

Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil). IV - Morbidade referida em entrevistas domiciliárias, 1983-1984*.

Analysis of standards of living and health in the urban population of Botucatu, S. Paulo State (Brazil). IV - Referred morbidity in household interviews, 1983-1984

Maria Lúcia Lebrão**, Luana Carandina***, Cecília Magaldi***

LEBRÃO, M.L. et al. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil). IV-Morbidade referida em entrevistas domiciliárias, 1983-1984. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 25: 452-60, 1991. Objetivou-se estudar a morbidade referida pela população urbana amostrada, no Município de Botucatu, SP, Brasil, em 1983/84, segundo sexo, idade, escolaridade e renda per capita. O método consistiu em entrevistas domiciliárias, com aplicação de dois formulários pré-codificados. Os entrevistadores eram leigos treinados e supervisionados, e a pessoa entrevistada foi quase sempre a mãe de família. O período recordatório estabelecido em relação aos eventos informados (queixas, sintomas, acidentes comuns e diagnósticos) foi de três semanas. Das 7.075 pessoas amostradas (12% da população), 56% apresentaram episódios morbidos, totalizando 6.649 episódios. As mulheres, bem como o grupo etário de 50 e mais anos apresentaram maior frequência de queixas. A escolaridade e a renda per capita não diferenciaram os entrevistados quanto à ocorrência maior ou menor de episódios. A prevalência de episódios morbidos foi de 939/1.000 entrevistados. Predominaram queixas do aparelho respiratório (20% do total de queixas), principalmente as infecções respiratórias agudas. Em segundo lugar, os sinais e sintomas mal definidos (19%) e, a seguir, as doenças do sistema osteo-muscular, do sistema nervoso e do sistema circulatório, com proporções similares (ao redor de 9%) e, finalmente, as do sistema digestivo e as lesões e envenenamentos (ao redor de 8%). Foram estimados os coeficientes de prevalência por grupos de doença (pela CID), segundo as variáveis estudadas. São comentadas as dificuldades de comparação dos resultados obtidos com os de trabalhos congêneres, face às diferenças nos métodos usados, apontando-se para a necessidade de uma padronização metodológica dos estudos de morbidade referida, cuja importância epidemiológica e para o planejamento em saúde vem sendo amplamente reconhecida.

Descritores: Morbidade. Entrevistas. Levantamentos epidemiológicos.

Introdução

A importância, para a epidemiologia e para o planejamento em saúde, dos inquéritos de morbidade referida, em populações, em que pesem suas dificuldades metodológicas e seu custo operacional, vem sendo cada vez mais reconhecida. Isto porque, ainda que necessárias, as informações obtidas dos serviços de saúde referem-se à

demanda e não à comunidade, podendo levar a distorções dos quadros de morbidade, em grupos populacionais. Além disso, os registros de dados de rotina nem sempre são completos e adequados, sob o ponto de vista quantitativo e qualitativo.

Avaliar a morbidade junto à população significa tentar descobrir o componente submerso do processo saúde/doença - a "morbidade percebida", ou "sentida" ou ainda "reprimida", sem acesso aos serviços, possibilitar a análise da determinação social desse processo e, por fim, subsidiar o planejamento de cuidados à saúde, em diferentes níveis geográficos ou administrativos. Outras vantagens adicionais desses inquéritos consistem na revelação, a entrevistadores leigos, das representações da população sobre saúde e morbi-mortalidade, das práticas usuais e não formais de prevenção e restauração da saúde, bem como do juízo crítico sobre os serviços^{3,15}.

Instrumentos hoje bastante aplicados em investigações epidemiológicas sobre morbidade e utilização de serviços de saúde, a entrevista domiciliar

* Projeto financiado pela Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP). Processo nº 4.1.83.0232.00.

** Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - São Paulo, SP - Brasil.

*** Departamento de Medicina Legal e Medicina em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista - Botucatu, SP - Brasil. Separatas/Reprints: M.L. Lebrão - Av. Dr. Arnaldo, 715 - 01255 - São Paulo, SP - Brasil.

Publicação financiada pela FAPESP - Processo Medicina 90/4602-1

e o questionário têm merecido avaliações de autores estrangeiros^{12,13,17,26}, bem como de pesquisadores nacionais com experiência no campo^{7,10}.

Segundo Kroeger¹⁹, esses instrumentos foram inicialmente empregados em centros industrializados e logo adaptados nos países em desenvolvimento, consoante as condições locais de sociedades com diferentes etnias.

A difusão progressiva da entrevista e do questionário, nestes últimos países, suscitou de Kroeger¹⁹, de Ross e Vaughan²⁶, entre outros, exaustivas análises sobre os métodos usados e os resultados obtidos. Esses autores deram ênfase aos seguintes itens: 1) desenho amostral da população a ser estudada; 2) controvérsia sobre a percepção de doença e validade de sua declaração pelas pessoas e, conseqüentemente, sobre a categorização de diagnósticos; 3) conteúdo do questionário; 4) período recordatório relativo aos eventos mórbidos referidos; 5) perfil e treinamento dos entrevistadores; 6) controle de erros nas respostas e 7) estimativas de índices de morbidade.

Ross e Vaughan²⁶, revendo a literatura disponível, dedicaram sua avaliação aos trabalhos transversais realizados nos últimos 15 anos, em países menos desenvolvidos, e concluíram que os resultados são de difícil interpretação e de uso limitado, em vista da falta de padronização metodológica e/ou de rigor em sua aplicação. Neste sentido, alertam para os cuidados na comparação de resultados obtidos em diferentes áreas e fazem recomendações que vão desde a definição clara de objetivos até à classificação das informações de morbidade e seu retorno à população de estudo.

Em vários países foram implantados sistemas de entrevistas para avaliar continuamente o estado de saúde e a utilização de serviços, destacando-se o dos Estados Unidos da América, o "National Health Interview Survey", cujos resultados vêm sendo publicados em séries do "Vital & Health Statistics", desde 1963¹. Outros trabalhos de vulto, nessa linha, são os de Kohn e White¹⁸, de White e col.^{28,29} em países da América e Europa e o de Laurell e col.²⁰, no México.

Na literatura nacional, ainda escassa em estudos de morbidade referida, cumpre registrar o de Carneiro⁶, cujo sistema de colheita de dados, na população amostrada de Ribeirão Preto (SP), possibilitou a realização de diversas outras pesquisas^{2,8,9,14,22,25,27}.

Em 1981, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios, PNAD Saúde, em nove grandes capitais do país, apresentando taxas de

morbidade total que foram questionadas por conta de possíveis problemas metodológicas^{11,23}.

Carvalho e col.¹¹ estudaram a morbidade total e a utilização de consultas médicas, em cinco populações do Estado da Bahia, em 1982-86, usando questões semelhantes às da PNAD-1981.

Outro trabalho com objetivos semelhantes é o de Medici²³, que analisou dados da PNAD 1986, para as regiões brasileiras, com ênfase no Nordeste.

Há, ainda em desenvolvimento, o estudo de morbidade referida no ERSA de Itapeverica da Serra (SP)*.

A perspectiva de mudanças no Sistema de Saúde, a partir de 1983, com a progressiva integração e descentralização de atividades e serviços, no Município de Botucatu, já à época um centro médico de nítida abrangência regional, com a existência de uma Faculdade de Medicina e de vários outros serviços, ensejou a elaboração de um projeto visando à análise das condições de saúde e de vida da população urbana⁵.

Nessa óptica, impunha-se um estudo da morbidade e do consumo de serviços de saúde, cujo delineamento básico pudesse ser utilizado também em pesquisas específicas e cujos resultados servissem para subsidiar o planejamento do sistema local de saúde. Outra justificativa consistiu na eventual contribuição do conjunto de investigações de campo para ensino de epidemiologia e de saúde pública, no Curso de Graduação em Medicina e na Residência Médica.

O presente trabalho tem como objetivo estudar os eventos mórbidos referidos pela população urbana amostrada, segundo as variáveis sexo, idade, escolaridade e renda per capita, de maio de 1983 a abril de 1984, no Município de Botucatu, Estado de São Paulo.

Material e Método

A caracterização do município, sua população e o desenho da amostra efetuada encontram-se referidos em publicação anterior⁵.

Foram utilizados como instrumentos dois formulários pré-codificados. O primeiro traz todas as informações referentes ao núcleo familiar e a cada um de seus membros: idade, sexo, religião, grau de instrução, profissão, ocupação, renda individual e familiar e inserção no mercado de trabalho. O segundo formulário específico para cada problema, diz respeito aos episódios de doença e/ou acidente comum, sua duração e as possíveis seqüelas dos acidentes, ocorridos ou existentes no período recordatório, a conduta adotada em cada episódio e a utilização de serviços. Esses itens foram abordados por meio de perguntas abertas. Os acidentes do

* Cesar, C.L.G. - Comunicação pessoal.

trabalho foram objeto de estudo específico, com formulário próprio e período recordatório de 12 meses, sendo a pessoa entrevistada o próprio acidentado, não estando portanto incluídos no presente trabalho.

A metodologia consistiu na aplicação dos dois formulários previamente elaborados e testados, visando à obtenção da morbidade referida por pessoas de ambos os sexos e de todas as idades, ao longo de 12 meses consecutivos de levantamento, no período de maio de 1983 a abril de 1984, abrangendo desta forma os episódios mórbidos que apresentam variações ou exacerbações sazonais.

Foram definidos como episódios mórbidos todas as queixas, sintomas, acidentes comuns e diagnósticos referidos. As entrevistas foram realizadas nos últimos sete dias de cada mês, tendo sido definido como período de estudo o intervalo entre o início do mês e o dia de entrevista. Dessa forma, o período recordatório ultrapassou os quinze dias preconizados pelos principais autores^{19,26} variando de 24 a 30 dias (em média três semanas). Tal fato se deveu a ter-se verificado que o período recordatório é menos impreciso quando referido ao começo do mês e não a qualquer data. A não adoção da terceira semana para a realização das entrevistas decorreu da grande concentração de feriados nesse período, no ano de estudo.

Foi estabelecido que o informante seria a mãe da família e, apenas na sua ausência após três tentativas, o chefe da família e, em última instância, outro elemento adulto responsável e conhecedor das informações familiares previstas nos dois formulários. Foi considerado financeira e operacionalmente inviável conduzir-se as entrevistas com cada um dos elementos envolvidos.

O uso de entrevistadores foi necessário em razão do nível de instrução da maior parte da população amostrada. Optou-se pelo menor número possível de entrevistadores a fim de reduzir a quantidade de erros que pudessem ser introduzidos, mesmo que esse fato tenha levado a uma ampliação do período de realização das entrevistas.

Os entrevistadores foram selecionados entre pessoas da própria comunidade, com bom grau de instrução e leigos em saúde. Os mesmos receberam treinamento teórico-prático e instruções por escrito visando ao correto preenchimento dos formulários e à adequada abordagem do entrevistador. Sua atuação foi permanentemente avaliada por dois supervisores de campo que também faziam a revisão de todos os formulários preenchidos.

No presente trabalho, os episódios mórbidos referidos foram analisados segundo as variáveis: sexo, idade, escolaridade e renda per capita. O item ocupação não foi estudado tendo em vista que 67% dos entrevistados não estavam inseridos na força

de trabalho (menores de sete anos, estudantes, aposentados, pensionistas e donas de casa) e os restantes 33% mostraram grande dispersão entre as categorias ocupacionais.

Os dados obtidos foram codificados segundo manual previamente elaborado e os episódios mórbidos pelas subcategorias da Classificação Internacional de Doenças, Revisão de 1975²¹, por pessoal especialmente treinado. A seguir, esses dados foram processados eletronicamente pelo programa SPSS (Statistical Package of Social Science).

Tendo em vista que os dados nas tabelas se referem sempre à mesma fonte e ao mesmo período, essa informação será omitida no título das mesmas.

A análise dos dados limitou-se à elaboração de proporções e coeficientes.

Resultados e Discussão

Foram entrevistadas 1.769 famílias, correspondendo a um total de 7.075 pessoas, das quais 3.967 apresentaram pelo menos um episódio mórbido (56,1%), tendo sido referidos, no total, 6.649 episódios.

Em relação ao sexo, os dois grupos (com ou sem episódio mórbido) tiveram as distribuições que podem ser vistas na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição (Nº e %) dos entrevistados com ou sem episódios mórbidos, segundo o sexo.

Sexo	Com		Episódio Sem		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	1.786 (51,4%)	45,0	1.689 (48,6%)	54,4	3.475 (100,0%)	49,1
Feminino	2.181 (60,7%)	55,0	1.415 (39,3%)	45,6	3.596 (100,0%)	50,9
Total	3.967* (56,1%)	100,0	3.104 (43,9%)	100,0	7.071* (100,0%)	100,0

* Faltam 4 pessoas, sem informação do sexo.

Um aspecto que costuma ser ressaltado nas publicações a respeito dos inquéritos domiciliares de morbidade e que pode ser atribuído à metodologia e ao comportamento dos entrevistados é a referência de queixas segundo sexo. A Tabela 1 mostra que as mulheres apresentaram queixas mais frequentemente do que os homens. Isto pode ser visto tanto quando se considera a participação das mulheres entre as pessoas com episódios mórbidos como quando se considera as mulheres com episódios entre o total de mulheres, num percentual muito superior ao verificado entre os homens. Dois pontos podem ser levantados em relação a esta questão: o primeiro diz respeito ao efeito da resposta delegada, na medida em que ela pode provocar uma subenumeração das queixas de outras pessoas, o que explicaria o maior

número de mulheres com queixas²⁶. Por outro lado, várias publicações referem que as mulheres apresentam queixas com maior frequência^{2,6,11,16,23}.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos dois grupos segundo as faixas etárias, onde se observa, conforme esperado, que os grupos de menor e maior proporção de positividade em relação às queixas foram respectivamente os de 5 a 20 anos e o de 50 anos e mais. O primeiro por ser um grupo sabidamente de baixa morbidade e mortalidade¹⁶ e o segundo pelos problemas inerentes à idade. Dados da literatura corroboram esses achados^{2,6,11,23}.

Tabela 2. Distribuição dos entrevistados (Nº e %) com ou sem episódios mórbidos, segundo a faixa etária.

Faixa etária	Episódio				Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1 ano	84	60,4	55	39,6	139	100,0
1-5 anos	394	57,8	288	42,2	682	100,0
5-20 anos	979	47,1	1.099	52,9	2.078	100,0
20-50 anos	1.492	51,1	1.428	48,9	2.920	100,0
50 anos e +	1.020	81,3	234	18,7	1.254	100,0
Total	3.969	56,1	3.104	43,9	7.073	100,0

A Tabela 3 mostra a distribuição dos dois grupos segundo escolaridade.

Tabela 3. Distribuição dos entrevistados (Nº e %) com ou sem episódios mórbidos, segundo o grau de escolaridade.

Escolaridade	Episódio				Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 7 anos	654	56,5	504	43,5	1.158	100,0
analfabeto	308	81,3	71	18,7	379	100,0
até 4ª s.incompl.	936	63,6	536	36,4	1.472	100,0
até col.incompl.	1.575	52,2	144	47,8	3.020	100,0
até sup.incompl.	311	44,7	385	55,3	696	100,0
superior completo	157	50,5	154	49,5	311	100,0
s/informação	29	76,3	9	23,7	38	100,0
Total	3.970	56,1	3.104	43,9	7.074	100,0

Chama a atenção, entre os agrupamentos, a elevada proporção dos analfabetos com queixas em relação ao total dos analfabetos. A distribuição desta categoria segundo os grupos etários mostrou que 69,0% tinha 50 anos e mais, o que poderia explicar a maior frequência de queixas encontradas. Registre-se que dos analfabetos com 50 anos e mais 72,9% são mulheres.

A variável renda per capita não diferenciou os entrevistados quanto à presença maior ou menor de episódios mórbidos (Tabela 4). Carvalho⁶ em Vila Lobato, encontrou resultado semelhante. Kroeger¹⁹ salienta as controvérsias relacionadas à informação relativa à renda, nos países em desenvolvimento, o que traz problemas para relacioná-la adequadamente com o estado de saúde.

Tabela 4. Distribuição dos entrevistados (Nº e %) com ou sem episódios mórbidos segundo a renda per capita (em salários mínimos).

Renda per capita	Episódio				Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
s/inf.	73	52,5	66	47,5	139	100,0
0-1 sm	1.855	55,2	1.505	44,8	3.360	100,0
1-3 sm	1.623	57,5	1.202	42,5	2.825	100,0
3-5 sm	273	54,3	230	45,7	503	100,0
5-10 sm	127	61,7	79	38,3	206	100,0
10 sm e +	18	45,0	22	55,0	40	100,0
Total	3.969	56,1	3.104	43,9	7.073	100,0

Nota: salário mínimo vigente à época da entrevista.

O total de episódios mórbidos referidos pelos entrevistados foi de 6.648 queixas, resultando num coeficiente de prevalência de 939,6 episódios por mil entrevistados no período (Tabela 5). Os coeficientes encontrados em outros estudos^{2,6,18,20,26,29} mostraram valores variando de 200 episódios/mil pessoas/mês a cerca de 700/mil pessoas/mês. Segundo Ross e Vaughan²⁶ e Kroeger¹⁹ essa grande diversidade deve-se, fundamentalmente, a problemas metodológicos, além das reais diferenças que possam existir nos grupos estudados. A falta de padronização prejudica a comparação entre o conjunto dos trabalhos.

A Tabela 5 apresenta detalhamento dessas queixas, segundo o seu agrupamento em capítulos da CID. Em primeiro lugar surgem as doenças do aparelho respiratório, com o coeficiente de 195,3/mil entrevistados, representando 20,8% do total das queixas. Esse resultado não surpreende, na medida em que as doenças do aparelho respiratório geralmente predominam em estudos de morbidade, tanto por inquéritos domiciliares^{6,8,26} como nos estudos das demandas hospitalares e ambulatoriais^{4,8,24}. Dentre as doenças do aparelho respiratório, destacam-se com grande peso as doenças respiratórias agudas, como as gripes e resfriados, que sozinhas representaram 14,2% do total das queixas, ou seja, 67,8% das respiratórias. Os maiores coeficientes dessas queixas são encontrados nos menores de 5 anos, diminuindo nos grupos etários subsequentes (Tabela 6). Os coeficientes por sexo apontam diferença apenas entre os menores de um ano, sem que se conheça fundamento epidemiológico para o fato. Por outro lado, as respiratórias crônicas apresentam seu menor coeficiente no grupo etário de 20 a 50 anos, o que poderia ser explicado pelo fato de estarem aí incluídas a asma (de aparecimento em idades mais jovens) e as bronquites crônicas, que afetam idades mais avançadas (Tabela 6). Quando se somam as tosse (sinais e sintomas mal definidos) às doenças respiratórias crônicas, acentua-se a preponderância da faixa de 50 anos e mais, elevando-

Tabela 5. Distribuição dos episódios mórbidos (Nº, % e coef.) segundo os capítulos (e destaques) da CID.

Nº Ordem	Grupos CID	Nº	%	Coef./1.000 entrev.
1º	<i>D. Ap. Resp.</i>	1.382	20,8	195,3
	- gripe/resf.	937	14,1	132,4
	- asma/bronq.	276	4,2	39,0
2º	<i>S. e S. mal def.</i>	1.263	19,0	178,5
	- nervosismo	251	3,8	35,5
	- cefaléia	179	2,7	25,3
	- dor abdom.	64	1,0	9,0
	- tosse	55	0,8	7,8
3º	<i>D. Osteom.</i>	661	9,9	93,4
	- lumbalgias	232	3,5	32,8
	- reumat.	108	1,6	15,3
4º	<i>D. Sist. Nervoso</i>	652	9,8	92,2
5º	<i>D. Ap. Circulat.</i>	647	9,7	91,4
	- hipert.	351	5,3	49,6
	- varizes	100	1,5	14,1
6º	<i>D. Ap. Digest.</i>	539	8,1	76,2
	- cáries	160	2,4	22,6
	- transt. func.	123	1,9	17,4
7º	<i>Lesões e Enven.</i>	530	8,0	21,9
8º	<i>D. Ap. Genit.</i>	266	4,0	37,6
9º	<i>D. Infec.</i>	219	3,3	31,0
	- diarreia	61	0,9	8,6
	- verminose	56	0,8	7,9
10º	<i>D. Pele/t. subc.</i>	163	2,5	23,0
11º	<i>D. Nutr. e metab.</i>	116	1,7	16,4
	- diabetes	75	1,1	10,6
12º	<i>Trans. Mentais</i>	99	1,5	14,0
	- alcoolismo	24	0,4	3,4
	- oligofrenia	21	0,3	3,0
13º	<i>D. sangue e hemat.</i>	60	0,9	8,5
	- anemia	52	0,8	7,3
14º	<i>Compl. Gravidez</i>	21	0,3	3,0
15º	<i>Anomalias Cong.</i>	20	0,3	2,8
16º	<i>Neoplasmas</i>	10	0,2	1,4
Total		6.648	100,0	939,6/1.000

se de 56,9/mil entrevistados para 77,0/mil entrevistados, embora o caráter crônico dessas tosse não esteja claro nas respostas dos entrevistados.

Nos países em desenvolvimento, os sinais e sintomas mal definidos costumam ocupar lugar de destaque, especialmente quando as informações são obtidas através de inquéritos domiciliares em que os informantes são leigos^{8,26}. No presente estudo eles ocupam a segunda posição, com coeficiente de 178,5/mil pessoas correspondendo a 19,0% do total das queixas.

Nervosismo, cefaléia, dor abdominal e tosse, nessa ordem, foram os mais frequentes. Por grupo etário, esse capítulo apresenta seu maior coeficiente entre os de 50 anos e mais principalmente no sexo feminino. Sabidamente os idosos, em especial as mulheres, referem mais queixas que dificilmente são traduzidas em diagnósticos sindrômicos. Em relação ao nervosismo verifica-se que as mulheres apresentam esse sintoma em número muito maior do que os homens (50,9/1.000 entrevistadas/19,6/1.000 entrevistados), com predominância da faixa etária de 20 a 50 anos. Da mesma maneira se com-

portam a cefaléia e a dor abdominal, isto é, foram mais frequentes em mulheres de 20 a 50 anos.

Os capítulos das doenças respiratórias e dos sinais e sintomas mal definidos juntos representaram quase 40% das queixas, tendo exibido comportamento semelhante no estudo de Ribeirão Preto⁶.

Os capítulos seguintes - doenças osteo-musculares, doenças do sistema nervoso, doenças de aparelho circulatório aparecem com proporções bastante semelhantes (ao redor de 9,8%), podendo ser considerados como pertencentes ao terceiro posto. Dentre as doenças osteo-musculares, ressaltam as lumbalgias, com 3,5% do total das queixas, principalmente a partir da idade adulta e no sexo feminino. Esse resultado pode ser explicado pelas condições desfavoráveis em que atua a força de trabalho e pelo fato de as informações terem sido prestadas pelas donas de casa cujas tarefas domésticas favorecem esse tipo de sintoma.

Segundo a Tabela 6, as queixas do sistema nervoso concentram-se nas idades acima de 20 anos e no sexo feminino, relacionando-se mais com os distúrbios da visão.

Tabela 6. Distribuição dos episódios mórbidos (Nº e Coeficientes), segundo os capítulos da CID, sexo e idade.

CID	0 1 ano			1 5 anos			5 20 anos			20 50 anos			50 anos e +			Total		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
	I.	74,6	73,5	74,1	82,1	114,0	98,1	35,2	32,0	33,6	16,0	13,5	14,7	22,6	23,8	23,3	30,5	31,4
D. Infec. e Parasit.	59,7	44,1	51,9	35,2	58,5	46,9	1,0	1,0	1,0	6,2	2,7	4,4	7,0	4,5	5,6	8,6	8,6	8,6
- diarréias				23,5	17,5	20,5	21,0	13,6	17,3	0,7	2,0	1,4	1,7	1,5	1,6	9,2	6,7	7,9
- verminoses							1,0		0,5			1,0	8,7	1,5	4,8	1,7	1,1	1,4
Neoplasmas				2,9		1,5	1,0	2,9	1,9	11,1	11,5	11,3	38,3	83,3	62,6	11,5	21,1	16,4
D.G. Endocr.							1,0		0,5	6,9	3,4	5,1	31,3	61,0	47,3	8,3	12,8	10,6
- diabetes				8,8	20,5	14,6	8,6	11,6	10,1	1,4	13,5	7,5	3,5	6,0	4,8	4,9	12,0	8,5
D. Sangue	14,9		7,4	8,8	20,5	14,6	8,6	11,6	10,1	1,4	13,5	7,5	3,5	6,0	4,8	4,9	12,0	8,5
- anemia				8,8	20,5	14,6	5,7	10,7	8,2	1,4	11,5	6,5	3,5	6,0	4,8	3,7	10,9	7,4
T. Mentais				17,6		8,8	18,1	18,4	18,3	19,4	7,4	13,3	26,1	1,5	12,8	19,6	8,6	14,0
- alcoolismo							1,0		0,5	9,0	4,4	17,4	8,0	6,9		3,4		3,4
- oligofr.							4,8	5,8	5,3	3,5	2,7	3,1	1,7		0,8	3,2	2,8	3,0
D.S. Nervoso	59,7	44,1	51,9	55,7	35,1	45,4	69,5	72,7	71,1	66,6	96,6	81,8	158,3	202,4	182,0	81,5	102,7	92,2
D. Ap. Circ.							2,9	6,8	4,8	42,3	104,0	73,6	250,4	413,7	338,4	59,9	122,1	91,5
- hipertens.							1,0	1,0	1,0	24,3	43,2	33,9	151,3	242,6	200,5	35,4	63,4	49,7
- varizes									1,0	1,0	4,9	23,6	14,4	8,7	75,9	44,9	3,5	24,5
D. Ap. Resp.	462,7	276,9	363,0	407,6	400,6	404,1	228,6	210,5	443,3	115,2	157,3	136,6	160,0	162,2	161,2	192,3	198,7	195,5
- gripes+																		
- gripes																		
- asma+																		
- asma																		
brônq.	29,9		14,8	58,7	38,0	48,3	63,8	34,9	49,5	20,8	25,0	22,9	60,9	53,6	56,9	44,3	33,9	39,0
D. Ap. Dig.	59,7	14,7	37,0	35,2	40,9	38,1	67,6	75,7	71,6	88,8	85,1	86,9	97,4	72,9	84,2	78,0	74,6	76,3
- cáries				11,7	11,7	11,7	39,0	29,1	34,1	20,8	29,7	25,3	8,7	3,0	5,6	23,0	22,3	22,6
- outras d. dentes	14,9		7,4	5,9	5,8	5,9	19,0	17,5	18,3	12,5	10,1	11,3	3,5	4,5	4,0	12,4	10,6	11,5
- t. func.																		
gastroint.	14,9		7,4	8,8	11,7	10,2	1,9	10,7	6,2	22,2	21,6	21,9	26,1	34,2	30,5	15,3	19,5	17,4
D. Ap. G. Urin.	29,9		14,8	5,8	11,7	8,8	12,4	32,0	22,1	9,7	95,2	53,0	15,7	71,4	45,7	11,5	62,9	37,6
Compl. Grav.								1,0	0,5		13,5	6,8					5,8	3,0
D. da Pele	29,9	44,1	37,0	26,4	26,3	26,4	21,9	23,3	22,3	14,6	25,7	20,2	22,6	31,3	27,3	19,6	26,4	23,1
D. S. Osteom.				2,9	11,7	7,3	17,1	21,3	19,2	62,5	133,7	98,6	165,2	346,7	263,0	58,7	127,2	93,5
- lumbalgias							3,8	6,8	5,3	35,4	75,6	55,8	64,3	120,5	94,6	26,5	55,6	32,8
- reumatismos							6,7	3,9	5,3	4,2	14,2	9,2	29,6	78,9	56,1	8,6	21,7	15,3
Anom. Congen.	14,9		7,4	8,8	11,7	10,2	2,9	3,9	3,4	0,7	2,7	1,7				2,3	3,3	2,8
S.S. mal.def.	119,4	147,1	133,3	79,2	105,3	92,2	81,0	122,2	101,4	136,7	247,1	192,7	241,7	400,3	327,2	131,3	224,5	178,7
- nevrosismo				5,9	14,6	10,2	10,5	20,4	15,4	27,1	60,8	44,1	27,8	99,7	66,6	19,6	50,9	35,5
- cefaléia							2,9	2,9	13,0	21,5	52,7	37,3	24,3	41,7	33,7	15,8	34,5	25,3
- dor abd.	14,9	58,8	37,0	5,9	11,7	8,8	9,5	6,8	8,2	2,8	13,5	8,2	10,4	8,9	9,6	6,6	11,4	9,1
- tosse		14,7	7,4		5,8	2,9	7,6	2,9	5,3	9,7	1,4	5,5	27,8	13,4	20,0	10,9	4,7	7,8
Lesões e Envenen.	74,6	14,7	44,4	82,1	55,6	68,8	69,5	41,7	55,7	84,0	48,6	66,1	140,9	129,5	134,7	88,7	61,8	75,0
Total	940,3	602,9	770,4	815,2	833,3	824,3	637,1	676,0	656,4	669,0	1055,4	865,8	1351,8	1946,4	1672,0	791,9	1084,3	940,6
Pop.amostra	67	68	135	341	342	683	1050	1031	2081	1441	1481	2922	575	672	1247	3474	3594	7068*

* Falaram 7 pessoas sem especificação da idade e/ou sexo.

Em relação às doenças do aparelho circulatório, a hipertensão arterial representou 5,3% do total de queixas referidas (Tabela 5) sendo cinco vezes maior o coeficiente quando comparado o grupo de 50 anos e mais com o de 20 a 50 anos, e o do sexo feminino, sempre maior do que o masculino (Tabela 6). Estudo sobre hipertensão realizado posteriormente com a mesma população e complementado com as medidas da pressão arterial mostrou coeficientes de prevalência de 123/mil pessoas acima de 16 anos, contra 49,6/mil entrevistados deste estudo*.

O capítulo de doenças que segue é o do aparelho digestivo, cujo coeficiente foi de 76,2/mil pessoas aumentando com a idade e representando 8,1% do total de queixas, destacando-se as referências às cáries e aos transtornos funcionais (Tabelas 5 e 6).

Em outros trabalhos^{6,8,26}, as doenças do aparelho digestivo têm ocupado as primeiras posições, porém sem a especificação dos principais problemas deste capítulo.

Finalmente, entre os capítulos que merecem referência, cita-se "Lesões e Envenenamentos" com o coeficiente de 21,9/mil pessoas e representando 8% do total de queixas. Nesse capítulo os homens apresentaram maior número de episódios, sugerindo que dada a evidência desse tipo específico de

agravo, a resposta delegada (proxy-responding) parece interferir menos que nos demais.

Carvalho^{6,8} encontrou resultados percentuais semelhantes para esse capítulo em Vila Lobato e Vila Guataparã, enquanto em Ribeirão Preto esse valor foi de apenas 2,0%.

Os demais capítulos têm freqüências baixas, totalizando apenas 14,7% das queixas. Vale ressaltar a pouca representatividade das doenças infecciosas (3,3%) quando comparadas aos outros trabalhos em países em desenvolvimento.

Em relação à escolaridade, os episódios morbidos segundo os capítulos da CID apresentaram os coeficientes constantes da Tabela 7. Repetindo o que foi visto anteriormente, em relação à Tabela 3, os analfabetos apresentaram o maior coeficiente de queixas (1.775,7/mil analfabetos). Essa mesma situação se repete nos capítulos relativos a sinais e sintomas mal definidos, doenças do sistema osteomuscular, doenças do aparelho circulatório e lesões e envenenamentos. Em grau menor, o mesmo acontece em relação aos mesmos capítulos com o grupo de escolaridade até quarta série incompleta. A suposição possível de que o baixo nível de escolaridade esteja associado com piores condições de vida, que se expressariam através de um maior coe-

Tabela 7. Distribuição dos coeficientes (por mil pessoas) dos episódios morbidos, segundo os capítulos da CID e a escolaridade dos entrevistados.

Capítulos da CID	Grau de Escolaridade						Total*
	< 7 a.	Analf.	até 4ª série inc.	até coleg. inc.	até super. inc.	super. comp.	
Doenças Apar.Resp.	359,2	163,6	220,1	142,4	139,4	157,6	195,8
Sinais Sintomas mal def.	93,3	393,1	222,8	181,1	122,1	131,8	178,8
Doenças Osteo-musc. e Tec. Conj.	7,8	300,8	120,9	94,0	73,3	77,2	93,8
Doenças Sist.Nerv. e órgãos sent.	49,2	163,6	116,8	91,7	63,2	109,3	91,8
Doenças Ap. Circ.	-	345,6	146,1	84,8	37,4	45,0	91,2
Doenças Ap.Digest.	45,8	95,0	78,1	80,5	89,1	93,2	76,5
Lesões e Env.	69,1	137,2	84,2	76,2	35,9	57,9	75,2
Doenças Ap.Genito-Urin.	11,2	47,5	34,6	49,7	28,7	38,6	37,5
Doenças Infec. e Parasit.	88,1	15,8	31,9	15,6	12,9	19,3	30,8
Doenças Pele e tec. Cel.Sub.	26,8	21,1	23,8	21,2	24,4	25,7	23,2
Doenças G. Endocr.	2,6	52,8	25,8	12,2	14,4	19,3	16,2
Transt.Mentais	10,4	21,1	18,3	11,2	4,3	9,6	12,4
Doenças Sangue	12,1	7,9	10,9	7,3	2,9	6,4	8,4
Compl.Gravidez	-	2,6	2,0	3,6	5,7	6,4	3,0
Anom.Congen.	9,5	2,6	2,0	0,7	1,4	6,4	2,8
Neoplasmas	-	5,3	2,0	1,3	1,4	-	1,4
Total	785,0	1.775,7	1.140,6	873,5	656,6	803,8	938,9
Pop.amostra	1.158	379	1.472	3.020	696	311	7.036**

* Foram excluídas do total, em cada capítulo, as queixas sem informação da escolaridade (total de 42 queixas).

** Foram excluídos 38 casos, sem informação da escolaridade, do total de 7.074 pessoas.

* Habermann, F. - Relatório Projeto FINEP - Dados Inéditos.

ficiente de morbidade, maior exposição aos efeitos de ocupações pouco qualificadas porém de maior esforço físico, de maior exposição aos acidentes e maior grau de estresse, fica prejudicada, conforme comentário anterior, pela predominância de pessoas maiores de 50 anos e de mulheres entre os entrevistados com ausência ou baixa escolaridade.

Além disso, a impossibilidade de associação neste trabalho, da escolaridade com a ocupação e a restrição da análise a cada variável sócio-econômica, não permitem avaliar a hipótese anteriormente levantada. Recentemente, autores, como Barros², vêm tentando utilizar classe social ao invés de estratos sócio-econômicos constituídos pelas variáveis citadas para melhor avaliar a influência da qualidade de vida na saúde da população.

Conforme já comentado em relação à Tabela 4, a variável renda per capita analisada isoladamente, no presente estudo, não se mostrou discriminatória, também em relação aos capítulos da CID, como mostra a Tabela 8.

Considerações Gerais

O presente trabalho evidencia algumas limitações metodológicas que dificultam a análise comparativa com trabalhos semelhantes de outras localidades. Poder-se-ia citar como exemplo a questão do informante que freqüentemente é uma única pessoa responsável pelo conjunto familiar, o que traz a possibilidade de subenumeração dos episódios mórbidos. Uma questão maior se refere à conceituação das questões formuladas, o que pode levar à impossibilidade de comparações consistentes, como por exemplo o que vem a ser "episódio mórbido". Esta questão se complica no momento da classificação desses episódios. As variáveis sócio-econômicas também padecem da incomparabilidade, na medida em que cada trabalho realizado apresenta variáveis diferentes abordadas de diferentes maneiras, além de não permitirem uma visão global da qualidade de vida, na medida em que acabam sendo analisadas individualmente.

Por tudo isso é evidente a necessidade de uma padronização metodológica desse tipo de levantamento epidemiológico que, como foi salientado desde a introdução, possibilita o diagnóstico das condições de saúde da população geral e não apenas de demandas de serviços, contribuindo para a análise da determinação social do processo saúde-doença e podendo subsidiar o planejamento em saúde.

Agradecimentos

Ao Sr. Fernão Dias de Lima, pelo seu empenho na recuperação do banco de dados, sem o que seria impossível realizar esse trabalho; às Sras. Rosângela

Tabela 8. Distribuição dos coeficientes (por mil pessoas) dos episódios mórbidos, segundo capítulos da CID e a renda per capita dos entrevistados.

Capítulos CID	Renda per capita				Total e até 1 s.m. (**)
	sem renda 1 s.m.	1 a 3 s.m.	3 a 5 s.m.	5 e + s.m.	
Doenças Ap.Resp. Sint., Sinais e afec.mal defin.	200,6	189,4	176,9	207,3	194,4
Doenças Osteo-Musc. e do Tec.Conjunt.	181,0	187,6	161,0	126,0	180,0
Doenças Sist.Nervoso e O. dos Sentidos	91,7	97,7	75,5	130,1	94,3
Doenças Ap.Circulat.	83,9	98,4	109,3	97,6	92,2
Doenças Ap.Digestivo Lesões e Enven.	88,1	99,8	77,5	73,2	91,6
Doenças Ap.Gen.Urin.	75,6	78,2	83,5	69,1	77,0
Doenças Infec.Parasit.	76,5	76,1	67,6	73,2	75,6
Doenças Pele e Tec.	30,6	42,8	41,7	65,0	37,6
Cel.Subc.	34,5	29,0	19,9	24,4	30,9
Doenças G.Endoc.	24,4	23,0	25,8	8,1	23,4
Transt.Mentais	12,8	17,7	27,8	24,4	16,3
Doenças Sangue e Órgãos Hemat.	14,9	12,7	15,9	16,3	14,1
Comp.Gravidez	11,3	5,7	8,0	4,1	8,5
Anom.Congenitas	2,1	5,0	-	-	3,0
Neoplasmas	1,8	3,5	2,0	12,2	2,9
	0,9	2,1	2,0		1,4
Total	930,6	968,8	894,6	930,9	958,9
Pop. amostra	3.360	2.825	503	2466	934*

* Foram excluídas 139 pessoas sem informação de renda per capita.

** Foram excluídas do total, em cada capítulo, as queixas sem informação da renda per capita (total: 109 queixas).

Maria Giarola, Maria de Lourdes Silveira, Natalina de Castro Meneghini, Maria Luiza Neris e Mariângela Baldini Levy, que tornaram possível a execução de campo, classificação e processamento deste trabalho.

LEBRÃO, M.L. et al. [Analysis of standards of living and health in the urban population of Botucatu, S. Paulo State (Brazil). IV - Referred morbidity in household interviews, 1983-1984]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 25: 452-60, 1991. The objective of the study was to analyse the referred morbidity of the urban population resident in the city of Botucatu, S. Paulo State, Brazil for the period 1983-1984 was analysed. Data was obtained from a sample population of 7,075 persons (12 per cent of the population) by means of household interviews using two pre-codified questionnaires applied by trained lay interviews under supervision. The recall period of the events was fixed at three weeks. The variables studied were: sex, age, schooling, "per capita" income, and referred morbidity (complaints, symptoms, common accidents, and diagnoses). The results showed that 56 percent reported episodes of illness to a total of 6,649. Women of 50 or more years old presented the highest frequency of complaints. There was no variation of occurrence of episodes in terms of "per capita" income. The prevalence of

illness episodes was 939 per thousand persons. There was a predominance of complaints relating to the respiratory system (20 per cent of complaints), mainly acute respiratory infections; on a second level was signs, symptoms and ill-defined conditions (19 per cent), followed by diseases of the musculoskeletal system, of the nervous system and of the circulatory system (about 9%) and, finally, diseases of the digestive system and lesions and poisoning (8%). Specific rates of prevalence according to groups of diseases (ICD) and to the variables of study were estimated. The difficulties of comparing these results with those given by other works, because of the lack of homogeneity in the criteria adopted for obtaining information, are commented on. It is concluded that there is a need for a standardized procedure in any study of referred morbidity because of its epidemiological importance and its use in health planning.

Keywords: Morbidity. Interviews. Health surveys.

Referências Bibliográficas

- ADAMS, P.F. & BENSON, V. Current estimates from the national health interview survey, 1989. *Vital Hlth Statist. Ser. 10* (176) 1990.
- BARROS, M.B.A. Saúde e classe social: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos. Ribeirão Preto, 1983. [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP].
- BARROS, M.B.A. & CARVALHEIRO, J. da R. Entrevistas domiciliares e o ensino e pesquisa em epidemiologia. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 18: 411-7, 1984.
- CALIXTO, A.G.Z. Atenção primária à saúde: a avaliação da resolatividade médica de um centro municipal de saúde de Botucatu - SP. Ribeirão Preto, 1990. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP].
- CARANDINA, L.; SANCHES, O.; CARVALHEIRO, J. da R. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, SP. I - Descrição do plano amostral e avaliação da amostra. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 20: 465-74, 1986.
- CARVALHEIRO, J. da R. Levantamento de condições de saúde por entrevistas domiciliares. Ribeirão Preto, 1975. [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP].
- CARVALHEIRO, J. da R. & SANCHES, O. Amostragem domiciliar contínua em estudos epidemiológicos e no ensino. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 13: 195-202, 1979.
- CARVALHEIRO, J. da R. & CARVALHEIRO, C.D.G. Medidas de morbidade produzidas por duas fontes diversas, Ribeirão Preto, SP (Brasil), 1975. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 13: 265-70, 1979.
- CARVALHEIRO, J. da R.; CARVALHEIRO, C.D.G.; XAVIER, A.R.; COSTA, J.C. da. Contribuição das doenças infecciosas e parasitárias na morbi-mortalidade de Ribeirão Preto, S.P. (Brasil). *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 13: 203-7, 1979.
- CARVALHEIRO, J. da R. Investigação epidemiológica e entrevistas domiciliares. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 15: 543-50, 1981.
- CARVALHO, F.M.; SILVANY NETO, A.M.; PAIM, J.S.; MELO, A.M.C.; AZARO, M.G.A. Morbidade referida e utilização de consulta médica em cinco populações do Estado da Bahia. *Ciênc. e Cult.*, 40: 853-8, 1988.
- COBB, S. & ROSENBAUM, J. A comparison of specific symptom data obtained by nonmedical interviewers and by physicians. *J. Chron. Dis.*, 4: 245-52, 1956.
- FELDMAN, J.J. The household interview survey as a technique for the collection of morbidity data. *J. Chron. Dis.*, 11: 535-57, 1960.
- FORSTER, A.C. Cobertura dos serviços de imunização de Ribeirão Preto através de entrevistas domiciliares. Ribeirão Preto, 1979. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP].
- FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO (FUNDAP). Seminário interinstitucional sobre pesquisas de morbidade. Texto-base. São Paulo, 1984. [Mimeografado].
- GUEDES, J. da S. Contribuição para o estudo da evolução do nível de saúde do Estado de São Paulo: análise das regiões administrativas (1950-1970). São Paulo, 1972. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- HANSON, R.H. & MARKS, E.S. Influence of the interviewer on the accuracy of survey results. *J. Amer. statist. Ass.*, 53: 635-59, 1958.
- KOHN, R. & WHITE, K.L., ed. *Use of health services: an international collaborative study; report of the World Health Organization/International Collaborative Study of Medical Care Utilization*. Oxford, Oxford University Press, 1976.
- KROEGER, A. Errores de respuesta y otros problemas de las encuestas de salud mediante entrevista en los países en desarrollo. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, 100: 253-82, 1986.
- LAURELL, A.C.; BLANDO, A.B. & HEREDIA DUARTE, A. El desarrollo urbano y los patrones farmacéuticos. *Salud publ. Méx.*, 19: 397-410, 1977.
- MANUAL da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbitos; 9ª revisão, 1975. São Paulo, Centro da O.M.S. para Classificação de Doenças em Português/Ministério da Saúde/Universidade de São Paulo/Organização Panamericana da Saúde, 1980. 2v.
- MATTAR, N. Incidência de meningite em diversos grupos da população de Ribeirão Preto, 1978. Ribeirão Preto, 1978. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP].
- MEDICI, A.C. Aspectos sócio-econômicos da morbidade no Brasil: uma contribuição aos estudos sobre população e saúde (o caso do Nordeste). *Saúde Deb.*, (30): 40-51, 1990.
- MORBIDADE hospitalar na rede contratada do INAMPS. *RADIS-Dados FIOCRUZ*, Rio de Janeiro, 6 (12) 1988.
- RAMOS, M.C. Sintomas respiratórios na população da cidade de Ribeirão Preto, SP (Brasil). Resultados da aplicação de um questionário padronizado. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 17: 41-50, 1983.
- ROSS, D.A. & VAUGHAN, J.P. Health interview surveys in developing countries: a methodological interview with recommendations for future surveys. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1984. (E.P.C. Publication nº 4).
- RUFFINO NETTO, A. & CARVALHEIRO, J. da R. Doenças do aparelho respiratório e infecciosas e parasitárias na morbidade referida. *Rev. Med.*, Ribeirão Preto, 15 (2): 79-83, 1982.
- WHITE, K.L.; ANDJELKONIC, M.D.; PEARSON, R.J.C.; MARBRY, J.H.; ROSS, A.; SAGEN, O.K. International parisons of medical care utilization. *New Engl. J. Med.*, 277: 516-22, 1967.
- WHITE, K.L.; ANDERSON, D.O.; BICE, T.W.; KALIMO, E.; SCHACH, E. Health care: an international comparison of perceived morbidity, health services resources and use. *Int. J. Hlth Serv.*, 6: 199-218, 1976.

Recebido para publicação em 22/04/1991.

Reapresentado em 06/09/1991.

Aprovado para publicação em 23/09/1991.