

Prevalência de doenças crônicas em octogenários: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019

Prevalence of chronic diseases in octogenarians: data from the National Health Survey 2019

Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco (<http://orcid.org/0000-0001-7361-9961>)¹
 Daniela de Assumpção (<http://orcid.org/0000-0003-1813-996X>)¹
 Aldiane Gomes de Macedo Bacurau (<https://orcid.org/0000-0002-6671-2284>)¹
 Anita Liberalesso Neri (<https://orcid.org/0000-0002-6833-7668>)¹
 Deborah Carvalho Malta (<http://orcid.org/0000-0002-8214-5734>)²
 Flávia Silva Arbex Borim (<http://orcid.org/0000-0001-7316-1145>)^{1,3}

Abstract *This article aims to estimate the prevalence of chronic diseases/conditions in octogenarians according to sex, age groups and private health insurance, and its relationship with difficulty in performing usual activities. Cross-sectional population-based study with elderly data (n = 6,098) from the National Health Survey (PNS) 2019. Prevalences and 95% confidence intervals were estimated. The prevalences were: hypertension 61.7%, chronic back problem 30.0%, hypercholesterolemia 22.0%, diabetes 20.3%; arthritis/rheumatism 19.4%, heart disease 19.3%, depression 9.4%, cancer 8.9%, cerebrovascular accident (CA) 7.5%, asthma 4.9%, lung disease (LD) 4.2% and kidney failure (KF) 3.0%. Hypertension, chronic back problem, hypercholesterolemia, major arthritis/rheumatism and depression in women, and cancer in men. Major heart disease, hypercholesterolemia, arthritis/rheumatism, KF, cancer and depression in those with private health insurance. Restriction of usual activities 14.8%, more frequent in cardiac patients, with chronic back problem, arthritis/rheumatism, KF, depression, CA, cancer and LD. There were higher prevalences in women and in those who have health insurance. Difficulties in usual activities related to diseases demand the expansion of care for the older adults.*

Key words *Noncommunicable diseases, Aged, 80 and over, Health services needs and demand*

Resumo *O objetivo deste artigo é estimar a prevalência de doenças/condições crônicas em octogenários segundo sexo, faixas etárias e plano de saúde, e sua relação com a dificuldade para realização de atividades habituais. Estudo transversal de base populacional com dados de idosos (n = 6.098) da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Estimaram-se as prevalências e intervalos de confiança de 95%. As prevalências foram: hipertensão 61,7%, problema de coluna 30,0%, hipercolesterolemia 22,0%, diabetes 20,3%, artrite/reumatismo 19,4%, cardiopatias 19,3%, depressão 9,4%, câncer 8,9%, AVC 7,5%, asma 4,9%, doença pulmonar (DP) 4,2% e insuficiência renal (IR) 3,0%. Hipertensão, problema de coluna, hipercolesterolemia, artrite/reumatismo e depressão maiores nas mulheres, e câncer nos homens. Cardiopatias, hipercolesterolemia, artrite/reumatismo, IR, câncer e depressão maiores naqueles com plano de saúde. Restrição de atividades habituais, 14,8% mais frequente nos cardiopatas, com problema de coluna, artrite/reumatismo, IR, depressão, AVC, câncer e DP. Observaram-se maiores prevalências nas mulheres e nos que possuem plano de saúde. Dificuldades para atividades habituais relacionadas às doenças demandam a ampliação do cuidado aos mais idosos.*

Palavras-chave *Doenças não transmissíveis, Idoso de 80 anos ou mais, Necessidades e demandas de serviços de saúde*

¹ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. R. Tessália Vieira de Camargo 126, Cidade Universitária. 13083-887 Campinas SP Brasil. primaria@fcm.unicamp.br

² Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

³ Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

Introdução

Na atualidade, o número de pessoas idosas aumenta exponencialmente, sobretudo nas Américas, muitas delas em situações socioeconômicas complexas^{1,2}. Historicamente, a segurança da renda em idade avançada tem sido foco de políticas sociais na América Latina, com desigualdades marcadas entre os países. As tendências demográficas apontam para a participação da população com idade ≥ 65 anos crescendo de forma sustentada, com implicações nos recursos necessários para garantir a segurança de renda e o cuidado em saúde³.

Estimativas projetadas para o Brasil apontam que em 2030 o percentual de indivíduos com idade ≥ 60 anos deve chegar a 18,7%, e cerca de 6.852.053 idosos (3,05%) terão 80 anos ou mais⁴. Embora o envelhecimento não seja sinônimo de adoecimento², com a maior longevidade da população observa-se o aumento da prevalência de doenças e de outras condições crônicas nessa população⁵⁻⁷, bem como a necessidade de acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos².

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) – que incluem as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer, doença respiratória crônica, entre outras – representam a maior carga de morbimortalidade no mundo (70% das mortes globais)^{8,9}, e no Brasil correspondem a 76% das causas de morte¹⁰⁻¹⁴. Essas doenças frequentemente provocam consequências funcionais^{15,16} com implicações mais percebidas nos idosos e que podem resultar em perda de qualidade de vida, limitações e incapacidades¹⁶, ocasionando sofrimento e maior vulnerabilidade na velhice. Entre as condições observadas nos idosos com DCNT, destacam-se as restrições para a realização de atividades habituais^{15,16}, impondo novas demandas às famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde^{17,18}.

Em pesquisa realizada na Alemanha com mais de 840 mil idosos que consultaram um clínico geral, as DCNT mais prevalentes nas mulheres com idade maior que 80 anos foram insuficiência cardíaca (55,6%), AVC (49,2%), insuficiência renal crônica (47,9%) e doença coronariana (42,9%), enquanto nos homens destacaram-se a insuficiência cardíaca (38,6%), a insuficiência renal crônica (34,1%), a osteoporose (32,9%) e o AVC (31,5%)¹⁹. Para o conjunto dos idosos europeus com 75 anos ou mais, foram observadas maiores prevalências de hipertensão arterial (52,1%), artrose (43,4%), problemas na coluna (38,8%) e no

pescoço (26,0%), seguido de incontinência urinária (21,1%)²⁰.

No Brasil, estudo comparativo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 e 2008 apontou o aumento das prevalências de DCNT com a idade para a maior parte das doenças pesquisadas, como artrite/reumatismo, doenças do coração, insuficiência renal crônica e câncer. Para a população com idade ≥ 80 anos, em 2008, as principais doenças crônicas observadas foram, em ordem de importância: hipertensão arterial (55,8%), doença de coluna/costas (33,9%), artrite/reumatismo (31,5%), doença do coração (25,3%) e diabetes *mellitus* (15,5%)⁵.

Dados do Estudo Fibra 80+ Campinas, realizado entre 2016 e 2017, mostraram maior frequência de hipertensão arterial (68,1%), artrite/reumatismo (36,1%), osteoporose (31,9%), diabetes *mellitus* (25,9%), doença do coração (20,6%) e depressão (16,4%) entre os muito idosos²¹. No estudo EpiFloripa Idoso (2009-2010) foram encontrados percentuais mais elevados de hipertensão arterial (62,9%), doença de coluna (47,9%), doença cardiovascular (39,2%), artrite/reumatismo (34,1%), depressão (24,1%) e diabetes (23,9%) para os idosos com 80 anos ou mais²².

Não há estimativas recentes sobre a prevalência de DCNT específicas para a população muito idosa (idade ≥ 80 anos) no Brasil e, com o aumento dos octogenários, espera-se maior uso de serviços de saúde com a necessidade do cuidado ampliado, que, para além do controle das condições crônicas e incapacidades decorrentes da própria doença, deve considerar suas condições socioeconômicas, que são em geral desfavoráveis²². Além disso, deve-se considerar o impacto das DCNT sobre a dificuldade de execução de atividades habituais, com elevação da prevalência já em idades mais precoces e gradiente positivo segundo o número de doenças (sem DCNT, 4,1%; uma DCNT, 9,1%; duas, 13,3%; três, 21,2%; quatro ou mais, 28,2%)¹⁸. O objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência das principais doenças e condições crônicas em idosos com idade ≥ 80 anos segundo sexo, faixas etárias e posse de plano de saúde, bem como sua relação com dificuldade para realização de atividades habituais.

Métodos

Estudo realizado com dados de domínio público de idosos (≥ 80 anos) que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde (n = 6.098), inquérito

de base domiciliar realizado no Brasil entre 2019-2020^{7,23}.

Na Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (PNS 2019), foram incluídos indivíduos com idade ≥ 15 anos, residentes em domicílios particulares permanentes. Utilizou-se questionário com módulos orientados para obtenção de informações sobre (i) o domicílio, (ii) todos os moradores do domicílio – dados socioeconômicos e de saúde (morador com idade ≥ 18 anos – *proxy*), e (iii) morador selecionado (idade ≥ 15 anos), que respondeu questões sobre o estilo de vida, DCNT, percepção do estado de saúde, etc.^{7,23}

Essa pesquisa obteve uma amostra representativa da população por meio de um plano amostral por conglomerado em três estágios, com estratificação das unidades primárias de amostragem (UPA) – setores censitários ou conjunto de setores – e, no segundo estágio, selecionaram-se os domicílios do Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos por amostragem aleatória simples. Em seguida, de cada domicílio, aleatoriamente, foi selecionado um morador com idade ≥ 15 anos, com base em uma lista de moradores obtida durante a entrevista. O histórico e detalhamento de aspectos relacionados à PNS 2019 encontram-se publicados em trabalhos anteriores^{7,23}.

Neste estudo, foram considerados dados de indivíduos com idade ≥ 80 anos ($n = 6.098$) e as seguintes doenças/condições crônicas: hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doença do coração (infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra), hipercolesterolemia, AVC, asma, artrite ou reumatismo, câncer, insuficiência renal crônica, problema crônico de coluna, depressão, doença no pulmão (enfisema pulmonar, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica [DPOC]) e câncer. Para todas essas condições, a pergunta se referia ao diagnóstico médico prévio autorreferido, exceto problema crônico de coluna, que foi autodeclarado. Para depressão, a PNS considerou o diagnóstico prévio de médico/profissional de saúde mental (psiquiatra/psicólogo).

Para este estudo, ainda foram consideradas as variáveis: sexo (masculino, feminino), faixas etárias (80 a 84, ≥ 85 anos), plano de saúde médico (não, sim) e dificuldade para realizar atividades habituais, obtida pela questão: *Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo da própria saúde?*, considerando-se atividades de trabalho, lazer, afazeres domésticos etc. (não, sim).

Estimaram-se as prevalências das doenças/condições específicas e intervalos de confiança de 95% (IC95%), segundo sexo, faixas etárias e

posse de plano de saúde médico. Na comparação entre as proporções, assim como para verificar a associação das doenças/condições com a dificuldade para realizar atividades, foi usado o teste qui-quadrado de Pearson (Rao-Scott) com nível de significância de 5%. Para estimar o número absoluto de idosos com dificuldades de realização de atividades habituais, utilizou-se a projeção populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para pessoas com idade ≥ 80 anos relativa ao ano de 2019, e foram aplicadas as estimativas de prevalência das doenças/condições crônicas obtidas com os dados da PNS usados neste estudo. Todas as análises estatísticas foram realizadas no programa Stata, versão 14 (módulo *survey*), considerando-se os efeitos da estratificação e dos conglomerados na estimação dos indicadores e suas medidas de precisão (IC95%), relativos ao delineamento complexo da pesquisa²³.

A PNS foi aprovada na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Processo 3.529.376 de 23/8/2019). Todos os entrevistados foram previamente consultados, esclarecidos e aceitaram participar da pesquisa.

Resultados

Nos indivíduos mais idosos, a média de idade foi de 85 anos (sem diferença entre os sexos), aproximadamente 62,0% eram mulheres, 78,7% sem instrução ou com ensino fundamental incompleto e 68,2% não tinham plano de saúde médico. As prevalências das doenças/condições foram: hipertensão 61,7% (IC95%: 59,1-64,2), problema de coluna 30,0% (IC95%: 27,6-32,5), hipercolesterolemia 22,0% (IC95%: 20,0-24,1), diabetes 20,3% (IC95%: 18,2-22,6), artrite/reumatismo 19,4% (IC95%: 17,4-21,6), cardiopatias 19,3% (IC95%: 17,2-21,6), depressão 9,4% (IC95%: 7,9-11,1), câncer 8,9% (IC95%: 7,6-10,4), AVC 7,5% (IC95%: 6,3-8,9), asma 4,9% (IC95%: 3,9-6,1), doença pulmonar 4,2% (IC95%: 3,2-5,4) e insuficiência renal 3,0% (IC95%: 2,3-3,9) (Tabela 1).

Nas comparações em relação ao sexo, as prevalências de hipertensão, problema de coluna, hipercolesterolemia, artrite/reumatismo e depressão foram maiores nas mulheres ($p < 0,001$), exceto o câncer, que foi maior nos homens ($p = 0,012$) (Tabela 1). Quanto às faixas etárias, para hipercolesterolemia as diferenças observadas estiveram no limite da significância estatística ($p = 0,049$) (Gráfico 1). Em relação à posse de plano de saúde médico, maiores prevalências foram ob-

servadas entre aqueles com doença do coração ($p = 0,001$), hipercolesterolemia ($p = 0,023$), artrite/reumatismo ($p = 0,011$), insuficiência renal ($p = 0,003$), câncer ($p < 0,001$) e depressão ($p = 0,004$) (Gráfico 2).

Para o conjunto dos idosos, 14,8% relataram que deixaram de realizar atividades habituais, o que ocorreu com mais frequência entre aqueles com cardiopatias, problema de coluna, artrite/reumatismo, insuficiência renal, depressão, AVC,

Tabela 1. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos muito idosos (idade ≥ 80 anos), segundo sexo. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Doenças/condições crônicas	Total % (IC95%)	Masculino % (IC95%)	Feminino % (IC95%)	Valor-p
Hipertensão arterial	61,7 (59,0-64,2)	54,1 (49,8-58,4)	66,7 (63,7-69,5)	< 0,001
Diabetes <i>mellitus</i>	20,3 (18,2-22,6)	19,2 (15,6-23,5)	21,0 (18,4-23,8)	0,478
Doença do coração	19,3 (17,2-21,6)	16,5 (13,2-20,5)	21,1 (18,5-24,0)	0,058
Acidente vascular cerebral	7,5 (6,3-8,9)	8,0 (6,1-10,5)	7,1 (5,7-8,9)	0,507
Asma	4,9 (3,9-6,1)	4,7(3,2-7,1)	5,0 (3,7-6,6)	0,856
Artrite/reumatismo	19,4 (17,4-21,6)	8,1 (6,3-10,3)	27,1 (24,1-30,2)	< 0,001
Problema na coluna	30,0 (27,6-32,5)	20,3 (16,8-24,3)	36,5 (33,3-39,7)	< 0,001
Colesterol alto	22,0 (20,0-24,1)	14,2 (11,5-17,5)	27,1 (24,4-29,9)	< 0,001
Insuficiência renal	3,0 (2,3-3,9)	3,2 (2,1-4,9)	2,9 (2,1-4,0)	0,766
Doença do pulmão	4,2 (3,2-5,4)	4,8 (3,3-6,9)	3,8 (2,6-5,3)	0,369
Câncer	8,9 (7,6-10,4)	11,2 (8,8-14,2)	7,3 (5,9-9,1)	0,012
Depressão	9,4 (7,9-11,1)	5,9 (4,1-8,3)	11,7 (9,6-14,1)	< 0,001

Fonte: Autores.

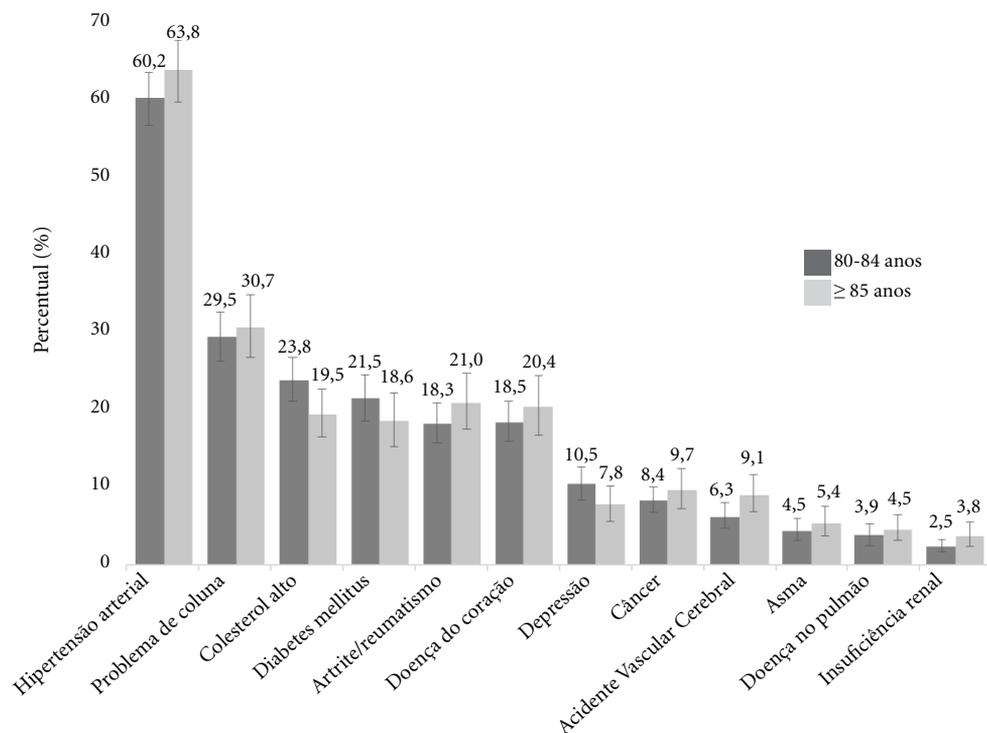


Gráfico 1. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos muito idosos (idade ≥ 80 anos), segundo faixas etárias. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Fonte: Autores.

câncer e doença pulmonar ($p < 0,05$). Projeções em números absolutos para a limitação referida

entre idosos muito idosos, de acordo com as DCNT, são apresentadas no Gráfico 3.

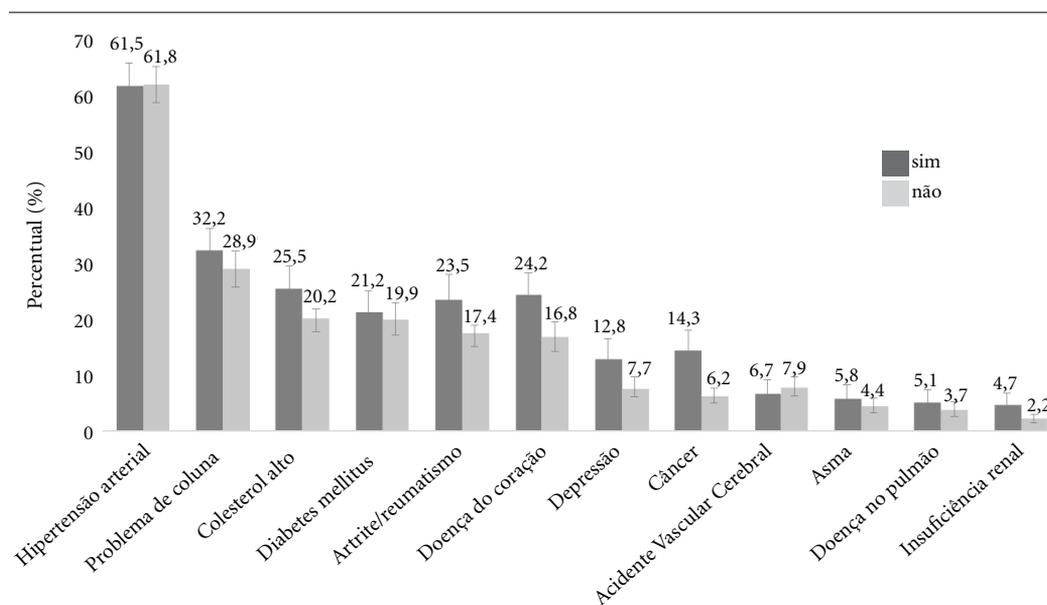


Gráfico 2. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos muito idosos (idade ≥ 80 anos), segundo posse de plano de saúde médico. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Fonte: Autores.

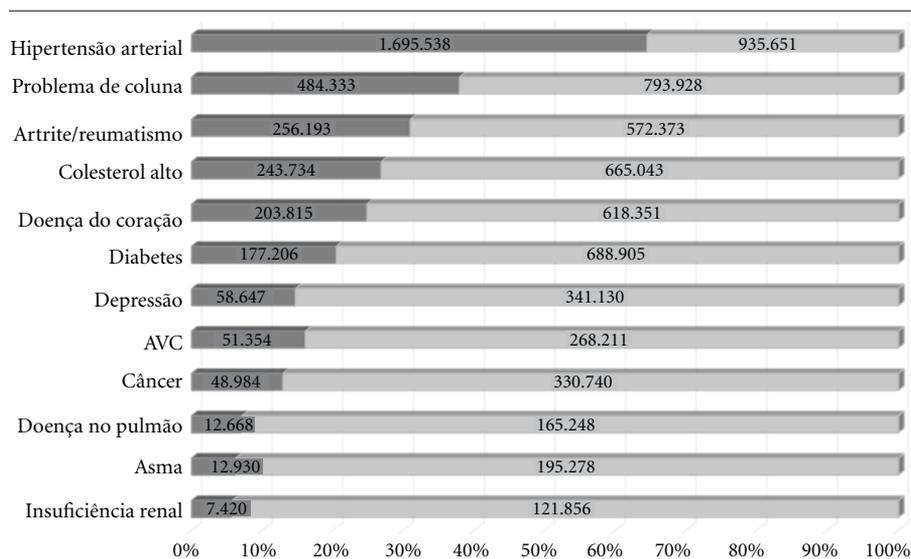


Gráfico 3. Estimativa do número absoluto de idosos muito idosos (idade ≥ 80 anos) com dificuldade para realização de atividades habituais nas duas semanas anteriores à pesquisa, segundo DCNT. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Nota: estimativas aplicadas às projeções populacionais do IBGE para o conjunto de idosos com idade ≥ 80 anos; AVC – acidente vascular cerebral.

Fonte: Autores.

Discussão

Este estudo analisou os dados da PNS 2019 referentes à ocorrência das DCNT em idosos com 80 anos e mais. As prevalências autorreferidas de DCNT foram elevadas, destacando-se a hipertensão arterial em mais da metade da população de idosos, problema de coluna em um terço, prevalências próximas de um quinto para diabetes *mellitus*, artrite/reumatismo, cardiopatias e hipercolesterolemia; e cerca de um décimo dos idosos referiram doenças como depressão, câncer, AVC, asma, doença pulmonar e insuficiência renal. As mulheres apresentaram prevalências mais elevadas do que os homens para a maioria das DCNT, exceto o câncer. Para algumas doenças foram encontradas prevalências mais acentuadas entre os que tinham planos de saúde, e cerca de 15% deixaram de realizar atividades habituais por motivos de saúde.

O padrão observado para a frequência das doenças crônicas não transmissíveis nos muitos idosos no Brasil foi similar ao observado em estudo⁵ com outras pesquisas nacionais, como a PNAD 2003 e 2008, no entanto, observou-se claro aumento das prevalências de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e câncer neste estudo com dados da PNS 2019. Problemas de coluna se mantiveram em torno de 30%, artrite/reumatismo (31,3% vs. 19,4%) e doença do coração (25,3% vs. 19,3%) parecem ter reduzido (PNAD 2008 e PNS 2019, respectivamente), e as demais doenças/condições crônicas permaneceram estáveis, comparativamente⁵. Em octogenários do município de Campinas/SP, avaliados pelo Estudo Fibras 80+, as prevalências de hipertensão arterial (68,1%; IC95%: 60,5-74,7), diabetes *mellitus* (25,9%; 19,8-33,1), doença do coração (20,6%; IC95%: 15,1-27,5) e câncer (8,5%; IC95%: 5,1-13,8) foram semelhantes às encontradas no presente estudo. Para artrite/reumatismo, a prevalência foi de 36,1% (IC95%: 29,1-43,8), superior à identificada nesta pesquisa²¹.

No que se refere às diferenças em relação ao sexo, foram observadas maiores prevalências de hipertensão arterial, hipercolesterolemia, artrite/reumatismo, dor na coluna e depressão nas mulheres. Dados do Estudo Fibras 80+ também mostraram maior prevalência de artrite/reumatismo entre as mulheres e maior ocorrência de câncer nos homens²¹. Estudo transversal de base populacional sobre incapacidade funcional, com amostra de 1.136 idosos (≥ 65 anos) com doenças reumáticas, procedentes de sete municípios brasileiros, mostrou que, a partir dos 70 anos de

idade, a doença foi mais prevalente nas mulheres²⁴. Dados da PNS de 2013 mostraram que a prevalência de diagnóstico médico de câncer em homens octogenários foi de 12,1%, enquanto nas mulheres foi de 5,2%. Cabe ressaltar que, entre os tipos de câncer mais prevalentes entre os idosos, destacam-se o câncer de mama e de próstata, com diferenciais na idade do diagnóstico²⁵ e reflexos sobre o tratamento e a sobrevida. De modo geral, diferenças de gênero na saúde dos idosos revelam que as mulheres idosas apresentam maior carga de declínio funcional²⁶, o que pode ser explicado tanto pela maior procura de serviços de saúde pelos idosos, e portanto maior oportunidade de diagnóstico, como pelo aumento da expectativa de vida entre os idosos²⁷.

Neste estudo não foram observadas diferenças no padrão de distribuição por idade conforme doença/condição de saúde considerada, exceto para hipercolesterolemia, mais frequente naqueles com idade entre 80 e 84 anos, no limite da significância estatística. Na Alemanha, as prevalências de alteração no metabolismo de ácidos graxos passaram de 15,6% para 13,6% entre as mulheres de 81 a 84 anos e 85 anos ou mais, respectivamente, e de 13,1% para 7,3% entre os homens (IC95% não apresentados)¹⁹. Para outras DCNT investigadas, as prevalências que mais oscilaram entre as faixas etárias de 81 a 84 anos e ≥ 85 anos foram insuficiência cardíaca (22,3% vs. 33,3%), AVC (20,9% vs. 28,3%) e insuficiência renal crônica (21,4% vs. 26,5%) no sexo feminino, e diabetes (14,1% vs. 8,0%), doença do coração (16,5% vs. 11,3%) e câncer (16,6% vs. 11,4%) no sexo masculino¹⁹.

Maiores prevalências de doença do coração, hipercolesterolemia, artrite/reumatismo, insuficiência renal, câncer e depressão foram observadas nos idosos com planos de saúde médico, o que pode denotar maior acesso a diagnóstico e tratamento para algumas condições crônicas. Entretanto, doenças com prevalências mais elevadas e que demandam muitos retornos à atenção primária à saúde (APS), como hipertensão arterial, diabetes, problemas de coluna, colesterol elevado e outras, não mostraram diferenças segundo posse de plano de saúde, revelando que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem tido boa capacidade de resposta às demandas dos idosos no país. Ressalta-se que a relação entre DCNT específicas e posse de plano de saúde em idosos, e particularmente nesta faixa etária (≥ 80 anos), não foram encontradas descritas na literatura nacional. Estudo da PNS 2013 apontou que, entre os indivíduos que procuraram o serviço de saúde nas

duas semanas prévias à pesquisa, 95,3% (IC95%: 94,9-95,8) conseguiram acesso na primeira vez em que procuraram os serviços de saúde, e as proporções foram maiores no grupo de 60 anos ou mais (96,6%; IC95%: 95,8-97,3)²⁸. Estudo sobre fatores associados a não ter conseguido acesso aos serviços de saúde na população adulta brasileira nas últimas duas semanas revelou que não ter plano de saúde foi um fator independentemente associado (RP = 2,3; 1,7-2,9)²⁹.

Deve-se considerar que a prevalência de uma doença/condição crônica se refere à frequência de casos existentes (antigos e novos) e pode refletir o acúmulo de idosos com DCNT em subgrupos com maior acesso aos serviços – consultas médicas de rotina, hospitalizações etc. – via plano privado de saúde, denotando diferenças no uso de serviços que beneficiam quem tem plano. Além disso, idosos com planos de saúde também podem ter maior oportunidade de acesso aos serviços, por buscarem tanto os serviços ofertados pelo SUS quanto os da saúde suplementar³⁰. Salientamos que não foi encontrado nenhum estudo que tenha analisado a relação entre posse de plano de saúde e doenças crônicas específicas na população idosa, o que demonstra a necessidade de investigação desse tema. Em pesquisa que considerou adultos com 18 anos ou mais não cobertos por plano de saúde, foram observadas maiores razões de prevalência para hipertensão, insuficiência renal crônica, artrite/reumatismo, tuberculose e cirrose, enquanto as prevalências de câncer e tendinite/tendosinovite foram significativamente menores em relação àqueles cobertos por plano de saúde⁵.

Neste estudo, observou-se que quase 70% dos idosos muito idosos não possuíam plano de saúde médico à época da pesquisa, destacando-se a importância do SUS no atendimento à imensa maioria da população idosa no país²⁸. Embora observe-se tendência de redução das desigualdades sociais com o aumento da idade, estas persistem mesmo em menor grau e influenciam o acesso aos serviços de saúde. Deve-se considerar ainda que o valor do contrato de planos privados e seguros de saúde aumenta conforme a idade, privilegiando o acesso aos idosos mais ricos^{31,32}. Somente por meio do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde é possível atenuar as desigualdades que persistem mesmo nas idades mais avançadas. O acesso à assistência aos muito idosos – cuidados na atenção primária (particularmente as visitas domiciliares e a ampliação das equipes multiprofissionais), consultas médicas, medicamentos, testes laboratoriais, prática clíni-

ca e aconselhamento – pode melhorar de forma considerável a qualidade de vida de pessoas com DCNT, aumentando seu bem-estar psicológico, com reflexos na manutenção de competências e na compensação das perdas funcionais nessa fase da vida^{33,34}.

No Brasil, verificou-se a redução da mortalidade por DCNT entre 1990 e 2015¹¹, em parte devido à garantia universal à assistência terapêutica integral, incluindo o acesso gratuito aos medicamentos³⁵. Sabe-se que a prevalência é determinada pela incidência e duração da doença/condição crônica, portanto tais medidas contribuíram para o aumento da prevalência de algumas doenças na população idosa (idade \geq 60 anos)^{7,23} – em particular hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e câncer – comparativamente a 2013 (dados não apresentados), na medida em que se ampliou a evitabilidade dos óbitos.

Observou-se neste estudo que, para o conjunto dos idosos, cerca de 15% deixaram de realizar atividades habituais nas duas semanas prévias à pesquisa, mais frequente entre aqueles com doenças do coração, com problema de coluna, artrite/reumatismo, depressão, AVC, câncer e doença pulmonar. Estudo realizado com dados da PNS 2013 observou que, em adultos com idade \geq 18 anos, as principais doenças que mais limitaram as atividades cotidianas foram as mentais (exceto depressão), AVC, artrite/reumatismo, dor na coluna e insuficiência renal crônica³⁶. Nos idosos com 60 anos e mais, dados da mesma pesquisa (PNS 2013) mostraram prevalência de 11,5% (IC95%: 10,8-12,2) para aqueles que deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde nas últimas duas semanas anteriores à pesquisa²⁸.

Medidas que incluem uma avaliação subjetiva do estado funcional parecem ser preditores mais fortes de uma série de resultados de saúde do que aqueles que contam doenças sem ajuste para a sua gravidade ou impacto³⁷. Ressalta-se, em relação à restrição de atividades habituais por motivos de saúde, que este é um indicador sugerido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para inquéritos de saúde, que avalia a repercussão de determinada doença ou problema nas atividades cotidianas dos indivíduos. Para as doenças crônicas e as limitações nas atividades habituais, destaca-se a importância da abordagem centrada na pessoa para os cuidados de saúde, com uma proposta mais ampla da compreensão do conhecimento, da experiência e da perspectiva do indivíduo. Neste sentido, em relação aos idosos octogenários, é possível que indivíduos

que sobreviveram até os 80 anos apresentem melhor controle da doença, mas tenham limitações para as atividades cotidianas durante um período maior^{27,38}.

As DCNT atingem indivíduos das diversas camadas socioeconômicas, mas de forma mais intensa aqueles pertencentes a grupos vulneráveis – como os idosos que, de modo geral, possuem menor renda e escolaridade^{18,39} que o conjunto da população adulta – e sua ocorrência é muito influenciada pelas condições de vida, pelas desigualdades sociais, não sendo resultado apenas dos estilos de vida³⁹. De acordo com a OMS, pessoas com DCNT têm sua situação de pobreza agravada diante dos maiores gastos familiares com a doença e a procura de serviços, entre outros fatores, constituindo uma barreira importante para a redução da pobreza⁴⁰.

Deve-se considerar que a maioria da população em questão é formada por idosos residentes na comunidade, que o subgrupo de idosos muito idosos cresce em maior proporção e que, embora o manejo das principais doenças/condições que acometem os idosos (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, problema de coluna e hipercolesterolemia) apresentem tratamento e controle por meio do uso apropriado de medicamentos, a prevalência de multimorbidade (ocorrência de duas ou mais doenças crônicas) verificada em estudo com dados de idosos ≥ 80 anos participantes EL-SI-Brasil foi elevada (82,4%)⁴¹. Nesse sentido, para além do acesso e da utilização dos serviços de saúde, deve-se entender a necessidade premente de cuidados domiciliares e comunitários intersetoriais⁴² – com serviços sociais e de saúde coordenados –, nos quais também se incluem os prestados em instalações de vida assistida e de enfermagem, assim como em Centros Dia e núcleos de cuidados paliativos⁴³. O país precisa de políticas de cuidados de longa duração, com modelos de atenção ao cuidado contínuo para os muito idosos, com distintos graus de dependência e acompanhados nos diferentes níveis de complexidade².

O presente estudo estimou a prevalência das principais DCNT em idosos com 80 anos ou mais, com dados recentes e de abrangência nacional, disponibilizando informações sobre importantes determinantes do estado de saúde dos octogenários no Brasil. Quanto às limitações, deve-se considerar que as doenças e condições investigadas foram autorreferidas, considerando-se diagnóstico por médico/profissional de saúde.

Ressalta-se que as prevalências podem estar subestimadas devido ao viés de memória e à não inclusão na pesquisa de idosos institucionalizados, sabidamente mais acometidos por doenças e condições crônicas do que aqueles residentes na comunidade.

As necessidades de saúde serão fortemente determinadas pela relação entre o envelhecimento saudável e aquele com maior carga de enfermidades e dependência¹⁷. Destaca-se que a crise econômica tem impacto direto na ampliação da desigualdade social na saúde, em especial dos idosos. As medidas de austeridade impostas no país caracterizam-se por cortes profundos de gastos, sobretudo nos serviços públicos de educação, saúde e segurança social⁴⁴. Não é possível ampliar o escopo do cuidado (além da prevenção de doenças pela imunização e da realização de consultas e hospitalizações), implementando-se estratégias que criem oportunidades de participação dos segmentos idosos em atividades econômicas, sociais, culturais, intelectuais, físicas, cívicas e políticas^{45,46}, sem investimento de recursos.

O país apresenta elevado risco de produzir um contingente incalculável de pessoas em faixas etárias avançadas com necessidades maiores de saúde e de suporte social do que as observadas na atualidade, em função da dificuldade dos governantes na compreensão do artigo 196 da Constituição Federal⁴⁷: *a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*.

Ressalta-se a necessidade premente de facilitar o acesso dos idosos aos serviços necessários, de a atenção primária à saúde promover a efetiva coordenação do cuidado dos muitos idosos, incluindo o uso das tecnologias leves – relacionais –, em que o contexto de vida no qual o usuário se insere seja percebido e levado em consideração pela equipe⁴⁸, privilegiando a lógica que valoriza o monitoramento constante². De maneira incansável, deve-se direcionar ações para a promoção da saúde e a prevenção de doenças e incapacidades, com ampliação das equipes para o cuidado multidisciplinar, de modo que as futuras gerações de idosos muito idosos alcancem maior bem-estar e não se tornem um elevado contingente de pobres percorrendo um calvário para sobreviver sem dignidade neste país.

Conclusão

Na população mais longeva, observaram-se, de modo geral, prevalências de doenças/condições crônicas mais elevadas nas mulheres e nos que possuem plano de saúde médico. Dificuldades para a realização de atividades habituais relacionadas às doenças provocam alterações na estrutura e funcionalidade familiar. Políticas públicas intersetoriais para o cuidado de longa duração, bem como o estímulo a cuidados e hábitos em idades mais precoces, podem resultar em melhor qualidade de vida na velhice, com mais autonomia e independência dos idosos muito idosos com doenças crônicas.

Colaboradores

PMSB Francisco realizou o planejamento do estudo, análise, interpretação dos dados, revisão da literatura e redação do texto. D Assumpção contribuiu com a revisão da literatura e a redação do texto. AGM Bacurau participou da análise, revisão da literatura e redação do texto. AL Neri, DC Malta e FSA Borim contribuíram na interpretação dos dados e revisão crítica do conteúdo. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo. Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde e ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, pela disponibilização dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030 [Internet]. 2019. [acessado 2021 Abr 30]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-2020-2030>
2. Veras RP, Oliveira MR. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016; 19(6):887-905.
3. Barrientos A. Inequalities in income security in later age in Latin America. *Rev Panam Salud Publica* 2021; 45:e85.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeções da População. Projeção da população por sexo e idades – 2010-2060 [Internet]. [acessado 2021 Jun 17]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=downloads>
5. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Cien Saude Colet* 2011; 16(9):3755-3768.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil, grandes regiões*. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
8. World Health Organization (WHO). *Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2020*. Genebra: WHO; 2020.
9. GBD 2017 Cause of Death Collaborators. Global, regional, and national age-specific and sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2019; 393(10190):e44.
10. World Health Organization (WHO). *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. Genebra: WHO; 2018.
11. Malta DC, França E, Abreu DMX, Perillo RD, Salmen MC, Teixeira RA, Passos V, Souza MFM, Mooney M, Naghavi M. Mortality due to non-communicable diseases in the Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. *Sao Paulo Med J* 2017; 135(3):213-221.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas*. Brasília: MS; 2019.
13. Malta DC, Duncan BB, Schmidt MI, Teixeira R, Ribeiro ALP, Felisbino-Mendes MS, Machado ÍE, Velasquez-Melendez G, Brant LCC, Silva DAS, Passos VMA, Nascimento BR, Cousin E, Glenn S, Naghavi M. Trends in mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030. *Popul Health Metrics* 2020; 18(Supl. 1):16.
14. World Health Organization (WHO). *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: WHO; 2018.
15. Zanesco C, Bordin D, Santos CB, Fadel CB. Dificuldade funcional em idosos brasileiros: um estudo com base na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS – 2013). *Cien Saude Colet* 2020; 25(3):1103-1118.
16. Raina P, Gilsing A, Mayhew AJ, Sohel N, van den Heuvel E, Griffith LE. Individual and population level impact of chronic conditions on functional disability in older adults. *PLoS One* 2020; 15(2):e0229160.
17. Melo-Silva AM, Mambrini JVM, Souza Junior PRB, Andrade FB, Lima-Costa MF. Hospitalizações entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. *Rev Saude Publica* 2018; 52 (Supl. 2):3s.
18. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, Barros MBA. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica* 2017; 51 (Supl. 1):4s.
19. Jacob L, Breuer J, Kostev K. Prevalence of chronic diseases among older patients in German general practices. *Ger Med Sci* 2016; 14:Doc03.
20. European Union (EU). *Ageing Europe: looking at the lives of older people in the EU. 2019 edition*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
21. Francisco PMSB, Sousa MLR, Held RB, Assumpção D. Doenças crônicas, problemas de saúde, uso de medicamentos e saúde bucal. In: Neri AL, Borim FSA, Assumpção D, organizadores. *Octogenários em Campinas: dados do FIBRA 80+*. Campinas: Editora Alínea; 2019. p. 81-97.
22. Krug RR, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, Confortin SC, Mazo GZ, Xavier AJ, d'Orsi E. Sociodemographic, behavioral, and health factors associated with positive self-perceived health of long-lived elderly residents in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2018; 21:e180004.
23. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDB, Vieira MLFP, Freitas MPS, Sardinha MV, Macário EM. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(5):e2020315.
24. Francisco PMSB, Marques PP, Borim FSA, Torres SF, Neri AL. Incapacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária em idosos com doenças reumáticas. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2018; 21(5):591-600.
25. Francisco PMSB, Friestino JKO, Ferraz RO, Bacurau AGM, Stopa SR, Moreira Filho DC. Prevalência de diagnóstico e tipos de câncer em idosos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2020; 23(2):e200023.
26. Campos ACV, Almeida MHM, Campos GV, Bogutchi TF. Prevalência de incapacidade funcional por gênero em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016; 19(3):545-559.

27. Camargos MCS, Gonzaga MR, Costa JV, Bomfim WC. Disability-free life expectancy estimates for Brazil and Major Regions, 1998 and 2013. *Cien Saude Colet* 2019; 24(3):737-747.
28. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. *Rev Saude Publica* 2017; 51(Suppl. 1):3s.
29. Dantas MNP, Souza DLB, Souza AMG, Aiquoc KM, Souza TA, Barbosa IR. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2021; 24:e210004.
30. Castanheira CHC, Pimenta AM, Lana FCF, Malta DC. Utilização de serviços públicos e privados de saúde pela população de Belo Horizonte. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17 (Supl. 1):256-266.
31. Malta DC, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Oliveira M, Reis AC. Cobertura de planos de saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien Saude Colet* 2017; 22(1):179-190.
32. Santos LS, Turra CM, Noronha K. Envelhecimento populacional e gastos com saúde: uma análise das transferências intergeracionais e intrageracionais na saúde suplementar brasileira. *R Bras Est Pop* 2018; 35(2):e0062.
33. Borim FSA, Mourão LF, Sousa MLR, Fattori A. O Brasil diante dos desafios do aumento da longevidade da população. In Neri AL, Borim FSA, Assumpção D, organizadores. *Octogenários em Campinas: dados do Fibra 80+*. Campinas: Editora Alínea; 2019. p. 11-19.
34. Neri AL, Yassuda MS. Características sociodemográficas dos participantes e procedimentos do FIBRA 80+. In: Neri AL, Borim FSA, Assumpção D, organizadores. *Octogenários em Campinas: dados do Fibra 80+*. Campinas: Editora Alínea; 2019. p. 21- 37.
35. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 3):3561-3567.
36. Boccolini PMM, Duarte CMR, Marcelino MA, Boccolini CS. Desigualdades sociais nas limitações causadas por doenças crônicas e deficiências no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. *Cien Saude Colet* 2017; 22(11):3537-3546.
37. Souza ASS, Faerstein E, Werneck GL. Multimorbidade e uso de serviços de saúde em indivíduos com restrição de atividades habituais: Estudo Pró-Saúde. *Cad Saude Publica* 2019; 35(11):e00155118.
38. Lu FP, Chang WC, Wu SC. Geriatric conditions, rather than multimorbidity, as predictors of disability and mortality among octogenarians: a population-based cohort study. *Geriatr Gerontol Int* 2016; 16(3):345-351.
39. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. *Rev Saude Publica* 2017; 51:50.
40. World Health Organization (WHO). *Global status report on noncommunicable diseases 2014. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility*. Geneva: WHO; 2014.
41. Nunes BP, Batista SRR, Andrade FB, Souza Junior PRB, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI -Brasil. *Rev Saude Publica* 2018; 52(Supl. 2):10s.
42. World Health Organization (WHO). *Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health*. Geneva: WHO; 2016.
43. Newmann LTV, Albert SM. Aging in Brazil. *Gerontologist* 2018; 58(4):611-617.
44. Brasil. Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2016; 16 dez.
45. World Health Organization (WHO). *Active ageing: a policy framework*. Geneva: WHO; 2002.
46. Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-BR). *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Rio de Janeiro: ILC-BR; 2015.
47. Brasil. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
48. Lopes CVA, Seixas CT, Kulpa S, Lima JVC, Baduy RS, Slomp Junior H, Cruz KT. Alguns traços de uma cartografia na atenção básica à saúde. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Emilio D, Slomp Junior H, organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 134-140.

Artigo apresentado em 10/08/2021

Aprovado em 21/12/2021

Versão final apresentada em 23/12/2021

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

