilização de serviços, para além da quantidade. Além disso, o foco da pessoa idosa traduz sua maior necessidade de cuidados de longa duração, frente a uma dificuldade na utilização dos serviços de saúde. O acesso ao conhecimento científico deve estar disponível à todos, independente de gênero, idade, etnia, condição sócio econômica ou sistema de saúde que utiliza. Nesse sentido, o setor público avançou bastante e as políticas públicas de enfrentamento à HAS e ao DM, aqui analisadas como traçadoras dos cuidados às condições crônicas, permitiram identificar a ampliação do acesso no período e uma maior adequação da atenção à saúde às melhores práticas.

Mesmo com a incorporação de tecnologias como acesso a medicamentos e arsenal diagnóstico, em particular com relação à HAS e DM, não se tem obtido importante impacto num melhor controle e menores índices de complicações e incapacidade funcional. Apesar de os idosos utilizarem os serviços de saúde com maior frequência, os sistemas de serviços de saúde têm tido baixa atuação na identificação precoce das condições crônicas em pessoas idosas. Há necessidade de avançar para uma atuação mais integrada de promoção de saúde e diagnóstico precoce das condições crônicas e seus fatores de risco.

Estratégias reconhecidas de gestão das condições crônicas, ampliação da equipe multiprofissional, implantação das linhas de cuidado e humanização da atenção são importantes desafios, tanto no setor público quanto no privado, para fazer frente a essa crescente morbidade que se instala e que se avoluma, impactando em mortes e

incapacidades. Estas, tem um custo real e social tão alto que justifica investimentos e intervenções mais efetivas na mudança do paradigma do curar para o cuidar.

Apesar de polissômico, a questão do cuidado traduz a todos a necessidade aqui desnudada. É necessário avançar na incorporação da gestão da clínica em redes de atenção com centralidade na atenção primária em saúde. Com isso, poderia-se contribuir com a qualificação do cuidado, frente à diversidade da demanda das pessoas idosas, com modelos baseados em evidências e com ampliação das práticas cuidadoras. Para isso, é fundamental a incorporação dos sistemas de informação clínica nas várias linhas de cuidado, com ações de regulação em saúde, monitoramento de indicadores assistenciais, avaliação de resultados e auditoria clínica.

São necessários novos estudos para o adequado entendimento do comportamento da população idosa na utilização dos serviços e análise de intervenções de gestão do cuidado para identificar suas forças e fraquezas e avançar numa proposta que seja uma efetiva inovação aos serviços de saúde. Além disso, novos estudos se fazem necessários no sentido do avanço do conhecimento de metodologias para a avaliação da qualidade do cuidado, assim como para a implantação de práticas de monitoramento no âmbito da gestão, em particular das chamadas condições traçadoras das condições crônicas, a princípio bem representadas pela HAS e DM.

Não se encontrou associação entre uso de serviços ambulatoriais nem com AVC, nem com perda de capacidade funcional sendo que, houve associação de posse de plano de saúde apenas com perda da capacidade funcional. Por outro lado, usar serviços ambulatoriais com maior frequência mostrou-se protetor ao risco de morrer. A taxa de mortalidade foi de 48 por mil para os hipertensos e 59,2 por mil para os diabéticos. Nesse sentido, conclui-se o baixo impacto do uso dos serviços na melhoria das condições de saúde com condições crônicas. Isso ocorre não só pela dificuldade dos serviços em avançar frente às necessidades das condições crônicas mas sobretudo reforça a macro determinação das condições crônicas que, dependem de abordagens intersetoriais. Deve-se reconhecer que o setor saúde não conseguirá enfrentar essa questão sem uma ação intersetorial das políticas sociais do estado democrático de direito.

O envelhecimento e as condições crônicas têm importante impacto nos sistemas de serviços de saúde que, ainda não estão adequadamente organizados para uma sociedade que envelhece. Os programas de promoção da saúde e de gestão do cuidado das condições crônicas precisam ser adaptados a nossa realidade, tanto no setor público como no privado, para fazer frente à compressão da demanda, melhoria do acesso e qualificação da atenção. Viver mais e melhor e promover o envelhecimento ativo sem dependências e limitações são direitos das pessoas que envelhecem e contribuem para a sustentabilidade da sociedade brasileira.

-
- Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciências Saúde Coletiva*. 2004;9(4): 833-40.
 - ADA. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2008. *Diabetes Care*. 2008;31(Suppl 1):S12-S54.
 - Aday LA, Andersen RM. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Med Care*. 1981;19(12 Suppl):4-27.
 - Adler AI, Stevens RJ, Manley SE, Bilous RW, Cull CA, Holman RR. Development and progression of nephropathy in type 2 diabetes: The United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS 64). *Kidney International*. 2003;63:225-32.
 - Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *European Journal of General Practice*. 1996;2(2):65-70.
 - Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, Peláez M, Pratts O. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17(5/6):307-22.
 - Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2009; 25(6):1337-1349.
 - Almeida MF, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciências Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):743-56.
 - Alter DA, Naylor CD, Austin P, Tu JV. Effects of socioeconomic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction. *N Engl J Med*. 1999;341(18):1359-67.
 - Alves LC, Quinet Leimann BC, López Vasconcelos ME, Sá Carvalho M, Godoi Vasconcelos AG, Oliveira da Fonseca TC, Lebrão ML, Laurenti R A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1924-30.
 - Aminzadeh F, Dalziel WB. AminzadehF, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med*. 2002;39:238.
 - Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior* 1995; 36(1):1-10.
 - Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Quarterly*. 2005; 83:515.
 - Anderson JG. Health Services Utilization: Framework and Review. *Health Serv Res*. 1973; 8(3):184-99.
 - Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustmans PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2001; 24:1069-78.
-

-
- Arber S, Ginn J. Gender and inequalities in health in later life. *Social Science & Medicine*. 1993; 36(1):33-46.
 - Armitage P, Berry G. *Statistical methods in medical research*. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1987.
 - Asch SM, McGlynn EA, Hiatt L, Adams J, Hicks J, DeCristofaro A, Chen R, LaPuerta P, Kerr EA. Quality of care for hypertension in the United States. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2005; 5:1
 - Assunção MCF, Santos IS, Costa JSD. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(1):205-11.
 - Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001; 6(2):329-39.
 - Barr VJ, Robinson S, Underhill AD, Ravensdale D, Sallvaras S. The expanded chronic of concepts and strategies from population health promotion and chronic care model. *Hospital Quarterly* 2003; 7(1):73.
 - Barreto MS, Passos VMA, Firmo JOA, Guerra HL, Vidigal PG, Lima-Costa MF. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community of southeast Brazil the Bambuí Health and ageing study. *Arq Bras Cardiol*. 2001; 77:576-81.
 - Becket NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al. The HYVET Study Group. The HYVET Study Group Treatment of Hypertension in patients 80 years of age and older. *N Engl J*. 2008; 358:1887-98.
 - Béland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP, Dallaire L. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006; 61(4): 367-73.
 - Benyamini Y, Blumstein T, Lusky A, Modan B. Gender differences in the self-rated health-mortality association: is it poor self-rated health that predicts mortality or excellent self-rated health that predicts survival? *Gerontologist*. 2003; 43:396-405.
 - Bertakis KD, Azari R, Helms J, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract*. 2000; 49:147-52.
 - Berzins MAVS, Paschoal SMP. Programa "Acompanhante de Idosos". BIS, Bol. Inst. Saúde. 2009; 47: 53-55.
 - Blazer DG, Landerman LR, G Fillenbaum G, Horner R. Health services access and use among older adults in North Carolina: urban vs rural residents. *American Journal of Public Health*, 1995; 85(10):1384-1390.
 - Bleyer AJ, Shemanski LR, Burke GL, Hansen KJ, Appel RG. Tobacco, hypertension, and vascular disease: risk factors for renal functional decline in an older population. *Kidney International*. 2000; 57:2072-9.
 - Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002; 288:1775-9.
-

-
- Bonita R, Beaglehole R. The decline in stroke mortality: the limited role of antihypertensive therapy. *N Z Med J*. 1987;100(828):454-6.
 - Borenstein J, Whyte JL, Badamgarav E, Vogel D, Deutsch S, Weingarten S, Lapuerta P. Physician practice patterns in the treatment of isolated systolic hypertension in a primary care setting. *J Clin Hypertens*. 2002; 4(2):93-100.
 - Boulton CH, Kane RL, Louis TA, Boulton L, McCaffrey D. Chronic conditions that lead to functional limitation in the elderly. *Journal of Gerontology, Medical Sciences*. 1994; 49:M28–M36.
 - Bowling A, Farquhar M, Browne P. Use of services in old age: data from three surveys of elderly people. *Soc Sci Med*. 1991; 33:689–700.
 - Brandão AA. Hipertensão arterial no idoso. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2002.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus 2001.
 - Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT – no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília (DF); 2005.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa* 2006a.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF, 60 p. 2006b.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus* 2006c.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais*, 2006d.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde* 2006e.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Manual Técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*. Rio de Janeiro; 2006f.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*, 2008.
 - Brasil. *As Causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)*. Brasília (DF). 2008.
 - Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* 2010.
-

-
- Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):163-77.
 - Camarano AA. (org.). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1999.
 - Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Texto para discussão 858. Rio de Janeiro: IPEA, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2002.
 - Camarano AA. Primeiras análises: tendências demográficas PNAD 2009. Comunicado 64. Rio de Janeiro: IPEA; 2010.
 - Campos GWS, Guerrero AV. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008.
 - Canadian Diabetes Association. CDA. 2003 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes* 2003; 27(Suppl 2): S37-S42.
 - Carvalho FM, Silvany Neto AM, Paim JS, Melo AMC, Azaro MGA. Morbidade referida e utilização de consulta médica em cinco populações do Estado da Bahia. *Ciênc Cult*. 1988; 40(9):853-8.
 - Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):725-33.
 - CDC. Centers for Disease Control and Prevention. State-specific trends in self-reported blood pressure screening and high blood pressure United States, 1991-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2002; 51:456-60.
 - Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005.
 - Chaimovicz F. A Saúde dos idosos brasileiros às vésperas do Século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(2):184-200.
 - Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*. 1987; 40(5):373-83.
 - Clark NM, Becker M, Janz N, Lorig K, Rodowski W, Anderson L. Self-management of chronic disease by older adults: a review and questions for research. *J Aging Health*. 1991; 3(1): 3-27.
 - Connnil EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008, 24 Sup 1:S7-S27.
 - Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineult R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA. *Avaliação em saúde – dos modelos conceituais à prática na análise implantação de programa*. 1a. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
-

-
- Cress Buchner DM, Prohaska T, Rimmer J, Brown M, Macera C, DePietro L, Chodzko-Zajko W. Physical activity programs and behavior counseling in older adult populations. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2004; 36(11):1997-2003.
 - Cristensen CM. Inovação na gestão da saúde. *Artmed*. 2009. 421 pgs.
 - Cutler JA, Sorlie PD, Wolz M, Thom T, Fields LE, Roccella EJ. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in United States adults between 1988–1994 and 1999–2004. *Hypertension*. 2008;52:818-27
 - Dailey G, Myoung S, Lian JF. Patient compliance and persistence with antihyperglycemic drug regimens: evaluation of a medicaid patient population with type 2 diabetes mellitus. *Clinical Therapeutics*. 2001;23(8): 1311-1320
 - Deeg DJH, Bath PA. Self-rated health, gender, and mortality in older persons: introduction to a special section. *Gerontologist*. 2003;43:369-71.
 - Dever GEA. A epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo: Livraria Pioneira e Editora; 1988. 211p.
 - Donabedian A. The epidemiology of quality. *Inquiry*. 1985; 22(3):282-92.
 - Donabedian A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. 1990; 114(11):1115-8.
 - Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. 1 Ed. New York: Oxford University Press; 2003.
 - Doorslaer EV, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*. 2006; 174(2):000.
 - Duarte YAO, Lebrão ML. O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em gerontologia. *Mundo Saude*. 2005;29(4):566-74.
 - Duarte YAO, Lebrão ML. Saúde e independência: aspirações centrais para os idosos. Como estão sendo satisfeitas? In: Neri AL. (Org.). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: SESC Editora; 2007.
 - Dutton D. Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. *Social Science & Medicine*. 1986;23(7):721-35.
 - Ebrahim S, Kalache A. *Epidemiology in old age*. London: BMJ / WHO; 1996. p. 32-40.
 - Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Júnior A, et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no Município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11:633-41.
 - Evashwick C, Rowe G, Diehr P, Branch L. Factors explaining the use of health care services by elderly. *Health Serv Res*. 1984; 19:357–82.
 - Fachini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11:669-81.
 - Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(2):187-93.
-

-
- Fernández-Mayoralas G, Rodríguez V, Rojo F. Health services accessibility among Spanish elderly. *Soc Sci Med*. 2000; 50:17–26.
 - Fernández-Olano C, López-Torres Hidalgo JD, Requena-Gallego M, Sánchez-Castaño C, Urbistondo-Cascales L, Otero-Puime A. Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system. *Health Policy*. 2006;75(2):131-9.
 - Fillembaum GG, Pieper CF, Cohen HJ, Cornoni-Huntley JC, Guralnik JM. Comorbidity of five chronic health conditions in elderly community residents: determinants and impact on mortality. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2000; 55(2):M84-M89.
 - Firmo JOA, Uchôa E, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20:512-21.
 - Fleming BB, Greenfield S, Engelgau MM, Pogach LM, Clauser SB, Parrott MA. The Diabetes Quality Improvement Project: moving science into health policy to gain an edge on the diabetes epidemic. *Diabetes Care*. 2001;24:1815-20.
 - Francisco PMSB. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(1):175-84.
 - Freedman VA, Martin LG. Contribution of chronic conditions to aggregate changes in old-age functioning. *Am J Public Health*. 2000; 90:1755-60.
 - Freitas OC, Carvalho FR, Neves JM, Veludo PK, Parreira RS, Marafioti R et al. Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica na População Urbana de Catanduva, SP. *Arq Bras Cardiol* 2001.77 (1): 9-15
 - Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R, Jose M. La transición epidemiológica en America Latina. *Bol Of Sanit Panam*. 1991; 111(6):485-96.
 - Fried LP, Bandeen-Roche K, Kasper JD, Guralnik JM. Association of comorbidity with disability in older women: The Women's Health and Aging Study. *J Clin Epidemiol*. 1999;52(1):27–37.
 - Fries JF. The compression of morbidity. *Health and Society*. 1983; 61(3):397-419.
 - Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health*. 2008;98(2):216-21.
 - Furie KI, Kasner SE, Adams RJ, Albers GW. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2010.
 - Gazoni FM, Braga ILS, Guimarães HP, Lopes RD. Hipertensão sistólica no idoso. *Rev Bras Hipertens*. 2009; 16(1):34-7.
 - Gérvas J, Fernández MP. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 3):66-71
-

-
- Gervas SJ. Cuidados primários de saúde na Europa: tendências atuais. *Rev Bras Epidemiol*. 2004; 7(3):350-69.
 - Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(6):1260-70.
 - Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Am Med Assoc*. 2002;287(3):356–9.
 - Goldman N, Lin IF, Weinstein M, Lin YH. Evaluating the quality of self-reports of hypertension and diabetes. *Journal of clinical Epidemiology*. 56 (2003) 148-154.
 - Gómez Peligros A, Varona López W, Alonso Atienza MC, García Jimeno L, Menéndez Obregón J. Salud percibida, utilización de servicios y consumo de medicamentos en población anciana no institucionalizada. *Aten Primaria*. 1993;11:233–8.
 - Grabowski DC, Ellis JE. High body mass index does not predict mortality in older people: analysis of the longitudinal study of aging. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001;49(7):968–79.
 - Graciani A, Banegas JR, López-García E, Rodríguez-Artalejo F. Prevalence of disability and associated social and health-related factors among the elderly in Spain: a population-based study. *Maturitas*. 2004;48:381–92.
 - Gregg EW, Mangione CM, Cauley JA, Thompson TJ, Schwartz AV, Ensrud KE, et al. Diabetes and incidence of functional disability in older women. *Diabetes Care*. 2002; 25:61-7.
 - Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. *J Polit Econ*. 1972; 80(2):223–55.
 - Guralnik JM, La Croix AZ, Everett DF, Kovar MG. Aging in the eighties: the prevalence of comorbidity and its association with disability. Hyattsville, Maryland: Advance data, National Center for Health Statistics; 1989. p. 170.
 - Guralnik JM, La Croix AZ, Abbott RD, Berkman LF, Satterfield S, Evans DA et al.. Maintaining mobility in late life. I. Demographic characteristics and chronic conditions. *Am.J.Epidemio*. 1993.15(137):845-57.
 - Gurmu S. Semi-parametric estimation of hurdle regression models with an application to medicaid utilization. *Journal of Applied Econometrics*. 1997;12:225-42.
 - Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol*. 1999;28(1):10-8.
 - Hair JF, Anderson RE, Black W, Taham. *Análise multivariada de dados*. Sao Paulo: Artmed; 1998.
 - Hajjar I, Kotchen JM, Kotchen TA. Hypertension: trends in prevalence, incidence, and control. *Annual Rev Public Health*. 2006;27:465-90.
-

-
- Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*. 2007;37:89–109.
 - Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971;1:405-12.
 - Hart JT. Rule of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care. *Br J Gen Pract*. 1992;42(356):116–9.
 - Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
 - Hébert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A; PRISMA Group. PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *Int J Integr Care*. 2003;3:e08.
 - Herzlinger. O valor para o paciente. São Paulo: Editora Bookman; 2010.
 - Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: John Wiley & Sons; 1989.
 - House JS, Lepkowski JM, Kinney AM, Mero RP, Kessler RC, Herzog AR. The social stratification of aging and health. *Journal of Health and Social Behavior*. 1994; 35(3):213-34-34.
 - Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization. The patient perspective. *Med Care*. 1985;23:438–60.
 - Hyman DJ, Pavlik VN. Self-reported hypertension treatment practices among primary care physicians: blood pressure thresholds, drug choices, and the role of guidelines and evidence-based medicine. *Arch Intern Med*. 2000; 160(15):2281-6.
 - Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11:683-703.
 - IBGE. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. número 27. Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. 2010
 - Idler E, Russel L, Davis D. Survival, functional limitations, and self-rated health in the NHANES I epidemiologic follow-up study, 1992. *Am J Epidemiol*. 2000;152(9): 874-83.
 - Ilnouye SK, Bogardus ST, Baker DI, Leo-Summers L, Cooney LM. The Hospital Elder Life program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48:1697-706.
 - Institute of Medicine. IM. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001.
 - Jeffrey A. Cutler. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in United States adults between 1988–1994 and 1999–2004. *Hypertension*. 2008;52:818-27.
-

-
- Jencks SF, Cuerdon T, Burwen DR, Fleming B, Houck PM, Kussmaul AE, Nilasena DS, Ordin DL, Arday DR. Quality of medical care delivered to Medicare beneficiaries: a profile at state and national levels. *JAMA*. 2000;284:1670-6.
 - Kalache A, Veras R, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública*. 1987;21(3):200-10.
 - Kalache A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. *World Health*. 1997;(4): 4-5.
 - Kalache A, Keller I. The greying world: a challenge for the twenty-first century. *Sci Prog*. 2000;83(Pt 1):33-54.
 - Kalache A, Aboderin I, Hoskins I. Compression of morbidity and active ageing: key priorities for public health policy in the 21st century. *Bull World Health Organ*. 2002;80(3):243-4.
 - Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13(4):1107-1111.
 - Kamper AM, Stott DJ, Hyland M, Murray HM, Ford I. Predictors of functional decline in elderly people with vascular risk factors or disease. *Age and Ageing*. 2005; 34:450–5.
 - Kannel WB. Cigarettes, Coronary Occlusions, and Myocardial Infarction. *JAMA*. 1981;246(8):871-872.
 - Kaplan MH, Feinstein AR. The importance of classifying initial co-morbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus. *Journal of Chronic Diseases*. 1974;27:387–404.
 - Kerr EA, Asch SM, Hamilton EG, McGlynn EA, eds. Quality of care for general medical conditions: a review of the literature and quality indicators. Santa Monica, Calif.: Rand; 2000.
 - Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality. The case for tracers. *N Engl J Med*. 1973;288:189-94.
 - Kington RS, Smith JP. Socioeconomic status and racial and ethnic differences in functional status associated with chronic diseases. *Am J Public Health*. 1997;87:805-10.
 - Knesebeck OVD, Lüschen G, Cockerham WC, Siegrist J. Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: A comparative cross-sectional study. *Social Science & Medicine*. 2003. 57;9:1643-1652
 - Krasnik A, Hansen E, Keiding N, Sawitz A. Determinants of general practice utilization in Denmark. *Dan Med Bull*. 1997;44:542–6.
 - Kronenfeld JJ. Providers variables and the utilization of ambulatory care services. *Journal of Health and Social Behavior*. 1978;19:68-76.
 - Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:778—83.
-

-
- LaCroix, AZ, Jack M. Guralnik JM, Lisa F. Berkman LF, Wallace RB, Satterfield S. Maintaining Mobility in Late Life. II. Smoking, Alcohol Consumption, Physical Activity, and Body Mass Index. *Am. J. Epidemiol.* (1993) 137 (8): 858-869.
 - Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1974.
 - Launer LJ, Harris T, Rumpel C, Madans J. Body mass index, weight change, and risk of mobility disability in middle-aged and older women. The epidemiologic follow-up study of NHANES I. *JAMA.* 1994;271:10938.
 - Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(1):35-46.
 - LaVeist T. Race, mistrust and utilization of healthcare services. *Abstr Acad Health Serv Res Health Policy Meet.* 2002; 19:3.
 - Leal RM, Matos JBB. Planos de saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes. *ERA Revista de Administração de Empresas.* 2009;49(4):447-58.
 - Leavell H, Clark EG. Preventive medicine for the doctor in his community. New York: MacGraw Hill; 1965.
 - Lebrão ML, Duarte YAO. O projeto SABE no Brasil: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
 - Lebrão, ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2005; 8(2):127-141.
 - Lebrão, ML, Duarte, YAO, Santos JLF e Laurenti R. Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa do município de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva.* 2008;22(2):30-45.
 - 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(3):735-43.
 - Lima-Costa MF, Barreto SM, Firmo JO, Uchoa E. Socio-economic position and health in a population of Brazilian elderly: The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). *Rev Panam Salud Publica.* 2003b;13:387-94.
 - Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(6):827-34.
 - Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA, Uchoa E. Validade do diabetes autoreferido e seus determinantes: evidências do projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2007;41(6):947-53
 - Lima MG, Ribeiro AQ, Acurcio FA, Rizenfeld S, Klein CH. Composição dos gastos privados com medicamentos utilizados por aposentados e pensionistas com idade igual ou superior a 60 anos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007b;23(6):1423-30.
-

-
- Linden M, Horgas AL, Gilberg R, Steinhagen-Thiessen E. Predicting health care utilization in the very old. The role of physical health, mental health, attitudinal and social factors, *J Aging Health*. 1997;9:3–27.
 - Lopes RM, Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(supl.2):S283-S297.
 - Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, William B, Byron Jr et al. Chronic Disease Self-Management Program: 2-Year Health Status and Health Care Utilization Outcomes. *Medical Care*. 2001. 39: 11; 1217-1223.
 - Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos no município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):733-40.
 - Louvison, MCP, Barros S. Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. *BIS, Bol. Inst. Saúde*. 2009, 47:09-15.
 - Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de Atenção Básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Saúde & Debate*. 2003;65(27):243-56.
 - Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos JLF. Fatores de risco para mortalidade em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(6):1049-56.
 - Malik AM. Cidades saudáveis: estratégia em aberto. *Saúde e Sociedade*. 1997;6(2).
 - Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Brasília. 2006;15(3):47-65.
 - Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(34):593-606.
 - Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension, the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2007; 28:1462–536.
 - Manton KG. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1982;60(2):183-244.
 - Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005; 365:1099-104.
 - Marucci MFN, Barbosa AR. Estado nutricional e capacidade física. In: Lebrão ML e Duarte YAO (Orgs.). *SABE - Saúde, Bem estar e Envelhecimento. O projeto SABE no município de São Paulo: Uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2003. p. 95-117.
-

-
- Matsudo SM, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2001; 6:5-18.
 - Matsudo SM, Matsudo VR, Araujo T, Andrade D, Andrade E, Oliveira L, Braggio G. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Rev Bras Ciên Mov*. 2002;10(4):41-50.
 - McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. *N Engl J Med*. 2003; 348:2635-45.
 - Mendes EV. Redes de atenção. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saude de Minas Gerais; 2009.
 - Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-305.
 - Mendes TAB. Prevalência de doenças crônicas e utilização dos serviços de saúde por idosos residentes no município de São Paulo. Tese (Doutorado). São Paulo: Faculdade de Medicina Preventiva da Universidade de Sao Paulo; 2010.
 - Mendoza-Sassi R, Beria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publica*. 2001;17:819–32.
 - Miller RH, Luft HS. Managed care plan performance since 1980: a literature analysis. *JAMA*. 1994;271:1512-9.
 - Mor V, Wilcox V, Rakowski W, Hiris J. Functional transitions among the elderly: patterns, predictors, and related hospital use. *Am J Public Health*. 1994;84:1274–80.
 - Muñoz LML, García-López E, Gracianium A, Pilar Guallar Castillon PG, Banegasum JR, Rodríguez-Artalejo R. Functional status and use of health care services: longitudinal study on the older adult population in Spain. *Maturitas*. 2007;58(4):377-86.
 - Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;350(9071):144.
 - Nelson ME et al. Physical activity and public health in older adults. Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116:000-000.
 - Neri MS, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(suppl.):S77-S87.
 - Nóbrega AC, Freitas EV, Oliveira MAB, Leitão MB, Lazzoli JK, e Nahas R, et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. *Rev Bras Med Espor*. 1999;5(6):207-11.
 - Nolte E, Bain C, McKee M. Diabetes as a Tracer Condition in International Benchmarking of Health Systems Diabetes Care May 2006 vol. 29 no. 5 1007-1011
 - Nolte E, McKee M. European Observatory on Health Systems and Policies. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. 2008
-

-
- Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17:5-6:410-418.
 - Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(5):547-9.
 - Olmos RD, Benseñor IM. Dietas e hipertensão arterial: Intersalt e estudo DASH. *Rev Bras Hipertens* 8: 221-4, 2001
 - Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q*, 1971;49:509-83.
 - OMS. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília. Organização Mundial da Saúde; 2003.
 - OMS. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
 - OMS. Organização Mundial da Saúde. Guia global: cidade amiga do idoso; 2008.
 - OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control. de las enfermedades crónicas. Washington. 2007.
 - Ostchega Y, Dillon CF, Hughes J, Carroll M, Yoon S. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in older U.S. adults: data from the National Health and Nutrition Examination Survey 1988–2004. *J Am Geriatr Soc*. 2007; 55:1056–65.
 - Paes MJO, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos JLF, Laurenti R. Impacto do sedentarismo na incidência de doenças crônicas e incapacidades e na ocorrência de óbitos entre os idosos do município de São Paulo. *Saúde Coletiva*. 2008;5(24):183-8.
 - Palloni G, Pinto G, Pelaez M. Demographic and health conditions of ageing in Latin America. *Int J Epidemiol*. 2002;31:762-71.
 - Papademitriou V, Farsang C, Elmfeldt D, Hofman A, Lithell H, Olofsson B, et al., for the SCOPE Study Group. Stroke prevention with the angiotensin II type 1 receptor blocker candesartan in elderly patients with isolated systolic hypertension. The study on cognition and prognosis in the elderly (SCOPE). *J Am Coll Cardiol*. 2004;44:1175–80.
 - Parahyba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(4):967-74.
 - Parahyba MI, e Veras R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1257-64.
 - Park YW, Palaniappan L, Heshka S, Carnethon MR, Heymsfield SB. The metabolic syndrome: prevalence and associated risk factor findings in the US population from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. *Arch Intern Med*. 2003;163(4):427–36.
-

-
- Passos VM, Barreto SM, Diniz LM, Lima-Costa MF. Type 2 diabetes: prevalence and associated factors in a Brazilian community – The Bambuí Health and Ageing Study. *São Paulo Med J.* 2005;123:66-71.
 - Patel L. Medication adherence in low income elderly type-2 diabetes patients: A retrospective cohort study. *International Journal of Diabetes Mellitus.* 2010;2(2):122-4.
 - Pavão ALB, Coeli CM. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. *Cad Saúde Coletiva.* 2008;16(3):471-82.
 - Peláez M, Palloni A, Albala C, Alfonso JC, Ham-Chande R, Hennis A, et al. Survey on aging, health and well-being, 2000. Washington DC: Pan American Health Organization/World Health Organization; 2003.
 - Piccini RX, Victora CG. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. *Rev Saúde Pública.* 1994;28(4):261-7.
 - Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em Atenção Básica à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2006;11(3):657-67
 - Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005.
 - Pinheiro RS, Travassos C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública.* 1999;15(3):487-96.
 - Porter ME, Teisberg EO. Repensando a saúde. Porto Alegre: Bookmam; 2007.
 - Portrait F, Lindeboom M, Deeg D. Life expectancies in specific health states: results from a joint model of health status and mortality of older persons. *Demography.* 2001;38(4):525-36.
 - Puccini PT, Cornetta VK. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(9):2032-2042.
 - Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Pública.* 1987;21(3):211-24.
 - Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FR. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública.* 1993;27:87-94.
 - Ramos LR, Simões LR, Albert MS. Dependency on daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality among urban elderly residents in Brazil: A two-year follow-up. *Journal of the American Geriatric Society.* 2001;49:1168-75.
 - Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3):793-7.
-

-
- Rodriguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. *Health Economics*. 2004;13(7):689-703.
 - Rosa TEC, Benicio MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003;37:40-8.
 - Rowland D. A five-nation perspective on the elderly. *Health Affairs*. 1992;11:205-15.
 - Rubenstein LZ, Nasr SZ. Health service use in physical illness. In: Ebrahim S, Kalache A. (Ed.). *Epidemiology in Old Age*. London: BMJ Publishing Group; 1996. p 106-25.
 - Rundall TG, Shortell SM, Wang MC, Casalino L, Bodenheimer T, Gillies RR, Schmidttiel JA, Oswald N, Robinson JC. As good as it gets? Chronic care management in nine leading US physician organizations. *BMJ*. 2002;325:958-61.
 - Saaddine JB, Engelgau MM, Beckles GL, Gregg EW, Thompson TJ, Narayan KM. A diabetes report card for the United States: quality of care in the 1990s. *Ann Intern Med*. 2002;136:565-74.
 - Sagardui-Villamor J, Guallar-Castillón P, García Ferruelo M, Banegas JR, Rodríguez Artalejo F. Trends in disability and disability-free life expectancy among the elderly in Spain: 1986–1999. *J Gerontol A: Biol Sci Med Sci*. 2005;60:1028–34.
 - Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(supl.1):S29-S36.
 - Sawyer DO; LEITE, IC, ALlexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2002, vol.7, n.4, pp. 757-776.
 - Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010;95(1 supl.1):1-51.
 - Schneider KM, O'Donnell BE, Dean D. Prevalence of multiple chronic conditions in the United States' Medicare population. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:82.
 - Schraiber LB, Nemes MIB e Mendes-Gonçalves RB. Saúde do adulto. Programas e ações na unidade básica. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.
 - Schramm JMA. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(4):897-908.
 - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Linha de cuidado. Diabetes mellitus. 2010.
 - Seeman TE, Berkman LF, Charpentier PA, Blazer DG, .Albert MS, Tinetti ME. Behavioral and Psychosocial Predictors of Physical Performance: MacArthur Studies of Successful Aging . *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* (1995) 50A (4): M177-M183.
 - Silva TAA, Frisoli Jr A, Pinheiro MM e Szejnfeld VL. Sarcopenia associada ao envelhecimento: aspectos etiológicos e opções terapêuticas. *Rev. Bras. Reumatol*. 2006, 46: 6; 391-397.
 - Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):839-47
-

-
- Siminerio LM, Piatt G, Zgibor JC. Implementing the Chronic Care Model for Improvements in Diabetes Care and Education in a Rural Primary Care Practice. *The Diabetes Educator*. 2005; 31 (2): 225-234
 - Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 1998
 - Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Wells K, Rogers WH, Berry SD, et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. *JAMA*. 1989;262(7):907-13.
 - Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*. 2000;321:405.
 - Streja, DA, Rabkin SW. Factors Associated With Implementation of Preventive Care Measures in Patients With Diabetes Mellitus *Arch Intern Med*.1999;159:294-302.
 - Stroebe CK, Mc Daniel RR, Crabtree BF, Miller WL, Nutting PA, Strange KC. How Complexity Science Can Inform a Reflective Process for Improvement in Primary Care Practices. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2005; 31(8): 438-446(9)
 - Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Büla CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med*. 1999;48:445-69.
 - Sundquist J, Winkleby MA, Pudaric S. Cardiovascular disease risk factors among older black, Mexican- American, and white women and men: an analysis of NHANES III, 1988-1994. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49:109-16.
 - Sunol R, Carbonell JM, Nualart L, Colomes L, Guix J, Baneres J, Costa J, Nofuen, Prat J. Towards health care integration: the proposal of an evidence- and management system-based model. *Med Clin*. 1999;112(suppl 1):97-105.
 - Tanaka OU, Espirito Santo ACG. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2008;8(3):325-32.
 - Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandev MR, Valentim V, Hunt D et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *The Lancet*. 2006. 368 (9536): 647-658
 - Thorpe KE, Howard DH. The rise in spending among medicare beneficiaries: the role of chronic disease prevalence and changes in treatment intensity. *Health Affairs - web exclusive*. 2006;25:w378–w388.
 - Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1986;34:119–26.
 - Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panamericana Salud Publica*. 2002;11(5-6):365-73.
 - Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20(2):190-8.
-

-
- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. UK Prospective Diabetes Study Group. *BMJ*. 1998;317:703-13.
 - Unützer J. Diagnosis and treatment of older adults with depression in primary care. *Biol Psychiatry*. 2002;52:285-92.
 - Valenzuela López MI, Gastón Morata JL, Melguizo Jiménez M, Valenzuela López MM, Bueno Cavanillas A. To identify primary care interventions that reduce hospitalisation of people over 65 due to ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria*. 2007;39(10):525-32.
 - Valla VV, Lacerda A. As Propostas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: Pinheiro R, Mattos RD. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO; 2004. p. 91-103.
 - Vargas CM, Burt VL, Gillum RF, Pamuk ER. Validity of self-reported hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988-1991. *Prev Med*. 1997;26:678-85.
 - Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev Saúde Públ*. 1987;21(3):225-33.
 - Veras RP. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2002. p. 11-79.
 - Veras RP, Parahyba MICA. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saude Publica*. 2007;23(10):2479-89.
 - Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Mendes RKW. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(4):1119-26.
 - Verbrugge LM, Patrick DL. Seven chronic conditions: their impact on US adults' activity levels and use of medical services. *American Journal of Public Health*. 1995;85:173-82.
 - Viana SM, Nunes A, Santos JRS, Barata RB. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001.
 - Vianna ALD, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11:577-606.
 - Viegas P, Franco AP, Rodrigues RN, Machado CJ. Fatores associados à prevalência de diabetes auto-referido entre idosos de Minas Gerais. *Rev Bras Estud Popul*. 2008;25(2):365-76.
 - Vijan S, Stevens DL, Herman WH, Funnell MM, Standiford CJ. Screening, prevention, counseling, and treatment for the complications of type II diabetes mellitus. Putting evidence into practice. *J Gen Intern Med*. 1997; 125:67-80
 - Vogeli C, Shields AE, Lee TA, Gibson TB, Marder WD, Weiss KB, Blumenthal D. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences and implications for
-

-
- quality, care management, and costs. *Journal of General Internal Medicine*. 2007; 22(Suppl 3):391-5.
- Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *Milbank Q*. 1996;74(4):511-44.
 - Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*. 2001;20(6):64-78.
 - Wallace SP, Gutiérrez VF. Equidade de acesso aos cuidados de saúde para idosos em quatro grandes cidades da América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. Junho de 2005; 17 (5-6): 394-409.
 - Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Health Promot Int*. 1991;6(3):217-28.
 - WHO. World Health Organization. The Heidelberg guidelines for promoting physical activity among older persons. Guidelines series for healthy ageing. 1996
 - WHO. World Health Organization. Life course perspectives on coronary heart disease, stroke and diabetes Summary report of a meeting of experts 2–4 may, 2001.
 - WHO. World Health Organization. Towards age-friendly primary health care. 2004.
 - WHO. World Health Organization. Preventing Chronic Diseases a vital investment. Geneva: WHO, 2005.
 - Wilber JA, Barrow JG. Hypertension - a community problem. *Am J Med*. 1972;52: 653-63.
 - Wild SH, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004;27.
 - Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 2002;162:2269-276.
 - Wolinsky FD, Hojson RL, Stump TE. The risk of mortality among older adults over an eight-year period. *Gerontologist*. 1995;35:150-61.
 - Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil. *Rev Bras Est Pop*, São Paulo. 2006;23(1):5-26.
 - Woo D, Haverbusch M, Sekar P, Kissela B, Khoury J, Schneider A, et al. Effect of untreated hypertension on hemorrhagic stroke. 2004;35(7):1703-8.
 - 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.
 - Zucchi P, Del Nero C, Malik AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saude Soc*. 2000;9(1-2):127-50.
-

Anexo 1

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA - COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Assessoria Acadêmica - CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Telefones: (55-11) 3066-7779 – e-mail: coep@fsp.usp.br

Of. COEP/83/06

14 de março de 2006

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **aprovou** o Protocolo de Pesquisa n.º 1345, intitulado: "PROJETO SABE-2005 – SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO. AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE VIDA DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO", apresentado pela pesquisadora Maria Lúcia Lebrão.

Atenciosamente,

Helena Akemi Wada Watanabe

Professora Doutora

Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

Anexo 2

Marilia Cristina Prado Louvison

Possui graduação em Medicina (1985) e residência em Medicina Preventiva e Social pela UNIFESP/EPM (1986 a 1987) e Mestrado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2006) com o tema de desigualdades de acesso e uso de serviços de saúde por pessoas idosas. É médica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo desde 1988 tendo atuado em várias áreas de gestão de sistemas, políticas e programas e gestão de serviços. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Gestão, Planejamento e Epidemiologia Gerencial, com foco em regulação, informação, avaliação, auditoria e gestão de dígitos. Atua nas áreas de políticas públicas de envelhecimento, desigualdades, condições crônicas e redes de atenção.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 13/02/2011
Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/4532645395293280>

Lattes
 Sistema de Registro de Currículos Vitais

Certificado pelo autor em 13/02/11

Dados pessoais

Nome	Marilia Cristina Prado Louvison
Nome em citações bibliográficas	LOUVISON, M. C. P.
Sexo	Feminino
Endereço profissional	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Av Dr Enes de Carvalho Aguiar 158 8 andar Cepelina César 09000-000 - São Paulo, SP - Brasil URL da Homepage: www.saude.sp.gov.br

Formação acadêmica/Titulação

2006	Doutorado em andamento em Saúde Pública (Concurso CAPES 5). Faculdade de Saúde Pública da USP. Título: Avaliação da atenção às condições crônicas em idosos: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus como condições traçadoras. Orientador: Maria Lúcia Lebrão.
2004 - 2006	Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil. Título: Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde pela população idosa do município de São Paulo. Ano de Obtenção: 2006. Orientador: Maria Lúcia Lebrão. Palavras-chave: epidemiologia de serviços de saúde; desigualdades em saúde; modelo de atenção em saúde do idoso.
1986 - 1987	Especialização - Residência médica. Escola Paulista de Medicina, EPM, Brasil. Residência médica em: Medicina Preventiva e Social. Número do registro: .
1980 - 1985	Graduação em Medicina. Escola Paulista de Medicina, EPM, Brasil.
1977 - 1979	Ensino Médio (2º grau). Escola Estadual de Segundo Grau de São Paulo.
1969 - 1976	Ensino Fundamental (1º grau). Escola Nossa Senhora Maria.

Atuação profissional

	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SES/SP, Brasil.
--	---

Anexo 3

Maria Lucia Lebrão

MARIA LUCIA LEBRAO CONCLUIU O DOUTORADO EM SAUDE PUBLICA PELA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO EM 1982. ATUALMENTE E PROFESSOR TITULAR DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO. PUBLICOU 23 ARTIGOS EM PERIODICOS ESPECIALIZADOS E 26 TRABALHOS EM ANAIS DE EVENTOS. POSSUI 5 CAPITULOS DE LIVROS E 5 LIVROS PUBLICADOS. POSSUI 104 ITENS DE PRODUCAO TECNICA. PARTICIPOU DE 13 EVENTOS NO BRASIL. ORIENTOU 9 DISSERTACOES DE MESTRADO E 3 TESES DE DOUTORADO NA AREA DE MEDICINA. RECEBEU 9 PREMIOS E/OU HOMENAGENS. ATUA NA AREA DE SAUDE COLETIVA, COM ENFASE EM EPIDEMIOLOGIA. EM SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS INTERAGIU COM 49 COLABORADORES EM CO-AUTORIAS DE TRABALHOS CIENTIFICOS. EM SEU CURRICULO LATTES OS TERMOS MAIS FREQUENTES NA CONTEXTUALIZACAO DA PRODUCAO CIENTIFICA, TECNOLÓGICA E ARTISTICO-CULTURAL SAO: MORBIDADE, DADOS HOSPITALARES, MORBIDADE HOSPITALAR, CID, CID PARA A PRÁTICA, CLASSIFICACAO INTERNACIONAL DE DOENCAS, CLASSIFICACAO INTERNACIONAL DE DONCAS, DEMANDA HOSPITALAR, ENSINO MEDICO E ESTATISTICA EM SAUDE, ESTUDOS DE ENVELHECIMENTO.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 17/12/2010

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/5317708343061802>

Certificado
pelo autor em
17/12/10

Dados pessoais

Nome	Maria Lucia Lebrão
Nome em citações bibliográficas	LEBRAO, M. L.
Sexo	Feminino
Endereço profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia Av Dr. Arnaldo, 715 - Pirêneas 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30667724 Fax: (11) 30823886 URL da Homepage: http://

Formação acadêmica/Titulação

1994	Livre-docência. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: , Ano de obtenção: 1994.
1977 - 1982	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) . Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Morbidade Hospitalar no Vale do Paraíba, 1975, Ano de Obtenção: 1982. Orientador: Ruy Laurenzi. Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil. Palavras-chave: Morbidade Hospitalar. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia. Setores de atividade: Saúde Humana.