

TELMA DE ALMEIDA BUSCH MENDES

Prevalência de Doenças Crônicas e Utilização dos Serviços de Saúde por Idosos Residentes no Município de São Paulo.

**Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências. Programa
de Medicina Preventiva.**

Orientador: Prof. Dr. Moisés Goldbaum

**SÃO PAULO
2010**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Mendes, Telma de Almeida Busch

Prevalência de doenças crônicas e utilização dos serviços de saúde por idosos residentes no Município de São Paulo / Telma de Almeida Busch Mendes. -- São Paulo, 2010.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: Moisés Goldbaum.

Descritores: 1.Inquéritos de morbidade 2.Serviços de saúde/utilização 3.Fatores socioeconômicos 4.Hipertensão 5.Diabetes mellitus 6.Doenças crônicas 7.Prevalência 8.Idoso

USP/FM/DBD-246/10

Dedicatória

À minha querida mãe

Meu referencial de mãe, pai, profissional, de perseverança, de apoio incondicional, apesar da distância. Obrigada pelo incentivo aos estudos, pelas orações, pela luta, pelos vestidinhos que copiou nas vitrines. Obrigada pela educação, pelo carinho, por ter me escolhido como filha! Você é meu exemplo de vida!

Ao meu esposo Saulo,

Agradeço eternamente a paciência e compreensão em todos os momentos difíceis enfrentados durante esta caminhada, sendo pai e mãe inúmeras vezes, suportando minha ausência e a minha impaciência, sem nunca reclamar...

Aos meus filhos Isabella e Enzo,

Que souberam compreender a minha falta e falha como mãe e a minha vontade de crescer como profissional

À minha irmã Tânia:

Com quem dividi os melhores anos da minha vida, a infância... tempo do pé de manga, da sorveteria, das brincadeiras com o Zé: do sapatinho de caroço de manga, da baratinha de borracha, da bicicletinha de arame, dos teatrinhos, das danças, das músicas tocadas em rotação mais baixa na vitrolinha vermelha, das idas à padaria na madrugada e do chá inesquecível da vó Marieta... Quero que me perdoe se muitas vezes a fiz sentir menos preterida. Você é e sempre foi para mim incomparável!

À minha querida avó Marieta e ao meu avô José:

Que saudades!!! Vocês continuam sempre presentes em minhas lembranças e a quem devo o amor e desejo em trabalhar com idosos. Agradeço a Deus ter crescido ao lado de vocês e a infância maravilhosa que me proporcionaram.

À minha prima Ângela:

Pela sua luta, pela coragem e vontade de viver...pela sua paciência e sabedoria e principalmente pela sua capacidade de perdoar.

A minha querida amiga Juliana Carrijo...

Minha doce e fiel amiga, quem me impulsionou a concretizar este sonho. Sempre presente nos momentos de angústia, desespero, medo de não ser capaz... Agradeço pela humildade, pela sabedoria, por ter me aberto as portas do mundo e ter me ensinado a dar valor às coisas que realmente merecem valor e, sobretudo, pela enorme generosidade. Senão fosse você, não teria chegado aqui. Você é minha irmã de coração!

Por fim, à minha paciente **Berta Chachamovitz Vareta** (in memorian), com quem compartilhei segredos, experiências, dúvidas, aprendizado, esperança, lições de vida e muito amor!

Agradecimentos

Ao Professor Dr. MOISES GOLDBAUM, meu verdadeiro agradecimento pela orientação. Orgulho-me por ter o seu nome marcado em meu trajeto acadêmico. Agradeço pelo carinho e amizade.

Ao Professor Dr. JOSÉ ELUF NETO. Dirijo-lhe os melhores elogios pela competência, dedicação, entusiasmo, generosidade, paciência, profissionalismo e seriedade. Agradeço também pela amizade e pela oportunidade, ao me aceitar como aluna. O seu conhecimento, a sua humildade e simplicidade me encantaram.

À Professora Dra MARIA NOVAES, pela compreensão, por sua brilhante competência profissional, pela confiança e incentivo demonstrados em todos os momentos. Agradeço também pelo carinho e amizade.

Ao Professor Dr. JULIO LITVOC, pela dedicação e pelo respeito às diferenças. Agradeço a compreensão.

Ao Dr ALEXANDRE BIASI, pelas inúmeras vezes que me socorreu com suas maravilhosas aulas, pelas horas de dedicação, pelo tempo disponibilizado a me ensinar, pelas horas de plantão interrompido, pela paciência, pela sabedoria, pela humildade, pelo seu amor à Epidemiologia, o meu sincero: muito obrigada!

À DENISE SCHOUT, por ter me dado a oportunidade do doutorado na USP, por não ter me deixado desistir, sempre me impulsionando durante momentos de crises e inseguranças...

À PAOLA BRUNO ANDREOLI, que permitiu as minhas ausências no trabalho e sempre foi imparcial e justa no julgamento em qualquer situação.

À Prof. Dr^a YEDA DUARTE e Dr^a MARÍLIA LOUVISON, que me proporcionaram muito mais do que atitudes de coleguismo e

interprofissionalidade mas, principalmente, sentimentos de amizade, disponibilidade e cooperação.

Ao NEUBER, excelente estatístico, por todo envolvimento, competência na análise do banco de dados e paciência frente a minha ignorância...

Às secretárias do Programa de Pós-graduação, LILIAN (DA MEDICINA PREVENTIVA) e MIRNA, pela atenção e dedicação recebida nos momentos necessários e principalmente pela amizade e carinho.

A todos os idosos da investigação: mesmo sem conhecê-los pessoalmente, o meu muito obrigado pela colaboração e participação nas entrevistas.

A TIGELA DE MADEIRA¹

(Autor Desconhecido)

Um senhor de idade foi morar com seu filho, sua nora e o netinho de quatro anos de idade. As mãos do velho eram trêmulas, sua visão embaçada e seus passos vacilantes.

A família comia reunida à mesa. Mas, as mãos trêmulas e a visão falha do avô o atrapalhavam na hora de comer. Ervilhas rolavam de sua colher e caíam no chão. Quando pegava o copo, leite era derramado na toalha da mesa.

O filho e a nora irritaram-se com a bagunça.

“Precisamos tomar uma providência com respeito ao papai”, disse o filho. “Já tivemos suficiente leite derramado, barulho de gente comendo com a boca aberta e comida pelo chão”.

Então, eles decidiram colocar uma pequena mesa num cantinho da cozinha.

Ali, o avô comia sozinho enquanto o restante da família fazia as refeições à mesa, com satisfação.

Desde que o velho quebrara um ou dois pratos, sua comida agora era servida numa tigela de madeira.

Quando a família olhava para o avô sentado ali sozinho, às vezes ele tinha lágrimas em seus olhos. Mesmo assim, as únicas palavras que lhe diziam eram admoestações ásperas quando ele deixava um talher ou comida cair ao chão.

O menino de quatro anos de idade assistia a tudo em silêncio.

Uma noite, antes do jantar, o pai percebeu que o filho pequeno estava no chão, manuseando pedaços de madeira.

Ele perguntou delicadamente à criança:

"O que você está fazendo?"

O menino respondeu docemente:

"Ah, estou fazendo uma tigela para você e mamãe comerem, quando eu crescer”.

O garoto de quatro anos de idade sorriu e voltou ao trabalho. Aquelas palavras tiveram um impacto tão grande

¹ Capturado do site : www.reflexaodevida.com.br/262tigela/262tigela.htm

nos pais que eles ficaram mudos. Então, lágrimas começaram a escorrer de seus olhos.

Embora ninguém tivesse falado nada, ambos sabiam o que precisava ser feito. Naquela noite o pai tomou o avô pelas mãos e gentilmente conduziu-o à mesa.

Dali para frente e até o final de seus dias ele comeu todas as refeições com a família. E por alguma razão, o marido e a esposa não se importavam mais quando um garfo caía, leite era derramado ou a toalha da mesa sujava.

De uma forma positiva, aprendi que não importa o que aconteça, ou quão ruim pareça o dia de hoje, a vida continua, e o amanhã será melhor.

Aprendi que, não importa o tipo de relacionamento que tenha com seus pais, você sentirá falta deles quando partirem.

Aprendi que a vida às vezes nos dá uma segunda chance.

Aprendi que viver não é só receber, é também dar.

Aprendi que sempre que decido algo com o coração aberto, geralmente acerto.

Aprendi que quando sinto dores, não preciso ser uma dor para outros.

Aprendi que diariamente preciso alcançar e tocar alguém. As pessoas gostam de um toque humano – segurar na mão, receber um abraço afetuoso, ou simplesmente um tapinha amigável nas costas.

Aprendi que ainda tenho muito que aprender...

SUMÁRIO

Lista de Figuras

Lista de Tabelas

Lista de Siglas e abreviaturas

Resumo

Summary

1. Introdução	01
2. Objetivos	22
2.1. Objetivo geral	22
2.2. Objetivos específicos	22
3. Materiais e métodos	23
3.1. Plano de amostragem:	25
3.2. Questionário	25
3.3. Variáveis do estudo	29
3.3.1. Demográficas e sócio-econômicas	29
3.3.2. Condições de saúde	30
3.3.3. Estilo de vida	31
3.3.4. Utilização dos serviços de saúde	31
3.4. Processamento e análise dos dados	32
3.5. Análise estatística	32
3.6. Aspectos éticos	33
4.0 Resultados	35

4.1. Descrição geral da amostra	35
4.2. Prevalência de hipertensão arterial referida	42
4.3. Prevalência de diabetes referida	47
4.4. Conhecimento dos idosos hipertensos sobre a doença	51
4.4.1. Conhecimento sobre as medidas e práticas de controle da hipertensão	53
4.5. Fatores que influenciam no conhecimento sobre as medidas e práticas de controle da hipertensão	55
4.5.1 Estilo de vida: hábito de fumar e o consumo de álcool e a influência no conhecimento sobre as medidas de controle da hipertensão	55
4.5.2. Estilo de vida: hábito de fumar e o consumo de álcool e a influência nas práticas de controle da hipertensão	55
4.5.3 Condição socioeconômica e a influência no “conhecimento” sobre as medidas de controle da hipertensão	56
4.5.4 Condição socioeconômica e a influência nas práticas de controle da hipertensão	56
4.6. Conhecimento dos idosos diabéticos sobre a doença	57
4.6.1 Conhecimento sobre as medidas e práticas de controle do diabetes	58
4.7 Fatores que influenciam no conhecimento das medidas e práticas de controle do diabetes.	60
4.7.1. Estilo de vida (hábito de fumar e o consumo de álcool) e a influência no conhecimento sobre as medidas de controle do diabetes.	60
4.7.2 Estilo de vida (hábito de fumar e o consumo de álcool) e a influência na prática de controle do diabetes por idosos	61
4.7.3 Condição socioeconômica e a influência no “conhecimento” sobre as medidas de controle do diabetes.	61
4.7.4 Condição socioeconômica e a influência nas práticas de	62

controle do diabetes.	
4.8. Utilização dos serviços de saúde.	62
4.8.1. Perfil dos idosos que utilizaram os serviços de saúde independente da presença ou ausência de morbidade segundo condições demográficas, socioeconômicas, condições de saúde e estilo de vida	62
4.8.2. Utilização dos serviços de saúde por idosos hipertensos	66
4.8.3. Utilização dos serviços de saúde por idosos hipertensos e que referiram morbidade 15 dias antes da entrevista	68
4.8.4. Influência do conhecimento sobre as medidas e práticas de controle da hipertensão no uso dos serviços de saúde.	69
4.8.5. Utilização dos serviços de saúde por idosos diabéticos	70
4.8.6. Utilização dos serviços de saúde por idosos diabéticos que referiram morbidade 15 dias antes da entrevista	72
4.8.7. Influência do conhecimento sobre as medidas e práticas de controle do diabetes no uso dos serviços de saúde	72
5. Discussão	74
6. Conclusão	109
7. Referências	113
8. Anexos	

LISTA DE FIGURAS

FIGURA		PG
1	Conhecimento dos idosos hipertensos sobre as medidas de controle da hipertensão segundo a participação e não participação em grupos de discussão sobre a doença em São Paulo-Capital, 2003	52
2	Conhecimento e Práticas de Controle da hipertensão entre homens idosos em São Paulo- capital, 2003	54
3	Conhecimento e Práticas de Controle da hipertensão entre mulheres idosas em São Paulo- capital, 2003	54
4	Complicações do diabetes relatada pelos idosos residentes em S. Paulo- Capital, 2003	57
5	Conhecimento sobre a Medida de Controle do Diabetes segundo a participação em grupos de discussão sobre a doença	58
6	Conhecimento e Práticas de Controle do Diabetes entre homens idosos em São Paulo- capital, 2003	59
7	Conhecimento e Práticas de Controle do Diabetes entre mulheres idosas em São Paulo- capital, 2003	60
8	Frequência da procura dos serviços de saúde por causa da hipertensão entre idosos em S. Paulo - Capital, 2003	67
9	Justificativas dadas pelos idosos hipertensos pela não procura dos serviços de saúde	67
10	Conhecimento das medidas e Práticas de controle da Hipertensão a influência no uso dos serviços de saúde	70
11	Frequência da procura do serviços de saúde por idosos diabéticos em S. Paulo-capital, 2003	71
12	Justificativas dadas pelos idosos diabéticos pela não procura dos serviços de saúde	71
13	Conhecimento e Práticas de controle do diabetes e a influência no uso dos serviços de saúde	73

LISTA DE TABELAS

Tabela	DESCRIÇÃO	Pg.
1	Características Demográficas E Socioeconômicas Segundo Sexo De Idosos Residentes Em S. Paulo – Capital, 2003	37
2	Condição De Saúde Segundo Sexo Dos Idosos Residentes Na Cidade De S. Paulo- Capital, 2003	38
3	Estilo De Vida (Hábito De Fumar, Consumo De Álcool E CAGE***) segundo Sexo Dos Idosos Residentes Em São Paulo-Capital, 2003	39
4	Prevalência De Doenças Crônicas Auto- Referidas Segundo Sexo Entre Idosos Na Cidade De S. Paulo Capital, 2003	40
5	Condições Demográficas,Socioeconômicas, De Saúde E Estilo De Vida Dos Idosos Que Referiram E Não Referiram Hipertensão Em São Paulo- Capital, 2003	41
6	Prevalência De Hipertensão Arterial Auto-Referida Segundo Condições Demográficas E Socioeconômicas Em Idosos, 60 Anos Ou Mais. ISA- Capital. São Paulo, 2003	43
7	Prevalência De Hipertensão Arterial Auto-Referida Segundo Estilo De Vida E Condições De Saúde Em Idosos, 60 Anos Ou Mais. ISA- Capital. São Paulo, 2003	44
8	Modelo De Regressão Múltipla De Poisson: Variáveis Associadas Á Hipertensão Arterial Em Idosos. São Paulo.ISA - Capital, 2003	45
9	Condições Demográficas E Socioeconômicas, De Saúde E Estilo De Vida Dos Idosos Que Referiram E Não Referiram Diabetes Em São Paulo-Capital, 2003	46
10	Prevalência Diabetes <i>Mellitus</i> Auto-Referida Segundo Condições Demográficas E Socioeconômicas Em Idosos, 60 Anos Ou Mais. ISA- Capital. São Paulo,2003	49
11	Prevalência De Diabetes <i>Mellitus</i> Auto-Referida Segundo Estilo De Vida E Condições De Saúde Em Idosos, 60 Anos Ou Mais. ISA- Capital. São Paulo, 2003	50
12	Modelo De Regressão Múltipla De Poisson: Variáveis Associadas Ao Diabetes <i>Mellitus</i> Em Idosos. São Paulo.ISA -	

	Capital, 2003	51
13	Prevalência Do Uso Dos Serviços Segundo Variáveis Demográficas E Socioeconômicas Em Idosos Na Presença Ou Ausência De Morbidade. ISA- Capital, 2003	63
14	Prevalência Do Uso Dos Serviços Segundo Variáveis Estilo De Vida E Condições De Saúde Em Idosos Na Presença Ou Ausência De Morbidade. ISA- Capital, 2003	64
15	Modelo De Regressão Múltipla De Poisson: Variáveis Associadas Ao Uso Dos Serviços De Saúde Por Idosos. ISA- Capital, 2003	66

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
DM	Diabetes Mellitus
ELSA	<i>English Longitudinal Study of Aging</i>
Epidoso	Epidemiologia do idoso
EUA	Estados Unidos da América
EPM	Escola Paulista de Medicina
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HRS	<i>Health and Retirement Survey</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISA-SP	Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo
MS	Ministério da Saúde
NCHS	<i>Nacional Center for Health Statistics</i>
NHANES	<i>National Health and Nutrition Examination Survey</i>
NHIS	National Health Interview Survey
OR	Odds ratio ou razão de chances
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan- Americana de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF	Programa de Saúde da Família
RP	Razão de Prevalência

SABE	Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SAGE	<i>Study on Global Ageing and Adult Health</i>
SHARE	<i>Study on Health and Retirement in Europe</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHS	<i>World Health Survey</i>
UNICAMP	Universidade de Campinas
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade do Estado de São Paulo

RESUMO

MendesTAB Prevalência de Doenças crônicas e a Utilização dos serviços por idosos residentes no município de São Paulo-2010 p 132.

INTRODUÇÃO: As doenças crônicas decorrentes do envelhecimento e o estilo de vida não saudável são os grandes fatores responsáveis pela alta morbi-mortalidade e pela grande sobrecarga no sistema de saúde.

OBJETIVO: Este estudo analisa a prevalência de hipertensão e diabetes na população de 60 anos ou mais no município de São Paulo - capital e a utilização dos serviços de saúde segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas, condições de saúde e estilo de vida. **MÉTODOS:**

Inquérito domiciliar de saúde do tipo transversal que analisou os dados de 872 idosos residentes no município de São Paulo (ISA- Capital) por meio de um questionário dividido em blocos temáticos aplicado em uma amostra por conglomerados e estratificada segundo a escolaridade do chefe de família e nível socioeconômico. Análises bivariadas e multivariadas foram realizadas e geraram três modelos de regressão múltipla de Poisson para verificar a existência de fatores associados à hipertensão, diabetes e à utilização dos serviços. **RESULTADOS:**

A prevalência de hipertensão referida entre os idosos foi de 46,9% e de diabetes 17,9%, valores superiores ao encontrado na população adulta. As maiores taxas de hipertensão foram encontradas entre os idosos que referiram auto-avaliação de saúde ruim/muito ruim e boa, entre os idosos que nunca beberam ou não bebem mais, entre as mulheres e entre os que se hospitalizaram pelo menos uma vez no último ano, independente da idade. Para diabetes, o mesmo resultado foi encontrado para auto-avaliação de saúde, entre os viúvos e entre os idosos que se hospitalizaram pelo menos uma vez no último ano. Quanto ao uso do serviço de saúde pelos idosos em geral, a prevalência de utilização foi aproximadamente 30,6% independente de morbidade. Entre os

hipertensos, 59,4% procuraram os serviços e 97,1% deles foi atendido no serviço. Entre os diabéticos 53,4% e 96,1% respectivamente sem diferença na procura ou no uso dos serviços entre os que tinham e não tinham hipertensão e diabetes. Em relação às medidas e práticas de controle sobre a HAS e DM, a medida de controle mais conhecida e praticada entre os hipertensos é tomar a medicação de rotina para controle da doença e entre os diabéticos a mais conhecida é a dieta alimentar e praticada é tomar medicação oral de rotina com distinção do nível socioeconômico para algumas medidas. **CONCLUSAO:** A falta de informação, conhecimento e utilização de medidas de controle destas doenças ainda são insuficientes entre os idosos. Fazem-se necessárias políticas de saúde com foco na capacitação de profissionais e na orientação familiar; enfim, políticas que incentivem não só mudanças no estilo de vida dos idosos, mas que os tornem sujeitos ativos desta mudança, atuantes neste processo.

Descritores: inquéritos de saúde, serviços de saúde/utilização, fatores socioeconômicos, hipertensão, diabetes, idoso.

SUMMARY

Mendes, TAB. Prevalence of Chronic disease and health service utilization by the elderly residing in São Paulo-city [thesis] São Paulo. “Medicine School, University of São Paulo”; 2010 p 132.

INTRODUCTION: Chronic diseases due to the ageing process and to the unhealthy lifestyle are the greatest factors responsible for the high morbimortality and for the health system overload. **OBJECTIVE:** This study analyzes the prevalence of Hypertension and Diabetes of a population over 60 years old from São Paulo city, and the use of health services according to demographic and socioeconomic variables, health status, and lifestyle. **METHODS:** A cross-sectional household health survey analyzed data from 872 elderly resident in São Paulo city using a questionnaire divided into thematic blocks applied in a stratified cluster sample according to the educational level of the head of the family and socioeconomic level. Bivariate and multivariate analysis were carried out and generated three models of Poisson regression model in order to verify the existence of factors associated to hypertension, to diabetes and to the use of health services. **RESULTS:** The prevalence of reported hypertension among the elderly was 46.9% and of Diabetes, 17.9%. Such values were above the ones found in the adult population. The highest hypertension rates were found among the elderly who reported bad/very-bad health status, among those who never drank or those who stopped drinking, among women, and among those who were hospitalized at least twelve months prior to the interview, independently of the age. Concerning diabetes, the same result was found for the self-assessment of health, among widows and widowers, and among the elderly who were hospitalized at least once in the past year. Concerning the use of health services by the elderly, the prevalence of use was approximately 30.6% independently of the morbidity. Among the elderly with hypertension, 70.1% searched for the service because of the hypertension, 59.4% of

them did it because of reported morbidity, and 97.1% of them were assisted by the service they searched. Among the diabetic, 69.9% routinely searched for the service because of the diabetes, 53.4% of them did it because of reported morbidity and 96.1% were assisted by the service they searched, with no difference regarding the search and use of services between those with and without hypertension and diabetes. Concerning the measures and control practice of HAS and DM, the most known and practiced control measure among the elderly with hypertension is taking routine medicine for the control of the disease; and among the diabetic, the most known practice is diet and the most practiced measure is taking routine oral medicine, with a difference of socioeconomic level for some measures. **CONCLUSION:** There is a lack of information, knowledge and use of control measures of these diseases among the elderly. Health policies focusing on professional training and family guiding are necessary in order to encourage not only changes in the lifestyle of the elderly, but also to make them active agents of this change, acting in this process.

Descriptors: aged, health service/utilization, health survey, socioeconomic factor, high blood pressure, diabetes.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que teve início na Europa Ocidental, no final do século XIX; estendeu-se para todos os Países do Primeiro Mundo e já se faz presente em vários países “emergentes”, inclusive o Brasil.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou em 2006 que a população no mundo considerada idosa¹ irá triplicar entre 2000 a 2050 passando de 600 milhões para 2 bilhões de idosos (World Health Organization, 2008).

O Brasil possui uma população total (estimada) de 192.855.552 milhões de pessoas². De acordo com a pesquisa nacional de amostra por domicílios, 2008 (IBGE, 2009)³ enquanto a população total era de 189.952 milhões de pessoas, a de pessoas com 60 anos ou mais ultrapassava a marca de 21 milhões de brasileiros, correspondendo a 11,1% da população.

¹ Nos Países desenvolvidos, são consideradas “idosas” as pessoas com idade igual ou maior de 65 anos; nos Países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, a idade que define a “entrada” na velhice é 60 anos.

² In: www.ibge.gov.br/home/disseminacao/online/.../popclock.php. Capturado em 30 de Abril de 2010.

³ Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2008 - Síntese dos indicadores Sociais. IBGE. Rio de Janeiro; 2009.

Este envelhecimento só foi possível com a mudança no padrão demográfico de altas taxas de fecundidade e mortalidade para taxas expressivamente menores de ambas, fenômeno designado “transição demográfica”.

A transição demográfica não ocorreu do mesmo modo nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos primeiros, ocorreu lentamente, ao longo de mais de cem anos. No Brasil, teve início nas últimas quatro décadas do Século XX, o que não permitiu, ao nosso país, a adequada inserção de pessoas no mercado de trabalho, oportunidades educacionais mais favoráveis e melhores condições de moradia, saúde e alimentação (Wong e Carvalho, 2006).

De acordo com Lebrão (2009)

O processo de envelhecimento nos países desenvolvidos ocorreu muito tempo depois de eles terem adquirido padrões elevados de vida, reduzido desigualdades sociais e econômicas e implementado um número de estratégias institucionais para compensar os efeitos das desigualdades residuais [...].

Paralelo a transição demográfica ocorre a transição epidemiológica. Transição expressa pela mudança nos padrões de mortalidade e morbidade da população e maior ocorrência de doenças crônicas, próprio das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais altos, uma vez que estas doenças requerem gerenciamento por um período de anos ou décadas por serem de longa duração e progressão lenta (World Health Organization, 2005).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), as doenças crônicas são as principais causas de morte no Canadá e EUA já há alguns anos e, atualmente, também a principal causa de morte na América Latina e Caribe (Pan American Health Organization, 2007).

O envelhecimento populacional, a urbanização e o estilo de vida globalizado respondem pelo fato de as doenças crônicas serem a principal causa de mortalidade e morbidade no mundo (World Health Organization, 2008).

As doenças crônicas, principalmente as doenças cardiovasculares, responderam por mais de 60% (35 milhões) de todas as mortes em 2005; mais de 80% delas ocorreram nos países com renda mensal média e baixa. O Brasil está entre os 23 Países responsáveis por 80% da mortalidade atribuível às doenças crônicas. (World Health Organization, 2005). Se nada for feito, 41 milhões de mortes por doenças crônicas ocorrerão em 2015 (Abegunde et al., 2007)

As doenças cardiovasculares são responsáveis pelo maior número de óbitos entre a população idosa (Cadwell, 2001). Entre as doenças cardiovasculares, as doenças cerebrovasculares e as isquêmicas do coração são as causas mais frequentes de morte no Brasil (Lima-Costa et al., 2000a) e na Europa (World Health Organization, 2008b).

Entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontram-se o diabetes mellitus e a hipertensão arterial; fatores independentes e que juntos podem ser mais agravantes (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2002).

Nos EUA 33,3% (73,6 milhões), ou seja 1/3 dos adultos com 18 anos ou mais, tem hipertensão; esta prevalência aumenta entre os idosos (65-74 anos) para 64,7% entre os homens e 69,6% entre as mulheres, segundo dados do NHANES (*National Health and Nutrition Examination Survey*) 2005-2006, (*American Heart Association, 2009*).

No Brasil, dados mais recentes do VIGITEL (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico) de 2008, apontaram a prevalência de hipertensão de 60,6%, entre os idosos (65 anos ou mais) com uma diferença significativa entre os sexos: 51,4% entre os homens e 66,4% entre as mulheres (Brasil - Ministério da Saúde, 2009).

Estudos epidemiológicos sobre hipertensão arterial em idosos brasileiros têm sido cada vez mais numerosos (Lima-Costa et al., 2003a; Firmo et al., 2003; Firmo et al., 2004a; Firmo et al., 2004b; Barreto et al., 2001; Zaitune et al., 2006; Passos et al., 2006); vale ressaltar que existem várias formas de se obter dados de prevalência, como a aferição da pressão ou utilização da informação referida. Esta última, embora possa subestimar os verdadeiros resultados, porque ignora os indivíduos que desconhecem a sua condição de doentes, já se comprovou válida para estimar a prevalência (Vargas et al., 1997; Lima- Costa et al., 2003 ;Lima- Costa et al.,2004).

A prevalência de hipertensão arterial é aproximadamente constante; a frequência desta condição varia dependendo de uma série de fatores como idade, raça, padrões geográficos, sexo e *status* socioeconômico (Pereira e Krieger, 2005).

Apesar de a Sociedade Brasileira de Hipertensão ter critério bem definido para o tratamento da hipertensão com uso de medicamento e existir a possibilidade de controle em outros casos com medidas não farmacológicas, os índices de controle ainda são muito baixos. Este controle é difícil por várias razões; entre elas, o custo do medicamento, a necessidade muitas vezes de se combinar mais de um medicamento, os efeitos colaterais, a baixa adesão ao tratamento e as dificuldades relacionadas ao acesso e uso dos serviços de saúde (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2002).

Dados recentes do *National Health and Nutrition Examination Survey (NHANESII)* revelam que mais de 40% dos hipertensos nos Estados Unidos não tem sua pressão controlada; em parte, pela não adesão às medicações prescritas (Bautista, 2008).

A falta de controle da pressão alta é alarmante; diferindo segundo a etnia e o sexo, segundo estudo originado de dados do NHANES III, realizado entre 1988 e 1994. O controle foi maior entre as mulheres brancas (28,7%) comparada aos homens (19,2%), entre as mulheres negras (28,6%) comparada aos homens (17,5%) e 18% e 12,7% entre as mulheres e homens mexicanos, respectivamente (He et al., 2002).

No Brasil, Firmo et al (2004a), comprovaram que somente 76,6% sabiam ser hipertensos. Outro estudo, realizado no Rio Grande do Sul, revelou que entre indivíduos adultos 50,8% sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10% tinham a pressão controlada (Gus, et al., 2004).

Outra doença crônica com alta morbidade entre idosos e considerada um problema de saúde pública é o diabetes (Centers for Disease Control and Prevention, 2009a).

Segundo estimativa da OMS, mais de 220 milhões de pessoas no mundo tem diabetes e 80% das mortes por diabetes ocorrem nos países de baixa e média renda; provavelmente, este número irá dobrar em 2030 (World Health Organization, 2008a). Neste cenário, o Brasil terá uma população de aproximadamente 11,3 milhões de diabéticos (Wild et al., 2004).

Nos EUA, o número de pessoas com diabetes alcançou em 2007, 23,6 milhões, ou seja, 7,8% da população total. Entre os idosos com 60 anos ou mais, 12,2 milhões (ou 23,1%,) têm diabetes (Centers for Disease Control and Prevention, 2007).

Na América Latina e Caribe, esta enfermidade afeta quase 19 milhões de pessoas (Duran, 2008).

De acordo com o VIGITEL 2007, a ocorrência média de diabetes no Brasil na população adulta (acima de 18 anos) é de 5,2%, o que representa 6.399.187 de pessoas; mas a prevalência aumenta com a idade. O diabetes atinge 18,6% da população com idade superior a 65 anos, sem diferença entre os sexos. Em 2008, a prevalência observada entre idosos na mesma faixa etária foi de 20,7% (Brasil- Ministério da Saúde, 2009).

A prevalência do diabetes mellitus (DM) tipo 2 está aumentando de forma exponencial, adquirindo características epidêmicas em vários

países, particularmente nos países em desenvolvimento (Sartorelli e Franco, 2003).

Segundo os autores acima citados, a maioria dos países latino-americanos não desenvolve um sistema de vigilância epidemiológica para as doenças crônicas na população adulta. As informações sobre a prevalência do diabetes derivam de inquéritos realizados esporadicamente, sendo poucos de abrangência nacional.

Um estudo recente comparou dados de prevalência de diabetes auto-referida para estimar a expectativa de vida aos 60 anos com e sem diabetes em sete cidades da América Latina, Caribe e México. Os resultados revelaram que o diabetes impõe uma séria carga na saúde da população e indicaram que a América Latina e Caribe são as regiões em que os idosos viverão mais tempo com diabetes (Andrade, 2009).

Apesar deste quadro alarmante com o aumento cada vez maior desta prevalência, a ausência de diagnóstico, a falta de informação da população sobre o diabetes e às práticas e medidas de controle não são recentes.

Estudo multicêntrico sobre prevalência de diabetes mellitus no Brasil já apontava, em 1992, para o fato de que cerca de 46% dos casos diagnosticados desconhecem o diagnóstico e, provavelmente, só teriam consciência quando alguma complicação da doença se manifestasse. Deste total, 22% da população diabética não faziam nenhum tratamento (Malerbi e Franco, 1992). Em 2007, nos EUA, entre os 23,6 milhões de diabéticos, 5,7

milhões não sabiam ter a doença (Centers for Disease Control and Prevention, 2007).

Por todas estas razões, o diabetes vem adquirindo características epidêmicas e as intervenções não farmacológicas, como a dieta equilibrada, sem sal, a restrição ao tabaco e álcool, além da prática de atividade física têm sido cada vez mais recomendadas (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 1998; Campbell et al., 1999) e consideradas foco das estratégias da Organização Mundial de Saúde, pois juntos estes fatores modificáveis podem evitar mais de 80% de doenças cardiovasculares, AVC e diabetes tipo 2 (World Health Organization, 2008 a).

Dados de outros estudos apontam que vale a pena intervir nestes fatores modificáveis: a porcentagem de mortes causadas por doença cardíaca caiu em 70% nos últimos 30 anos na Austrália, Canadá, Japão, União Européia e EUA; no período entre 1970 e 2000, 14 milhões de mortes por doença cardiovascular foram evitadas (Gohlke, 2004; Strong et al., 2005).

O controle metabólico rígido, somado a medidas preventivas e curativas relativamente simples, são capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do diabetes mellitus e da hipertensão arterial. Para o controle de ambas as patologias, são necessárias medidas que envolvam mudanças no estilo de vida do indivíduo (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 1998; Sociedade Brasileira de

Diabetes, 2002) e dentro de um sistema de saúde cujo foco seja a atenção primária (Assunção et al., 2001).

Segundo Rebouças e Pereira (2008), os fatores de risco não só estão intimamente relacionados ao estilo de vida e ao desenvolvimento de doenças crônicas, como podem também influenciar a utilização dos serviços de saúde por idosos.

Essas doenças crônicas, em particular o diabetes e a hipertensão, requerem monitoramento; ações que possam ajudar os idosos no desenvolvimento e manutenção de sua saúde. Constituem, portanto, o grande desafio do século XXI, pois representam uma grande sobrecarga no sistema de saúde que terá que se reorganizar para atender as demandas em saúde.

Essa demanda gerada ao sistema de saúde pelos idosos tem particularidades que determinam sua utilização: a idade, o gênero, a escolaridade, a renda, a necessidade da utilização, a possibilidade de acesso, o grau de informação e a percepção sobre a saúde. O grau de informação e a possibilidade de acesso são determinados pela condição socioeconômica (renda e escolaridade) (Travassos e Martins, 2004).

A idade é um fator que influencia a utilização dos serviços de saúde. Os idosos deveriam utilizar mais estes serviços, pela maior ocorrência de doenças e maior necessidade de prevenção em comparação com o restante da população (Veras, 1992).

[...] o padrão de utilização é marcado pelo maior uso no primeiro ano de vida e pelos idosos, etapas da vida de maior vulnerabilidade biológica (Travassos e Viacava, 2007).

[...] como a população envelhece, mais doenças crônicas, mais medicamentos, exames, mais hospitalização (Lima-Costa et al., 2003 a).

[...] Idosos consomem mais serviços de saúde, o número de consultas e hospitalizações aumenta com a idade (Lima-Costa et al., 2007).

Louvison (2006) relata a associação positiva entre a idade e a utilização dos serviços de saúde, principalmente entre as mulheres.

O gênero é, dessa forma outro fator que pode influenciar o uso dos serviços. Ser mulher (Pinheiros e Travassos, 1999; Lima- Costa et al., 2003; Barreto et al, 2004; Redondo-Sendino et al., 2006), e ter direito a usar serviço privado (Pinheiros e Travassos, 1999; Barreto et al., 2004) estão diretamente relacionados à maior utilização dos serviços de saúde. A mulher desde pequena tem uma educação para o “cuidar”. Coloca-se aqui um dado cultural que pode explicar a maior utilização pelas mulheres.

Mas existem outros fatores que também podem influenciar e fazer com que a idade não seja o fator determinante no uso, como a condição socioeconômica.

[...] ao contrário, ser mais velho não mostrou ser significativo na determinação do uso dos serviços nas áreas com padrão de vida diferentes. Viver em moradias melhores pode favorecer o acesso (Pinheiros e Travassos, 1999).

Alguns estudos brasileiros apontam que quanto pior a condição socioeconômica do idoso, pior a condição de saúde (Lima- Costa et al., 2003, Lima-Costa et al., 2003 a), pior a função física (Lima-Costa et al., 2002) e menor o uso dos serviços (Travassos, 1997, Pinheiros e Travassos, 1999,

Louvison et al., 2008). Idosos com maior renda experimentam inclusive maior chance de utilizar os serviços de saúde, independente da faixa etária (Lima-Costa et al., 2002, Lima- Costa et al.,2003, Lima Costa et al.,2006; Barreto et al., 2006, Louvison, 2006). Outro estudo reforça ainda que os idosos com renda mais baixa têm acesso limitado à alimentação saudável, saneamento básico e informações sobre promoção da saúde, prevenção das doenças e seu tratamento, o que enfatiza que a carga de doença resultante reflete também a condição econômica e influencia a procura pelos serviços de saúde (Silveira et al., 2002).

Dado diferente foi encontrado em estudo realizado no Canadá que observou, segundo os autores, associação inversa entre renda e utilização: os mais pobres apresentavam mais internações hospitalares, ou seja, utilizaram mais os serviços (Carinley & Arnold, 1996).

Revisão sistemática confirma que a condição econômica influencia o uso; no entanto, a direção do efeito depende do país. Em países desenvolvidos, como EUA, Inglaterra, Canadá, Irlanda, quanto menor a renda e a escolaridade, maior a necessidade em saúde e maior o uso do serviço. Já nos países mais pobres, onde a carga da doença é maior, a tendência é usar menos os serviços de saúde, particularmente se a acessibilidade não é favorável. Em países onde a acessibilidade é universal como o Canadá e a Inglaterra, as pessoas de menor poder aquisitivo tem melhor acesso e o sistema funciona como um modificador de efeito (Mendoza-Sassi e Béria, 2001).

Segundo os autores acima citados, nas análises vários fatores precisam ser considerados, dada a diferença de metodologia utilizada nos estudos, o tipo de sistema de saúde dos diversos países, o grau de acessibilidade e de equidade.

A análise do uso dos serviços de saúde através dos serviços ambulatoriais apresenta respostas diferentes quando se considera o uso dos serviços por meio da taxa de internação hospitalar. Taxas de internações hospitalares maiores podem representar uma dificuldade de acesso ambulatorial, uma realidade vivida pelos mais pobres (Louvison, 2006).

A escolaridade da população reflete também o nível socioeconômico e o capital cultural, podendo ser fator de capacitação para uso dos serviços. Alguns estudos revelaram que a maior escolaridade esteve associada positivamente à maior utilização dos serviços (Pinheiros e Travassos, 1999; Rebouças e Pereira, 2008). Além disso, a escolaridade influencia não só na busca por serviços, mas o próprio relato sobre a saúde (Barreto et al., 2006; Fernandez-Olano et al., 2006).

Outros estudos revelaram, ainda, que freqüentar a escola diminui a necessidade do uso e protege das desigualdades de acesso (Louvison, 2006).

Faz-se necessário considerar também a existência de outros fatores que podem influenciar a condição de saúde, ou seja, a predisposição genética e a presença ou não de morbidade referida. Esta última deve ser analisada por ser bom preditor de uso de serviço e por refletir a condição de

saúde. No entanto, pode representar um viés à medida que a auto-referência de doença está relacionada ao uso do serviço de saúde.

A autopercepção de saúde pode refletir a condição de saúde. Tem associação com a variável renda: a renda maior está associada à melhor autopercepção de saúde (Lima-Costa et al., 2004, Lima- Costa et al.,2005). O aumento da idade leva à diminuição da autopercepção de saúde (Lima- Costa et al., 2007) e, quanto maior escolaridade, maior e melhor a autopercepção da saúde (Domínguez-Berjón et al., 2006, Yngwe et al, 2001; Bobak et al, 2000; Lantz et al, 2001), o que também pode influenciar a utilização dos serviços de saúde.

Segundo Fernandez-Olano (2006), a decisão de utilização está relacionada não só à autopercepção sobre a saúde, como à disponibilidade que o sistema oferece.

Se o acesso é melhor, maior é a utilização e o uso dos serviços preventivos, facilitando, assim, as condições para detectar as doenças (Louvison, 2006, Pagán et al., 2007). As dificuldades de acesso podem ser traduzidas pelas barreiras impostas à população rural em função da menor disponibilidade de serviços, pelas grandes distâncias a serem percorridas e pelas dificuldades de transporte que, somadas à baixa renda, reduzem a utilização dos serviços (Rosenthal e Fox 2000; Oliveira et al., 2004; Travassos e Viacava, 2007).

A cobertura do serviço de saúde também pode determinar o uso dos serviços de saúde. Os idosos sem seguro saúde procuram mais serviços públicos e acabam utilizando mais os serviços hospitalares que os serviços

ambulatoriais (Louvison, 2006). Isto reforça a necessidade de se considerar a metodologia do estudo e o tipo de serviço investigado. As mulheres utilizam mais os serviços preventivos e diagnósticos; os homens, mais serviços de emergência (Gomez, 2002). As mulheres reportam mais doenças crônicas, visitam mais os médicos e têm piores indicadores de saúde e menor internação hospitalar (Barreto et al., 2004).

Segundo alguns autores, não só o número de doenças crônicas, como o grau de comprometimento, a limitação e a severidade dos sintomas, podem também determinar a utilização do serviço de saúde por idosos (Pinheiros e Travassos, 1999; Firmo et al., 2003; Lima-Costa et al., 2003a, Lima- Costa et al.,2006). Todas estas questões sobre a utilização dos serviços por idosos demandam estudos para que a realidade possa ser conhecida.

Com a finalidade de investigar a situação de saúde de grupos populacionais, os inquéritos de saúde de base populacional têm se mostrado como importante instrumento, pois permitem conhecer a situação de saúde da população e em particular dos idosos bem como o uso dos serviços de saúde.

No Canadá, o sistema de informações se preocupa em responder o quanto os idosos são saudáveis, como o sistema de saúde está servindo aos mesmos, qual a situação econômica do idoso, quais as condições de vida dos idosos e como os idosos estão participando da sociedade (*National Advisory Council on Aging*, 2006).

Nos Estados Unidos, o *National Health Interview Survey* (NHIS) é a principal fonte de informações de saúde da população não

institucionalizada; é um dos maiores fornecedores de dados do *National Center for Health Statistics* (NCHS), que é parte do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). O National Health Survey atua desde 1956, promovendo inquéritos contínuos para manter a informação estatística atualizada sobre a distribuição e os efeitos das doenças, da incapacidade e das necessidades dos serviços por conta de tais condições (*Centers for Disease Control and Prevention*; 2009b).

No Brasil, segundo Lima- Costa et. al. (2007), o sistema de informações é baseado em dados de hospitalizações e mortalidade no Sistema Único de Saúde (SUS); no entanto, tais fontes não são suficientes para o conhecimento das condições de saúde, de vida e do uso dos serviços pelos idosos. Apesar de extremamente úteis, estas são limitadas e pela cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) apesar de universal não refletir o uso pela população total. Outro fato importante é que as informações obtidas nos inquéritos ainda não são consideradas parte desse sistema (Brasil - Ministério da Saúde, 2004).

Esses fatos reforçam ainda mais a importância dos inquéritos domiciliares que permitem obter informações mais precisas sobre morbidades percebidas, incapacidades, limitações, impacto nas atividades e qualidade de vida, prevalência de fatores de risco e uso dos serviços de saúde. Estes dados são essenciais para o planejamento, a avaliação dos serviços e a definição das prioridades, influenciando na formulação de políticas e na tomada de decisões à medida que permite o maior

conhecimento dos problemas de saúde não só da população que tem acesso aos serviços de saúde, como da que não tem.

Os Inquéritos de Saúde de base populacional são realizados desde a segunda década do século XX, tanto em países desenvolvidos, como em subdesenvolvidos (César e Tanaka, 1996). Na Inglaterra teve início em 1990, com o objetivo de prover informação anual sobre a saúde da população e melhorar a informação sobre a morbidade. É importante para estimar a prevalência de morbidades específicas e dos fatores de risco associados aquela(s) morbidade(s), avaliar a frequência com que ocorre a combinação de fatores de risco, examinar diferenças entre subgrupos populacionais, monitorar estratégias na saúde e, assim, direcionar ações nas políticas de saúde (Department of Health, 2007).

Vários inquéritos são realizados em todo o mundo com o objetivo comum de copilar informações longitudinais sobre saúde e bem estar da população idosa. Entre estes inquéritos temos o SAGE (*Study on Global Ageing and Adult Health*), o WHS (*World Health Survey*), o HRS (*Health and Retirement Survey*), o ELSA (*English Longitudinal Study of Ageing*) e o SHARE (*Study on Health and Retirement in Europe*) (WHO, 2008 c). Todos eles contribuíram para o grande avanço no desenvolvimento dos indicadores de saúde.

Nos Estados Unidos, o *National Health Interview Survey* tem gerado uma série de informações em saúde com estudos em várias áreas (Egede et al., 2007).

O “*Longitudinal Aging Study Amsterdam*” é um estudo populacional de coorte que estuda os fatores preditores de bem estar autonomia na população; a relação do consumo de tabaco, do uso excessivo de álcool e do sedentarismo com a incidência de doenças crônicas na população acima de 50 anos (Van Gool et al., 2007). O *Spanish National Health Survey* desenvolve estudos para avaliar a acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde com o objetivo de assegurar a equidade. Na Espanha, Lostão et. al. (2001) verificaram que pessoas com menor escolaridade e nível sócio-econômico procuraram mais o médico geralista e menos os especialistas (como o ginecologista) e dentistas. Outro estudo realizado na Espanha, baseado na análise dos dados do *Barcelona Health Interview* observou que quanto menor o nível sócio-econômico ou classe social, maior a probabilidade de reportar estado de saúde ruim ou muito ruim e de apresentar alguma doença crônica (Domínguez- Berjón et al., 2006). Baseado neste mesmo inquérito, estudo bem mais antigo já havia identificado que entre os idosos que reportaram necessidades em saúde, 10 a 25%, não tinham sua necessidades atendidas. Nesse estudo as necessidades em saúde foram identificadas pela autopercepção muito ruim/ruim ou regular, pelo relato de 2 ou mais doenças crônicas, ou dependência para uma ou mais atividades básicas da vida diária, e a não necessidade atendida foi identificada pelo não relato dos idosos de visita ao médico/serviço de saúde em um período de 12 meses (Alonso et al., 1997).

Outro inquérito também investigou as diferenças sócio-econômicas e a influência da educação sobre os hábitos de vida (cigarro,

atividade física e álcool) na Ásia (*Singapore National Health Survey, 2004*), sendo observado que quanto menor o nível educacional, maior a prevalência do álcool, cigarro e sedentarismo (Fong et al., 2007).

Estudo populacional derivado do *Netherlands Health Interview Surveys* investigou a relação entre o número de doenças e o uso dos serviços de saúde e concluiu que a prevalência de comorbidade e o uso dos serviços de saúde, é maior entre os indivíduos com menor nível socioeconômico (Droomers & Westert, 2004)

Alguns outros inquéritos têm investigado a relação dos fatores de risco e as morbidades e mortalidade. É o caso da França, que investigou a relação entre o tipo de ocupação e os fatores de risco na mortalidade prematura (Bourgkard et al., 2008), da Austrália, que desenvolveu um índice de comorbidade baseado em dados auto referidos; através deste índice puderam predizer, em mulheres idosas com doença coronária, acidente vascular cerebral (AVC), diabetes, câncer, bronquite, enfisema e doença de Alzheimer, a mortalidade, o uso dos serviços de saúde, a necessidade de auxílio nas atividades de vidas diárias (AVDs) e a qualidade de vida (Tooth et al., 2008). É, também, o caso da Tailândia que, em 2004, desenvolveu o terceiro inquérito de Saúde (*Third National Health Examination Survey*) e identificou que a prevalência da hipertensão e pré-hipertensão era de 22% e 32,8%, com maior prevalência em homens residentes em zonas urbanas; entre as mulheres, a prevalência não foi diferente entre as regiões urbana e rural (Aekplakorn et al., 2008).

No Brasil, vários inquéritos de saúde vêm sendo realizados nas últimas décadas. Questionários multidimensionais têm sido aplicados na população idosa com o objetivo de identificar o idoso brasileiro e permitir uma melhor avaliação da saúde física e mental do mesmo, das condições econômicas, sociais e da autonomia deste grupo populacional. É o caso dos Projetos Epidoso (Ramos, Goihman, 1989, Ramos, 1998), Bambuí (Lima-Costa et al., 2000b) e SABE (Peláez et al., 2003, Lebrão et al., 2003), além do ISA-SP (Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo) e ISA- Capital, no Município de São Paulo (Cesar et al., 2005).

Um dos primeiros estudos populacionais, com avaliação multidimensional de idosos, foi realizado na cidade de São Paulo, em 1984. Revelou um perfil de idoso muito semelhante ao dos países desenvolvidos, com alta prevalência de doenças crônicas; quase 90% referiram pelo menos uma doença crônica, principalmente hipertensão arterial. Quase a metade referiu precisar de ajuda para realizar pelo menos uma atividade instrumental e cerca de $\frac{1}{4}$ apresentou sintomas de distímia (Ramos, Goihman, 1989). Por outro lado, este mesmo inquérito revelou aspectos bem distintos entre os idosos brasileiros e europeus, como a idade média menor, (72 anos), a maior prevalência de mulheres e um menor número de idosos residindo sozinhos⁴.

⁴Uma das explicações, segundo Ramos (2003), é maior suporte familiar aqui encontrado.

Este inquérito atentou ainda para o fato de que a saúde não devia ser mais avaliada pela presença ou não de doenças, mas em relação à manutenção, ou não, da capacidade funcional (Ramos, 2003).

O projeto Bambuí, realizado pelo Núcleo de Estudos sobre Epidemiologia e Antropologia do Envelhecimento, da Fundação Oswaldo Cruz analisou, além das características sócio-demográficas, a percepção da saúde e morbidade auto-referida, o uso de medicamentos, o acesso a serviços de saúde e a planos de saúde, as atividades físicas, o uso de fumo e de álcool, os hábitos alimentares, a história reprodutiva, a função física, os eventos da vida, os recursos sociais e a saúde mental. Os primeiros resultados, preliminares publicados em 2000, revelaram características muito semelhantes às de outros estudos epidemiológicos sobre envelhecimento realizado em outras cidades brasileiras (Lima-Costa et al., 2000b). Outro estudo revelou as principais causas de morte entre os habitantes do Município de Bambuí, em 1996: AVC, doença de chagas e doença isquêmica do coração (Lima-Costa et al., 2000a). Deste mesmo inquérito surgiram outras publicações sobre a prevalência da hipertensão entre idosos, sobre a falta de informação sobre a doença e a relação do desconhecimento da “condição de doente” com o acesso e uso dos serviços de saúde (Firmo et al., 2003, Firmo et al., 2004).

O Projeto “Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe” (SABE), constitui um estudo epidemiológico transversal, de base populacional domiciliar, sob a coordenação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Seu objetivo é investigar os diversos aspectos referentes

à saúde da população idosa residente em áreas urbanas de sete países da América Latina e Caribe: Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México e Uruguai (Peláez et al., 2003).

No Brasil, o Projeto SABE limitou-se ao município de São Paulo. Acrescentou informações sobre o estado cognitivo, o estado nutricional, transferências familiares e institucionais, rede de apoio social, fontes de renda, história ocupacional e aposentadoria (Lebrão et al., 2003).

Com base em dados oriundos do projeto acima mencionado, Alves e colaboradores (2007) investigaram a influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos residentes no Município de São Paulo nos anos de 2000/2001. Neste estudo se verificou que a hipertensão arterial foi a condição crônica mais freqüente, aumentando em 39% a chance de o idoso ser dependente nas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). Com relação ao diabetes mellitus, o estudo não encontrou uma associação estatisticamente significativa com a capacidade funcional do idoso, embora a literatura mostre uma diminuição da capacidade funcional entre os idosos diabéticos (Bardage e Isacson, 2001; Wensing et al., 2001).

Esta tese justifica-se pela necessidade de conhecimento - independente do acesso ao serviço - dos problemas de saúde da população idosa, no Município de São Paulo, utilizando dados do inquérito de saúde, ISA- capital.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Estimar, em idosos residentes no Município de São Paulo, a prevalência de hipertensão e diabetes, seus fatores associados e o perfil de utilização de serviços de saúde.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a população de idosos segundo condições demográficas e socioeconômicas;
- Estimar a prevalência de hipertensão e diabetes em idosos;
- Identificar a associação entre a hipertensão e diabetes e as características demográficas, socioeconômicas e de estilo de vida;
- Identificar o conhecimento e prática dos idosos hipertensos e diabéticos em relação às opções de tratamento e controle da doença;
- Analisar o perfil do idoso em relação ao uso de serviços de saúde.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo de corte transversal, componente do Inquérito de Saúde no Município de S. Paulo, ISA- Capital- 2003, para análise das condições de vida e de saúde. Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob o nº 0217/09. O inquérito contou com a participação de pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Universidade Estadual Paulista (UNESP), e do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (ISSES/SP).

No ISA-Capital, foram entrevistadas 3357 pessoas no ano de 2003, selecionados por meio de uma amostra probabilística da população residente na área urbana do Município de São Paulo. Para sorteio da amostra utilizou-se amostragem complexa⁵ por conglomerados, em dois estágios, a saber: o 1º estágio, por sorteio dos setores censitário e o 2º estágio por sorteio de domicílios.

O município foi estratificado segundo a escolaridade⁶ do chefe de família, considerando o percentual de chefes com nível universitário em três categorias: menos de 5%, 5% (inclusive) a 24,99% e 25% ou mais. O objetivo da estratificação por escolaridade de chefes de família com nível universitário foi garantir a participação de pessoas do estrato mais alto da população

⁵ Plano de Amostragem do ISA-Capital na íntegra, disponível no anexo 2

⁶ Pela relação entre escolaridade e condição socioeconômica.

visando a análise da condição de saúde e do uso do serviço segundo subgrupos sociais.

O ponto de partida para o sorteio foi a amostra mestra da PNAD-2002 (279 setores censitários no município de São Paulo, sendo 264 urbanos e 15 rurais). Dos 264 setores censitários urbanos, foram sorteados 60 para compor a amostra do ISA-Capital, sendo 15, 28 e 17, respectivamente, nos três estratos.

Foram definidos oito grupos de acordo com o sexo e a idade, denominados “domínios amostrais”. São eles:

- Menores de 1 ano, de ambos os sexos
- 1 a 11 anos, de ambos os sexos
- 12 a 19 anos, do sexo masculino
- 12 a 19 anos, do sexo feminino
- 20 a 59 anos, do sexo masculino
- 20 a 59 anos, do sexo feminino
- **60 anos e mais, do sexo masculino**
- **60 anos e mais, do sexo feminino**

Estes domínios foram definidos com o objetivo de garantir números mínimos na amostra para as análises. A definição desses domínios deveu-se, principalmente, ao fato de que alguns subgrupos populacionais, como os menores de um ano e os de idade mais avançada, representem uma proporção muito pequena do total da população; por outro lado, são estes os grupos que apresentam maiores prevalências de problemas de saúde e que, freqüentemente, procuram mais os serviços de saúde.

3.1. Plano de amostragem:

A população de estudo refere-se a idosos não institucionalizados, residentes em área urbana da capital- São Paulo. Estimou-se um tamanho mínimo de amostra de 420 pessoas para cada um dos domínios citados, somando-se a este valor as possíveis perdas e tendo por base a estimativa de uma prevalência de 50%, com nível de confiança de 95%, erro de amostragem de 0,06 e efeito de delineamento de 1,5. Os domínios considerados neste estudo foram 60 anos e mais do sexo masculino e 60 anos e mais do sexo feminino.

A interferência dos diferentes pesos atribuídos a cada entrevista sobre as estimativas pontuais de medidas descritivas da população encontram-se presentes neste tipo de amostra. Além dos pesos, a conglomeração, a estratificação interfere nas medidas de precisão dos estimadores (desvio padrão e variância) ou de parâmetros para ajustes de modelos. Todos estes aspectos precisam ser considerados na análise e são discutidos no **anexo 2**, que apresenta os vários passos do processo de amostragem do ISA-Capital.

3.2. QUESTIONÁRIO

➤ Entrevistadores

As informações foram obtidas por meio de questionários aplicados por entrevistadores e respondidas pelo próprio idoso. Na impossibilidade de

comunicação ou dificuldade do idoso presente no domicílio, um cuidador ou responsável respondia as perguntas.

Todas as entrevistas foram realizadas por entrevistadores com pelo menos o segundo grau completo de escolaridade; estes receberam treinamento para a aplicação do questionário do inquérito e foram avaliados e reciclados durante todo o período da pesquisa.

Cerca de 10% da produção de cada um deles foi avaliada por nova entrevista parcial (entrevista de controle). Não foram selecionados entrevistadores com formação na área de saúde e o treinamento enfatizou a importância de anotarem com precisão o que era referido pelos entrevistados, visto que a pesquisa trabalhou com morbidade referida.

➤ **Instrumento de coleta de dados**

O questionário foi organizado em blocos, segundo “áreas temáticas”, com a maioria de questões fechada e com alternativas pré-definidas. Nem todos os blocos foram aplicados a todos os entrevistados, pois alguns temas eram específicos para determinadas condições individuais. Os blocos e respectivos temas do ISA-Capital podem ser encontrados na Internet⁷. Os blocos específicos utilizados neste estudo são mostrados no Anexo1.

A partir do **Bloco B** foi possível obter informações gerais sobre os entrevistados; informações necessárias para estabelecer os primeiros elementos das condições de vida, bem como instrumento de controle para a

⁷ Site: <http://WWW.fsp.usp.br/lsa-sp>

realização das visitas. A **morbidade referida**, para o período de 15 dias, foi estudada no **Bloco C**, onde se procurou identificar, nos indivíduos sorteados, as situações de saúde/doença experimentadas nos 15 dias antes da entrevista e o **uso dos serviços de saúde**.

Neste bloco, o entrevistado respondia “se teve algum problema de saúde, nos últimos 15 dias”, “se procurou ajuda ou alguém para conversar para resolver este problema” e, caso tivesse procurado ajuda, “quem procurou”. Nos casos em que não houve procura de ajuda, foi solicitado que dissesse “por que”. A mesma indagação foi feita nos casos em que procurou um serviço de saúde e não foi atendido.

O **BLOCO D** levantou informações sobre a **presença de diagnósticos de doenças crônicas**. Neste bloco o idoso respondia as seguintes perguntas: “O Sr (a) tem alguma doença crônica, uma doença de longa duração ou que se repete com alguma frequência?”. As doenças como **hipertensão e diabetes** foram investigadas em blocos específicos, ou seja, foi dada ênfase naquelas de maior importância e prevalência. Quando o entrevistado respondia “sim” para as doenças hipertensão (D02) e sim para diabetes (D03) deveria responder também os blocos D1 (para hipertensão) e D2 (para diabetes), o que se justifica pela relevância crescente destas doenças e complexidade manifestada nos programas de atenção à saúde.

No **BLOCO K** foi investigado se o idoso havia sido hospitalizado nos 12 meses antes da entrevista.

As questões referentes ao **estilo de vida**, aprofundados neste trabalho o **fumo e consumo de álcool** foram exploradas no **BLOCO L**.

O entrevistado respondeu as seguintes perguntas referentes ao fumo: se já havia fumado alguma vez ao menos um cigarro por dia, todos os dias durante ao menos um mês, que idade tinha quando começou a fumar regularmente, se fuma atualmente, se havia deixado de fumar, quais as razões para ter parado de fumar. Se ainda fuma. Em caso afirmativo, quantos cigarros fumam em média. Entre os que não fumam mais, quantos cigarros fumavam em média.

O consumo de álcool foi estudado por meio do questionário CAGE (*Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener*), de utilização recorrente para detectar possível abuso ou dependência de álcool em estudos clínicos e populacionais. Desenvolvido em 1968, é composto de quatro perguntas e elaborado especificamente para detectar alcoolistas crônicos. No Brasil, foi validado por Masur e Monteiro (1983), com sensibilidade de 88% e especificidade de 83%. Considera-se indicativo de abuso ou dependência de álcool quando se tem duas ou mais respostas “sim”.

As quatro perguntas que compõem o CAGE estão demonstradas nas questões L37 a L40.

No **BLOCO N**, o entrevistado se manifestou sobre sua auto-avaliação de saúde. As alternativas eram: “excelente”, “muito boa”, “boa”, “ruim”, “muito ruim”.

Para a caracterização socioeconômica foi utilizado o **BLOCOS O** (do entrevistado) **ou o Bloco Q** (do chefe da família), quando o entrevistado era chefe de família. O bloco O permitiu obter informações sobre a situação conjugal do entrevistado, a escolaridade e o exercício de atividade laboral, remunerada ou não. No Bloco Q foi investigado quem havia respondido o

questionário, se o próprio idoso -chefe de família - ou outra pessoa; permitiu, igualmente, estabelecer um quadro da composição de renda familiar. Os valores de renda e gastos declarados foram convertidos em salários mínimos, de acordo com os valores vigentes no momento da entrevista.⁸

3.3. VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.3.1. Demográficas e Socioeconômicas: idade, gênero, cor ou raça, religião, situação conjugal, escolaridade, condição de chefia na família, situação de trabalho e renda.

A **idade** foi obtida a partir da data de nascimento do entrevistado (questão B07) e analisada a faixa de 60 anos ou mais.

O **sexo** foi tratado como “variável dicotômica” (masculino e feminino).

A **cor ou raça** do entrevistado foi auto-declarada e avaliada como “branca”, “preta”, “parda”, “amarela” e “indígena”.

A **religião** foi avaliada em cinco categorias, a saber: “sem religião”, “católica”, “evangélica”, “espírita” e “outras”.

A **situação conjugal** foi avaliada como “casado”, “união conjugal estável/unido”, “solteiro”, “separado/desquitado ou divorciado” e “viúvo”.

Quanto à **condição de chefia na família**, foi investigado se o idoso era chefe de família ou não.

A **escolaridade** foi analisada em duas categorias: “0 a 7 anos de estudo” e “8 anos ou mais de estudo”.

⁸ Salário mínimo vigente em 2003 até 1º de abril de 2003 era de R\$ 200,00 (duzentos reais), a partir desta data: R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais). Site: http://www.portalbrasil.net/salariominimo_2003.htm

A **situação de trabalho** foi analisada pelo exercício que o idoso referia exercer (ou não) alguma atividade de trabalho, remunerada ou não.

A **renda familiar** mensal foi analisada por meio de um quadro de composição e renda familiar em Salários Mínimos *per capita*, dividido em duas categorias: “até 2,5 salários mínimos” e “2,5 salários mínimos ou mais”.

3.3.2. Condições de saúde: percepção da própria saúde, morbidade auto-referida nos 15 dias antes da pesquisa (sim ou não), hospitalização nos últimos 12 meses e o número de doenças crônicas auto-referida pelos idosos.

A **autopercepção de saúde** foi categorizada neste estudo em “excelente/ muito boa”, “boa” e “ruim/ muito ruim”.

A **morbidade referida 15 dias** antes da entrevista e a **hospitalização nos últimos 12 meses** foram investigados de modo modificado e como variável dicotômica (sim/não).

A presença de **doença crônica** foi investigada no Bloco D; cada doença foi assim identificada: “se sim” (de D02 a D25) e “se não” ou “NS/NR”, possibilitando identificar o número de doenças crônicas (nenhuma, 1 ou 2 ou 3 ou mais).

Pela importância epidemiológica, as doenças auto-referidas **Hipertensão** pela prevalência e **Diabetes** pela morbidade foram investigadas separadamente nos blocos D1 e D2. Além disso, foi verificado se o diagnóstico havia sido feito pelo médico ou outros? O que o idoso fazia para controlar a doença? O que os idosos julgavam que deveria ser feito para controlar a doença? Se os idosos participavam de grupos de discussões sobre a doença? As respostas destes dois blocos permitiram poder avaliar o

conhecimento do idoso em relação à doença e se as orientações recebidas eram realmente seguidas.

3.3.3. Estilo de vida: foi avaliado por meio do hábito de fumar e do consumo de álcool (frequência semanal de ingestão de bebida alcoólica, e o CAGE para detectar possível abuso ou dependência de álcool).

A **frequência de ingestão alcoólica** foi avaliada em quatro categorias: “nunca bebeu/não bebe mais”, “até 2 vezes/mês”, “1 a 3 vez/semana”, “4 a 7 vezes /semana”.

3.3.4 Utilização dos serviços de saúde, conhecimento e conduta em relação ao tratamento da hipertensão e diabetes.

Somente os que referiram hipertensão e diabetes responderam um bloco à parte, com questões como “quem disse que o senhor tem pressão alta ou diabetes”? “O que fazia para controlar a pressão alta e diabetes? Há quanto tempo não ia ao médico por causa da doença? Se visitava o médico ou serviço de saúde periodicamente por causa da hipertensão ou diabetes? Razões da “não procura” do médico/serviço de saúde regularmente por causa da pressão alta ou diabetes? Se havia participado de grupos de discussão sobre o controle das mesma? O que conhecia sobre o que deveria ser feito para controle da pressão alta e do diabetes?

Para avaliar a utilização dos serviços de saúde foi considerado, também, o uso dos serviços entre os hipertensos e diabéticos por morbidade referida nos últimos 15 dias: se procurou alguma ajuda ou conversou com alguém para resolver o problema nos 15 dias antes da entrevista? Se foi atendido no serviço que procurou (sim/não)? Foi criada uma variável para

investigar o uso dos serviços entre os idosos, independente de morbidade e da presença ou ausência de doença.

3.4. Processamento e Análise dos dados

Os dados do inquérito foram codificados diretamente nos questionários e digitados em máscara de EpilInfo.

Para análise dos dados foi utilizado o módulo *survey* do pacote estatístico *Stata* 10, que leva em consideração os efeitos do peso e da amostragem. Conforme já mencionado, para uma análise correta dos dados é preciso levar em conta os diferentes pesos decorrentes do processo de amostragem complexo. Dessa forma, foram incorporados os pesos dos idosos da amostra (peso principal), baseados nas frações amostrais e na pós-estratificação.

3.5. Análise Estatística

Para verificar a existência de associação estatística entre as variáveis demográficas e socioeconômicas, estilo de vida, condição de saúde e segundo a presença de hipertensão referida e presença de Diabetes referida (valor- $p < 0,05$) foram realizados testes de associação pelo Qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. O mesmo procedimento foi realizado. Foram feitas estimativas de prevalência e calculadas as razões de prevalência (RP) para Hipertensão e Diabetes auto-referidas e Uso dos serviços de saúde com intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Para verificar a existência de fatores associados à hipertensão e diabetes e ao uso dos serviços de saúde, foi utilizado o modelo de regressão de Poisson com variância robusta (Barros e Hirakata, 2003). As variáveis

foram dicotomizadas, sendo selecionadas para introdução no modelo múltiplo aquelas que apresentaram $p < 0,20$ na análise univariada. Posteriormente foram feitos ajustes por idade.

Freqüentemente, a análise de regressão logística é utilizada para análise ajustada de estudos transversais com desfechos binários; entretanto, a opção da regressão de Poisson com variância robusta permite estimar as razões de prevalência diretamente, além de ser mais fácil a interpretação dos resultados.

Alguns autores têm proposto que, quando se trata de medidas de desfechos binários, o que é comum nos estudos transversais e é o caso dos inquéritos, o *odds ratio* pode superestimar a razão de prevalência. A regressão logística é usada para controlar os confundidores e permitir o ajuste das interações; os dois são dependentes das medidas de efeito. Segundo estes autores, usar o *odds* ao invés da razão de prevalência pode não só superestimar os resultados como não controlar adequadamente os confundidores (Barros e Hirakata, 2003).

3.6. Aspectos Éticos

Os objetivos do ISA-Capital foram apresentados aos indivíduos sorteados e foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado de participação no estudo, após conhecimento dos objetivos do estudo e do tipo de informação que seria solicitada. Foi assegurada a confidencialidade das informações levantadas, sendo que

apenas dados consolidados foram analisados, impossibilitando a identificação dos indivíduos pesquisados.

4. RESULTADOS

4.1. Descrição Geral da Amostra

A amostra, obtida no banco de dados do ISA- Capital, foi de 3357 indivíduos. Destes, 872 tinha 60 anos e mais de idade, sendo 451 do sexo feminino e 421 do sexo masculino. Considerando a ponderação, estes valores correspondem, respectivamente, a 39,7% (IC 95% 36,02- 43,46) de sujeitos do sexo masculino e a 60,3% (IC 95% 56,54 - 63,98) do sexo feminino.

Quanto à faixa etária, houve predomínio de indivíduos na faixa etária de 60 a 69 (51,0%). As faixas etárias “70 a 79 anos” e “80 anos e mais” apresentaram percentuais de 36,6% e 12,4%.

A **Tabela 1** apresenta as características demográficas e socioeconômicas segundo o sexo da população de idosos na cidade de S. Paulo- Capital.

No sexo masculino observa-se que 78,5% dos idosos declaram-se brancos, 72,9% são católicos, 83,9% são casados, unidos ou em situação conjugal estável, 92,9% são chefes de família, 37,7% tem 8 anos ou mais de escolaridade. Dentre as mulheres, 73,7% declaram-se brancas, 46,8% são viúvas, 73,0% são católicas, 46,1% são chefes de família e 24,7% tem 8 anos ou mais de escolaridade.

Para a maioria das variáveis não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos masculino e feminino. Mas houve para a condição de “chefia na família” ($p < 0,0001$), para a “situação conjugal” ($p < 0,001$), para a “escolaridade” ($p = 0,0013$), e para “exercer algum trabalho” ($p < 0,0001$).

De um modo geral e desconsiderando a variável “sexo”, 70,1% dos idosos tem até 7 anos de escolaridade e 29,9% tem 8 anos e mais de escolaridade.

Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre sexo e escolaridade ($p= 0,0013$). Entre os homens, 37,7% tem “8 anos e mais de estudo”; entre as mulheres esta proporção é de 24,7%.

Entre os idosos, 64,7% (583) declararam-se chefes de família; destes, 92,9% são homens e 46,1% são mulheres.

Em relação ao trabalho exercido atualmente, 74,1% (618) dos idosos não exercem nenhuma atividade e 25,9% (227) exercem. Entre os sujeitos do sexo masculino, 40,8% exercem alguma atividade, enquanto entre as mulheres a porcentagem é de 16% ($p<0,0001$).

A média de renda *per capita* entre os idosos foi de 3,20 salários mínimos (IC95% 2,46 - 3,93), sendo 3,58 (IC95% 2,62- 4,55) para o sexo masculino e 2,94 (IC95% 2,15- 3,73) para o sexo feminino (dados não mostrados em tabela).

Em relação à renda familiar *per capita*, 68,6% (669) dos idosos ganham até 2,5 salários mínimos. Não houve associação estatisticamente significativa entre sexo e renda ($p= 0,2258$).

Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas, segundo sexo em idosos em S. Paulo-capital, 2003

Variável	Categoria	Masculino		Feminino		Total		Valor p **
		Nº	% *	Nº	% *	Nº	% *	
Faixa etária	60- 69 anos	244	54,0	230	49,1	474	51,0	0,2029
	70- 79 anos	138	35,4	169	37,4	307	36,6	
	80 e mais	39	10,5	52	13,5	91	12,3	
		421	100	451	100	872	100	
Raça ou Cor	Branca	288	78,5	301	73,7	589	75,5	0,4849
	Preta	25	4,5	35	6,4	60	5,7	
	Parda	87	14,2	87	15,5	174	15,0	
	Amarela	10	2,7	15	4,3	25	3,7	
	Indígena	1	0,1	1	0,1	2	0,1	
		411	100	439	100	850	100	
Religião	Sem Religião	21	5,8	5	1,1	26	3,0	0,0542
	Católica	297	72,9	310	73,0	607	73,0	
	Evangélica	66	13,4	95	17,0	161	15,5	
	Espírita	6	2,1	10	3,2	16	2,8	
	Outras	21	5,8	20	5,7	41	5,7	
		411	100	440	100	851	100	
Situação Conjugal	Casado/unido/sit.est.	340	83,9	164	38,2	504	56,4	< 0,0001
	Solteiro	9	1,6	23	5,4	32	4,0	
	Separado/desq	21	4,6	45	9,6	66	7,6	
	Viúvo	42	9,9	209	46,8	251	32,0	
		412	100	441	100	853	100	
Condição de chefia na família	Chefe de família	376	92,9	207	46,1	583	64,7	< 0,0001
	Não chefe	34	7,1	231	53,9	265	35,3	
		410	100	438	100	848	100	
Situação de trabalho	Exerce	161	40,8	66	16,0	227	25,9	< 0,0001
	Não exerce	251	59,2	367	84,0	618	74,1	
		412	100	433	100	845	100	
Escolaridade	0 a 7 anos	303	62,3	372	75,3	675	70,1	0,0013
	8 e mais	111	37,7	70	24,7	181	29,9	
		414	100	442	100	856	100	
Renda familiar per capita em salários mínimos	até 2,5(inclusive)	314	66,0	355	70,3	669	68,6	0,2258
	mais que 2,5	107	34,0	96	29,7	203	31,4	
		421	100	451	100	872	100	

* Porcentagem da amostra ponderada

** Teste de associação pelo qui-quadrado

A “condição de saúde” foi avaliada segundo a autopercepção, a morbidade referida, a hospitalização nos últimos 12 meses antes da entrevista e o número de doenças crônicas (**Tabela 2**). Entre os 853 idosos, 25,9% (228) relataram algum problema de saúde nos últimos 15 dias antes da entrevista. As

mulheres relataram mais morbidade. Observa-se que não houve associação entre a variável autopercepção e o sexo ($p=0,6501$).

Em relação ao número de doenças crônicas, as mulheres referem mais - quase o dobro em relação aos homens - quando se trata de 3 ou mais doenças crônicas ($p<0,0001$). Apesar disso, não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p=0,4593$) em relação à internação hospitalar nos 12 meses antes da entrevista.

Tabela 2. Condição de saúde segundo sexo em idosos residentes em S. Paulo- capital, 2003

Variável	Categoria	Masculino		Feminino		Total		Valor p **
		Nº	% *	Nº	% *	Nº	% *	
Auto- Percepção	Excelente/ mto boa	86	23,2	78	21,7	164	22,3	0,6501
	Boa	267	64,8	282	64,0	549	64,3	
	Ruim/ Muito Ruim	57	12,0	79	14,3	136	13,4	
		410	100,0	439	100,0	849	100,0	
Morbidade referida	Sim	89	21,1	139	29,1	228	25,9	0,0104
	Não	324	78,9	301	70,9	625	74,1	
		413	100	440	100	853	100	
Internação hospitalar nos últimos 12 meses	Nenhuma	357	85,1	387	87,5	744	86,5	0,4593
	Uma ou mais	53	14,9	51	12,5	104	13,5	
		410	100,0	438	100,0	848	100,0	
Doença crônica	Nenhuma	110	31,3	43	11,1	153	19,1	<0,0001
	1 ou 2	179	45,9	196	46,3	375	46,2	
	3 ou mais	97	22,8	174	42,6	271	34,7	
		386	100	413	100	799	100	

* Porcentagem da amostra ponderada

** Teste de associação pelo qui-quadrado

Ao analisar autopercepção de saúde segundo a morbidade referida dos idosos, pode-se notar que entre os idosos que referiram morbidade (problemas de saúde) nos últimos 15 dias, 25,2% referiram sua saúde como “ruim/muito ruim” comparado a 9,3% entre os que não relataram problemas nos últimos 15 dias, com $p<0,0001$ (dados não mostrados em tabela).

A **Tabela 3** apresenta o estilo de vida (hábito de fumar, consumo de álcool e CAGE^{***}) segundo sexo entre os idosos na cidade de S. Paulo-capital, em 2003.

A prevalência de fumantes é significativamente maior entre os homens (20%) comparada aos 9,3% obtidos entre as mulheres ($p=0,0004$). Em relação ao consumo de álcool, 16,9% dos homens consomem “4 a 7 vezes por semana”, comparados a 1,8% entre as mulheres. ($p<0,0001$). Entre os idosos, de um total de 298, apenas 10,1% (44) se declarou alcoólico crônico (CAGE positivo, ou ≥ 2); este número foi, também, bem maior entre os homens, 15,1% (37) comparados a 3,0% (7) entre as mulheres ($p <0,0001$).

Tabela 3. Estilo de vida segundo sexo em idosos na cidade de S. Paulo, 2003

Variável	Categoria	Masculino		Feminino		Total		Valor p **
		Nº	% *	Nº	% *	Nº	% *	
Tabagismo	Não fumante	158	40,3	322	75,5	480	61,5	< 0,0001
	Fumante	89	20,0	42	9,3	131	13,6	
	Ex-fumante	161	39,7	73	15,2	234	24,9	
		408	100	437	100	845	100	
Consumo de Álcool	Nunca bebeu/não bebe mais	204	45,6	346	75,9	550	63,9	<0,0001
	até 2 x mês	61	17,6	58	15,6	119	16,4	
	1 a 3 x sem	75	19,9	24	6,7	99	11,9	
	4 a 7 x sem	66	16,9	7	1,8	73	7,8	
		406	100	435	100	841	100	
CAGE ^{***}	≥ 2	37	15,1	7	3,0	44	10,1	<0,0001
	< 2	169	84,9	85	97,0	254	89,9	
		206	100	92	100	298	100	

** Teste de associação pelo qui-quadrado

***CAGE- questionário para detectar adição etílica (duas ou mais respostas SIM)

Entre os idosos 38,4% (IC 35,25- 41,80) já haviam fumado “ao menos um cigarro por dia, todos os dias por pelo menos um mês” (dados não mostrados em tabela). A média de cigarros fumados por dia foi de 22,8 (IC95%19,59- 25,96) e a média de idade de quando começou a fumar foi de 17,8 anos, (IC 95%16,69- 18,83). Atualmente a média de cigarros que o idoso fuma por dia é 16,7 (IC95%14,53%-18,96%) (dados não mostrados em tabela).

No que se refere aos motivos relatados pelos idosos para terem parado de fumar, os mais prevalentes foram: 32,8% porque achavam que fazia mal, 29,9% porque tiveram algum problema, 20,5% porque tiveram vontade própria, restrição de casa, fumo ou outros somaram 16,8% (dados não mostrados em tabela).

Quando o idoso foi questionado se tinha “alguma doença crônica”, “uma doença de longa duração” ou que “se repetia com alguma frequência”, a doença mais prevalente entre os idosos foi “pressão alta”, com 46,2%; com valores de 38,0% entre os homens e de 51,6% entre as mulheres. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,0003$).

Diabetes foi a quarta doença mais prevalente entre os idosos, com 17,6% e sem diferença significativa entre os sexos. ($p=0,2196$).

Tabela 4. Prevalência de Doenças Crônicas auto-referidas segundo sexo entre idosos na cidade de S. Paulo- Capital, 2003

Variável	Categoria	Masculino		Feminino		Total		Valor p **
		Nº	% *	Nº	% *	Nº	% *	
Doença Crônica	Hipertensão	164	38,0	231	51,6	395	46,2	0,0003
	Diabetes	67	15,5	84	18,9	151	17,6	0,2196
	Doença de pele	27	6,2	34	7,8	61	7,1	0,3710
	Alergia	58	12,8	105	26,1	163	20,9	< 0,0001
	Anemia	22	6,0	23	5,1	45	5,5	0,6463
	Doença da coluna	96	21,8	158	35,4	254	30,0	0,0001
	Artrite/Artrose	61	16,5	119	27,4	180	23,0	0,0028
	Doença Renal Cr	16	4,0	17	3,6	33	3,8	0,7706
	AVC	35	6,8	20	4,1	55	5,2	0,0913
	Depressão/Ansiedade	64	14,8	134	28,4	198	23,0	< 0,0001
	Enxaqueca/dor c	38	7,5	76	15,7	114	12,5	0,0003
	Osteoporose	11	2,9	109	25,6	120	16,6	< 0,0001

* Porcentagem da amostra ponderada

** Teste de associação pelo qui-quadrado

***As demais doenças foram excluídas dada a baixa prevalência

A **Tabela 5** mostra as condições demográficas e socioeconômicas, de saúde e estilo de vida dos idosos residentes em São Paulo que referiram não referiram hipertensão arterial. Notam-se diferenças entre os grupos na maioria das variáveis investigadas, exceto para faixa etária, religião, morbidade referida 15 dias antes da entrevista e tabagismo.

Tabela 5. Condições demográficas,socioeconômicas, de saúde e estilo de vida dos idosos residentes na capital que referiram e não referiram hipertensão em São Paulo- ISA- Capital, 2003 (n=842)

Variável	Categoria	Hipertensos		Não Hipertensos		Total		Valor p **
		Nº	% *	Nº	% *	Nº	% *	
Sexo	Masculino	164	32,4	241	45,5	405	39,4	0,0003
	Feminino	231	67,6	206	54,5	437	60,6	
		395	100	447	100	842	100	
Faixa etária	60-69	211	48,8	247	53,8	458	51,5	0,4305
	70-79	142	38,2	155	35,1	297	36,5	
	80 e mais	42	13	45	11,1	87	12,0	
		395	100	447	100	842	100	
Raça ou Cor	branca	254	71,8	331	79,1	585	75,7	0,0429
	outras	141	28,2	115	20,9	256	24,3	
		395	100	446	100	841	100	
Religião	sem religião	6	1,9	20	4,0	26	3,1	0,1592
	católica	278	72,7	323	73,2	601	73	
	evangélica	88	16,9	70	14,1	158	15,4	
	espírita	3	1,4	13	4,1	16	2,8	
	outras	20	7,1	21	4,6	41	5,7	
	395	100	447	100	842	100		
Situação conjugal	casado/unido/sit est	219	53,8	262	56,7	481	55,4	0,0023
	solteiro	12	1,9	20	5,9	32	4	
	Separado	25	6,2	40	9,3	65	7,9	
	Viúvo	132	38,1	115	28,1	247	32,7	
		388	100	437	100	825	100	
Condição de chefia na família	Chefe de família	261	59,6	314	68,5	575	64,4	0,0228
	Não chefe	131	40,4	133	31,5	264	35,6	
		392	100	447	100	839	100	
Situação de trabalho	Exerce	81	20,0	139	30,7	220	25,8	0,0006
	Não Exerce	305	80,0	293	69,3	598	74,2	
		386	100	432	100	818	100	
Escolaridade	0-7 anos	329	76,7	331	66,9	660	71,4	0,0124
	8 e mais	61	23,3	107	33,1	168	28,6	
		390	100	438	100	828	100	
Renda familiar per capita em salários mínimos	até 2,5(inclusive)	318	72,1	324	64,5	642	68,0	0,0020
	mais que 2,5	77	27,9	123	35,5	200	32,0	
		395	100	447	100	842	100,0	
Morbidade referida	Sim	101	24,4	125	27,2	226	25,9	0,3608
	Não	294	75,6	322	72,8	616	74,1	
		395	100	447	100	842	100	
Auto-Percepção de Saúde	Excelente/ ótima	43	11,4	119	31,7	162	22,3	<0,0001
	Boa	262	68,9	281	60,1	543	64,2	
	Ruim/muito ruim	89	19,7	46	8,2	135	13,5	
		394	100	446	100	840	100	
Hospitalização nos últimos 12 meses	Nenhuma	330	82,6	405	89,7	735	86,4	0,0032
	1 ou mais	63	17,4	41	10,3	104	13,6	
		393	100	446	100	839	100	
Doença crônica	1 ou 2	197	71,7	178	45,5	375	57,1	<0,0001
	3 ou mais	85	28,3	186	54,5	271	42,9	
		282	100	364	100	646	100	
Tabagismo	Não fumante	229	63,9	249	60,0	478	61,8	0,2734
	Fumante	47	11,4	81	14,9	128	13,3	
	Ex- fumante	116	24,7	114	25,1	230	24,9	
		392	100	444	100	836	100	
Consumo de Alcool	Nunca bebeu/não	286	73,7	260	55,9	546	64,1	0,0002
	até 2 x mês	48	13,7	69	18,7	117	16,4	
	1 a 3 x sem	30	7,6	67	15,4	97	11,8	
	4 a 7 x sem	24	5,0	48	10,0	72	7,7	
		388	100	444	100	832	100	
CAGE***	≥ 2	14	10,1	28	9,2	42	9,5	0,8013
	< 2	91	89,9	160	90,8	251	90,5	
		105	100	188	100	293	100	

* Porcentagem da amostra ponderada

** Teste de associação pelo qui-quadrado

***CAGE- questionário para detectar adição etílica (duas ou mais respostas SIM)

4.2. PREVALÊNCIAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL REFERIDA

Quando analisada a prevalência de hipertensão entre os idosos segundo as condições demográficas, observa-se maior prevalência de hipertensos entre as mulheres, os não brancos, os viúvos, os não chefes de família, os com menor escolaridade e os de menor renda ($\leq 2,5$ salários mínimos) (**tabela 6**).

Em relação à variável “estilos de vida”, somente o consumo de álcool influenciou de modo significativo na prevalência de hipertensão, mas isto ocorreu de maneira inversa. Quem nunca bebeu ou não bebe apresentou a razão de prevalência de hipertensão 1.78 vezes a RP dos idosos que bebem “1 a 7 vezes por semana”. Para a condição de saúde, nota-se que a prevalência de hipertensão entre os idosos com autopercepção “ruim/muito ruim” é 2,84 (IC 95%: 2,17- 3,72) vezes a RP dos que referiram sua saúde como “ótima/excelente”. Da mesma forma, se verifica que a prevalência de hipertensos é 34% maior entre os que já se hospitalizaram pelo menos uma vez (**tabela 7**).

As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ foram introduzidas no modelo de regressão de *Poisson*, com variância robusta na seguinte seqüência: autopercepção, freqüência do consumo de álcool, sexo, situação conjugal, hospitalização, escolaridade, renda, condição de chefia na família, raça, tabagismo e religião. Ao analisarmos o modelo final de regressão de Poisson (RP ajustada) só as variáveis “percepção da própria saúde”, “consumo de álcool” (freqüência de ingestão), “sexo”, “situação conjugal” e “hospitalização nos últimos 12 meses” se mantiveram significantes na

associação com hipertensão. Este modelo não se modificou quando ajustado por idade (**tabela 8**).

Tabela 6. Prevalência de hipertensão arterial auto-referida segundo variáveis demográficas e socioeconômicas em idosos, 60 anos ou mais(n=842) . ISA - Capital, São Paulo, 2003

Variável	N *	Prevalência HA (%)	RP (IC 95%) bruta	Valor p **
Sexo				
Masculino	405	37,95	1,00	0,0003
Feminino	437	51,56	1,36 (1,13 – 1,63)	
Faixa Etária				
60 a 69	458	43,78	1,00	0,4305
70 a 79	297	48,34	1,10 (0,92 – 1,32)	
80 e mais	87	50,02	1,14 (0,88 – 1,48)	
Raça/Cor				
Branca	585	43,85	1,00	0,0429
Não Branca	256	53,64	1,22 (1,01 – 1,47)	
Religião				
Católica	601	46,01	1,00	0,1592
Sem religião	26	28,87	0,63 (0,26 – 1,51)	
Evangélica	158	50,66	1,10 (0,86 – 1,40)	
Espírita	16	22,9	0,50 (0,14 – 1,71)	
Outra	41	57,06	1,24 (0,80 – 1,93)	
Situação Conjugal				
Casado ou Unido	481	44,83	1,00	0,0023
Solteiro	32	22,16	0,49 (0,24 – 1,01)	
Separado/Desq/Divorciado	65	36,53	0,81 (0,58 – 1,15)	
Viúvo	247	53,72	1,20 (1,01 – 1,43)	
Condição de Chefia				
Chefe	575	42,58	1,00	0,0228
Não Chefe	264	52,22	1,23 (1,02 – 1,47)	
Escolaridade				
0 a 7 anos	660	49,68	1,31 (1,04 – 1,66)	0,0124
8 e mais anos	168	37,79	1,00	
Renda per capita				
Até 2,5 SM	642	48,96	1,00	0,0200
2,5 SM ou mais	200	40,32	0,82 (0,69 – 0,98)	

Notas:

RP: razão de prevalência

* Foram levadas em conta as ponderações da amostra.

**Valores em destaque; apresentam significância estatística(p< 0,05)

SM = salário mínimo

Tabela 7. Prevalência de hipertensão arterial auto-referida segundo variáveis estilo de vida e condições de saúde em idosos, 60 anos ou mais, ISA - Capital, São Paulo, 2003

Variável	N *	Prevalência HA (%)	RP (IC 95%) bruta	Valor p **
Tabagismo(n=836)				
Não fumante/ex	708	47,13	1,00	0,1542
Fumante	128	39,58	0,84 (0,65 – 1,09)	
Consumo de Álcool (n=832)				
Nunca + Não bebe	546	52,75	1,78 (1,31 – 2,42)	<0,0001
Até 2x / mês	117	38,27	1,29 (0,95 – 1,74)	
1 a 7 x / semana	169	29,63	1,00	
Alcoolismo/CAGE (n=293)				
Negativo (< 2)	251	33,59	1,00	0,8013
Positivo (≥ 2)	42	35,72	1,06 (0,65 – 1,75)	
Auto Avaliação de Saúde (n=840)				
Ótima/Excelente	162	23,72	1,00	<0,0001
Boa	543	49,56	2,09 (1,65 – 2,65)	
Ruim/Muito Ruim	135	67,37	2,84 (2,17 – 3,72)	
Morbidade 15 dias(n=842)				
Não	616	47,12	1,00	0,3608
Sim	226	43,55	0,92 (0,77 – 1,10)	
Hospitalização(n=839)				
Nenhuma	735	44,05	1,00	0,0032
Uma ou mais	104	59,01	1,34 (1,14 – 1,58)	

Notas:

RP: razão de prevalência

* Foram levadas em conta as ponderações da amostra.

**Valores em destaque; apresentam significância estatística(p< 0,05)

Tabela 8. Modelo de Regressão Múltipla de Poisson: variáveis associadas à hipertensão arterial em idosos. São Paulo, ISA- Capital, 2003

Variáveis e categorias	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)
Auto Avaliação de Saúde		
Ótima/Excelente	1,00	1,00
Boa	2,09 (1,65 – 2,65)	1,91 (1,50 - 2,44)
Ruim/Muito Ruim	2,84 (2,17 – 3,72)	2,35 (1,79 - 3,08)
Consumo de Álcool (n=832)		
Nunca + Não bebe	1,78 (1,31 – 2,42)	1,40 (1,05 - 1,86)
Até 2x / mês	1,29 (0,95 – 1,74)	1,14 (0,83 - 1,57)
1 a 7 x / semana	1,00	1,00
Sexo		
Masculino	1,00	1,00
Feminino	1,36 (1,13 - 1,63)	1,33 (1,06 – 1,65)
Situação conjugal		
casado/ unido	1,00	1,00
solteiro	0,49 (0,24 - 1,01)	0,46 (0,23 - 0,96)
separado/desq/divorc	0,81 (0,58 - 1,15)	0,66 (0,43 - 1,00)
viúvo	1,20 (1,01 -1,43)	0,96 (0,78 - 1,18)
Hospitalização(12 meses)		
Nenhuma	1,00	1,00
Uma ou mais	1,34 (1,14 – 1,58)	1,20 (1,01- 1,43)
Faixa Etária		
60 a 69	1,00	1,00
70 a 79	1,10 (0,92 – 1,32)	1,02(0,86 - 1,22)
80 e mais	1,14 (0,88 – 1,48)	1,02 (0,80- 1,30)

Notas:

RP: razão de prevalência

* Ajustada pelo método de regressão de poisson para a idade e para as demais variáveis da tabela.

A **tabela 9** mostra as características demográficas, socioeconômicas, de saúde e estilo de vida dos idosos diabéticos e não diabéticos em São Paulo. ISA-Capital, 2003. Notam-se diferenças na situação conjugal, na auto-avaliação da própria saúde (autopercepção), na hospitalização nos 12 meses, no número de doenças crônicas e na frequência do consumo de álcool entre os grupos.

Tabela 9. Condições demográficas, socioeconômicas, de saúde e estilo de vida dos idosos que referiram e não referiram diabetes em São Paulo. ISA- Capita, 2003.

Variável	Categoria	Diabéticos		Não Diabéticos		Total		Valor p **
		Nº	% *	Nº	% *	Nº	% *	
Sexo	Masculino	67	35,1	339	40,6	406	39,6	0,2196
	Feminino	84	64,9	352	59,4	436	60,4	
Faixa etária	60-69	80	48,8	379	52,1	459	51,5	0,1425
	70-79	60	42,8	236	35,1	296	36,5	
	80 e mais	11	8,4	76	12,8	87	12,0	
Raça ou Cor	branca	105	75,3	479	75,7	584	75,6	0,9203
	outras	46	24,7	211	24,3	257	24,4	
		151	100	690	100	841	100	
Religião	sem religião	6	4,2	20	2,8	26	3,0	0,4501
	católica	107	75,2	491	72,1	598	72,7	
	evangélica	33	16,4	128	15,5	161	15,7	
	espirita	1	0,8	15	3,3	16	2,8	
	outras	4	3,4	37	6,3	41	5,8	
Situação conjugal	casado/unido/sit est	77	47,6	404	56,9	481	55,3	0,0026
	solteiro	4	2,9	28	4,3	32	4,0	
	Separado	9	4,3	56	8,7	65	7,9	
	Viúvo	59	45,2	189	30,1	248	32,8	
		149	100	677	100	826	100	
Condição de chefia na família	Chefe de família	99	61,5	477	65,1	576	64,5	0,4864
	Não chefe	51	38,5	212	34,9	263	35,5	
Situação de trabalho	Exerce	35	20,4	186	27,1	221	25,9	0,1630
	Não Exerce	113	79,6	484	72,9	597	74,1	
		148	100	670	100	818	100	
Escolaridade	0-7 anos	123	79,4	536	69,5	659	71,2	0,0632
	8 e mais	25	20,6	144	30,5	169	28,8	
Renda familiar per capita em salários	até 2,5(inclusive)	118	74,5	524	66,4	642	67,9	0,1146
	mais que 2,5	33	25,5	167	33,6	200	32,1	
		151	100	691	100	842	100	
Morbidade referida	Sim	43	28,7	183	25,5	226	26,1	0,4983
	Não	108	71,3	508	74,5	616	73,9	
Auto-Percepção de Saúde	Excelente/ ótima	14	8,9	150	25,4	164	22,5	<0,0001
	Boa	101	68,0	441	63,2	542	64,1	
	Ruim/muito ruim	35	23,1	99	11,3	134	13,4	
		150	100	690	99,9	840	100	
Hospitalização nos últimos 12 meses	Nenhuma	122	79,5	613	87,8	735	86,4	0,0029
	1 ou mais	28	20,5	76	12,2	104	13,6	
		150	100	689	100	839	100	
Doença crônica	1 ou 2	315	62,1	60	38,5	375	57,1	0,0007
	3 ou mais	189	37,9	82	61,5	271	42,9	
Tabagismo		504	100	142	100	646	100	0,9162
	Não fumante	85	61,4	392	61,7	477	61,6	
	Fumante	21	12,6	106	13,5	127	13,4	
	Ex- fumante	44	26,0	188	24,8	232	25,0	
Consumo de Alcool	Nunca bebeu/não							0,0383
	bebe mais	109	75,2	434	61,3	543	63,7	
	até 2 x mês	16	10,5	102	17,7	118	16,5	
	1 a 3 x sem	13	9,3	85	12,5	98	11,9	
	4 a 7 x sem	10	5,0	63	8,5	73	7,9	
CAGE***		148	100	684	100	832	100	0,0530
	≥ 2	9	20,2	34	8,5	43	10,0	
	< 2	32	79,8	221	91,5	253	90,0	
		41	100	255	100	296	100	

* Porcentagem da amostra ponderada

** Teste de associação pelo qui-quadrado

***CAGE- questionário para detectar adição etílica (duas ou mais respostas SIM)

4.3. PREVALÊNCIAS DE DIABETES REFERIDA.

Em relação ao diabetes mellitus, não se observa associação estatística significativa entre as variáveis demográficas e diabetes auto-referido (**tabela 10**), exceto para a “situação conjugal” (razão de prevalência bruta).

A prevalência de diabéticos entre os viúvos foi 1.60 (IC 95%:1,19 - 2,17) vezes a RP dos casados ou com união estável.

Com relação às condições socioeconômicas, foi observada uma tendência a menor prevalência de diabéticos entre os idosos com maior escolaridade ($p=0,0632$); a renda não influenciou na prevalência de diabetes. Entre os idosos diabéticos, 20,6% estudaram “8 anos ou mais”, comparados a 30,5% entre os não diabéticos (dados não mostrados em tabela).

Quando investigada a razão de prevalência dos diabéticos em relação ao estilo de vida, só a frequência de consumo de álcool se revelou significativa, mas com relação inversa. A prevalência de diabetes entre os idosos que “nunca beberam” ou “não bebem mais” foi 63% maior a prevalência encontrada nos que bebiam de “1 a 7 vezes por semana” (**tabela 11**).

Considerando as condições de saúde, a razão de prevalência (RP) de diabetes entre os idosos que referiram sua saúde como “ruim/muito ruim” é 4,39 vezes (IC 95%: 2,19 – 8,79) a RP dos diabéticos que referiram a sua saúde como “ótima/excelente”.

A prevalência de diabetes entre os idosos que tiveram pelo menos uma hospitalização nos últimos 12 meses foi de 26,31%, o que corresponde a

1,63 vezes (IC 95%:1,20-2,23) a RP dos que não tiveram nenhuma hospitalização.

Em relação ao número de doenças crônicas, nota-se que a presença de “uma ou mais doenças crônicas” foi maior entre os diabéticos; esta relação é inversa quando se trata da presença de “3 ou mais doenças” ($p=0,0007$).

Todas as variáveis selecionadas para o modelo de diabetes tinham $p<0,20$ e seguiram a seguinte seqüência: autopercepção, situação conjugal, hospitalização, alcoolismo (frequência do consumo), escolaridade, renda e, por último, foi feito o ajuste por idade. No modelo final de regressão de Poisson (RP ajustada) só se mantiveram as variáveis “avaliação da própria saúde”, “situação conjugal” e “hospitalização nos últimos 12 meses”. Este modelo não se modificou quando ajustado por idade (**tabela 12**).

Tabela 10. Prevalência de Diabetes Melitus segundo variáveis demográficas e socioeconômicas em idosos, 60 anos ou mais(n=842) . ISA - Capital, São Paulo, 2003

Variável	N *	Prevalência DM (%)	RP (IC 95%) bruta	Valor p **
Sexo				
Masculino	406	15,54	1,00	0,2196
Feminino	436	18,89	1,22 (0,88 – 1,68)	
Faixa Etária				
60 a 69	459	16,64	1,00	0,1425
70 a 79	296	20,61	1,24 (0,92 – 1,66)	
80 e mais	87	12,22	0,73 (0,38 – 1,42)	
Raça/Cor				
Branca	584	17,49	1,00	0,9203
Não Branca	257	17,82	1,02 (0,70 – 1,48)	
Religião				
Católica	598	18,15	1,00	0,4501
Sem religião	26	24,23	1,33 (0,42 – 4,17)	
Evangélica	161	18,38	1,01 (0,66 – 1,54)	
Espírita	16	5,18	0,29 (0,01 – 2,93)	
Outra	41	10,44	0,58 (0,13 – 2,49)	
Situação Conjugal				
Casado ou Unido	481	15,11	1,00	0,0026
Solteiro	32	12,82	0,84 (0,26 – 2,80)	
Separado/Desq/Divor	65	9,45	0,63 (0,30 – 1,31)	
Viúvo	248	24,23	1,60 (1,19 – 2,17)	
Condição de Chefia				
Chefe	576	16,67	1,00	0,4864
Não Chefe	263	18,99	1,14 (0,78 – 1,66)	
Escolaridade				
0 a 7 anos	659	19,53	1,56 (0,95 – 2,55)	0,0632
8 e mais anos	169	12,53	1,00	
Renda per capita				
Até 2,5 SM	642	19,29	1,00	0,1146
2,5 SM ou mais	200	13,92	0,72 (0,47 – 1,10)	

Notas:

RP: razão de prevalência

* Foram levadas em conta as ponderações da amostra.

**Valores em destaque; apresentam significância estatística(p< 0,05)

SM = salário mínimo

Tabela 11. Prevalência de Diabetes Mellitus segundo variáveis estilo de vida e condições de saúde em idosos, 60 anos ou mais, ISA - Capital, São Paulo, 2003

Variável	N *	Prevalência DM (%)	RP (IC 95%) bruta	Valor p **
Tabagismo				
Não fumante + Ex-Fum.	709	17,69	1,00	0,7799
Fumante	127	16,58	0,94 (0,58 – 1,51)	
Alcoolismo				
Nunca + Não bebe	543	20,43	1,63 (0,99 – 2,69)	0,0165
Até 2x / mês	118	10,97	0,88 (0,41 – 1,88)	
1 a 7 x / semana	171	12,52	1,00	
Alcoolismo (CAGE)				
Negativo (< 2)	251	11,02	1,00	0,0530
Positivo (≥ 2)	42	25,13	2,28 (0,93 – 5,58)	
Auto Avaliação de Saúde				
Ótima/Excelente	164	6,89	1,00	<0,0001
Boa	542	18,60	2,70 (1,49 – 4,89)	
Ruim/Muito Ruim	134	30,21	4,39 (2,19 – 8,79)	
Morbidade 15 dias				
Não	616	16,92	1,00	0,4983
Sim	226	19,37	1,14 (0,76 – 1,72)	
Hospitalização(12 meses)				
Nenhuma	735	16,10	1,00	0,0029
Uma ou mais	104	26,31	1,63 (1,20 – 2,23)	

Notas:

RP: razão de prevalência

* Foram levadas em conta as ponderações da amostra.

**Valores em destaque; apresentam significância estatística(p< 0,05)

Tabela 12. Modelo de Regressão Múltipla de Poisson: variáveis associadas à diabetes em idosos. São Paulo- Capital, ISA- Capital, 2003

Variáveis e categorias	RP*bruta (IC 95%)	RP ajustada** (IC 95%)
Auto Avaliação de Saúde		
Ótima/Excelente	1,00	1,00
Boa	2,09 (1,65 – 2,65)	2,50 (1,36 - 4,59)
Ruim/Muito Ruim	2,84 (2,17 – 3,72)	3,55 (1,69 - 7,48)
Situação Conjugal		
Casado ou Unido	1,00	1,00
Solteiro	0,84 (0,26 – 2,80)	0,92 (0,24 - 3,54)
Separado/Desq/Divor	0,63 (0,30 – 1,31)	0,55 (0,25 - 1,20)
Viúvo	1,60 (1,19 – 2,17)	1,65 (1,21 - 2,27)
Hospitalização		
Nenhuma	1,00	1,00
Uma ou mais	1,63 (1,20 – 2,23)	1,46 (1,09 - 1,98)

Notas:

RP *: razão de prevalência

**Ajustada por idade e para todas as outras variáveis da tabela pelo método de regressão de poisson

4.4. Conhecimento dos Idosos Hipertensos sobre a Doença.

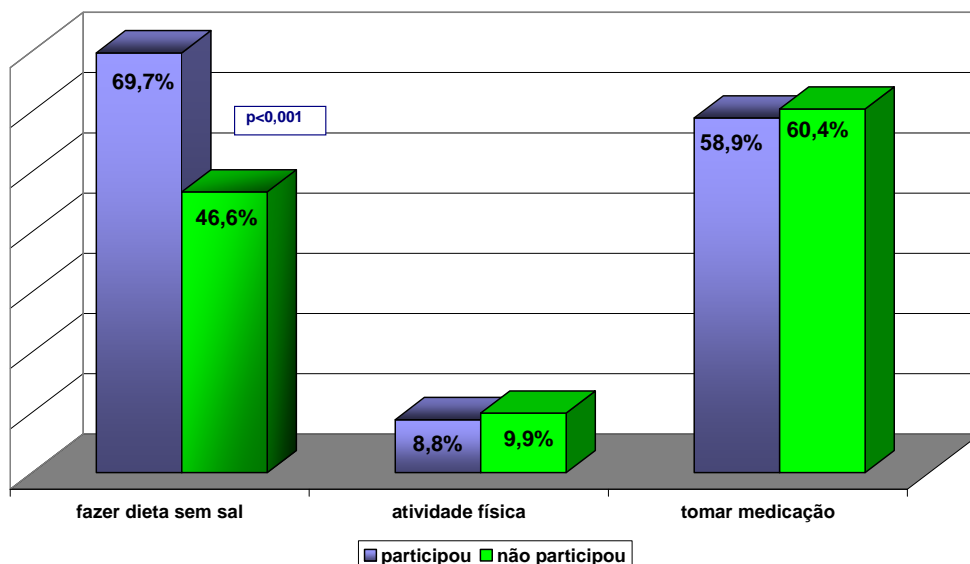
No bloco específico **Hipertensão**, verificou-se que, entre os idosos, a doença (HAS) foi identificada, na maioria das vezes, pelo médico; entre 395 idosos hipertensos, 99,8% (394) responderam que o diagnóstico havia sido feito pelo médico IC 95% (98,25-99,97).

Os idosos tinham o diagnóstico de hipertensão em média há 12 anos (IC 95%) (10,88-13,27).

Em relação à participação dos idosos em grupos de discussão sobre o controle da pressão alta, 392 idosos hipertensos responderam a esta questão. Deste total, 88,9% (336) responderam que não participaram; apenas 11,1% (56) participaram de grupos de discussão.

Foi investigado se a participação dos idosos hipertensos nos grupos de discussões auxiliou no conhecimento sobre o que deve ser feito para controlar a pressão alta (Figura 1)

Figura1. Conhecimento sobre as Medidas de Controle da Hipertensão por idosos segundo a participação(n=336) e não participação(n=56)em grupos de discussão sobre a doença.



Entre os idosos hipertensos que participaram dos grupos de discussão para controle da pressão, 69,7% (35) IC 95% (55,75- 80,76) pontuaram que fazer dieta sem sal era importante, comparados a 46,6% (146) IC 95% (39,65- 53,66) dos idosos que não participaram dos grupos de discussão ($p<0,0001$).

Para as outras medidas de controle, como praticar atividade física e tomar medicação, não houve diferença estatisticamente significativa entre fazer ou não parte de grupos de discussão para controle da pressão alta.

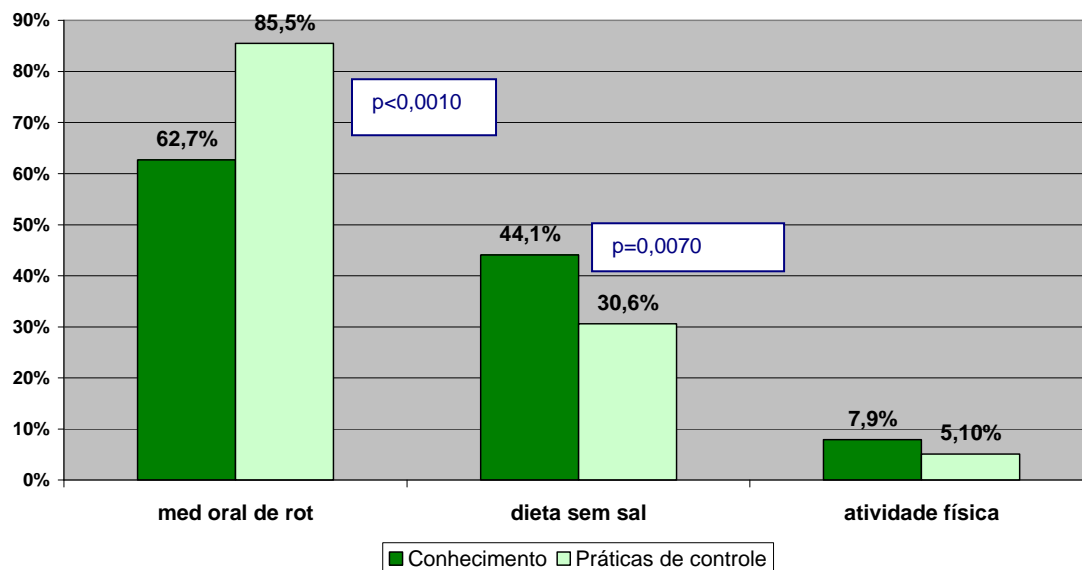
4.4.1 Conhecimento e Práticas de Controle da Hipertensão.

Quando investigado o conhecimento e as práticas sobre as medidas de controle da hipertensão entre idosos em São Paulo- Capital, em 2003, verificou-se que a maioria dos idosos, 98,4% (387), de um total de 395 idosos, relatou praticar alguma medida de controle. No entanto, quando avaliadas as medidas para controle individualmente, verificou-se que a prática de controle ainda é precária e que não há associação com sexo nem para o conhecimento que os idosos têm sobre as medidas de controle da pressão alta, nem para a prática de controle (dados não mostrados em tabela).

Abaixo seguem as 3 medidas de controle mais prevalentes entre os idosos hipertensos. Vale destacar que independente do sexo, as medidas “tomar medicação oral de rotina”, “fazer dieta sem sal” e “atividade física” foram as mais citadas como importantes no controle da pressão alta (59,8%, 48,8% e 9,7%) respectivamente e as mais praticadas (87,2%, 33,4% e 5,4%) entre os idosos hipertensos, embora este índice de controle ainda seja insatisfatório. Foi verificado o maior conhecimento e execução no sexo masculino e somente maior execução no sexo feminino.

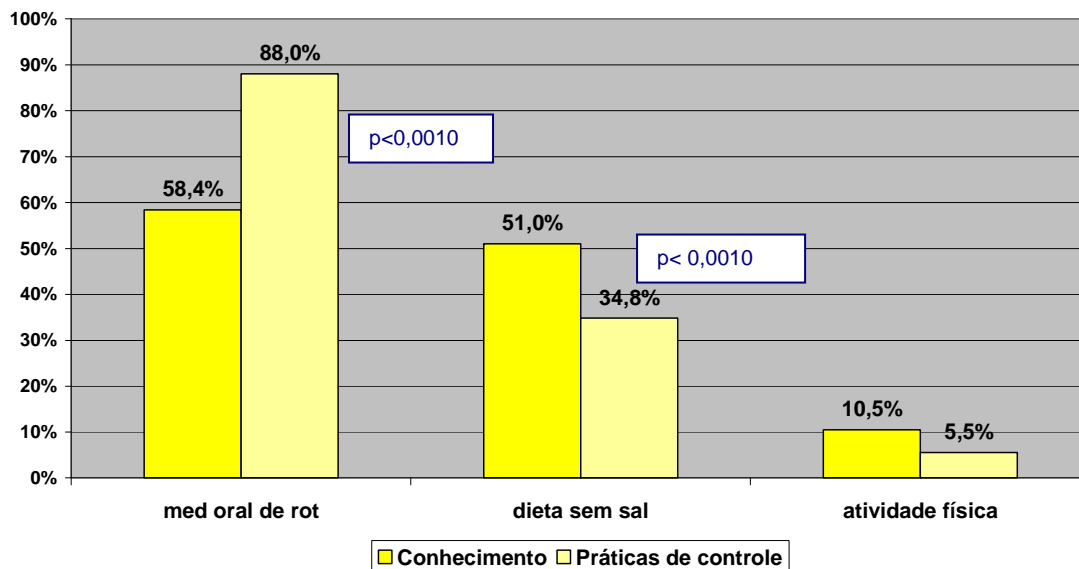
A **Figura 2** abaixo revela o conhecimento (“o que deveria fazer”) e as práticas de controle (o que faz) sobre a hipertensão entre os homens idosos.

Figura 2. Conhecimento e Práticas de Controle da Hipertensão entre os Homens idosos em São Paulo, ISA, 2003



A **Figura 3** abaixo apresenta o Conhecimento e as Práticas de controle da Hipertensão entre as mulheres idosas.

Figura3. Conhecimento e Práticas de Controle da Hipertensão entre mulheres idosas em São Paulo, ISA-2003



4.5 Fatores que influenciam no Conhecimento das Medidas e Práticas de Controle da Hipertensão.

4.5.1 Estilo de vida: hábito de fumar e o consumo de álcool e a influência no conhecimento sobre as Medidas de Controle da Hipertensão

O conhecimento sobre as medidas de controle da hipertensão referida pelos idosos não teve associação com o hábito de fumar, com o consumo de álcool e ou CAGE (dados não mostrados).

4.5.2 Estilo de vida: hábito de fumar e o consumo de álcool e a influência nas práticas de Controle da Hipertensão

Em relação às práticas de controle da hipertensão pelos idosos pode-se verificar que houve associação estatística entre as medidas de controle “fazer dieta sem sal” e “tomar medicação oral de rotina” e o hábito de fumar. Os idosos fumantes são os que menos fazem dieta sem sal ou tomam medicação oral de rotina comparado aos ex-fumantes e não fumantes (dados não mostrados).

Em relação à frequência de consumo de álcool se observa que esta não influenciou as práticas controle da hipertensão referida entre os idosos (dados não mostrados em tabela).

Não houve também associação entre as práticas de controle da pressão realizada pelos idosos e o CAGE exceto para a medida “fazer dieta sem sal”. Os idosos que apresentaram consumo problemático de álcool (CAGE positivo ou >2) fizeram menos dieta sem sal (4,3%) para controle da hipertensão comparados aos com CAGE negativo (ou <2), 29% ($p=0,0131$).

4.5.3 Condição Socioeconômica e a Influência no “Conhecimento” sobre as medidas de controle da Hipertensão.

Quando investigado se a escolaridade influencia no conhecimento que o idoso tem sobre as medidas de controle, observou-se que entre os que têm maior escolaridade o conhecimento sobre a importância da atividade física como medida de controle do diabetes é maior ($p=0,0033$) - dados não mostrados em tabela.

O mesmo foi observado quando investigado se renda influencia o conhecimento sobre as medidas de controle da pressão alta. A única medida que apresentou associação significativa com renda foi “atividade física” ($p=0,0025$) - dados não mostrados em tabela.

4.5.4 Condição Socioeconômica e a Influência nas Práticas de Controle da Hipertensão.

Foi observado que a escolaridade só influenciou na prática de “atividade física” para controle da hipertensão. ($p=0,0124$). A renda *per capita* não influenciou em nenhuma das práticas de controle da pressão alta (dados não mostrados em tabela).

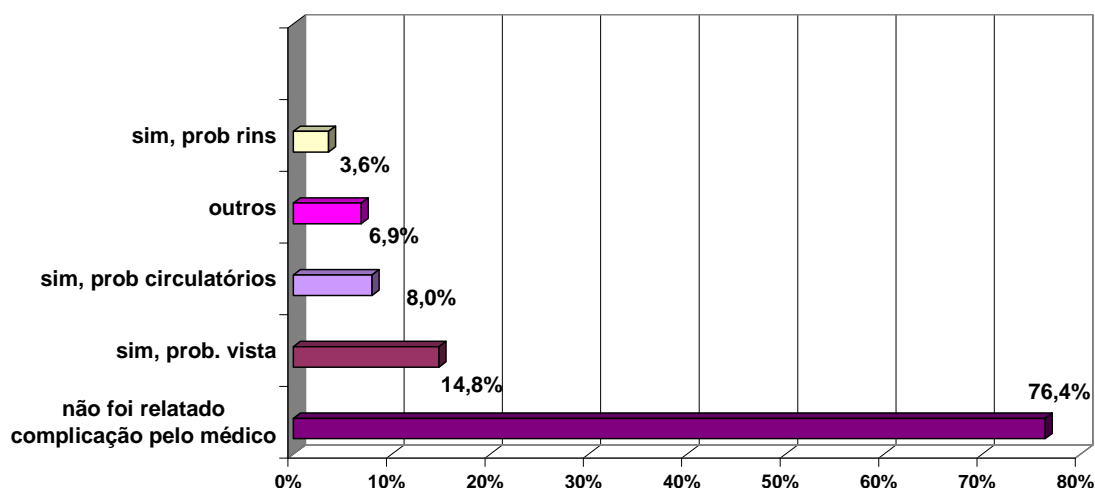
4.6 Conhecimentos dos Idosos Diabéticos sobre a Doença.

Entre os 842 idosos, 151(17,6%) eram diabéticos. O diabetes foi identificado, na maioria das vezes, pelo médico. Entre os 150 idosos diabéticos que responderam a questão “quem disse que o senhor tem diabetes”, 97,9% (148) responderam que tiveram o diagnóstico feito pelo médico e 2,1% (2) disseram que souberam por outros.

A média de idade dos idosos no momento em que souberam que tinham o diagnóstico de diabetes foi de 51,87 IC 95% (48,05- 55,68), sem diferença entre os sexos (dados não mostrados em tabela).

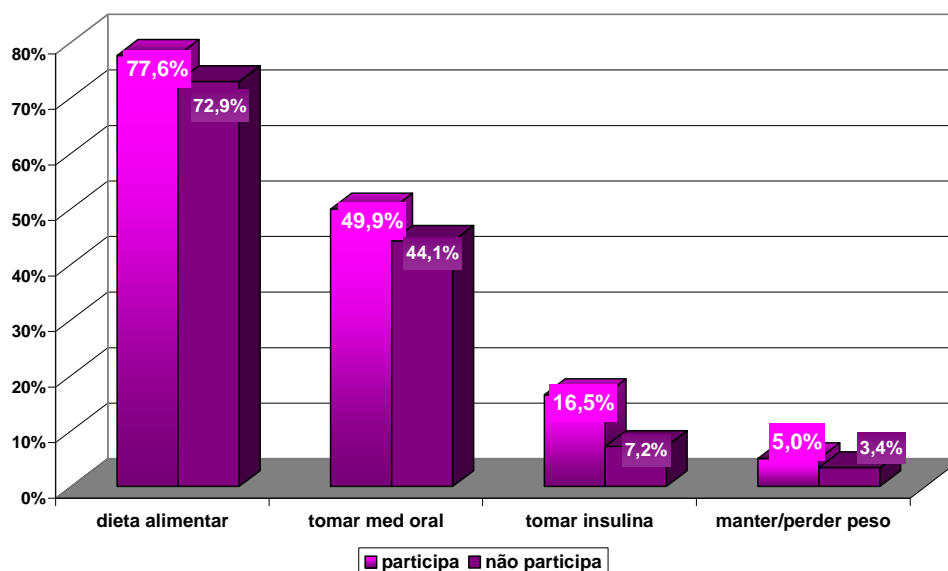
Com relação à presença ou não de “complicações” por causa do diabetes identificadas pelo médico, 76,4%(114) dos idosos não apresentou complicações conforme **figura 4**.

Figura 4. Complicações do Diabetes relatadas pelos idosos diabéticos em S. Paulo-Capital, 2003



Com relação à participação em grupos de discussões para controle do diabetes, a grande maioria (84,3% ou 124 sujeitos) não participou; entre os 150 idosos diabéticos, apenas 15,7% (26) participaram, sem significância estatística entre os grupos.

Figura 5. Conhecimento sobre as Medidas de Controle do Diabetes segundo a participação dos idosos em grupos de discussão sobre a doença.



4.6.1 Conhecimento sobre as Medidas e Práticas de Controle do Diabetes.

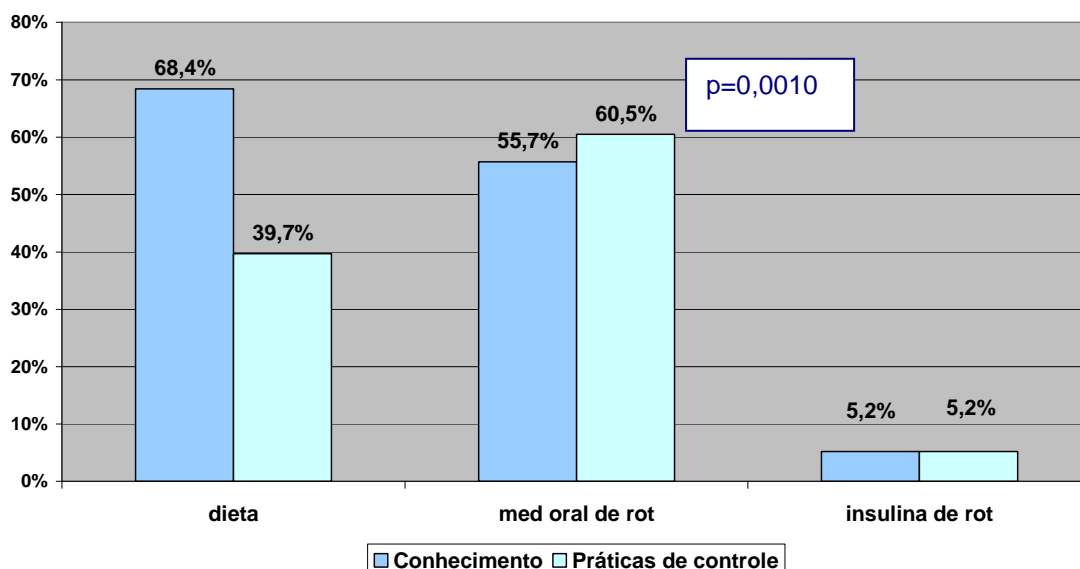
No questionário ISA - capital, os idosos foram questionados sobre o conhecimento e práticas de controle do diabetes e podiam escolher mais de uma alternativa entre as medidas de controle. As medidas de controle apresentadas foram: dieta alimentar, regime para perder peso, atividade física, tomar insulina de rotina, tomar insulina quando tem problema, tomar medicação oral de rotina, tomar medicação só quando tem problema ou realizar alguma medida para controle do diabetes que não citada entre as alternativas.

O conhecimento sobre as medidas de controle do diabetes não foram diferentes entre os sexos. Já para as práticas de controle, as mulheres incorporaram mais no seu dia a dia as medidas “fazer dieta alimentar” ($p=0,0263$) e “tomar insulina” ($p= 0,0100$).- (dados não mostrados em tabela)

As medidas referidas como mais praticadas pelos idosos, independente de sexo, para controle do diabetes foram “tomar medicação oral de rotina” 60,8% (89), “fazer dieta alimentar”, 52,1%(74) e “tomar insulina de rotina”, 15,1% (21). “Tomar medicação oral de rotina” foi a medida mais prevalente em ambos os sexos. As medidas menos praticadas foram: “regime para perder peso” (3,3%), “atividade física” (2,2%), “tomar medicação oral quando tem problema” (2,9%) e “tomar insulina quando tem problema” (0,7%), (dados não mostrados em tabela)

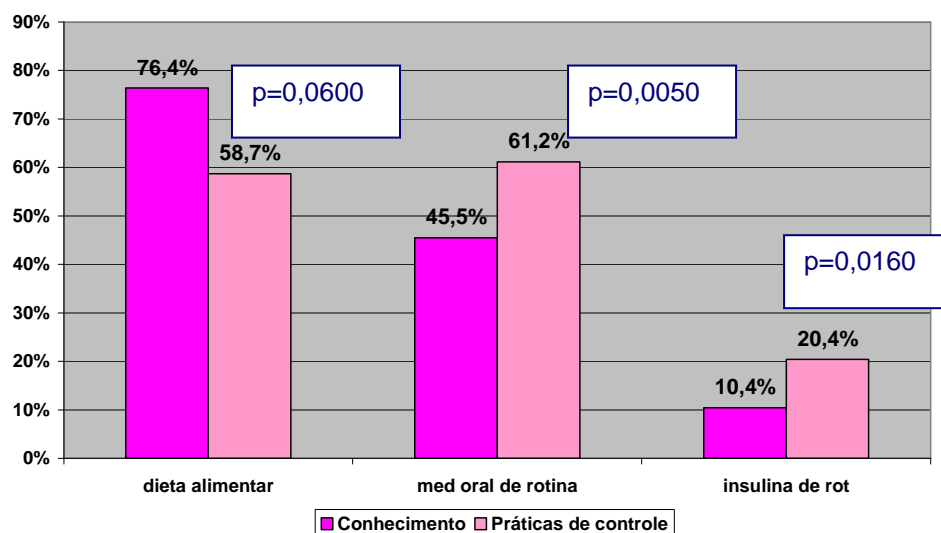
A **Figura 6** apresenta o Conhecimento e as Práticas de Controle do Diabetes entre os homens idosos residentes em S. Paulo – Capital, em 2003.

Figura 6. Conhecimento e Práticas de Controle do Diabetes entre os Homens idosos em São Paulo- ISA, 2003



A **Figura 7** apresenta o conhecimento e as práticas de controle do diabetes entre as mulheres idosas residentes em S. Paulo – Capital, em 2003.

Figura 7. Conhecimento e Práticas de Controle do Diabetes entre as Mulheres Idosas em São Paulo, ISA- 2003



4.7 Fatores que Influenciam no Conhecimento das Medidas e Práticas de controle do Diabetes.

4.7.1. Estilo de vida e a influência no conhecimento sobre as medidas de controle do diabetes.

O hábito de fumar e a frequência de consumo de álcool não tiveram associação com o conhecimento dos idosos sobre as medidas para controle do diabetes (dados não mostrados em tabela).

Somente o abuso de álcool - identificado por meio do questionário CAGE - influenciou em uma medida de controle do diabetes: dieta alimentar. O conhecimento sobre a medida “fazer dieta alimentar” foi maior entre os que

consomem menos álcool. Entre os idosos que tinham CAGE < 2, 82,2% (27) tinham conhecimento da importância da dieta alimentar para o controle do diabetes, comparados a 39,2% dos idosos com CAGE > 2, (4), (p=0,0031) (dados não mostrados em tabela).

4.7.2 Estilo de vida (hábito de fumar e o consumo de álcool) e a influência na Prática de controle do Diabetes por idosos

O hábito de fumar não influenciou nenhuma das práticas de controle do diabetes referida pelos idosos.

Já para a frequência de consumo de álcool, se observa que, entre os que consumiam mais álcool (4 a 7 vezes por semana), 22% tomavam medicação oral quando tinham problema, comparados a 1,7% entre os que nunca beberam ou não bebem mais (p=0,0206)- dados não mostrados em tabela).

4.7.3 Condição socioeconômica e a influência no “Conhecimento” sobre as Medidas de controle do Diabetes.

O nível de escolaridade dos idosos está associado com duas das medidas de controle do diabetes: “regime para perder peso” (p=0,0100) e “tomar medicação oral de rotina” (p=0,0124)- dados não mostrados em tabela.

A renda também influenciou no conhecimento do idoso sobre as medidas para controle do diabetes “tomar medicação oral de rotina” (p=0,0031) e “fazer regime para perder peso” (p=0,0358) - dados não mostrados em tabela.

4.7.4 Condição Socioeconômica e a Influência nas Práticas de Controle do Diabetes.

Escolaridade e renda *per capita* não influenciaram em nenhuma das práticas realizadas pelos idosos para controle do diabetes (dados não mostrados em tabela).

4.8. Utilização dos Serviços de Saúde por idosos

Entre os idosos em geral, foi verificado que a prevalência do uso dos serviços de saúde na presença ou ausência de morbidade foi de 30,6%, IC95% (26,51 - 34,95).

4.8.1. Perfil dos idosos que utilizaram os Serviços de saúde independente da presença ou ausência de morbidade segundo condições demográficas, socioeconômicas, condições de saúde e estilo de vida

Na **tabela 13** se verifica o uso dos Serviços de Saúde por idosos em geral, independente do número de vezes que tenham utilizado e na presença ou ausência de morbidade segundo as condições demográficas e socioeconômicas.

Observa-se na tabela abaixo que sexo foi a única variável que esteve associada com o uso de serviço de saúde entre idosos, demonstrando o maior uso entre as mulheres idosas.

Tabela 13. Prevalência do Uso dos Serviços de Saúde (US) segundo variáveis demográficas e socioeconômicas em idosos, 60 anos ou mais (n=842) na presença ou ausência de morbidade ISA - Capital, São Paulo, 2003

Variável	N	Prevalência US (%)	RP (IC 95%) bruta	Valor p **
Sexo				
Masculino	411	24,89	1,00	0,0029
Feminino	440	34,3	1,38 (1,12 – 1,70)	
Faixa Etária				
60 a 69	463	30,62	1,00	0,9683
70 a 79	299	30,87	1,00 (0,80 – 1,27)	
80 e mais	89	29,45	0,96 (0,63 – 1,47)	
Raça/Cor				
Branca	589	29,82	1,00	0,4500
Não Branca	261	32,95	1,10 (0,85 – 1,44)	
Religião				
Sem religião	26	32,67	1,07 (0,56 - 2,05)	0,9772
Católica	607	30,49	1,00	
Evangélica	161	29,49	0,97 (0,66 - 1,41)	
Espírita	16	36,52	1,20 (0,56 - 2,57)	
Outra	41	30,51	1,00 (0,42 - 2,39)	
Situação Conjugal				
Casado ou Unido	487	29,38	1,00	0,7051
Solteiro	32	23,71	0,81 (0,32 – 2,01)	
Separado/Desq/Divorciado	65	32,05	1,09 (0,62 – 1,91)	
Viúvo	250	33,34	1,13 (0,89 – 1,45)	
Condição de Chefia				
Chefe	583	29,99	1,00	0,6656
Não Chefe	265	31,67	1,06 (0,82 – 1,36)	
Escolaridade				
0 a 7 anos	667	31,84	1,20 (0,93 – 1,55)	0,1514
8 e mais anos	170	26,56	1,00	
Renda per capita				
Até 2,5 SM	650	31,48	1,00	0,5427
2,5 SM ou mais	201	28,61	0,91 (0,65 – 1,26)	

Notas:

RP: razão de prevalência

* Foram levadas em conta as ponderações da amostra.

**Valores em destaque; apresentam significância estatística (p< 0,05)

SM = salário mínimo

Em relação ao estilo de vida e condições de saúde se verifica que o consumo de álcool influencia de maneira inversa o uso dos serviços de saúde entre os idosos (**tabela 14**).

Tabela 14. Prevalência do Uso dos Serviços de Saúde (US) segundo variáveis estilo de vida e condições de saúde dos idosos, 60 anos ou mais (n=842) na presença ou ausência de morbidade. ISA - Capital, São Paulo, 2003

Variável	N	Prevalência US (%)	RP (IC 95%) bruta	Valor p **
Tabagismo				
Não fumante + Ex-Fum.	708	31,78	1,00	0,0776
Fumante	128	22,98	0,72 (0,49 - 1,06)	
Alcoolismo				
Nunca + Não bebe	550	33,04	1,87 (1,12 - 3,13)	0,0166
Até 2x / mês	119	36,41	2,06 (1,23 - 3,46)	
1 a 7 x / semana	172	17,64	1,00	
Auto Avaliação de Saúde				
Ótima/Excelente	164	24,45	1,00	0,0003
Boa	549	29,18	1,19 (0,85 - 1,68)	
Ruim/Muito Ruim	136	47,64	1,95 (1,39 - 2,73)	
Morbidade (15 dias)				
Sim	228	58,76	2,84 (2,22 - 3,64)	<0,0001
Não	623	20,67	1,00	
Hospitalização				
Pelo menos 1 vez	104	51,62	1,88 (1,32 - 2,70)	0,0017
Não	744	27,39	1,00	
Hipertensão				
Sim	395	33,61	1,19 (0,98 - 1,44)	0,0859
Não	447	28,32	1,00	
Diabetes				
Sim	151	37,20	1,26 (0,94 - 1,69)	0,1245
Não	691	29,46	1,00	
HAS + DM				
Sim	109	41,18	1,40 (1,04 - 1,91)	0,0348
Não	733	29,28	1,00	

Notas:

RP: razão de prevalência

* Foram levadas em conta as ponderações da amostra.

**Valores em destaque; apresentam significância estatística (p < 0,05)

SM = salário mínimo

Considerando a condição de saúde, nota-se que os idosos com percepção de saúde “ruim/muito ruim”, a prevalência do uso dos serviços é 1.95 vezes a prevalência do uso dos idosos que referem sua saúde como “ótima/excelente” e que entre os idosos que referiram morbidade 15 dias antes da entrevista, a prevalência do uso é 2,84 vezes a prevalência dos que não referem. Entre os idosos que se hospitalizaram pelo menos uma vez, a prevalência do uso é 1,88 vezes a prevalência dos que nunca hospitalizaram.

Quando testada a presença de doença crônica específica, se observa que a utilização dos serviços de saúde por idosos foi 40% maior entre os que referem hipertensão e diabetes em comparação aos que não referiram.

Na análise de regressão múltipla de Poisson, introduziram-se no modelo as variáveis que apresentavam $p < 0,20$ na seguinte ordem: morbidade, auto-avaliação de saúde, hospitalização, sexo, consumo de álcool, hipertensão e diabetes, tabagismo, hipertensão e diabetes e escolaridade. Após os ajustes pela regressão de Poisson, mantiveram maiores taxas de prevalência de uso de serviço os idosos que referiram morbidade 15 dias antes da entrevista os que se hospitalizaram pelo menos uma vez, nos últimos 12 meses e as mulheres. **(tabela 15)**

Tabela 15. Modelo de Regressão Múltipla de Poisson: variáveis associadas aos usos dos Serviços de Saúde por idosos em São Paulo- Capital, ISA- Capital, 2003

Variáveis e categorias	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada* (IC 95%)
Morbidade (15 dias)		
Sim	2,84 (2,22 - 3,64)	2,67 (2,08 - 3,43)
Não	1,00	1,00
Hospitalização		
Pelo menos 1 vez	1,88 (1,32 - 2,70)	1,72 (1,32 - 2,24)
Não	1,00	1,00
Sexo		
Masculino	1,00	1,00
Feminino	1,38 (1,12 - 1,70)	1,28 (1,08 - 1,51)

Notas:

RP: razão de prevalência

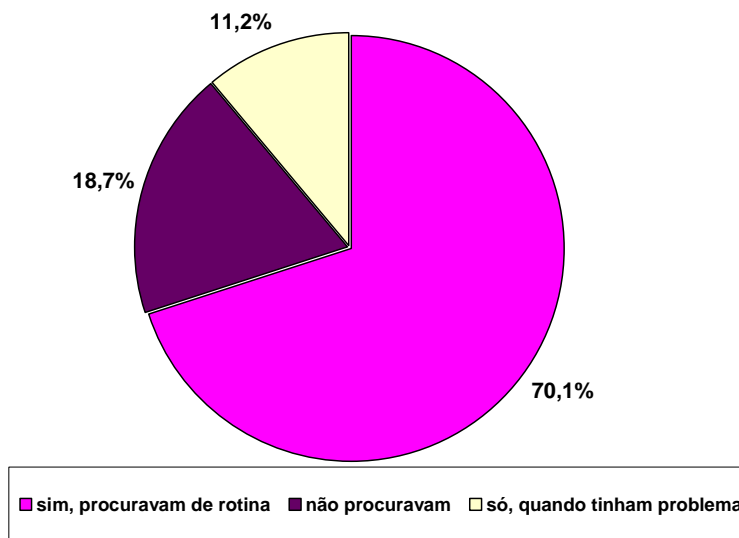
* Ajustada pelo método de regressão de Poisson para as demais variáveis e por idade

4.8.2. Utilização dos Serviços de Saúde por idosos Hipertensos

A utilização dos serviços foi investigada no Bloco C por meio da morbidade referida nos últimos 15 dias antes da entrevista e no bloco específico de hipertensão.

Em relação à periodicidade da procura pelo serviço de saúde/médico por causa da pressão alta, de um total de 395 idosos hipertensos, 70,1% (273) responderam que sim, procuraram de rotina, 18,7% (77) não procuraram e 11,2% (45) dos idosos responderam que só procuraram o médico/serviço de saúde quando tiveram problema como pode ser verificado na **figura 8** abaixo:

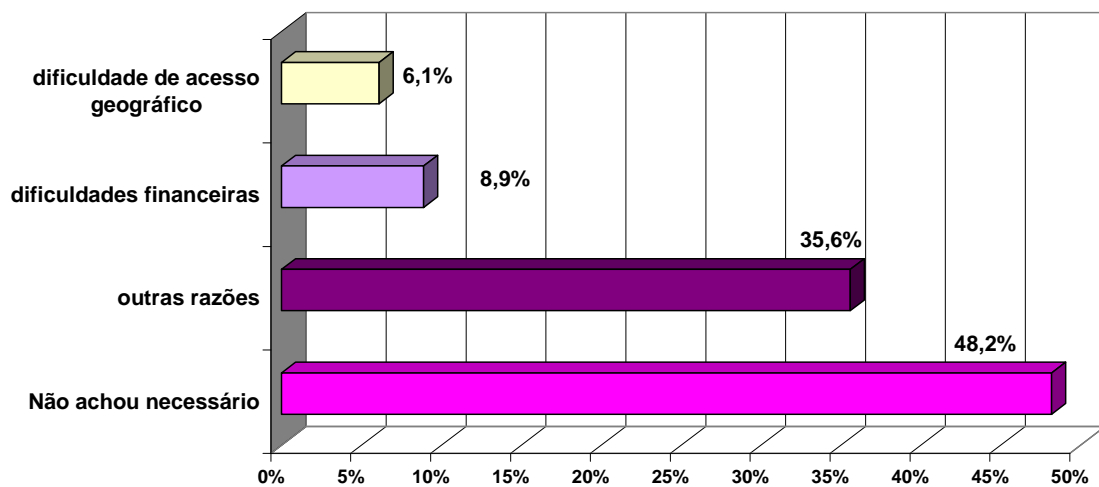
Figura 8. Frequência da procura do Serviço pelos idosos por causa da hipertensão.



A **figura 9** apresenta as justificativas dadas pelos idosos pela não procura regular pelo médico /serviço de saúde por causa da pressão alta.

Entre “outras razões”, como justificativa dada pela não procura foram assim agrupadas: “não ter tempo”, “não saber a quem procurar/onde ir” e “outros”.

Figura 9. Justificativas dada pelos idosos pela "não procura" pelo médico ou serviços de Saúde por causa da hipertensão.



Com relação há quanto tempo haviam procurado o médico/serviço de saúde para controle da pressão alta, a média de tempo calculada entre os idosos foi de 11,58 meses IC 95% (5,51- 17,65). Esta média não variou entre os sexos, sendo 11,52 meses para o sexo masculino IC 95% (6,05 -16,99) e 11,61 meses para o sexo feminino IC 95% (3,49- 19,72).

4.8.3. Utilização dos Serviços de Saúde por idosos hipertensos e que referiram morbidade 15 dias antes da entrevista.

Entre os 226 idosos que referiram alguma morbidade 15 dias antes da entrevista, 43,5% (101) eram hipertensos.

Em relação a procurar alguma ajuda ou conversar com alguém por causa da morbidade referida 15 dias antes da entrevista, 59,4% dos hipertensos procurou, sem diferença estatística entre ser ou não hipertenso. ($p=0,4608$) - dados não mostrados em tabela.

Entre os idosos hipertensos que procuraram o serviço por morbidade referida nos 15 dias antes da entrevista, 97,1% foi atendido no serviço que procurou, sem diferença entre os não hipertensos ($p=0,6600$) – dados não mostrados em tabela.

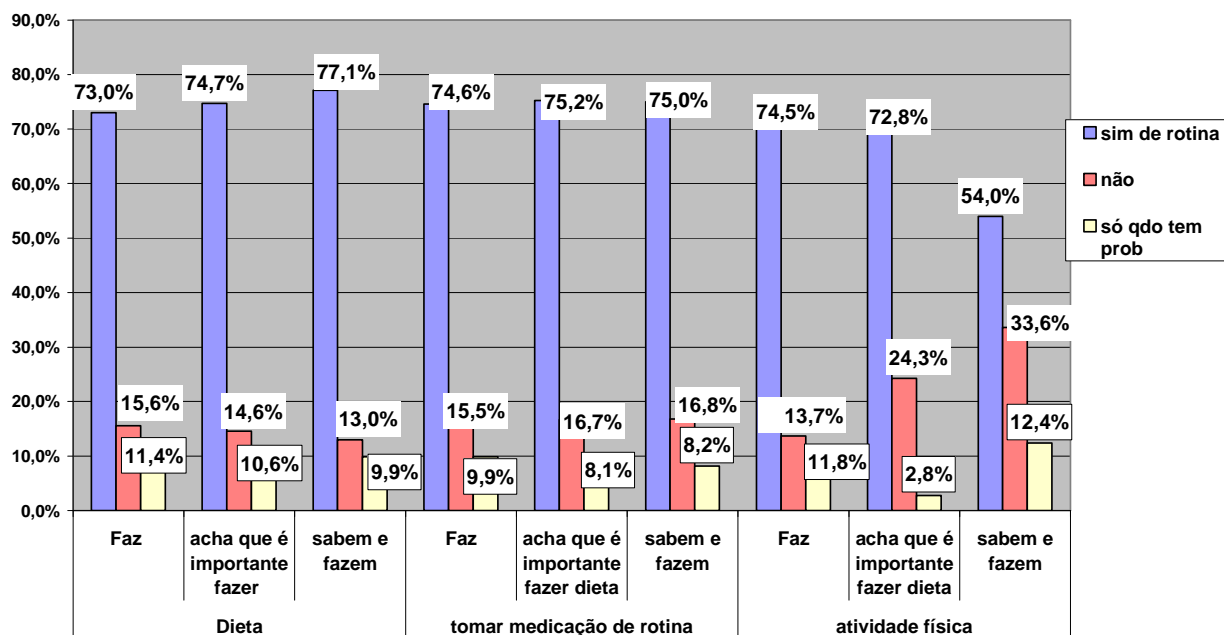
4.8.4. Influência do Conhecimento sobre as Medidas e Práticas de Controle da Hipertensão no Uso dos Serviços de Saúde.

Entre os 134 idosos que fazem dieta para controlar a pressão, 73% (97) - IC 95% (63,75- 80,6) - usam o serviço de saúde de rotina, 15,6% (18) não usam o serviço e 11,4% (19) só usam quando tem problema.

A **figura 10** apresenta o uso dos serviços de saúde para quem tem o conhecimento, para quem pratica as medidas de controle da hipertensão e para quem tem o conhecimento e pratica as três medidas mais prevalentes entre os idosos hipertensos.

Entre os idosos que tem o conhecimento que fazer dieta é importante para controle da pressão 74,7% (IC 95% 67,26- 80,99) usa o serviço de rotina, 77,1%(IC 95% 65,03- 85,94) entre os idosos que realmente praticam esta medida (dieta sem sal) para controle da pressão e 73% entre os que tem conhecimento e praticam (IC95% 63,75- 80,60). Apesar das diferenças nos percentuais encontrados, principalmente para atividade física, elas não são estatisticamente significativas.

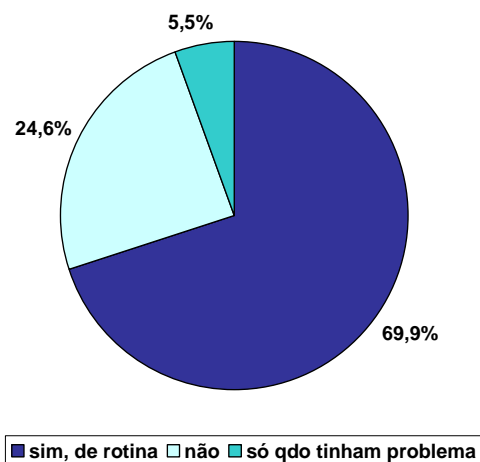
Figura 10. Conhecimento sobre as Medidas de Controle e Práticas de controle da Hipertensão e a Influência no Uso dos Serviços de Saúde.



4.8.5. Utilização dos Serviços de Saúde por idosos Diabéticos

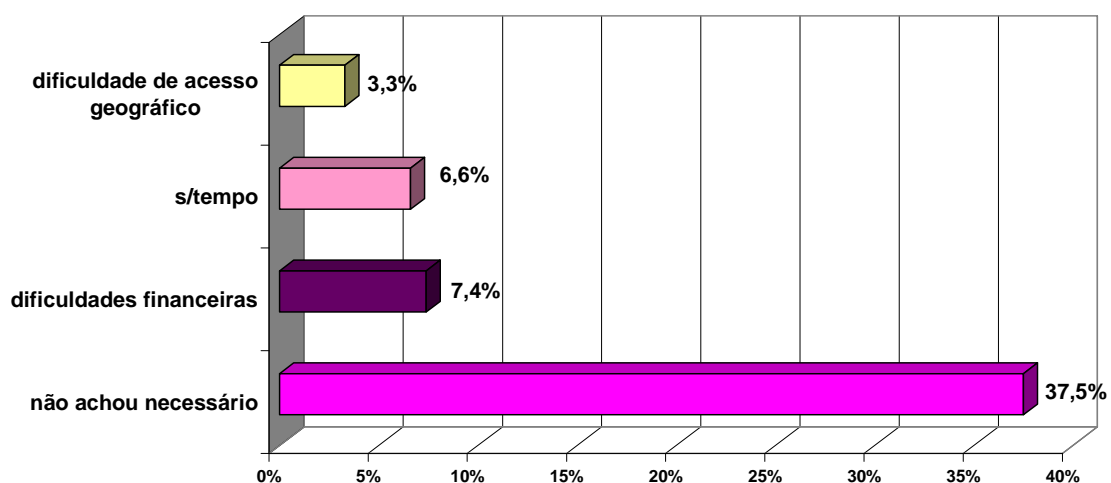
Entre os 151 idosos que referiram serem diabéticos, 149 idosos responderam a questão relacionada ao uso dos serviços: 69,9% (105) responderam que sim (que visitavam de rotina o médico), 24,6% (33) responderam que não procuravam e 5,5% (11) responderam que só procuravam quando tinham problema.

Figura 11. Frequência da procura dos serviços de saúde entre os idosos por causa do diabetes



As justificativas dadas pelos idosos diabéticos pela “não procura dos serviços de saúde/médicos” estão na **figura 12** abaixo:

Figura 12. Justificativas dada pelos idosos pela não procura dos Serviços de saúde por causa do Diabetes



4.8.6. Utilização dos Serviços de saúde por idosos diabéticos que referiram morbidade 15 dias antes da entrevista

Entre os 226 idosos que referiram algum problema de saúde 15 dias antes da entrevista, 19,4% (43) eram diabéticos. E entre estes diabéticos, 53,4% (22) procurou por alguma ajuda ou alguém por conta da morbidade referida. Não houve diferença estatisticamente significativa na procura por ajuda/serviço de saúde entre diabéticos e não diabéticos, ($p=0,2861$).- dados não mostrados em tabela.

Em relação ao uso do serviço de saúde, 96,1% dos diabéticos foram atendidos no serviço que procurou; e não houve diferença estatisticamente significativa com os não diabéticos ($p=0,5758$) - dados não mostrados em tabela.

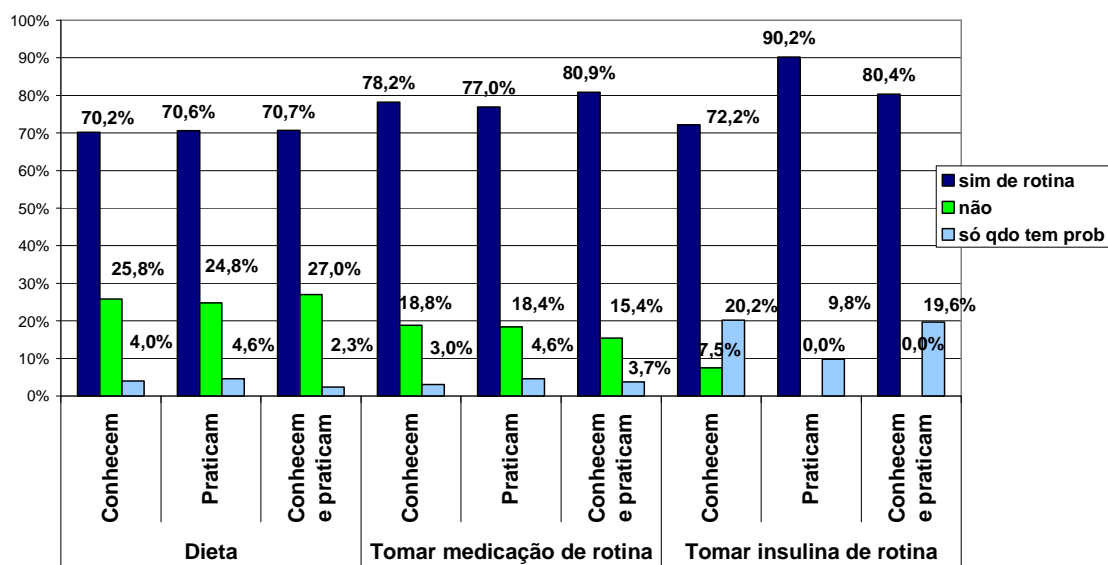
4.8.7. Influência do Conhecimento sobre as Medidas e Práticas de Controle do Diabetes no Uso dos Serviços de Saúde.

A **figura 13** revela o uso dos serviços de saúde por idosos diabéticos: entre os que têm conhecimento sobre as medidas de controle, entre os idosos que praticam estas medidas controle e entre os que têm o conhecimento e praticam as medidas de controle do diabetes.

Entre os que conhecem a importância de se fazer dieta alimentar para controle do diabetes, 70,2% (IC 95% 59,86-78,83) usam o serviço de saúde de rotina; dos idosos que fazem dieta (incorporam esta prática no dia a dia) 70,6% (IC95%:58,86-80,15) utilizam o serviço de rotina. Entre os que conhecem a importância e realmente praticam esta medida de controle, 70,7% (IC95% 58,83- 80,63) usam rotineiramente o serviço de saúde.

Para as medidas “tomar medicação” e “tomar insulina de rotina” não foi observada diferenças estatisticamente significantes.

Figura 13. Conhecimento e Práticas de Controle do Diabetes e a influência no Uso dos Serviços de Saúde



5. DISCUSSÃO

O conhecimento da prevalência da hipertensão e do diabetes em idosos, o perfil destes idosos e os fatores associados a esta prevalência e ao padrão de utilização dos serviços de saúde, permitem desenvolver um sistema de vigilância epidemiológica para estas doenças crônicas e identificar as demandas reprimidas em saúde, fornecendo, assim, subsídios para o planejamento e o desenvolvimento de políticas públicas que tenham como objetivos a maior eficácia, efetividade e a equidade no acesso e no uso dos serviços pelos idosos.

As principais características sócio-demográficas da amostra da pesquisa realizada foram semelhantes a outros estudos que envolveram idosos não institucionalizados e o uso dos serviços de saúde (Vera et al, 1994; Lima-Costa et al, 2003; Lima-Costa et al, 2004)

Em relação à faixa etária, Ramos e colaboradores (1993) realizaram, em 1989, inquérito domiciliar em regiões administrativas do Município de São Paulo; em linhas gerais, encontraram uma população com 58,0% dos indivíduos com idade menor de 70,0 anos e média etária de 69,0 anos. No Estudo SABE (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento), que incluiu idosos de áreas metropolitanas urbanas de sete países da América Latina e Caribe, em São Paulo, no ano 2000, a média de idade foi 68 anos, com 77,9% na faixa entre 60-74 anos e uma minoria com idade igual ou maior de 75 anos (Lebrão e Duarte, 2003).

No inquérito realizado em Bambuí, Minas Gerais, a idade média dos idosos foi de 69 anos (Lima- Costa et al 2004), com 57,7% deles na faixa entre 60 e 69 anos de idade (Firmo et al., 2004a). Em outro estudo, que incluiu participantes da PNAD, observou-se o aumento da média de idade de 69,5, em 1998, para 69,8 anos em 2003, (Lima-Costa et al., 2007). A média de idade da pesquisa aqui realizada foi de 70,7, IC95%(70,2 - 71,3); 51%, dos idosos tinham idade entre 60-69 anos, semelhante também a Fortaleza, com 53% dos idosos com idade entre 60-69 anos (Coelho Filho, Ramos, 1999).

No presente estudo, a população feminina foi predominante (60,3%). Estes achados são semelhantes aos encontrados por Ramos e colaboradores, na cidade de S. Paulo, em 1993, (60,0%), por Coelho Filho, Ramos em Fortaleza, em 1999 (66%) e, também, em amostras de idosos nos estudos de Lima-Costa, em 2007 que, comparando dados da Pesquisa Nacional de Amostra por domicílios (PNAD), de 1998 e 2003, verificou a prevalência de mulheres (55,5% e 56%, respectivamente). As mulheres também predominaram no estudo SABE realizado em São Paulo, no ano 2000 (Louvison et al., 2008), na cidade de Bambuí, Minas Gerais, em 2004 (60,2%; Lima-Costa et al., 2004) e no inquérito de Saúde de base populacional, realizado em Municípios do Estado de São Paulo em 2003, (57,3%)- ISA-SP (Francisco et al., 2009).

A maior prevalência de idosos brancos (75,5%) é semelhante ao resultado encontrado no Censo de 2000 e no SABE do mesmo ano (Lebrão e Duarte; 2003).

Com relação à situação conjugal, a maioria dos idosos é casada (56,4%) e 32% são viúvos; entre os viúvos, a prevalência maior é de mulheres (46,%) comparada a 9,9% de homens. Reafirma-se, assim, a feminização da velhice e a maior longevidade das mulheres, resultando em expressiva diferença entre os sexos na velhice (Lebrão e Duarte, 2003).

Este diferencial de mortalidade entre os sexos atenta para as necessidades específicas em saúde, já que as mulheres têm maior expectativa de vida⁹, mas são mais sujeitas a doenças crônicas e a maior número de comorbidades; assim, o padrão de utilização dos serviços é diferente entre os sexos (Gómez et al., 2002; Louvison et al., 2008). A maior expectativa de vida entre as mulheres tem sido explicada por vários fatores, a exemplo da melhor percepção da própria saúde, da cultura, que incentiva a mulher ao “cuidado” (Guedes, 2006) e da maior procura pelos serviços preventivos de saúde (Dachs et al, 2002, Pinheiro et al., 2002). Além disso, os homens se casam mais tardiamente e tem mais facilidade de casar novamente. (Lebrão e Duarte, 2003), o que pode explicar a maior prevalência de homens que se declaram casados.

A amostra deste estudo apontou proporção maior de idosos 70,1% (675) com menor nível educacional (entre 0 e 7 anos) e uma maior escolaridade entre os homens. Estes resultados são condizentes com a literatura nacional (Louvison et al., 2008, Guedes, 2006, IBGE, 2008) e internacional (Knesebeck et al .,2006).

⁹ A “expectativa de vida” (ou “esperança de vida”) refere-se, de acordo com o IBGE, ao número de anos de vida esperados para as crianças recém-nascidas, subtraída a taxa de mortalidade infantil e mantido o padrão de mortalidade. (IBGE – Anuário Estatístico)

Com base em dados da PNAD de 2003 e do suplemento de saúde (IBGE), Guedes (2006) selecionou idosos com 60 anos ou mais e chefes de domicílio; observou que as mulheres tinham menor nível de escolaridade em relação aos homens em todos os quintis de renda (Guedes, 2006).

Knesebeck et al (2006) analisaram os dados do *European Social Survey*, de 2003, que revelaram existir diferenças marcantes entre países em relação ao nível educacional e gênero. Na maioria dos países analisados (Suíça, Alemanha, Noruega), as mulheres também apresentaram nível educacional mais baixo.

No Brasil, apesar do aumento da escolaridade entre os idosos (Camarano et al., 2004), pesquisa recente do IBGE aponta para a permanência da desigualdade entre os sexos em faixas etárias mais elevadas (IBGE, 2008). A baixa escolaridade dos idosos pode ser indicativa do difícil acesso à educação nas décadas passadas, de acordo com Montesanti (1997) e do baixo nível socioeconômico. O nível de escolaridade relaciona-se, também, ao comportamento do indivíduo, à adoção de hábitos mais saudáveis, ao conhecimento, à informação e à valorização da procura dos serviços médicos. Outro fato é que quanto maior a educação, maior tende a ser a renda (Lima- Costa et al., 2003) e maior a disponibilidade de recursos. (Noronha, Andrade, 2005). Isto se confirmou nesta pesquisa: a escolaridade apontou associação significativa com a renda.

Pode-se atribuir a maior escolaridade entre os homens pela maior prevalência, entre estes, de chefes de família e de exercício de alguma atividade de trabalho. Isto reforça a desigualdade entre os sexos vivida por estes idosos, além de atestar o comportamento de uma sociedade na qual a

educação era seletiva e privilégio dos homens. Em uma população com sérios problemas econômicos e pouco acesso à escola, os homens têm maiores oportunidades de trabalho (Cacciamali, Hirata, 2005). Apesar desta desigualdade de oportunidades entre os sexos, a renda não mostrou associação estatisticamente significativa com o sexo quando categorizada em salários mínimos, muito embora a proporção entre as mulheres com renda inferior a 2,5 salários mínimos tenha sido maior.

Resultado semelhante da prevalência de chefes de família, segundo o sexo, foi encontrado na PNAD (2003): 61,4% dos homens idosos eram chefes de família.

Nesse estudo, os dados também revelaram uma população de idosos de renda baixa, com 68,6% ganhando até 2,5 salários mínimos. Quando a renda foi categorizada em tercís, pode-se notar que à medida que a faixa etária aumenta o poder aquisitivo diminuiu significativamente. Isto pode ser explicado pela queda do mesmo com a aposentadoria e a dificuldade de acesso, dos idosos, ao mercado de trabalho.

A condição de saúde foi aqui investigada através da percepção do idoso sobre a própria saúde, da morbidade referida nos 15 dias antes da entrevista, do número de doenças crônicas e da hospitalização nos últimos 12 meses.

A autopercepção da saúde é um indicador importante da condição de saúde do idoso na medida em que prediz a sobrevivência desta população, bem como a morbidade referida (Romero, 2002), além da associação entre “prevalência de doença crônica” e “pior avaliação do estado de saúde”

(Almeida et al., 2002). Por serem auto-reportadas, estas medidas podem ser consideradas limitadas. As respostas do indivíduo podem estar relacionadas ao estado de saúde das pessoas com quem o idoso convive, bem como as condições do ambiente. Além disso, como se trata de uma avaliação subjetiva, só poderia ser feita pela própria pessoa. Mas esta limitação já foi avaliada e demonstrada, por outro estudo, que o relato por outra pessoa não modifica a distribuição da percepção da saúde entre idosos; este estudo sugeriu que a condição do informante seja examinada como potencial variável de confusão (Lima- Costa et al., 2007).

A morbidade referida também pode apresentar um viés, podendo ser influenciada pela desigualdade de acesso ao serviço de saúde; isto porque os indivíduos que já tiveram contato com algum profissional de saúde têm maior possibilidade de identificar suas morbidades, o que pode subestimar a verdadeira prevalência das condições de saúde. Apesar disto, a informação referida tem sido usada em várias pesquisas, principalmente em inquéritos de base populacional (SABE, Bambuí, ISA-SP); já demonstrou ser válida para estimar a prevalência das doenças (Vargas et al, 1997). Graham et al (2006) demonstrou que a percepção de risco de diabetes e hipertensão entre os afro-americanos, nos EUA, foi similar ao risco de desenvolver estas condições.

No presente estudo, 64,3% (549) dos idosos consideraram a saúde como "boa" e 13,4%(136) como "ruim/muito ruim", sem diferença entre os sexos. Os resultados obtidos da autopercepção "ruim/muito ruim" foram semelhantes aos encontrados na PNAD de 2003, de 13,2% (Lima- Costa et al, 2007). Entretanto, no que se refere ao sexo, aos resultados encontrados diferem em outras pesquisas em que a mulher apresentou pior auto-avaliação

de saúde (Lebrão, Laurenti, 2005; Redondo-Sendino et al., 2006; Travassos, Viacava, 2007).

A autopercepção também não revelou associação com faixa etária. Estes resultados foram semelhantes ao encontrado por Lima- Costa e colaboradores (2004) ao entrevistar idosos (≥ 60 anos) residentes na cidade de Bambuí (Minas Gerais) e diferente do encontrado em estudo realizado com idosos residentes em áreas rurais e urbanas com dados originados da PNAD de 1998 e 2003 (Travassos, Viacava, 2007).

Outro estudo demonstrou que a autopercepção de saúde “ruim” está relacionada ao maior risco de morbidade, mortalidade e pior qualidade de vida (Romero, 2002). Este resultado se comprovou também neste estudo ao analisar autopercepção de saúde segundo a morbidade referida dos idosos: 25,2% dos idosos que referiram morbidade (problemas de saúde) nos últimos 15 dias auto-avaliaram sua saúde como “ruim/muito ruim”, comparado a 9,3% entre os que não relataram problemas nos últimos 15 dias.

A “renda” também mostrou, neste estudo, associação estatisticamente significativa com a autopercepção de saúde. Entre os idosos que referiram sua saúde como “ruim, muito ruim”, 85,8% ganhava até 2,5 salários mínimos. Dado semelhante foi encontrado em outras pesquisas (Lima-Costa et al., 2003; 2004). Isto pode ser explicado pela associação entre “renda e escolaridade” e “renda e melhor condição de saúde” (Lima- Costa et al., 2003). Quanto maior a escolaridade, maior a informação e condição de saúde, como já discutido anteriormente. Isto reforça o fato de que a escolaridade e a renda podem refletir as condições de vida de uma população (Cesar et al., 2005).

Nesse trabalho, as mulheres idosas referiram maior morbidade nos 15 dias antes da entrevista e maior número de doenças crônicas; por outro lado, a prevalência de internações nos últimos 12 meses não foi diferente entre os sexos. No estudo de Barreto et al (2004), as mulheres também reportaram mais doenças crônicas, visitaram mais os médicos e tiveram piores indicadores de saúde, mas internaram menos. Outros estudos relatam que, comparadas aos homens, as mulheres idosas utilizam mais os serviços de saúde (Travassos, Viacava, 2007, Barreto et al., 2004). Isto reforça o fato de que é preciso considerar o tipo de serviço utilizado quando se avalia os estudos. Mulheres utilizam mais os serviços preventivos; homens utilizam mais os serviços de emergência, segundo Gómez (2002). Os homens são hospitalizados com maior frequência, o que pode justificar a maior mortalidade entre eles (Redondo Sendino et al., 2006), além de refletir o próprio comportamento masculino frente às necessidades ou de uma possibilidade de diferença na prevalência das doenças cujos riscos de morte sejam diferentes (Barreto et al., 2004).

Em relação às doenças crônicas, esse estudo identificou que as mulheres reportaram mais doenças crônicas que os homens, dado semelhante a outros estudos (Pinheiro et al, 2002, Guedes, 2006 ; Almeida et al., 2002). Nele, a proporção de “três ou mais doenças crônicas”, encontrada entre os idosos, foi de 34,7% (271), superior à encontrada na PNAD de 2003 - situada em 25,6% (Lima- Costa et al., 2007) - e inferior à encontrada em alguns Municípios do Estado de S. Paulo, da ordem de 45,7% (Lima-Costa et al., 2009), nos quais a prevalência de doenças crônicas foi também maior entre as mulheres e acima dos 70 anos.

Esse estudo investigou 24 doenças crônicas; a maioria com maior prevalência entre as mulheres. Esse componente está provavelmente relacionado a fatores genéticos, histórias de vida, hábitos e comportamento do idoso em relação à sua saúde (Pinheiro et al., 2002).

Ao considerar as variáveis incluídas em “estilo de vida”, verificou-se, por meio do CAGE, que o consumo de tabaco, álcool e o alcoolismo crônico foi maior entre os homens.

A prevalência maior de tabagismo entre os homens foi também observada no estudo conduzido na Região Metropolitana de Belo Horizonte (BH) e na cidade de Bambuí (Peixoto et al., 2006). Em BH, a prevalência de fumantes foi inferior à encontrada nesta investigação; por outro lado, a de ex-fumantes a prevalência foi superior: 19,6% e 39,7%, respectivamente.

Vários estudos apresentam dados uniformes ao encontrar a maior prevalência de abuso de álcool entre os homens, independente da faixa etária (Amaral, Malbergier; 2004; Webster., 2007; Costa et al., 2004). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), vários fatores podem explicar este maior predomínio entre os homens: força física, sexualidade, risco e responsabilidades. Em relação às mulheres, o maior consumo de álcool pode demonstrar maior “força”, o que é apreendido como “superioridade” dos homens, privilégio e *status*. Outro fator é o “sexual”, que pode ser explicado pela possibilidade de o álcool melhorar o desempenho e ajudar a desinibir. Embora este fato possa estimular o consumo entre as mulheres, ainda é maior entre os homens. O “risco” é um fator que, de um ponto de vista cultural, os homens ainda estão mais dispostos a correr; consideram-no mais excitante e,

também, uma prova de masculinidade. As maiores responsabilidades assumidas pelos homens também poderiam explicar a maior prevalência do álcool entre eles, segundo a OMS. O fato é que os fatores que levam homens e mulheres a beberem podem ser diferentes e relacionados também à cultura do país (World Health Organization, 2005a).

É fato que a urbanização, a rapidez inerente ao capitalismo e, conseqüentemente, o estilo de vida não saudável (alimentação inadequada, maior consumo de álcool e tabaco, sedentarismo) são fatores de risco que favorecem o desenvolvimento de doenças crônicas (Lopez et al., 2006; Strong et al., 2007, Andrade, 2009), podendo explicar a diferença de prevalência de algumas doenças entre os sexos.

Observaram-se características similares entre os hipertensos e não hipertensos em relação à faixa etária (60-69 anos), à religião, ao tabagismo e à morbidade referida nos 15 dias antes da entrevista. Entre os grupos “diabéticos” e “não diabéticos”, se explicitaram diferenças de situação conjugal, autopercepção de saúde, hospitalização no último ano, número de doenças crônicas e freqüência do consumo de álcool.

Cabe salientar que os dados utilizados neste estudo são provenientes de uma pesquisa mais ampla que não tinha por objetivos analisar subgrupos de hipertensos e ou diabéticos. Dado o pequeno número de indivíduos nestes grupos, não se pode descartar a possibilidade de erro tipo beta na distribuição de algumas variáveis que não apresentaram significância estatística. Com isto, algumas faltas de associação devem ser interpretadas

com cuidado, a exemplo o número maior de doenças crônicas (3 ou mais) entre os não diabéticos .

A prevalência de hipertensão referida (46%) em idosos residentes na cidade de São Paulo foi superior à encontrada na população brasileira (43,9%) (PNAD- Lima- Costa et al., 2003a) e similar à encontrada no Canadá em 2005 (45%) (National Advisory Council on Aging, 2006; Center for Disease Control and Prevention, 2002) e no Estado de São Paulo, 2001/2002, (46,8%) (Souza, 2006). Mas inferior à encontrada em cidades como Bambuí - Minas Gerais, (61,5%) (Barreto et al., 2001) e Campinas (51,8%) para a mesma faixa etária (Zaitune et al., 2006).

Quando se leva em conta o gênero, a análise univariada revelou a prevalência de hipertensão 36% maior no sexo feminino. O mesmo foi verificado em outras cidades do Estado de São Paulo, a exemplo de Campinas (Zaitune et al., 2006) e Santos (Pascalichio et al., 2008), como na literatura mundial (Noblat et al., 2004, Brasil - Ministério da Saúde, 2006).

O fato é que a prevalência da doença pode também ser influenciada pelo acesso do indivíduo ao serviço de saúde, pela desvantagem socioeconômica e pelo desconhecimento sobre seu próprio estado de saúde, fatores já mencionados. O acesso ao serviço é medido pelo uso dos serviços. (Pinheiro et al., 2002).

Ao se investigar as características demográficas e socioeconômicas dos idosos em relação à hipertensão, verificou-se a maior prevalência entre as mulheres e não brancos, viúvos, não chefes de família, entre os que não exerciam atividades de trabalho e entre os idosos com menor escolaridade e renda.

Em relação à maior prevalência entre os não brancos, resultado similar foi encontrado em Campinas (Zaitune, 2006) e nos EUA (Basset et al., 2002). A condição econômica, o estilo de vida (WHO, 2008) o nível educacional, a renda (Louvison et al., 2008), as oportunidades relacionadas a estes fatores, o preconceito racial (Centers for Disease Control and Prevention, 2005) e o acesso aos serviços de saúde (Travassos, Martins, 2004) devem ser considerados para explicar as desigualdades de oportunidades entre brancos e não brancos. A hipertensão encontrada na raça negra foi de 41,4%, entre 1999-2002, comparada a 28,1% entre os brancos (Hertz, et al., 2005).

Estudo revela que, no Brasil, a desigualdade de raça e de gênero são heranças da escravatura e de um modelo de sociedade (patriarcal) radicado em expressivas desigualdades de renda e de participação no mercado de trabalho; revela, ainda, que mulheres e negras (os) têm menores oportunidades, principalmente no acesso à educação. Aliado ao preconceito em relação à pobreza, consolida as piores condições de vida (Cacciamali, Hirata, 2005).

Ser viúvo, não ser chefe de família e não exercer nenhuma atividade de trabalho se revelou, também, na análise univariada como fatores associados à maior prevalência de hipertensão. Estes fatores podem estar relacionados à maior prevalência de mulheres viúvas, não chefes de família e não exercendo qualquer atividade de trabalho e à maior prevalência de hipertensão entre elas.

As condições socioeconômicas, analisadas pela escolaridade e renda *per capita*, revelaram a maior prevalência de hipertensão entre os idosos com menor escolaridade e menor renda. A maior renda (2,5 salário mínimos ou

mais) se revelou como fator protetor da prevalência de hipertensão. A influência das condições socioeconômicas sobre a saúde já foi discutida anteriormente e a associação entre estas e a hipertensão também foi encontrada em outros estudos (Zaitune et al., 2006; Firmo et al., 2004b). A escolaridade pode facilitar não só a aquisição de conhecimentos sobre as melhores práticas de controle, como melhores oportunidades de trabalho e renda (Louvison, 2006), o que facilita o acesso ao serviço de saúde, a consulta médica e a aquisição de medicamentos, bem como a continuidade do tratamento (Firmo et al., 2004b, Souza, 2009).

Quando investigadas as características relacionadas ao estilo de vida, nem tabagismo, nem o abuso de álcool (avaliado pelo questionário CAGE) se mostraram significantes na prevalência de hipertensão entre idosos.

A literatura correlaciona o consumo de tabaco à hipertensão porque o tabagismo é responsável pelo aumento da frequência cardíaca e, conseqüentemente, da pressão arterial diastólica e pela diminuição da capacidade elástica do sistema arterial, reduzida em até seis vezes quando comparada com a de não-fumantes, fato que não apresentou significância no estudo atual (Silva, 2005).

Os idosos que consumiam menos bebida alcoólica (“nunca beberam” ou “não bebiam mais”) apresentaram maior prevalência de hipertensão. O mesmo efeito inverso pode ser encontrado por Zaitune et al (2006), no Município de Campinas, São Paulo.

Quando se considera o questionário CAGE, utilizado como instrumento para avaliação do consumo abusivo de álcool, se observa que não houve significância estatística na análise univariada, embora a literatura aponte

que o abuso na ingestão de álcool (“três doses ou mais” ou “mais de 40 g de etanol por dia”) está associado à hipertensão (Levine et al., 1993).

Este resultado pode estar sendo influenciado pela variável de confusão, sexo, pois, a maioria das mulheres nesta faixa etária nunca bebeu e são hipertensas. Além disso, o desenho do estudo, o corte transversal apesar das vantagens quanto à rapidez e custos, apresenta limitações, pois não permite identificar causalidade, se os fatores identificados como associados à hipertensão antecederam a ocorrência da mesma ou ocorreram depois já que, exposições e desfecho são coletados em um mesmo momento. Isto vale para explicar, também, a falta de significância entre tabagismo e hipertensão, encontrada nesse estudo, e a relação inversa com a frequência de consumo de bebida alcoólica. Esta maior prevalência entre os que consomem mais álcool pode estar relacionada ao fato de estes idosos terem mudado seu estilo de vida ao tomarem ciência do diagnóstico.

Nesse estudo a prevalência de hipertensão entre os idosos com percepção ruim/muito ruim da sua própria saúde foi 184% maior comparada aos que tinham autopercepção excelente/ótima e 34% maior entre os idosos que se hospitalizaram pelo menos uma vez nos últimos 12 meses. O resultado encontrado nesse estudo foi superior ao encontrado em Bambuí, onde a prevalência de hipertensão entre os idosos com autopercepção ruim/muito ruim foi 93% maior (Firmo et al., 2004), apesar de, neste último estudo o *odds ratio* (OR) tenha sido usado para interpretar a razão de prevalência.(Barros e Hirakata, 2003)

Já a morbidade referida 15 dias antes da entrevista não se revelou estatisticamente significativa na análise univariada. Este dado é compatível com

estudo que revelou que HAS influencia menos a qualidade de vida e saúde em geral comparada a outras doenças crônicas (Lima; 2009). Lima-Costa et al (2009) explicaram este fato pela existência de mais programas estruturados que facilitam o diagnóstico precoce e previnem conseqüências maiores; além disto, alguns estudos têm mostrado o maior consumo de medicamentos por estes pacientes, o que indica maior acesso aos serviços em comparação aos outros (Barros et al., 2006; Pan American Health Organization 2007).

Ao analisarmos o modelo final de regressão de Poisson (RP ajustada), a maior prevalência de hipertensão foi encontrada entre os idosos que tinham a avaliação da própria saúde como "ruim/muito ruim" e "boa", entre os idosos que "nunca beberam" ou "não bebem mais" (relação inversa), entre as mulheres, entre os viúvos (as) e entre os idosos que tiveram uma ou mais hospitalizações nos últimos 12 meses. Quando o modelo foi ajustado por idade, não apresentou alteração.

Em relação ao diabetes mellitus, entre os 842 idosos que compunham a amostra do ISA - Capital, foi encontrado 17,6% de diabéticos, sem diferença entre os sexos, como mostram outros estudos nacionais (Francisco et al., 2009, Vigitel.- MS, 2007 e 2008) e internacionais (Barceló, Rajpathak, 2001). Nesse estudo, a prevalência de diabetes entre idosos foi superior à encontrada na PNAD no mesmo ano, 11.9% (Viegas-Pereira et al., 2008) e inferior à encontrada em dados mais atuais do Vigitel, 2008, que foi de 20,7% (Brasil.Ministério da Saúde, 2009).

Andrade (2009) analisou os resultados de estudos realizados em sete cidades da America Latina e Caribe (SABE) e de outro inquérito realizado no México, em 2001 e 2003 (Mexican Health and Aging Study). Estes estudos

também revelaram a maior prevalência de Diabetes entre idosos e mulheres, na maioria dos países, e entre mulheres residentes em áreas urbanas, no México. A prevalência de diabetes entre idosos variou de 13,3% (Uruguai) a aproximadamente 22% (México e Bridgetown). São Paulo ficou com 18%. Reyes-Morales et al (2009) encontraram uma prevalência de diabetes de 18% entre os idosos e de 28,1% de HAS, em áreas urbanas marginalizadas no México; valores bem maiores que o encontrado na população em geral (5,9% e 11,5% respectivamente), mas inferiores aos encontrados em áreas urbanas de outros países da América Latina: entre 43% e 53% (Peláez et al., 2001).

Em relação à faixa etária, observa-se que após os 80 anos ocorre uma tendência à diminuição da prevalência do Diabetes, segundo dados do SABE (Lebrão, Laurenti, 2003) e do ISA-SP (Francisco et al., 2009). Isto pode ser explicado pelo viés de sobrevivência, graças à maior mortalidade entre os diabéticos com o avançar da idade (Lima-Costa et al., 2002) e ao grande número de complicações decorrentes do diabetes (Sartorelli, Franco, 2003). Este dado não foi estatisticamente significativo no estudo atual, o que pode ser explicado pelo número discreto de idosos diabéticos na amostra (151).

Não houve associação estatística significativa entre as variáveis demográficas e diabetes auto-referida, exceto para situação conjugal (razão de prevalência bruta). A prevalência de diabéticos foi 60% maior entre os viúvos comparada aos casados ou com união estável. Esta significância se manteve no modelo final, quando ajustado por idade. Isto pode ser explicado pela maior expectativa de vida das mulheres e maior prevalência de mulheres idosas (Goldemberg, 1996), dados encontrados, igualmente, na cidade de São Paulo e atribuídos à maior possibilidade da procura, pelas mulheres, dos serviços de

saúde e, portanto, maior chance de ter o diagnóstico realizado (Redondo-Sendino et al.,2006). Este resultado foi diferente do encontrado por Belon et al (2008), no qual o diabetes foi mais prevalente entre idosos casados.

No que se refere à condição econômica, embora esta não tenha mostrado significância com o diabetes auto-referido, semelhante ao resultado foi encontrado em Bambuí (Passos et al., 2005); nele foi observada uma tendência a menor prevalência de diabéticos entre os idosos com maior escolaridade, resultado similar aos dados da PNAD-2003, no qual a escolaridade maior diminuiu a chance de diabetes (Viegas- Pereira, 2008). Este resultado foi encontrado, também, em outros estudos brasileiros (Ramos et al, 1993; Mondeneze, 2004). Estudo realizado no Rio de Janeiro revelou que entre os indivíduos com baixa escolaridade, a atividade física é menor (Gomes et al., 2001), sendo o sedentarismo um dos fatores de risco responsáveis pelo aumento do diabetes. Esta associação pode justificar a maior prevalência de diabetes entre os indivíduos com menor escolaridade (Prentice e Jebb, 1995, Van Gool et al., 2007).

A baixa escolaridade entre os diabéticos é um dos fatores importantes no desenvolvimento de programas de educação em diabetes. Pelo que entendemos, a desinformação pode dificultar a aquisição de conhecimentos, as orientações terapêuticas do cuidado com a doença e a aquisição de novos hábitos de vida (Mondeneze, 2004).

No estudo atual, a prevalência de diabetes não foi diferente entre os com maior ou menor renda, contrariamente a outro estudo brasileiro, realizado em Araraquara (SP), que encontrou predomínio maior de diabéticos entre os indivíduos com menor renda (Silva et al ., 2007).

No que se refere às condições de saúde, as variáveis “autopercepção de saúde” e “hospitalização nos últimos 12 meses” revelaram ter relação significativa com diabetes auto-referido. Segundo outras pesquisas, a maior prevalência de autopercepção “ruim/muito ruim” entre os diabéticos, comparados aos não diabéticos, pode ser explicada pelo fato de ser uma doença que pode causar inúmeras complicações e limitações e, dessa forma, alterar a percepção da própria saúde (Francisco et al.,2009; Lima-Costa et al.,2009). Interessante observar que, nesse estudo, a autopercepção “boa” entre os diabéticos foi de 68%, valor considerado alto para uma doença que causa complicações em vários sistemas (Sartorelli, Franco, 2003). Isto pode ser explicado pelo fato de 76,4% os idosos diabéticos deste estudo não terem referido complicações e, possivelmente, a não diferença encontrada entre os diabéticos e não diabéticos em relação à morbidade nos últimos 15 dias; dado também encontrado por Francisco et al.,2009.

Por outro lado, diabéticos relatam ter uma ou duas doenças crônicas quase duas vezes mais em relação aos não diabéticos. A prevalência de reconhecidos fatores de risco para doenças crônicas pode explicar este resultado, a exemplo do tabagismo, do consumo excessivo de álcool, da hipertensão não controlada, do sedentarismo, dos maus hábitos alimentares, da obesidade e da própria diabetes, fatores que somados podem ser ainda mais agravantes. (Marcopito et al., 2005, Sakata, 2007). Estudo longitudinal sobre envelhecimento, realizado em Amsterdam, chama a atenção para o fato de os diabéticos referirem maior número de doenças crônicas (2,8), comparado aos portadores de doença pulmonar, doença cardiovascular, osteoartrite e artrite reumática. (van Gool et al., 2007).

Considerando a análise univariada, 30,2% entre os diabéticos referiram sua saúde como “ruim/muito ruim” e apresentaram a razão de prevalência de diabetes 4,39 vezes a RP dos que referiram a sua saúde como “ótima - excelente”, evidenciando a relação entre autopercepção e morbidade. A prevalência de diabetes entre os idosos que se hospitalizaram pelo menos uma vez foi 63% maior comparada aos que não hospitalizaram. Isto reforça os dados encontrados na literatura de que as hospitalizações no Brasil por diabetes têm aumentado por “causa principal” ou “associada” (Franco, Rocha, 2002) e o baixo número de consultas e utilização das unidades básicas de saúde por idosos hipertensos e diabéticos (Piccini et al., 2006).

Quando investigada a razão de prevalência dos diabéticos em relação ao estilo de vida, só a frequência de consumo de álcool se revelou significativa, mas apresentou relação inversa. A RP bruta de diabetes entre os idosos que “nunca beberam” ou “não bebem mais” foi 63% maior a prevalência encontrada entre os que bebiam de “1 a 7 vezes por semana”. Esta mesma relação foi encontrada em outros estudos (Silva et al., 2007; Francisco et al., 2009). Pelo motivo já citado anteriormente, trata-se de um estudo de corte transversal que não pode inferir sobre o momento em que estes fatores surgiram e, portanto, não permite identificar causalidade.

Em relação ao CAGE, pode se notar uma tendência à maior prevalência de diabéticos entre os que apresentaram CAGE positivo (alcoolista). Apesar de resultados publicados de modo não uniforme sobre os fatores que influenciam o desenvolvimento do diabetes (Marcopito et al., 2005), a Organização Mundial de Saúde publicou recentemente o resultado de

estudos e os fatores de risco envolvidos, confirmando o consumo de álcool entre estes fatores (WHO, 2005a)

Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e o *National Institutes of Health* (NIH), há quatro pontos que podem reduzir a carga econômica e na saúde durante o curso da doença: a prevenção primária, que pode interromper o desenvolvimento da doença, o *screening* que permite que o próprio paciente reconheça o diagnóstico, o acesso ao cuidado especializado e a qualidade do cuidado com um padrão de cuidado reconhecido como “estado da arte”.

Segundo o programa de prevenção do Diabetes (DPP), indivíduos com risco de desenvolver o Diabetes tipo 2 podem melhorar o nível de glicemia e mesmo retornar a níveis de normalidade com mudanças modestas de comportamento envolvendo dieta e exercício. Estas modificações no estilo de vida funcionam igualmente entre homens e mulheres e nos diversos grupos étnicos. Idosos com pré-diabetes podem reduzir a probabilidade de progressão da diabetes tipo 2 em aproximadamente 70% (*Centers for Disease Control for Prevention* , 2006).

Associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples, o controle metabólico rigoroso é capaz de prevenir ou retardar aparecimento das complicações crônicas do diabetes *mellitus*, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético.

Quando analisado o modelo final de Diabetes, conclui-se que só se mantiveram no modelo as variáveis autopercepção de saúde “ruim/muito ruim” e “boa”, os viúvos e os que tiveram pelo menos uma hospitalização nos 12 meses antes da entrevista.

Participação dos idosos hipertensos em grupos de discussões sobre a doença e o possível impacto no uso do serviço de saúde.

Em relação à participação de idosos hipertensos em grupos de discussões para medida de controle da pressão alta, foi observado que apenas 11,1%(56) de um total de 392 hipertensos participaram. Este resultado foi semelhante ao encontrado por Piccini e colaboradores (2006), que avaliaram a participação de idosos hipertensos e diabéticos na região sul, nas UBS (Unidades básicas de Saúde) e no PSF (Programa de Saúde da Família), tendo como resultado 10% e 30%, respectivamente.

A única medida de controle da pressão alta que foi influenciada pela participação dos idosos em grupos de discussões foi a “dieta alimentar”.

Isto pode explicar a falta de informação dos idosos sobre a necessidade de controle da pressão alta e da procura de serviço de saúde pelo mesmo motivo. Quando questionados sobre a procura para controle, 18,7% (77) responderam que não procuravam e 11,2% (45) só procuravam quando tinham problema. Além disso, 48,2% justificaram respondendo que não achavam necessário. Vale destacar, ainda, que o tempo médio decorrido da última consulta ao médico entre os idosos hipertensos foi de quase 12 meses. Este dado esclarece tanto o fato de não se ter encontrado diferença no uso do serviço de saúde entre hipertensos (101) e não hipertensos (125), na procura do serviço ou de algum profissional de saúde por morbidade referida, como a não diferença entre hipertensos e não hipertensos com relação à morbidade nos 15 dias antes da entrevista. O fato de aproximadamente 50% não procurar o serviço porque não acha necessário reflete a falta de informação entre estes

idosos. A procura pelo serviço é importante não só para o reconhecimento da doença, como para a educação e aprendizado sobre como controlar e evitar a progressão da mesma, minimizando complicações. A morbidade referida nos 15 dias apresenta um viés: quem procura o médico tem maior chance de ter o diagnóstico estabelecido.

Em relação ao conhecimento sobre as medidas e as práticas realizadas para controle da hipertensão não houve diferença significativa entre os sexos. Pode-se observar que o conhecimento sobre as medidas de controle ainda não é satisfatório. As medidas menos conhecidas pelos idosos para controle da hipertensão foram: “regime para perder peso”(7,7%), “atividade física” (9,7%) e “tomar medicação oral quando tem problema”(3,1%) (dados não mostrados). A medida de controle da pressão “tomar medicação de rotina” foi a medida mais praticada pelos idosos (87,2%), embora apenas 59,8% dos idosos apontaram esta medida como importante para controle da hipertensão.

O estilo de vida não influenciou no conhecimento sobre as medidas de controle da hipertensão, mas influenciou na prática. Nota-se que os fumantes praticam significativamente menos as medidas “dieta sem sal” e “tomar medicação de rotina”, comparados aos ex-fumantes e não fumantes. Embora o consumo de álcool medido pela frequência não tenha mostrado diferença na prática de controle, o CAGE revelou que entre os alcoolistas crônicos a prática de controle é menor. A não associação encontrada entre “atividade física” e “tabagismo” pode ser explicada pelo número pequeno de idosos que relataram fazer atividade física: 5,5% (17) de um total de 392 idosos (fumantes, não fumantes e ex-fumantes) que responderam sobre o que faziam para controle da hipertensão.

A Sociedade de Hipertensão do Canadá fornece algumas recomendações para pessoas de risco para hipertensão, a exemplo da manutenção de um peso saudável, do moderado consumo de álcool e da redução do “*stress*”. São medidas que contribuem para manter ou reduzir o risco de hipertensão. Para pessoas que já tem hipertensão, as opções de controle são: modificação do estilo de vida, medicação anti-hipertensiva ou a combinação dos dois. Sem tratamento, não há como reduzir o risco. A modificação no estilo de vida pode significar a perda ou manutenção de peso, a prática de exercícios regulares (40 a 60% do consumo máximo de oxigênio, atividade física 3 a 4 vezes por semana, por 50 a 60 minutos) e o baixo consumo de álcool (limitado a 2 ou menos *drinks* (padrão) por dia (máximo de 14 por semana para homens e 9 por semana para mulheres). São medidas que reduzem a pressão de seletivos normotensos e hipertensos. A terapia cognitiva comportamental individualizada pode ajudar a reduzir o efeito negativo do “*stress*” (Campbell et al., 1999)

Quanto à influência das condições econômicas no conhecimento sobre o controle da hipertensão, a escolaridade e a renda revelaram ser significativas apenas para a medida “atividade física”. Este resultado foi condizente com a literatura que revela que indivíduos com menor escolaridade são mais sedentários no lazer (Zaitune et al., 2007), adotam com maior frequência hábitos não saudáveis, prejudiciais à saúde, apresentam piores indicadores de saúde e têm menos acesso à informação e ao uso dos serviços (Lima- Costa et al., 2002; Lima- Costa et al.,2004). Outro estudo observou que os idosos com maior escolaridade reconheciam a importância das medidas e incorporavam mais praticas de controle da hipertensão como “atividade física”

e “dieta sem sal”, no dia-a-dia. (Zaitune et al, 2006). O mesmo efeito da renda e escolaridade sobre as práticas de controle da hipertensão não pôde ser observado neste estudo; cabe ressaltar que nele a “atividade física” foi praticada por apenas 5,4% dos idosos (17) e a “dieta” por 33,4% (134).

Em relação aos 150 idosos diabéticos, apenas 15,7% (26) participaram de grupos de discussão sobre a doença; 84,3% (124) não participaram.

As medidas de controle para diabetes com maior prevalência entre os que participaram de grupos de discussão foram: dieta alimentar, tomar medicação e tomar insulina. Não houve diferença no conhecimento sobre o que é importante ser feito para o controle do diabetes entre os idosos que participaram ou não de grupos de discussão. Nesse sentido, cabe refletir sobre os métodos hoje utilizados para informar a população, especialmente a idosa, sobre os cuidados em relação à doença, não desconsiderando o fato de que o número de idosos que participou de grupos de discussão sobre a doença foi muito pequeno.

O mesmo se observa em relação ao uso do Serviço de Saúde: 24,6% (33) não procuraram os serviços de rotina e 5,5% (11) só procurou quando tinha algum problema. Entre as justificativas dadas pela “não procura”, 37,5% dos diabéticos não achou necessário, o que revela a gravidade da falta de informação e o desconhecimento do diagnóstico, já que o diabetes é uma doença silenciosa, altamente incapacitante e que faz com que a maioria procure o serviço na presença de uma manifestação crônica da doença (Malerbi, Franco, 1992)

Procurar algum profissional ou alguma ajuda para resolver um problema de saúde ou usar o serviço de saúde por morbidade referida, 15 dias antes da entrevista, também não revelou diferença estatisticamente significativa entre diabéticos e não diabéticos. Isto pode ser justificado, em parte, pela indiferença quanto à morbidade referida entre diabéticos e não diabéticos. A indiferença pode ser justificada, também, porque 76,4% dos diabéticos não relataram complicações, o que contraria a literatura (Sartorelli , Franco, 2003) que destaca que tanto em 1998, quanto em 2013, o diabetes foi e será responsável por uma das maiores participações nos anos de vida perdidos com a doença ajustados por incapacidade para ambos os sexos (Leite et al., 2005)

Em relação ao conhecimento dos idosos diabéticos sobre as medidas de controle da doença, observa-se que a “dieta” foi a medida de maior conhecimento e considerada mais importante para controlar o diabetes (73,6%, ou 108 sujeitos); ainda assim, pouco praticavam (52,1% ou 74 sujeitos). As outras medidas mais prevalentes foram “tomar medicação oral de rotina” (61% ou 89 sujeitos) e “tomar insulina” (15,1% ou 21 sujeitos). A falta de conhecimento destas medidas para o controle do diabetes revela grande desinformação. Segundo o *Diabetes Prevention Program*, a dieta saudável e a atividade física regular reduz em 58% a incidência de casos de diabetes, sendo superior ao uso da metformina na prevenção primária do diabetes tipo 2 (Diabetes Prevention Program Group, 2001). Hu et al.(2001) demonstraram que o controle de alguns fatores de risco modificáveis – a exemplo da dieta, da perda de peso, da restrição ao tabagismo e da prática de atividade física – reduziu em 88% o risco de desenvolver diabetes em indivíduos com antecedentes familiares.

Apenas 2% dos idosos praticavam atividade física, apesar da literatura enfatizar, cada vez mais, a importância dos hábitos saudáveis no tratamento do Diabetes (Silva et al., 2007); importância que reduz em 60% o risco da doença, além de reforçar a superioridade destas mudanças em relação às intervenções farmacológicas (Ferreira et al., 2005). De um modo geral, ainda é muito precária a incorporação de um estilo saudável de vida entre os idosos.

Escolaridade e renda *per capita* só influenciaram no conhecimento de uma medida de controle do diabetes: tomar medicação oral de rotina. É fácil entender o porquê disto, até pela associação entre renda e escolaridade. A condição socioeconômica não influenciou a prática de controle do diabetes em alguns municípios do Estado de São Paulo (ISA-SP) no mesmo ano, semelhante ao resultado encontrado nesse estudo. (Francisco et al., 2009)

Observa-se ainda influência da escolaridade na prática de atividade física: 9,4% entre os com maior escolaridade. Como apenas 2% dos idosos praticaram atividade física, talvez o número baixo na amostra de idosos (n) não tenha permitido mostrar significância estatística. Outro estudo revelou que os idosos com melhor nível socioeconômico (renda e escolaridade) apresentaram prevalência de caminhar superior à observada em idosos com menor condição econômica; assim, os mais pobres tinham menos conhecimento sobre os benefícios da prática de exercício físico e maior dificuldade pra adquirir hábitos mais saudáveis em face ao contexto em que vivem (Zaitune et al., 2007).

Em relação ao estilo de vida, ele pouco influenciou no conhecimento sobre as medidas de controle, exceto entre os idosos que, considerados alcoolistas crônicos, tinham menor conhecimento de que a dieta era importante

para controle do diabetes. Em relação às práticas de controle, somente o consumo de álcool (medido pela frequência) influenciou na medida “tomar medicação oral quando tinha problema”. Estes resultados foram parcialmente semelhantes aos encontrados na literatura que só encontrou significância na prevalência de diabetes ser maior entre os que não fazem atividade física (Francisco et al., 2009).

Pode-se notar que o conhecimento sobre as medidas e a prática de controle da hipertensão e do diabetes pelos idosos tem impacto no uso dos serviços de saúde. Embora os resultados desse estudo indiquem que os serviços de saúde estejam garantindo o acesso a mais de 70% dos hipertensos e diabéticos que procuram o serviço de rotina por causa da doença e a 97% dos hipertensos e 96%, dos diabéticos que procuram por morbidade referida, o desconhecimento da necessidade de controle da doença é ainda elevado. Isto pode ser verificado quando se avalia as justificativas dadas pelos idosos pela não procura pelos serviços de saúde. A maioria dos idosos depende do serviço público de saúde e a dificuldade financeira pode ser um fator de indisponibilidade de acesso aos serviços.

Um fator que influencia a prática de controle destas doenças é a vinculação do paciente às unidades de saúde para acompanhamento, promoção e atendimento com qualidade e eficiência. O governo brasileiro implementou um “Plano de Reorganização” no período de 2001-2003, teve o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade associada à hipertensão arterial e diabetes com ações que envolvia a capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais de saúde que atuam na rede básica do SUS, campanha de rastreamento de hipertensão arterial e diabetes promoção de

hábitos saudáveis de vida, confirmação diagnóstica e início da terapêutica, cadastramento e vinculação dos portadores dessas doenças às unidades básicas de saúde para acompanhamento e tratamento. Segundo Toscano, como o diabetes mellitus permanece assintomático por um longo tempo antes de seu diagnóstico, a detecção e o diagnóstico precoce do diabetes permitiria a redução das complicações e reduziriam a carga relacionada à enfermidade. Foram realizadas campanhas nacionais de detecção de hipertensão arterial e de diabetes entre 2001 e 2002, foi implantado o “Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus” concomitante à implantação do “Hiperdia”, sistema informatizado nacional de cadastro e acompanhamento de portadores de diabetes e hipertensão nas unidades básicas de saúde. Foi distribuído material informativo e educativo sobre os fatores de risco e possíveis complicações decorrentes da hipertensão e diabetes (Brasil - Ministério da Saúde, 2002). Segundo Toscano (2004) estas estratégias de rastreamento deveriam ser mantidas de um modo sistemático pelo governo. Além disso, a autora reforça que antes de se considerar uma tentativa de rastreamento mais ampla, é importante avaliar se o sistema de saúde está preparado para oferecer tratamento adequado aos casos novos e que as intervenções preventivas recomendadas deveriam ser direcionadas aos indivíduos de maior risco.

Entre os Países europeus, no que diz respeito ao atendimento ao idoso, a Itália destaca-se pelo compartilhamento entre os profissionais e pela abordagem multiprofissional; a Dinamarca e Alemanha, pela padronização da comunicação; a Inglaterra e Holanda, por definirem um único serviço de referência para o cuidado de cada idoso. (Lloyd, Wait, 2005). No Brasil, o

Ministério da Saúde (MS) teve a iniciativa de criar a *Caderneta de Saúde do Idoso*; uma tentativa de reunir todas as informações mais importantes referentes ao idoso que pudesse facilitar e qualificar melhor o atendimento prestado por qualquer profissional da saúde.

A literatura aponta que apesar de iniciativas positivas do sistema de saúde e da oferta universal no Brasil, a baixa prevalência de profissionais capacitados para o cuidado de hipertensão e diabetes pode ter afetado a qualidade dos serviços e explicar a baixa utilização por idosos (Piccini, et al 2006). O Ministério da Saúde relata que outros fatores também podem ser responsáveis, a exemplo do número pequeno de trabalhadores disponíveis no cuidado, das barreiras arquitetônicas, da falta de capacitação das equipes de saúde, da pequena proporção de unidades com protocolos específicos e da oferta pequena de cuidados domiciliares (Brasil- Ministério da Saúde, 2001)

Em todo o Brasil, fazem-se necessárias ações conjuntas que incentivem as práticas de promoção de hábitos saudáveis, já que seus efeitos são devidamente comprovados na literatura (Keysor et al., 2001; Janssen et al., 2002; Young, Dinan; 2005) no que tange ao investimento em recursos humanos adequados, comprometidos com a profissão e a arte de educar, orientar e monitorar as condições de saúde.

A aprendizagem só é possível quando se torna significativa; quando o indivíduo se sente sujeito do aprendizado. Segundo Bobbio (2001; 47) é necessário o “*despertar da criticidade, educar, transformar indivíduos passivos em ativos*”. Enfim, só por meio do conhecimento será possível planejar ações e vencer as barreiras da desigualdade em saúde.

Utilização dos Serviços de Saúde por idosos

A associação das duas doenças crônicas condiz com a literatura que aponta que o diabetes aumenta em 2.55 vezes o risco de mortalidade, quando associado à hipertensão. Em relação à utilização de serviços de saúde por idosos, independente da idade e morbidade, na pesquisa realizada foi observado que só a variável “sexo” influenciou o uso dos serviços por idosos. Entre as mulheres a prevalência do uso foi 38% maior comparada aos homens, dado compatível aos da literatura nacional (Lima- Costa et al., 2007, Pinheiro et al., 2002) e internacional (Verbrugge, 1989). A maior procura por serviços de saúde entre as mulheres pode estar relacionada a fatores como a diferença de necessidades identificadas (Pinheiro et al, 2002), a maior prevalência de incapacidades (Travassos, Viacava, 2007), o modo como percebem os sintomas das doenças, avaliam a sua gravidade e decidem como lidar com a própria saúde (Verbrugge, 1989), a auto-avaliação mais negativa da saúde (Dachs et al., 2002; Pinheiro et al., 2002) e a facilidade de acesso aos serviços de saúde. (Pinheiro et al., 2002). Segundo dados da PNAD (1998), as mulheres apresentaram maior cobertura de planos de saúde nas zonas urbana e rural e maior uso do SUS. Além disso, o maior uso pelos homens de recursos próprios pode ter contribuído para o maior acesso aos serviços de saúde pelas mulheres (Pinheiro et al., 2002). Estudo norte-americano revelou que as mulheres possuem cobertura menor de planos de saúde, utilizavam com maior regularidade o mesmo serviço; isto se mostra associado ao uso, podendo ser um indicador positivo de acesso. (Verbrugge, 1989; Puentes-Markides, 1992).

No estudo atual, a escolaridade e a renda não se apresentaram como variáveis associadas à prevalência do uso dos serviços por idosos, contrariando dados da literatura nacional e internacional (Mendoza-Sassi, Béria, 2001). Provavelmente este resultado tenha sido influenciado pelo número (n) da amostra.

O nível de escolaridade segundo o modelo de Andersen funciona como fator de predisposição, ou seja, ele aumenta as chances de uso dos serviços (Andersen, 1995). Neste caso, o nível baixo de escolaridade encontrado entre os idosos pode determinar o menor uso dos serviços; inversamente, as pessoas com maior escolaridade detêm mais informação e recursos de comunicação, o que as torna mais capacitadas para identificar os serviços que necessitam. (Travassos, Viacava, 2007). Assim, a falta de informação pode influenciar de maneira negativa no auto-cuidado, no acesso às informações de saúde e na prática de controle da doença.

Segundo Noronha e Andrade (2005), quanto maior o nível de escolaridade, maior tende a ser o nível de renda e melhores as condições da saúde e de acesso aos serviços de saúde.

No que diz respeito à renda, ao contrário do estudo atual, Dachs et al (2002) observaram que entre os países da América Latina e Caribe a procura por serviços de saúde foi duas vezes maior entre as pessoas pertencentes aos maiores quintis de renda per capita por domicílio, comparados aos quintis de menor renda.

A renda, segundo Cesar e Paschoal (2003), está associada à escolaridade e também à desigualdade de acesso e de consumo de recursos dos setores público e privado. Segundo estes autores, à medida que a

escolaridade aumenta, o uso do serviço público diminui e aumenta o uso do serviço privado, dado não investigado no estudo atual.

Se a maior renda está associada à capacidade de ter um plano privado e se o uso do serviço público impõe barreiras - oferta insuficiente de serviços de atenção especializada, longa espera por um agendamento de consulta ou exames, indisponibilidade de medicamentos, obtenção do cuidado - pode levar à desistência do uso dos serviços ou à procura maior por serviços de emergência, ou seja, pode interferir na escolha da unidade de saúde a ser utilizada e justificar a maior hospitalização pelos idosos. Este fato pode ser ainda mais agravante devido aos baixos níveis de escolaridade entre os idosos (Cerqueira; Pupo; 2007).

Ao considerar os comportamentos relacionados à saúde, verifica-se que a prevalência do uso dos serviços é maior entre os idosos que consomem bebida alcoólica com menor frequência. Resultado semelhante foi encontrado por Zaitune et al (2006). No entanto, após os ajustes pelo modelo de regressão de Poisson, o consumo de álcool revela inexistência de associação estatística significativa entre uso de serviço e consumo de bebida alcoólica e, portanto, o confundimento presente.

Cabe sublinhar que uma das limitações desse estudo é que o desenho transversal não permite identificar se os fatores associados ao uso dos serviços ocorreram antes ou se ele determinou, de certa forma, o uso dos serviços por idosos; ou seja, se os idosos acabaram mudando os hábitos e passaram a beber menos após o uso dos serviços.

Em relação às condições de saúde, este estudo revelou que a prevalência de uso dos serviços foi maior entre os que pior avaliaram a própria

saúde. Esse mesmo resultado foi encontrado na Espanha, onde a autopercepção “ruim/muito ruim”, o menor nível educacional e a necessidade do cuidado determinaram o maior o uso dos serviços de saúde por idosos (Fernandez-Olano et al, 2006).

A literatura reforça que a auto-avaliação em saúde é um indicador de morbidade e mortalidade e que a auto-avaliação “ruim” de saúde é um “*poderoso preditor de uso de serviços de saúde*” (Mackenbach et al., 1994). A literatura nacional também confirma a relação entre autopercepção “ruim/muito ruim” e maior uso dos serviços de saúde, inclusive entre as mulheres que reportam maior número de doenças crônicas (Pinheiro et al., 2002). Outro fator que pode explicar esta diferença entre os sexos é que, segundo alguns autores, os homens tendem a reportar menos problemas de saúde (Verbrugge, 1989; Macintyre *et al.*, 1999).

Embora a população idosa seja a que mais utiliza os serviços de saúde, em decorrência do aumento das doenças crônicas e suas conseqüências ¹⁰, no estudo atual não foi possível verificar o aumento do uso dos serviços de saúde com o aumento da idade. Talvez isto possa estar relacionado aos fatos de que nem a hipertensão, nem o diabetes ou a referência de morbidade nos 15 dias antes da entrevista, estiveram associados com a faixa etária.

Ao comparar dados da PNAD de 1998 e 2003, outro estudo também confirmou o aumento no uso dos serviços por idosos através da maior interrupção das atividades habituais relacionada a problemas de

¹⁰ O que pode ser sentido no aumento das hospitalizações com o avançar da idade, no âmbito do SUS (Peixoto et al., 2004).

saúde, do número de hospitalizações no último ano e do número de consultas médicas no último ano entre os idosos (Lima-Costa et al., 2007).

A prevalência do uso dos serviços entre os idosos que referiram algum problema 15 dias antes da entrevista foi 2.84 vezes a prevalência do uso dos serviços dos que não referiram morbidade. As mulheres (67,5%) referiram significativamente mais problemas de saúde 15 dias antes da entrevista, o que pode ter influenciado o maior uso dos serviços.

No presente estudo, verificou-se que o uso dos serviços por idosos foi 88% maior entre os idosos que se hospitalizaram pelo menos uma vez nos últimos 12 meses. Cabe salientar, uma vez mais, que nesse estudo o uso dos serviços foi investigado por meio da hospitalização, fato que deve ser considerado ao comparar resultados obtidos com os de outros estudos. Estudo realizado, na Região Metropolitana da Baixada Santista mostrou que a população que procura o SUS de modo mais constante usa mais os serviços de emergência e hospitais do que aqueles que têm, como serviço de rotina, algum serviço privado. Isto tanto pode sugerir dificuldades de acesso, como pode estar relacionado à maior utilização do SUS pelos idosos, dada a dificuldade financeira relacionada à aposentadoria e ao fato de apenas 29,8% dos idosos terem plano de saúde privado (Alves et al.2007)

Outro fator, que pode justificar a maior hospitalização e maior uso dos serviços pelos idosos é o menor uso regular de um serviço específico do SUS que entre os idosos é de 36,9% comparado a 47,6% entre os adultos de 20 a 39 anos (Alves et al., 2007).

Em relação à presença de hipertensão, de diabetes e de uso dos serviços de saúde, a prevalência do uso dos serviços de saúde foi 40% maior entre idosos que apresentaram DM e HAS associadas, comparado a quem não apresentou. (Sakata et al., 2007)

Os dados da presente pesquisa revelaram que, após os ajustes realizados pelo modelo de regressão de Poisson, a prevalência do uso dos serviços entre os idosos foi maior entre os que referiram morbidade 15 dias antes da entrevista, entre os que hospitalizaram pelo menos uma vez no último ano e entre as mulheres, independente da idade, confirmando a literatura.

Em relação ao uso dos serviços de saúde, foi verificado que, entre os hipertensos e diabéticos, aproximadamente 70% procura o serviço de saúde de rotina; entre estes, os que referem morbidade e que procuram o serviço, 97% são atendidos, o que revela que o acesso ao serviço não se mostrou problema. O que preocupa é o percentual dos que não procuram porque não acham necessários e as justificativas dadas para a não procura; justificativas que revelam a falta de conhecimento sobre as doenças.

Essa investigação mostrou, em síntese, que existem vários fatores associados à prevalência de hipertensão e diabetes e ao uso dos serviços entre os idosos que precisam ser contemplados pelas políticas de saúde, através de ações específicas e voltadas para esta parcela da população que logo deixará de ser a menor parcela da população. Se nada for feito, esta população continuará sendo a mais vulnerável e mais exposta à desigualdade.

6. CONCLUSÃO

A prevalência de hipertensão e diabetes entre os idosos é maior que na população em geral e se distribui de maneira desigual entre os diversos subgrupos da população. Em relação à hipertensão, as maiores prevalências foram encontradas entre os idosos que avaliaram sua saúde como “ruim/muito ruim” e “boa” entre os que “nunca beberam” ou “não bebem mais”, entre as mulheres, e entre os que se “hospitalizaram pelo menos uma vez no último ano”. No caso do diabetes, a maior prevalência foi encontrada entre os idosos que relataram percepção da própria saúde como “ruim/muito ruim” e “boa”, entre os viúvos e os com história de pelo menos uma hospitalização no último ano.

Ao analisar o comportamento dos idosos em relação às medidas e práticas de controle, pode se observar que, entre os hipertensos, 11,1% participaram dos grupos de discussão para controle da doença e 15,7% entre os diabéticos. O conhecimento que os idosos hipertensos e diabéticos tem sobre as medidas de controle para as doenças ainda é muito insuficiente, principalmente em relação às mudanças de comportamento. Isto denota a falta de informação e de valorização das práticas de controle entre estes idosos, colocando mais um desafio no manejo e controle desta doença, ou seja, a necessidade de educação em saúde.

Quando investigado se os hábitos de vida influenciaram no conhecimento e na prática de controle sobre a hipertensão foi observado que os fumantes e os que apresentam consumo abusivo de álcool são os que

menos fazem dieta sem sal e os fumantes são também os que menos tomam medicação oral de rotina.

Em relação ao diabetes, os dados revelam que o conhecimento sobre a medida “dieta alimentar” foi maior entre os que consomem menos álcool e praticam mais a medida “tomar medicação oral”.

Com relação à influência das condições socioeconômicas, observou-se que o conhecimento sobre a importância da atividade física como medida de controle da hipertensão entre os que têm maior escolaridade e maior renda, é maior. Quanto à incorporação destas medidas na prática, só a escolaridade influenciou (a renda não).

A influência das condições socioeconômicas no controle do diabetes mostrou que entre os que tinham maior escolaridade e maior renda, “tomar medicação de rotina” era a medida mais conhecida entre os diabéticos. Mas que esta condição não influenciou nenhuma das medidas na prática.

Toda esta falta de informação e de prática de controle sobre as doenças se torna explícita quando a maior justificativa dada pela não procura pelo serviço de saúde é a não necessidade, relatada pelos portadores das mesmas.

A análise dos fatores que podem ter influenciado no conhecimento e na prática de controle da pressão alta e do diabetes pode ter sido comprometida pelo número discreto de idosos da amostra.

Com o avanço da idade, a alta prevalência de doença crônica requer ajustes na prevenção, controle e tratamento. Ações e programas que possibilitem a melhor informação, o incentivo para a mudança de hábitos e de comportamentos que possam impedir o desenvolvimento das doenças ou

postergar suas conseqüências, independente da condição econômica dos idosos.

Entre os hipertensos e diabéticos que referiram morbidade 15 dias antes da entrevista, aproximadamente 98% foi atendido no serviço que procurou, o que revela que o acesso ao serviço de saúde não constitui um problema.

Esse estudo verificou que entre os idosos, independente da idade e de presença de doença crônica, os fatores que influenciaram o maior uso dos serviços foram “a presença de morbidade nos 15 dias antes da entrevista”, “a hospitalização no último ano” e o “gênero” (ser mulher), o que se mostra compatível com outros dados da literatura nacional e internacional.

Mas é preciso considerar que os fatores que influenciam na utilização dos serviços de saúde são amplos e variam entre os estudos e Países por diversas razões relacionadas a diferenças culturais, econômicas e, também, pelas diferenças metodológicas entre os estudos.

Vale reforçar, finalmente, a imperiosidade de o sistema de saúde atentar para a capacitação de profissionais “afinados” às especificidades desta parcela da população e que, com o auxílio dos inquéritos, identifiquem as demandas em saúde, inclusive as reprimidas. É só por meio de inquéritos sérios e da compreensão dos fatores determinantes da desigualdade que será possível propor melhores políticas alternativas no setor de saúde; políticas que viabilizem a cobertura, o acesso e que permitam a utilização sempre que haja necessidade.

Só assim se poderá impedir que as desigualdades sociais e econômicas influenciem o modo de envelhecer e corroborem para uma desigualdade ainda maior em saúde.

7. REFERÊNCIAS

Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007; 370(9603): 1929–38.

Aekplakorn W, Abbott-Klafter J, Khonputsra P, Tatsanavivat P, Chongsuvivatwong V, Chariyalertsak S, Sangwatanaroj S, Tiptaradol S, Lim SS. Prevalence and management of prehypertension and hypertension by geographic regions of Thailand: the Third National Health Examination Survey, 2004. *J Hypertens*. 2008;26(2):191-8.

Aertgeerts B, Buntinx F, Kester, A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. *J Clin Epidemiol* 2004;57(1):30–9.

Alves MC, Alves OS, Bousquat A, Escuder MM, Segri NJ. Uso dos serviços de saúde. In: Escuder MM, Monteiro PH, Pupo LR. Acesso aos serviços de saúde em municípios da Baixada Santista. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008. [Temas em Saúde Coletiva, 8]. p.65-84.

Almeida MF, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):743-56.

American Heart Association. Stroke. In: Heart disease and stroke statistics. Statistics [internet] 2009 Update [cited 2009 Oct 22]. Available from: <http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1240250946756LS-1982%20Heart%20and%20Stroke%20Update.042009.pdf>

Alves L C, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, Lebrão ML, Laurenti R. A Influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(8):1924-1930.

Alonso J, Orfila F, Ruigómez A, Ferrer M, Antó JM. Unmet health care and mortality among spanish elderly. *Am J Publi health*. 1997; 87:365-70.

Amaral RA, Malbergier A. A avaliação de instrumento detecção de problemas relacionados ao uso abusivo de álcool (CAGE) entre trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP) - Campus Capital. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004; 26(3):156-63.

Andersen RM. Revisiting the behaviour model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995; 36(1):1-10.

Andrade F. Estimating diabetes and diabetes-free life expectancy in Mexico and seven major cities in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica.* 2009;26(1):9-16.

Assunção MC, Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(1):88-95.

Barceló A, Rajpathak S. Incidence and prevalence of diabetes mellitus in the Americas. *Rev Panam Salud Pública.* 2001; 10(5):300-8.

Bardage C, Isacson DG. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *J Clin Epidemiol.* 2001; 54(2):172-81.

Barreto SM, Passos VM, Firmo JO, Guerra HL, Vidigal PG, Lima-Costa MF. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil – The Bambuí Health and Ageing Study. *Arq Bras Cardiol.* 2001; 77(6): 576-81.

Barreto SM, Giatti L, Kalache A. Gender inequalities in health among older Brazilian adults. *Rev Panam Salud Publica.* 2004,16(2):110-7.

Barreto SM, Kalache A, Giatti L. Does health status explain gender dissimilarity in health use among older adult? *Cad Saude Publica.* 2006;22(2):347-55.

Barros MB, César CL, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(4):911-26.

Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003;3:21.

Bassett DR Jr, Fitzhugh EC, Crespo CJ, King GA, McLaughlin JE. Physical activity and ethnic differences in hypertension prevalence in the United States. *Prev Med.* 2002; 34(2):179-86.

Bautista EL. Predictors of persistence with antihypertensive therapy: results from NHANES. *AM J Hypertens.* 2008;21:183-8

Belon AP, Francisco PMSB, Barros MBAB, Chester LGC, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Diabetes em idosos: perfil sócio-demográfico e uso de serviços de saúde [internet] In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2008 Set 29-Out 3; Caxambu-MG. [citado 2010 Mar 3]. Disponível em:
http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1642.pdf

Bierman AS, Clancy CM. Making capitated Medicare work for women: policy and research challenges. *Womens Health Issues.* 2000;10(2):59-69.

Bloch KV, Klein CH, Silva NA, Nogueira AR, Salis LH. Aspectos socioeconômicos da concordância em casais de hipertensão arterial, obesidade e tabagismo em uma comunidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2003, 80(2):171-86.

Bobak M, Pikhart H, Rose R, Hertzman C, Marmot M. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control of self-rated health: cross sectional data from seven post-communist countries. *Soc Sci Med.* 2000;51(9):1343-50.

Bourgkard E, Wild P, Massin N, Meyer JP, Otero Sierra C, Fontana JM, Benamghar L, Mur JM, Ravaud JF, Guillemin F, Chau N; Lorhandicap Group. Association of physical job demands, smoking and alcohol abuse with subsequent premature mortality: a 9-year follow-up population-based study. *J Occup Health.* 2008;50(1):31-40.

Bobbio N. IN: Homens e idéias. Machado RA. Ed OAB. Brasília, 2001.419 p

Brasil. Ministério da Saúde. Dia mundial do diabetes. Dados estatísticos no Brasil [Internet] 2009 [citado 2009 Jul 11]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1457

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Sistemas de informações [Internet]. 2004 [citado 2008 Jun 20]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/svs/area.cfm?id_area=460.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa de Saúde da Família. [Internet] 2001 [citado 2010 maio 1]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais. Pactos pela vida em defesa do SUS e de gestão [Internet] [citado 2010 Maio 1] [Série Pactos pela Saúde, v.1]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_1_completo.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações em saúde. População residente – Brasil. [internet] 2009 [citado 2010 Mar 26]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de ações programáticas e estratégicas. Plano de Reorganização da atenção à hipertensão e ao diabetes mellits. Brasília: MS; 2002 [acessado em janeiro de 2008]. Disponível em <http://saude.mg.gov.br/ADO/Miolo2002PDF.pdf>

Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(4):254–8.

Cacciamali MC, Hirata GI. A influência da raça e do gênero nas oportunidades de obtenção de renda - uma análise da discriminação em mercados de trabalhos distintos: Bahia e São Paulo. *Estud Econ*. 2005; 35(4):767-95.

Caldwell JC. Population health in transition. *Bull World Health Organ* 2001; 79(2):159-60.

Camarano AA, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro. In: Camarano AA, organizador. Os novos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004.

Campbell NR, Burgess E, Choi BC, Taylor G, Wilson E, Cléroux J, et al. Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. 1. Methods and an overview of the Canadian recommendations. Canadian Hypertension Society, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, Laboratory

Centre for Disease Control at Health Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada. *CMAJ*. 1999 May 4;160(9 Suppl):S1-6.

Carinley, Arnold R. Social class, health and aging : socioeconomic determinants of self- reported morbidity among noninstitutionalized elderly in Canada. *Can J Public Health*.1996; 87(3):199-203.

Carretero AO, Oparil S. Essential hypertension. Part I: definition and etiology. *Circulation* [Internet]. 2000 [cited 2008 Apr 19]; 101(3): 329–35. Available from: <http://www.circ.ahajournals.org/cgi/content/full/101/3/329>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). State-specific trends in self-reported blood pressure screening and high blood pressure--United States, 1991-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet] 2002 [cited 2008 Apr19];51(21):456-60. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5121a2.htm>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Health disparities experienced by black or African Americans– United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [internet] 2005 [cited 2009 nov 20]; 54:1-3. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5401a1.htm>

Centers for Disease Control and Prevention, National Diabetes Fact Sheet, 2007.[internet] 2007[cited 2008 jun 18] about 56 p. Available from: http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/ndfs_2007.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. Diabetes successes and opportunities for population-based prevention and control 2009a.[internet] [cited 2008 out 24] about 4 p. Available from: <http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/aag/pdf/diabetes.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention. About the National Health Interview Survey [internet] 2009b Jun [cited 2009 Out 22]. Available from: http://www.cdc.gov/nchs/nhis/about_nhis.htm

Cerqueira MB, Pupo LR. Modos de vida e acesso aos serviços de saúde em 2 favelas da baixada santista. In: Escuder MM, Monteiro PH, Pupo LR. Acesso aos serviços de saúde em municípios da baixada santista. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008. [Temas em Saúde Coletiva, 8]. p. 215

Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP et al. Saúde e condição de vida em São Paulo.: inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo, ISA-SP. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2005.

Cesar CLG, Paschoal SM. Uso dos serviços de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YA, organizadores. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial [internet]. Brasília: OPAS/MS; 2003 [citado 2010 Mar 30]. Disponível em: http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/l_saber.pdf

Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad Saude Publica*. 1996; 12(Supl 2):59-70.

Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saude Publica*. 1999; 33(5): 445-53.

Costa JS, Silveira MF, Gazallea FK, Oliveira SS, Hallal PC, Menezes AM, et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. *Rev Saude Publica*. 2004; 38(2):284-91.

Dachs JN, Ferrer M, Florez CE, Barros AJ, Narváez R, Valdivia M. Inequalities in health in Latin America and the Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(5-6):335-55.

De Maio FG. Health inequalities in Argentina: patterns, contradictions and implications. *Health Sociology Review*. 2007,16(3-4):279-291.

Department of Health. Health survey for England – Introduction [Internet]. 2007 [cited 2008 May 2] [about 5 p.]. Available from: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/PublishedSurvey/HealthSurveyForEngland/Healthsurveybackground/DH_4000522

Domínguez-Berjón F, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pastor V. The usefulness of area-based socioeconomic measures to monitor social inequalities in health in Southern Europe. *Eur J Public Health*. 2006;16(1):54-61.

Droomers M, Westert GP. Do lower socioeconomic groups use more health services, because they suffer from more illness? *Eur J Public Health*. 2004;14(30):311-3.

Durán VH. Stopping the rising tide of chronic diseases. Everyone's epidemic. *Perspectives in Health* [internet]. 2008 Mar [cited 2008 Apr 19]. [about 46p] Available from: http://www.paho.org/English/DD/PIN/ePersp001_article01.htm

Egede Le,Trep C VA, Johnson RH. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007, 29(5):409-16.

Fernández-Olano C, Hidalgo JD, Cerdá-Díaz R, 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.

Ferreira SR, Almeida B, Siqueira AF, Khawali C. Interventions on the prevention of type 2 mellitus : is feasible a population-based program in our country? *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2005; 49(4):479-84.

Firmo JO, Barreto SM, Lima-Costa MF. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. *Cad Saude Publica*. 2003; 19(3):817-27.

Firmo JO, Uchôa E, Lima-Costa MF. [The Bambui Health and Aging Study (BHAS): factors associated with awareness of hypertension among older adults]. *Cad Saude Publica*. 2004a; 20(2):512-21.

Firmo JO, Lima-Costa MF, Uchôa E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cad Saúde Pública*. 2004b; 20(4):1029-40.

Fong CW, Bhalla V, Heng D, Chua AV, Chan ML, Chew SK. Educational inequalities associated with health-related behaviours in the adult population of Singapore. *Singapore Med J*. 2007;48(12):1091-9.

Franco LJ, Rocha JS. O aumento das hospitalizações por diabetes na região de Ribeirão Preto, SP, no período de 1998-1997. *Diabetes Clínica*. 2002; 6:108.

Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBAB, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saúde publica*, 2009; 25(10): 105-14.

Gohlke H. [Lifestyle modification - is it worth it?]. *Herz*. 2004;29(1):139-44.
German.

Goldenberg P, Franco LJ, Pagliaro H, Silva RS, Santos CA. Diabetes mellitus auto-referido no município de São Paulo: prevalência e desigualdade. *Cad Saúde Pública*. 1996; 12(1):37-45.

Goldenberg P, Schenkman S, Franco LJ. Prevalência de diabetes mellitus; diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. *Rev Bras Epidemiol*. 2003; 6(1):18-28.

Gomez, G E. Gênero, equidade y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev Panam Salud Publica*; 2002,11:327-334.

Graham GN, Leath B, Payne K, Guendelman M, Reynolds G, Kim S, et al. Perceived versus actual risk for hypertension and diabetes in the African American community. *Health Promot Pract*. 2006;7(1):34-46.

Guedes GR. Os diferenciais de gênero na influência do status sócio-econômico e da estrutura domiciliar nos resultados de saúde do idoso-brasileiro. [Internet]. In: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2006 Set 18-22; Caxambu-MG. [citado 2010 Mar 3]. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/abep2006_462.pdf

Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C , Medina C, Gus M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol* . 2004; 83(5):424- 28.

He J, Muntner P, Chen J, Roccella EJ, Streiffer RH, Whelton PK. Factors associated with hypertension control in the general population of the United States. *Arch Intern Med*. 2002; 162(9):1051-8.

Hertz RP, Unger AN, Cornell, JA, Saunders E. Racial Disparities in Hypertension Prevalence, Awareness, and Management. *Arch Intern Med*. 2005; 165:2098-104.

Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med*. 2001; 345(11):790-7.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de saúde: IBGE; 2003 [acessado em jan.2009] Disponível em:

<http://IBGE.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhorendimento/pnad2003/saude/default.shtm>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de amostra por domicílio [Internet] 2008 [citado 2010 Mar 30]. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/comentarios2008.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. Características da população e dos domicílios [Internet] 2000 [citado 2009 Out 20]. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>

Janssen I, Heymsfield SB, Ross R. Low relative skeletal muscle mass (sarcopenia) in older persons is associated with functional impairment and physical disability. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(5):889-96.

Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002;346(6):393-403.

Keysor JJ, Jette AM. Have we oversold the benefit of late-life exercise?. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56(7):412-23.

von dem Knesebeck O, Verde PE, Dragano N. Education and health in 22 European countries. *Soc Sci Med*. 2006; 63(5):1344-51.

Lantz PM, Lynch JW, House JS, Lepkowski JM, Mero RP, Musick MA, Williams DR. Socioeconomic disparities in health change in longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviors. *Soc Sci Med* 2001;53(1):29-40.

Lebrão ML, Carandina L, Magaldi C. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil). IV. Morbidade referida em entrevistas domiciliares, 1983-1984. *Rev Saúde Pública*.1991, 25(6): 452-60.

Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YA, organizadores. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial [Internet]. [Brasília: OPAS/MS; 2003 [citado 2010 Mar 30]: 75-91. Disponível em: http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/l_saber.pdf

Lebrão ML, Duarte YA. *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);127-41.

Lebrão ML. Epidemiologia do envelhecimento. *BIS Bol Inst Saúde*. 2009; (47):23-5.

Leite IC, Beltrão KI, Rodrigues RN, Valente JG, Campos MR, Schramm JM. Projeção da carga de doença no Brasil (1998-2013). In: Buss PM, Temporão JG, Carneiro JR. *Vacinas, soros e imunizações no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 51-65.

Levine DM, Cohen JD, Dustan HP, Falkner B, Flora JA, Lefebvre C et al., behavior changes and the prevention of high blood pressures: workshop II. *Circulation*. 1993, 88(3):1387-90.

Lima MG, Barros MB, César CL, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(4):314-21.

Lima-Costa MF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico de saúde da população idosa brasileira: Um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Inf Epidemiol SUS*. 2000a; 9(1): 23-41.

Lima-Costa MF, Uchôa E, Guerra HL, Firmo JO, Vidigal PG, Barreto SM. Estudo de Bambuí sobre saúde e envelhecimento: metodologia e resultados preliminares de corte de estudo de idosos no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2000 b;34(2):126-35.

Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 98). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):813-24.

Lima-Costa MF, Barreto SF, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):745-57.

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*. 2003a 19(3):735-43.

Lima-Costa MF, Firmo JO, Uchoa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Publica*. 2004; 38 (6):827-34.

Lima-Costa MF. Influência da idade e da escolaridade no uso dos serviços preventivos de saúde - Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2004; 13(4):209-15.

Lima-Costa MF, Firmo JO, Uchoa E. Diferenças na estrutura da auto-avaliação da saúde em idosos com diferente situação sócio-econômica: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(3):830-9.

Lima-Costa MF, Guerra HL, Firmo JO, Uchoa E. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sociodemográficas, suporte social e indicadores de condição de vida dos idosos em comparação aos adultos jovens. *Inf Epidemiol SUS*. 2002 a;11(2):91-105.

Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006,11(4): 941-50.

Lima-Costa MF, Peixoto SV, Matos DL, Firmo JO, Uchôa E. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23 (8):1893-1902.

Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2006, 367(9524): 1747-57.

Lostao L, Regidor E, Calle ME, Navarro P, Domínguez V. Changes in socioeconomic differences in the utilization of and accessibility to health

services in Spain between 1987 and 1995/9. *Rev Esp Salud Publica*. 2001;75(2):115-27.

Louvison MC. *Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos no município de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006.

Lourenço RA. Diabetes no idoso. In: Oliveira JE, Millech A. *Diabetes mellitus: clinica, diagnóstico, tratamento interdisciplinar*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 339-44.

Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Laurenti R. Desigualdades nas condições de Saúde e no uso dos serviços entre as pessoas idosas do município de São Paulo: uma análise de gênero e renda. *Saúde Coletiva*, 2008, 5924):189-94.

Lloyd J, Wait S. Integrated care; a guide for policymakers [Internet] 2005 [cited 2009 Jan 2]. Disponível em: http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_7.pdf

Macintyre S, Ford G, Hung K. Do women “over report” morbidity? Men’s and women’s responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Soc Sci Med*. 1999;48(1):89-98.

Mackenbach JP, van den Bos J, Joung IM, van de Mheen H, Stronks K. The determinants of excellent health: different from the determinants of ill-health? *Int J Epidemiol*. 1994;23(6):1273-81.

Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. *Diabetes Care*. 1992;15(11):1509-16.

Marcopito LF, Rodrigues SS, Pacheco MA, Shirassu MM, Goldfeder AJ, Moraes MA. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2005; 39(5):738-45.

Masur J, Monteiro MG. Validation of the CAGE alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res*. 1983;16(3):215-8.

Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilization de os servicios de salud uma revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(4):819-832.

Mondeneze DM. Qualidade de vida e diabetes: limitações físicas, culturais de um grupo específico [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física 2004.

Montesanti L, Marques JRO, Quadrante AC, Gorzoni ML, Ribeiro M. Anamnese clinica X geriátrica. *Gerontologia* 1997;(1):8-16.

National Advisory Council on Aging. Seniors in Canada 2006 Report Card [Internet] 2006 [cited 2008 May 4] [about 70p. Available from:<http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/HP30-1-2006E.pdf>

National Institute of Health. [Reference card from The Seventh Report of the Joint National Committee On Prevention, Detection, Evaluation, And Treatment Of High Blood Pressure \(JNC7\)](#). [internet] May 2003. [cited 2010 Mar 3]. Available from:

<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/phycard.pdf>

Noblat ACB, Lopes MB, Lopes G, Lopes AA. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. *Arq. Bras Cardiol.* 2004;83(4): 308-13.

Noronha, K. V. M. S.; Andrade, M. V. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre idosos na América Latina. *Rev. Panam Salud Publica*, 2005;17 (5/6): 410-8

Oliveira EX, Carvalho MS, Travassos C. Territórios do Sistema único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(2):386-402.

Pagán JA, Puig A, Soldo BJ. Health insurance coverage and the use of preventive services by Mexican adults. *Health Econ.* 2007;16(12):1359-69.

Paiva SO. Perfil socioeconômico e epidemiológico da população idosa do Distrito Estadual de Fernando de Noronha - PE [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2004.

Pan American Health Organization. Regional strategy and plan of action on an intergrated approach to the prevention and control for chronic diseases [Internet]. 2007 [cited 2008 Jul 1]. Available from:<http://www.paho.org/English/AD/DPC/NC/reg-strat-cncds.pdf>

Pascalichio EA, Bersusa AA, Escuder MM. O cenário de acesso ao sistema de saúde da Baixada Santista dos pacientes hipertensos e ou diabéticos. In: Escuder MM, Monteiro PH, Pupo LR, organizadores. Acesso aos Serviços de saúde em municípios da Baixada Santista. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008. [Temas em Saúde Coletiva, 8]. p. 215

Passos VM, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15(1): 35-45

Peixoto SV, Giatti L, Afradique ME, Lima-Costa MF. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2004; 13(4):239- 46.

Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa , MF. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). *Cad Saúde Pública*, 2006;22(9);1925-34.

Peláez M, Palloni A, Pinto G, Arias e. Encuesta Multicêntrica; Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2001.

Peláez M, Palloni A, Albala C, Alfonso JC, Ham-Chande R, Hennis A, Lebrão ML, Leon-Diaz E, Pantelides A, Pratts O. *Survey on aging, health and well-being, 2000*. Washington (DC): Pan American Health Organization/World Health Organization; 2003.

Pereira AC, Krieger JE. Dos fatores de risco clássicos ao perfil de risco individualizado. *Hipertensão* [Internet]. 2005 [citado 2008 Abr 19]; 8(4): [7 p.]. Disponível em:http://www.sbh.org.br/hipertensao/2005_N4_V8/N%2004%20V8%202005%20-%20completa%20-%20revista%20hipertensao%20-%20www-sbh-org-br.pdf

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. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3); 657-67.

Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):687-707.

Pinheiros 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.

Puentes-Markides C. Women and access to health care. *Social Science and Medicine*. 1992; 35(4):619-26.

Prentice AM, Jebb AS. Obesity in Britain; Gluttony or sloth? *BMJ*. 1995; 311(7002): 437-9.

Ramos LR, Rosa TE, Oliveira ZM, Medina MC, Santos FR. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1993; 27(2); 87-94.

Ramos LR, Toniolo J, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M et al. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saude Publica*. 1998;32(5):397-407.

Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):793-8.

Ramos LR, Goihman S. Geographical stratification by socio-economic status: methodology from a household survey with elderly people in S. Paulo, Brazil. *Rev Saude Publica*. 1989; 23(6): 478-92.

Rebouças M, Pereira MG. Indicadores de saúde para idosos: comparação entre o Brasil e os Estados Unidos. *Rev Panam Salud Pública*. 2008;23(4):237-46.

Redondo-Sendino A, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health*. 2006;6:155.

Regidor E, de Mateo S, Gutiérrez-Fisac JL, Fernández de la Hoz K, Rodríguez C. [Socioeconomic differences in the use and accessibility of health care services in Spain]. *Med Clin (Barc)*. 1996;107(8):285-8. Spanish.

Reyes-Morales H, Gómez-Dantés H, Torres-Arreola LP, Tomé-Sandoval P, Galván-Flores G, González-Unzaga MA, et al. Necesidades de salud en

áreas urbanas marginadas de México. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 25(4):328–36..

Romero DE Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros . *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):777-94.

Rosenthal TC, Fox C. Access to health care for the rural elderly. *JAMA*. 2000; 284(16):2034-6.

Rueda S, Artazcoz L, Navarro V. Health inequalities among the elderly in western Europe. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(6):492-8.

Sakata S. Diabetes mellitus entre idosos no município de São Paulo: uma visão longitudinal [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2007.

Sartorelli DS; Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19 (Supl 1):S29-S36.

Sen A. Health: perception versus observation. *BMJ*. 2002;324(7342):860-1.

Schneider A, Miranda AM, Kujawa H, Andrade J, Both V, Brutscher V. Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade? [Internet] [citado 2010 Mar 20]. Passo Fundo: IFIBE/CEAP; 2007. Disponível em: http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/cartilha_possibilidade_realidade.pdf

Silva RC, Simões MJ, Leite AA. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2007; 28(1); 113-21.

Silva MAMRT. Efeitos do tabagismo sobre o sistema cardiovascular, hemodinâmica e propriedades elásticas arteriais, [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2005.

Silveira FG, Osório RG, Piola SF. Os gastos das famílias com saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):719–31.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação de diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. 2002 [citado 2009 Jul 11]. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/Consenso_atual_2002.pdf

Sociedade Brasileira de Hipertensão. *III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão; 1998.

Souza JJ. Hipertensão arterial referida e uso de anti-hipertensivos em adultos na cidade de São Paulo: um estudo de base populacional. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2003.

Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet*. 2005; 366(9496):1578–82.

Strong K, Mathers C, Bonita R. Preventing stroke: saving lives around the world. *Lancet Neurol* 2007; 6(2):182–7.

Tooth L, Hockey R, Byles J, Dobson A. Weighted multimorbidity indexes predicted mortality, health service use, and health-related quality of life in older women. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(2):151-9.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(Supl 2):190-8.

Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública*. 2007 23(10): 2490-2502.

Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13(2):325-30.

Torquato MT, Montenegro Júnior RM, Viana LA, de Souza RA, Lanna CM, Lucas JC, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. *Sao Paulo Med J*. 2003;121(6):224-30.

Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9 (4):885-95.

van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X; OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*. 2006;174(2):177-83.

van Gool CH, Kempen GI, Penninx BW, Deeg DJ, van Eijk JT. Chronic disease and lifestyle transitions: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Aging Health*. 2007;19(3):416-38.

Vargas CM, Ingram DD, Gillum RF. Incidence of hypertension and educational attainment. *Am J Epidemiol* 2000; 152(3):272-8.

Veras CM. *Equity in the use of private hospitals contracted by a compulsory insurance scheme in the city of Rio de Janeiro, Brazil, in 1986* [tese]. London: Department of Social Sciences and Public Administration, London School of Economics and Political Science; 1992.

Veras R, Parayba MI. O Anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saúde Pública*. 2007, 23(10):2479- 89.

Veras RP. País jovem com caebos barncos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de janiero: Editora Relume-Dumará; 1994.

Verbrugge LM. The Twain meet: empirical eplantions of sex differenes in health and mortality. *J Health Soc Behav*. 1989;30(3):282-304.

Viegas- Pereira, 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- 376.

Webster CM. Uso problemático do álcool em pacientes ambulatoriais. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2004.

Wensing M, Vingerhoets E, Grol R. Functional status, health problems, age and comorbidity in primary care patients. *Qual Life Res.* 2001; 10(2):141-8.

Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. *Int J Health Serv.* 1992;22(3):429-45.

Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. global prevalence of diabetes; estimates for the year 2000 and projection for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27:1047-53.

Wolf AM, Siadaty MS, Crowther JQ, Nadler JL. Impact of lifestyle intervention on lost productivity and disability: improving control with activity and nutrition. *JOEM*, 2009; 51 (2): 139-45.

Wong LL, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Rev Bras Estud Popul.* 2006;23(1):5-26.

World Health Organization, Alcohol, gender and drinking Problems. Perspectives from low and middle income countries. [internet] 2005 a [cited 2009 Oct 28] [about 228p]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_gender_drinking_problems.pdf

World Health Organization. Chronic diseases and their common risk factors [internet] 2005 [cited 2008 Jun 23] [about 3p]. Available from: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/Factsheet1.pdf

World Health Organization. SAGE. WHO study on global ageing and adult health [Internet]. **2008 c** [cited 2008 Apr 19]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/systems/sage/en/index.html>

World Health Organization. Diabetes [internet] **2008a** [cited 2009 Oct 22]. (Fact Sheet, 312). Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>

World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than ever [internet]. Geneva: **WHO**; **2008** Chapter 2, Advancing and

sustaining universal coverage; [cited 2009 Out 22]; p.31-8. Available from: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf

World Health Organization. World health statistics 2008 [Internet]. 2008 b[cited 2008 Jul 5] [about 104p.]. Available from: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf

Young A, Dinan S: Activity in later life. *BMJ*. 2005; 330(7484):189-91.

Yngwe MA, Diderichsen F, Whitehead M, Holland P, Burstrom B. The role of income differences in explaining social inequalities in self rated health in Sweden and Britain. *J Epidemiol Community Health*.2001;55(8):556-61.

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.

Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M.. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*.2007;23:1329-38.