

Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003

Social inequalities in the prevalence of chronic diseases in Brazil, PNAD-2003

Marilisa Berti de Azevedo Barros ¹

Chester Luiz Galvão César ²

Luana Carandina ³

Graciella Dalla Torre ¹

Abstract *Population-based health surveys are the main tool for obtaining data on the prevalence of chronic diseases, disabilities and use of healthcare services. Based on the data of the PNAD-2003, this study estimated the prevalence of 12 chronic diseases according to: gender, age, skin color, educational level, macro-region and urban or rural situation of the households. We analyzed the relation between presence of disabilities and use of healthcare services due to the presence of a chronic disease. The prevalence ratios adjusted according to age, gender, macro-region and type of respondent were estimated using Poisson's regression. The prevalence of at least one chronic disease increased with age, was higher among women, the indigenous population, individuals with low educational level, individuals affiliated with a health plan, immigrants from other states, residents of urban areas and among the inhabitants of the southern region of the country. The presence of a chronic disease resulted in an increase of disability and demand for healthcare services. The most prevalent conditions were: backbone conditions, hypertension, arthritis, and depression. The survey detected marked social inequality in the pattern of prevalent chronic diseases related to gender, color/race, education, macro-region of residence, and urban and rural households.*

Key words *Chronic diseases, Inequality in healthcare, Health survey*

Resumo *Os inquéritos de saúde de base populacional constituem o principal instrumento utilizado para conhecer a prevalência de doenças crônicas, de restrições de atividades e de uso de serviços de saúde. Com base nos dados da PNAD-2003, foram estimadas as prevalências das 12 doenças crônicas pesquisadas, segundo sexo, idade, cor, escolaridade, macrorregião de residência e situação urbana ou rural do domicílio. Foram analisados a presença de limitações e o uso de serviços de saúde segundo a presença de doença crônica. Utilizando regressão de Poisson, foram estimadas as razões de prevalências ajustadas por idade, sexo, macrorregião de residência e tipo de respondente. A prevalência de pelo menos uma doença crônica aumentou com a idade, foi maior entre mulheres, indígenas, pessoas com menor escolaridade, cidadãos detentores de plano de saúde, migrantes de outros estados, residentes em áreas urbanas e moradores da região Sul. A presença de doença crônica provocou aumento de limitação de atividades e da demanda por serviços de saúde. As condições mais prevalentes foram: doença de coluna, hipertensão, artrite e depressão. Foi detectada significativa desigualdade social no padrão das doenças crônicas, segundo gênero, cor/raça, nível de escolaridade, região de residência e situação do domicílio.*

Palavras-chave *Doenças crônicas, Desigualdades em saúde, Inquérito de saúde*

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp. Rua Tessália Vieira de Camargo 126, Cidade Universitária. 13083-970 Campinas SP. marilisa@unicamp.br

² Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, USP.

³ Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp.

Introdução

Datam do século 20 os primeiros estudos relativos à complexa transformação dos padrões de saúde-doença no mundo e de sua interação com determinantes demográficos, econômicos e sociais. A transição epidemiológica observada é decorrente de três principais mudanças: a queda da mortalidade, a mudança do padrão de morbidade, com redução das doenças transmissíveis e aumento das doenças não-transmissíveis, e o deslocamento da morbimortalidade para os grupos etários mais velhos¹.

Com o envelhecimento da população brasileira, as doenças crônicas passaram a representar uma expressiva e crescente demanda aos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de conhecer sua prevalência. As doenças crônicas são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora (epi-sódios agudos) ou melhora sensível².

As informações disponíveis nas estatísticas nacionais são inadequadas para o estudo da prevalência de doenças crônicas, por sua limitação à demanda atendida em hospitais, ambulatorios e centros de saúde, próprios ou conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo outra a motivação da instalação destes bancos nacionais de dados, eles excluem os atendimentos efetuados na rede privada, bastante ampla, e não dispõem das informações necessárias para o estudo da determinação social das doenças³.

Os inquéritos de saúde de base populacional são o principal instrumento a ser utilizado para a formulação e avaliação de políticas públicas e para conhecer a prevalência das doenças crônicas, as restrições (temporárias ou permanentes) das atividades por elas causadas e a correspondente utilização de serviços, públicos ou privados. *Somente por meio de inquéritos de saúde é possível coletar dados para construir indicadores associados à saúde e não apenas às doenças assim como sobre os fatores de risco e os determinantes sociais do processo saúde/doença [...]* ³.

A auto-avaliação do estado de saúde é um dado facilmente coletado. Vários estudos mostram índices de 80% de concordância entre a auto-avaliação do estado de saúde e a avaliação clínica da presença ou ausência de condição crônica. Entretanto, no caso de algumas doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, em que o paciente só reconhece o problema após o diagnóstico médico, os inquéritos tendem a subestimar sua prevalência. Em outros problemas crônicos,

como a dor lombar auto-avaliada, a tendência dos inquéritos é superestimar sua prevalência. Outro fator limitante é a subestimação das doenças crônicas que demandam internação de longa duração, como senilidade e algumas doenças mentais, já que os inquéritos domiciliares referem-se normalmente à população civil não institucionalizada³.

Por outro lado, o consumo de serviços de saúde é função das necessidades e do comportamento dos indivíduos diante de seus problemas de saúde, bem como das formas de financiamento e dos serviços e recursos disponíveis à população. O SUS tem como metas a cobertura universal das necessidades de saúde e a promoção da equidade em saúde e no uso e consumo de serviços de saúde⁴.

Os inquéritos de saúde são instrumentos importantes de avaliação destas metas, especialmente os de alcance nacional, realizados com continuidade, como é o caso dos suplementos saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Tais inquéritos incluem módulos sobre acesso e utilização de serviços que permitem análises por áreas geográficas e segundo características demográficas e sociais. Apresentam representatividade de nível nacional, podendo as informações ser desagregadas apenas até o nível dos estados. Inquéritos de saúde de alcance local e regional tornam-se necessários para dar conta do conhecimento sobre as diversas realidades do estado de saúde e da utilização de serviços³.

Analisando os dados coletados na PNAD-1998, Almeida *et al.*² observaram que os portadores de problemas crônicos de saúde consumiram mais consultas médicas e internações hospitalares do que os não-portadores. As internações observadas entre os mais pobres, independentemente da posse de plano de saúde, sugerem que a universalização do acesso, preconizada pelo SUS, já está se tornando uma realidade no Brasil. Encontraram, ainda, uma baixa percentagem de pessoas que buscaram atendimento e não foram atendidas ou que não buscaram atendimento por dificuldades de acesso.

Diversos inquéritos relevantes de alcance local e regional são encontrados na literatura. Entre os mais recentes, Monteiro *et al.*⁵ realizaram inquérito pelo telefone em amostra probabilística da população adulta do Município de São Paulo, para investigar os padrões de alimentação e de atividade física e o consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas, entre outros quesitos, a fim de dimensionar estimativas sobre a prevalência de fatores de risco de doenças crônicas não trans-

missíveis. Cesar *et al.*⁶, em amostra probabilística da população de quatro regiões, sendo duas da Região Metropolitana de São Paulo e duas de municípios de portes diferentes no interior do Estado de São Paulo, estudaram as doenças crônicas, deficiências físicas, obesidade, transtornos mentais comuns e auto-avaliação de saúde, em inquérito que abrangeu, além da morbidade referida, a utilização de serviços, o consumo de medicamentos, condições e estilo de vida, entre outros quesitos.

Inquérito populacional de âmbito nacional, a Pesquisa Mundial de Saúde (PMS brasileira)⁷ incluiu questionamentos sobre seis doenças: artrite, angina, asma, depressão, esquizofrenia e diabetes *mellitus*. Os autores constataram desigualdade de acesso aos serviços e baixa adesão ao tratamento¹.

Szwarcwald *et al.*⁸, ao analisarem a auto-avaliação de saúde a partir das informações da PMS brasileira, encontraram auto-avaliações piores entre as mulheres e os mais idosos, além de desigualdades socioeconômicas. Feito o ajuste por idade, a instrução incompleta e a privação material foram os fatores que mais contribuíram para uma pior percepção da saúde. Entre os homens, além da privação material, contribuíram os indicadores relacionados ao trabalho.

O Suplemento Saúde da PNAD-2003, aplicado em amostra probabilística da população nacional, possibilitou analisar a prevalência de problemas crônicos de saúde em subgrupos da população, diferenciados por características sociais e demográficas, bem como avaliar o efeito da presença de morbidade crônica no uso dos serviços de saúde e nas limitações de atividades.

Material e métodos

O questionário sobre saúde aplicado na PNAD-2003 incorporou questões relativas a doenças crônicas referidas. Os entrevistados responderam sobre a ocorrência de 12 patologias: doença da coluna ou costas, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão (pressão alta), doença do coração, insuficiência renal crônica, depressão, tuberculose, tendinite ou tenossinovite e cirrose. Para cada patologia foi perguntado se algum médico ou profissional de saúde já havia diagnosticado e informado o entrevistado sobre aquela doença crônica específica.

As informações sobre as morbidades referidas pelos entrevistados têm sido frequentemente utilizadas em inquéritos de saúde de base po-

pulacional, e tanto a utilidade destas informações como as suas limitações estão amplamente descritas na literatura⁹⁻¹¹.

As questões da PNAD-2003 tiveram dois tipos de informantes: o próprio indivíduo sorteado ou outra pessoa. O percentual de indivíduos que responderam pessoalmente ao questionário foi maior entre as mulheres, se comparado ao de entrevistados do sexo masculino. O percentual de auto-respondentes aumentou com a idade no sexo masculino, atingindo valores mais elevados depois dos 60 anos, enquanto entre as mulheres, a maior proporção de auto-respondentes ocorreu dos 30 aos 79 anos, refletindo a maior presença feminina na moradia por ocasião das entrevistas (Figura 1). A morbidade referida variou em função do tipo de respondente, sendo que a prevalência de pelo menos uma doença crônica foi de 44,2%, quando respondida pelo próprio indivíduo, e de 21,1%, quando respondida por um *proxy* (Tabela 1), estando, entretanto, estes valores afetados pela distribuição etária distinta de auto-respondentes e *proxys*.

Para este estudo, foram estimadas as prevalências específicas de morbidade por idade e sexo e tipo de problema de saúde, considerando inicialmente o conjunto da população entrevistada. Para a população adulta (18 anos ou mais), as prevalências de doenças crônicas foram analisadas segundo variáveis sociodemográficas: idade, sexo, escolaridade, cor/raça, macrorregião geográfica de residência e situação do domicílio (urbano/rural). Foram também analisados o uso de serviços de saúde e a ocorrência de limitações de atividades, segundo a presença ou não de doença crônica.

Figura 1
Percentual em que a informação foi obtida da pessoa sorteada, segundo idade e gênero. PNAD, 2003.

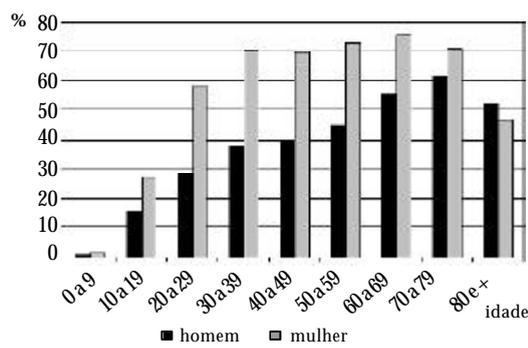


Tabela 1
Prevalência de pelo menos uma doença crônica por tipo de respondente, segundo idade, sexo e escolaridade. PNAD/Brasil, 2003.

Variáveis	Tipo de respondente	
	Própria pessoa	Outra pessoa
Idade		
0-9	8,2	9,5
10-19	13,5	9,4
20-29	23,5	15,8
30-39	34,9	26,3
40-49	50,7	41,5
50-59	66,5	55,9
60-69	75,5	67,3
70-79	80,5	75,9
80 e +	80,4	75,6
Gênero		
Homens	38,6	20,9
Mulheres	47,2	21,3
Escolaridade (em anos) (pessoas com 20 anos ou mais)		
0-3	55,8	18,1
4-7	42,5	23,6
8-10	34,8	21,1
11 e +	38,7	25,6
Total	44,2	21,1

Foram descritas as prevalências em porcentagens, e estimadas as razões brutas e ajustadas de prevalências utilizando regressão de Poisson¹². Para estimar as razões de prevalência ajustadas, foram incluídas no modelo como possíveis variáveis confundidoras: idade, sexo, macrorregião de residência e tipo de respondente. Na análise das prevalências segundo cor/raça, além dessas variáveis de controle, foi também incluída a variável escolaridade.

A amostra estudada foi de 384.764 indivíduos, dos quais 253.097 tinham 18 anos ou mais. Do total da amostra, 146.955 responderam pessoalmente ao questionário, e em 237.845 dos casos, as informações foram dadas por outras pessoas.

As análises estatísticas, realizadas com o *software* Stata 8, módulo svy, levaram em conta o desenho da amostra e as ponderações necessárias.

Resultados

Na população brasileira, 29,9% das pessoas relataram ter ao menos um entre os 12 problemas de saúde pesquisados pela PNAD.

A prevalência de pelo menos uma doença crônica aumenta intensamente com a idade: enquanto fica em cerca de 10% entre as pessoas com menos de 20 anos, atinge valores superiores a 70% naquelas com 70 anos ou mais (Figura 2). Em todas as faixas de idade, com exceção da relativa aos menores de dez anos, as mulheres reportaram prevalência maior de morbidade do que os homens.

Considerando a população com 18 anos ou mais, a prevalência de morbidade revelou-se 22% superior nas mulheres, em relação aos homens, mesmo após ajuste por idade, macrorregião de residência e tipo de respondente (Tabela 2).

A prevalência de morbidade referida foi maior entre os não naturais do município ou do estado em que residiam. Entre os que nasceram em outro estado e que, portanto, viveram um processo de migração interestadual, 45,9% apresentaram ao menos um problema crônico, enquanto entre os naturais do município em que residem a prevalência foi de 34,3%. A razão de prevalências ajustada por idade, sexo, respondente e macrorregião foi 27% superior nos naturais de outro estado (Tabela 2).

As pessoas que referiram ser indígenas apresentaram prevalências superiores às auto-referidas como de cor branca, tendo as de cor parda apresentado a menor prevalência. As diferenças segundo cor/raça persistem mesmo após o ajuste por idade, sexo, região, tipo de respondente e escolaridade (Tabela 2).

Com respeito à escolaridade, a prevalência apresentou nítido gradiente aumentando à medida que diminui o número de anos de estudo (Tabela 2). A razão de prevalências ajustada atinge 1,62 no segmento de menor nível de escolaridade, quando o de maior nível é tomado como referência.

A população que reside em áreas urbanas relatou maior prevalência de morbidade do que os moradores da zona rural. Quanto à macrorregião de residência, a maior prevalência foi observada na região Sul, seguida pelas regiões Sudeste e Centro-Oeste, sendo as menores prevalências observadas nas regiões Norte e Nordeste (Tabela 2). Pessoas que possuem algum plano de saúde relataram prevalência de morbidade 11% superior em relação às que não o têm (Tabela 2).

Tabela 2

Prevalências e razão de prevalências de doenças/condições crônicas em pessoas com 18 anos ou mais, segundo variáveis sociais e demográficas. PNAD/Brasil, 2003.

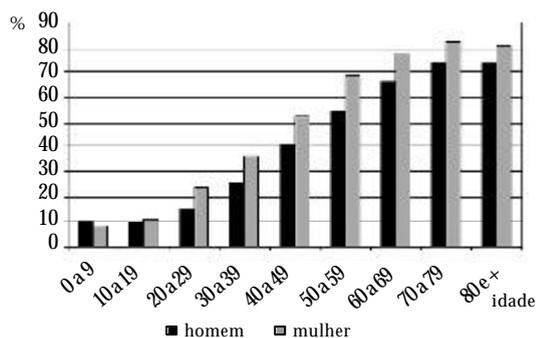
Variáveis	Prevalência (em %)	RP bruta	RPajustada*
Gênero			
Homens	34,12	1	1
Mulheres	45,42	1,33 (1,32-1,35)	1,22 (1,20-1,23)
Total	40,03		
Naturalidade			
Natural do município de residência	34,28	1	1
Natural do estado (não do município)	44,97	1,31 (1,29-1,34)	1,24 (1,22-1,26)
Não natural do estado	45,92	1,34 (1,31-1,37)	1,27 (1,24-1,29)
Cor**			
Branca	41,46	1	1
Negra	42,39	1,02 (1-1,05)	1,04 (1,01-1,07)
Amarela	41,02	0,99 (0,90-1,08)	0,99 (0,90-1,08)
Parda	37,60	0,91 (0,89-0,92)	0,96 (0,95-0,98)
Indígena	47,72	1,15 (1,01-1,30)	1,15 (1,03-1,30)
Escolaridade em anos (pessoas com 18 anos ou mais)			
11 e +	31,84	1	1
8-10	31,17	0,97 (0,96-1,00)	1,00 (0,98-1,02)
4-7	41,81	1,31 (1,29-1,34)	1,28 (1,26-1,31)
0-3	53,09	1,67 (1,63-1,71)	1,62 (1,59-1,65)
Situação de residência			
Urbano	40,42	1	1
Rural	37,72	0,93 (0,91-0,96)	0,93 (0,91-0,95)
Região de residência			
Norte	35,78	1	1
Nordeste	35,96	1,00 (0,96-1,05)	0,99 (0,94-1,03)
Sudeste	41,03	1,15 (1,10-1,19)	1,14 (1,09-1,18)
Sul	44,93	1,26 (1,20-1,31)	1,24 (1,19-1,29)
Centro-Oeste	41,40	1,16 (1,11-1,21)	1,14 (1,09-1,19)
Tem plano de saúde			
Não	38,56	1	1
Sim	44,01	1,14 (1,12-1,16)	1,11 (1,09-1,13)

*Razão de prevalências ajustada por sexo, idade, macrorregião de residência e respondente.

**RP ajustada, além das variáveis referidas, também pela escolaridade.

Figura 2

Prevalência de pelo menos uma doença crônica, segundo idade e gênero. PNAD, 2003.



Ter referido a presença de ao menos uma doença crônica significou fazer maior uso de serviços de saúde e apresentar frequência mais elevada de restrição de atividades, em comparação ao segmento da população adulta que não referiu morbidade (Tabela 3). A presença de doença crônica aumentou a ocorrência de internação em 2,97 vezes, de uso de serviços de saúde nas duas últimas semanas em 2,39 vezes e de consulta médica nos últimos 12 meses em 41%. Também aumentou o risco de ter estado acamado em 4,11 vezes e de ter sofrido restrição de atividades nas duas últimas semanas em 3,82 vezes.

As pessoas que têm plano de saúde, sofrendo

Tabela 3

Uso de serviços de saúde e presença de limitações, segundo a prevalência de doenças crônicas. PNAD/Brasil, 2003.

Indicadores de uso de serviços e limitações	Empessoas com doença crônica	Empessoas sem doença crônica	RP bruta	RP ajustada*
Uso de serviços de saúde nas duas últimas semanas (%)	25,19	9,55	2,64	2,39
Internação nos últimos 12 meses (%)	11,89	5,49	2,17	1,97
Teve restrição de atividade nas duas últimas semanas (%)	13,35	3,30	4,05	3,82
Esteve acamado nas duas últimas semanas (%)	8,11	1,88	4,32	4,11
Consulta médica nos últimos 12 meses (%)	80,56	53,91	1,49	1,41
Com plano de saúde				
Uso de serviços de saúde nas duas últimas semanas (%)	29,53	14,04	2,10	1,94
Internação nos últimos 12 meses (%)	12,87	6,30	2,04	1,84
Teve restrição de atividades nas duas últimas semanas (%)	11,09	2,98	3,72	3,39
Esteve acamado nas duas últimas semanas (%)	6,30	1,59	3,96	3,70
Consulta médica nos últimos 12 meses (%)	88,7	71,79	1,24	1,20
Sem plano de saúde				
Uso de serviços de saúde nas duas últimas semanas (%)	23,36	8,04	2,91	2,62
Internação nos últimos 12 meses (%)	11,48	5,21	2,20	2,01
Teve restrição de atividades nas duas últimas semanas (%)	14,30	3,40	4,20	4,00
Esteve acamado nas duas últimas semanas (%)	8,86	1,97	4,49	4,28
Consulta médica nos últimos 12 meses (%)	77,14	47,91	1,61	1,51

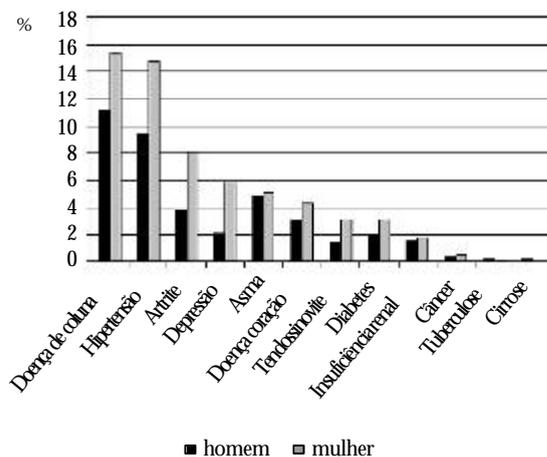
*Razão de prevalências ajustada por sexo, idade, macrorregião de residência e respondente.

ou não de doença crônica, apresentaram uso de serviços de saúde superior e menor proporção de limitações, em relação ao segmento social que não dispõe de plano de saúde. Mas o efeito da presença de doença crônica em aumentar o uso de serviços e a presença de restrições de atividades foram mais intensos no grupo das pessoas que não têm plano de saúde, o que pode ser observado pelas maiores razões de prevalências neste segmento (Tabela 3).

Entre as 12 doenças pesquisadas, considerando todas as faixas etárias, as mais prevalentes foram: doença de coluna, hipertensão, artrite, depressão, asma e doenças do coração (Figura 3). Com exceção de tuberculose e cirrose, todas as demais são mais prevalentes entre as mulheres, sendo as maiores diferenças em relação aos ho-

Figura 3

Prevalência de problemas de saúde, segundo tipo de doença e gênero. PNAD, 2003.



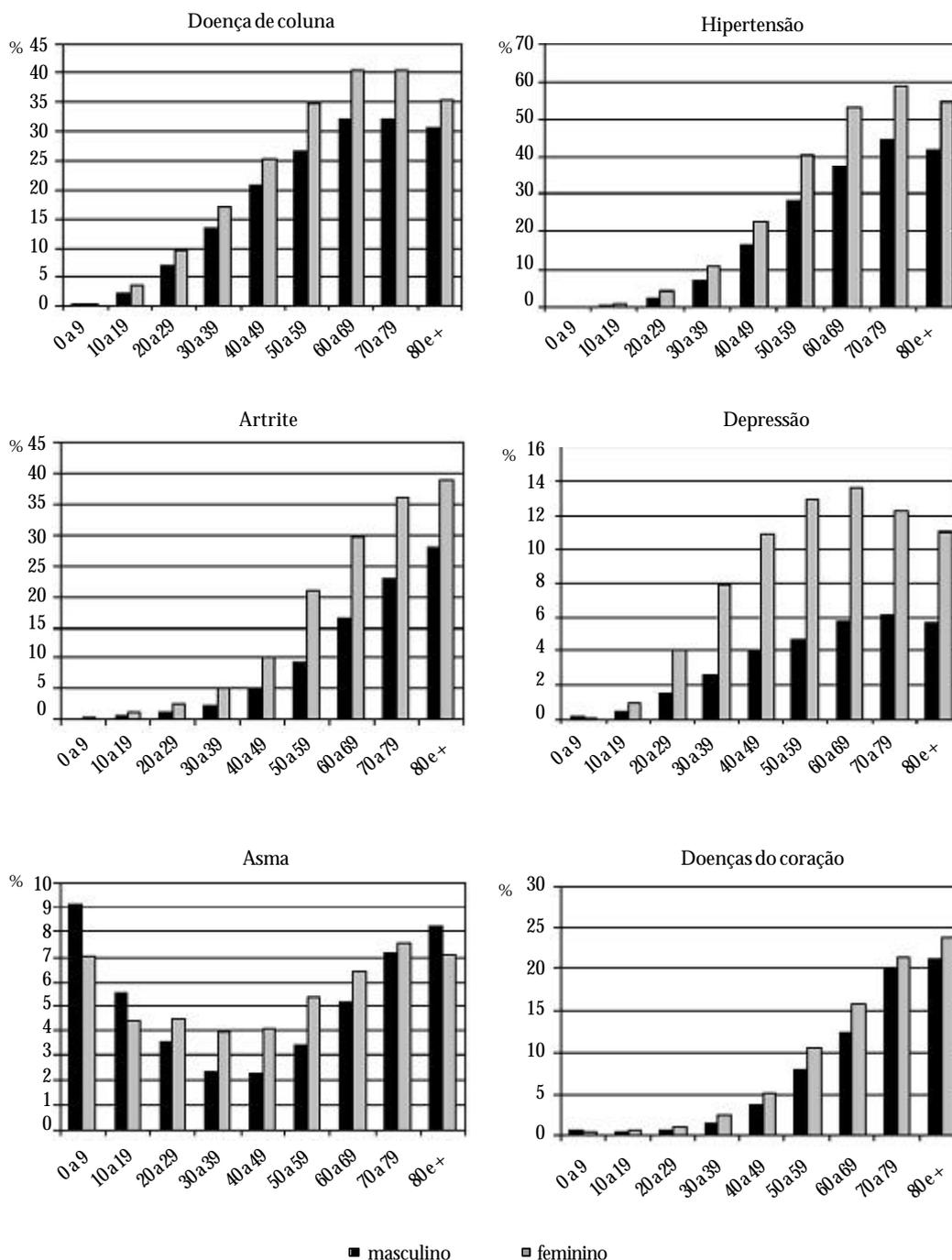
mens observadas na prevalência de depressão (RP = 2,76), artrite (RP = 2,07), tendinite/sinovite (RP = 2,18) e cirrose (RP = 0,31).

O padrão por idade e sexo diferencia-se com o tipo de problema de saúde considerado (Figuras 4a e 4b). As prevalências, em geral, crescem

com a idade para a maior parte das doenças, incluindo artrite/reumatismo, doenças do coração, hipertensão, diabetes, doenças de coluna, insuficiência renal e câncer. A asma apresenta prevalência elevada em crianças, decresce até a faixa que vai dos 30 aos 50 anos e volta a aumentar a

Figura 4a

Prevalência de problemas de saúde, segundo gênero e faixas de idade. PNAD, 2003.

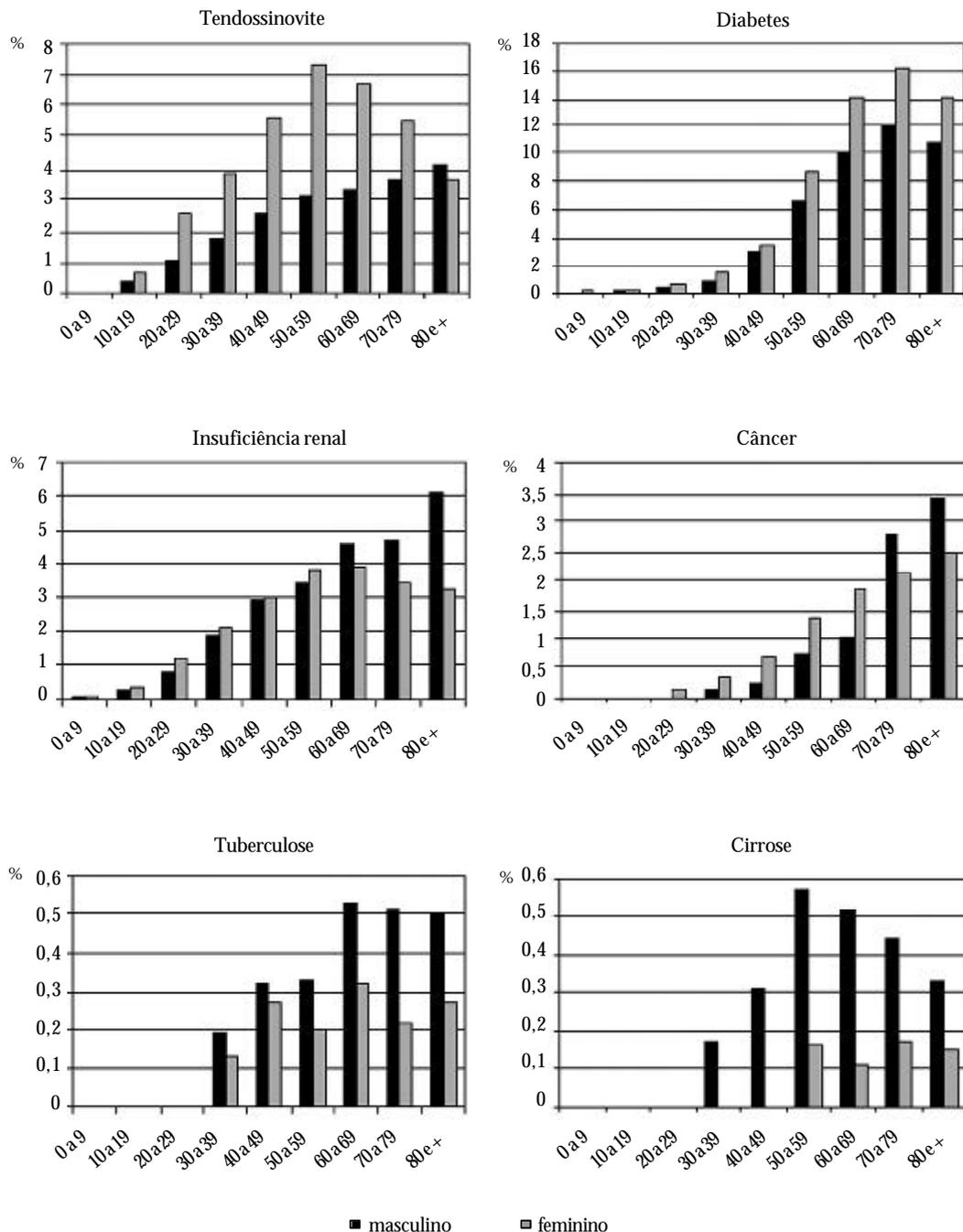


partir desta idade. Tuberculose e cirrose, doenças mais prevalentes nos homens, só foram relatadas por pessoas com 30 anos ou mais. A prevalência de tendinite/tendosinovite apresentou o valor máximo nas mulheres de 50 a 59 anos, decrescendo a partir desta faixa de idade. A depres-

são, que é muito mais freqüente entre as mulheres, tende a decrescer após os 70 anos.

A análise do perfil de doenças dos adultos (18 anos e mais), segundo o nível de escolaridade (Tabela 4), revela que, com exceção de tendinite/sinovite, todas as demais doenças pesquisadas apre-

Figura 4b
Prevalência de problemas de saúde, segundo gênero e faixas de idade. PNAD, 2003.



sentaram maior frequência nos segmentos de menor escolaridade. As maiores disparidades sociais na ocorrência de morbidade – avaliadas pelo nível de escolaridade – foram observadas nas prevalências ajustadas de doenças do coração (RP = 3,29), artrite ou reumatismo (RP = 3,22), diabetes (RP = 3,23), insuficiência renal crônica (RP = 2,94) e hipertensão (RP = 2,90).

A análise segundo cor/raça revelou que o segmento que se auto-referiu como indígena apresentou prevalência maior de morbidade referida para todas as patologias pesquisadas, com exceção de diabetes, hipertensão e tuberculose (Tabela 5). As maiores diferenças entre indígenas e brancos é relatada para cirrose (RP = 3,89), insuficiência renal crônica (RP = 1,99), tendinite (RP = 1,88) e depressão (RR = 1,49).

O segmento que se auto-referiu de cor parda apresentou a menor prevalência em sete das 12 doenças pesquisadas, e prevalência entre as mais baixas também para os outros problemas

de saúde. As maiores diferenças entre brancos e pardos ocorre para a referência de câncer (RP = 0,48), doenças do coração (RP = 0,77), tendinite (RP = 0,82) e artrite (RP = 0,82), que afetam mais intensamente os brancos. Nas pessoas auto-referidas de cor negra foram observadas prevalências menores ou semelhantes às dos que se referiram como brancos, com exceção de tuberculose (RP = 1,99), cirrose (RP = 1,56) e hipertensão (RP = 1,11). Os auto-referidos de cor amarela apresentaram as maiores prevalências de diabetes e de tuberculose.

Quanto à macrorregião de residência, a população da região Sul apresentou os maiores valores para oito das 12 doenças pesquisadas, ocupando a segunda posição na prevalência das demais patologias (Tabela 6).

A região Sudeste, com a maior prevalência de hipertensão, detem valores elevados para os demais problemas de saúde, seguindo, em geral, os valores da região Sul. A região Norte apresentou

Tabela 4

Prevalência de doenças/condições crônicas, segundo escolaridade. PNAD/Brasil, 2003.

Doenças	Prevalência (%) RP ajustada*	Escolaridade (em anos)			
		0-3	4-7	8-10	11 e mais
Doença de coluna ou costas	P	26,91	20,08	14,49	14,42
	RP	1,75	1,34	1,20	1
Artrite ou reumatismo	P	15,62	8,97	5,01	4,45
	RP	3,22	1,93	1,15	1
Câncer	P	0,84	0,62	0,35	0,54
	RP	1,67	1,13	0,67	1
Diabetes	P	6,71	3,96	2,21	2,13
	RP	3,23	1,83	1,08	1
Bronquite ou asma	P	4,64	3,83	3,57	4,08
	RP	1,22	0,93	0,90	1
Hipertensão	P	29,71	19,61	11,35	10,05
	RP	2,90	1,91	1,17	1
Doença do coração	P	9,00	5,66	3,20	2,81
	RP	3,29	1,98	1,18	1
Insuficiência renal crônica	P	3,83	2,60	1,79	1,25
	RP	2,94	1,99	1,43	1
Depressão	P	7,24	6,82	5,00	4,52
	RP	1,66	1,48	1,16	1
Tuberculose	P	0,31	0,20	0,20	0,12
	RP	2,36	1,60	1,64	1
Tendinite ou sinovite	P	2,78	2,91	2,85	4,48
	RP	0,65	0,63	0,67	1
Cirrose	P	0,24	0,16	0,12	0,01
	RP	2,40	1,49	1,15	1

*Razão de prevalências ajustada por sexo, idade, macrorregião de residência e respondente.

o maior percentual de residentes com artrite; a região Nordeste, a maior prevalência de tuberculose, e a Centro-Oeste, a maior de insuficiência renal crônica. No geral, as regiões Norte e Nordeste apresentaram as prevalências mais baixas, ficando a região Centro-Oeste em posição intermediária entre estas e as regiões Sul e Sudeste.

Considerando a situação de residência, as prevalências são superiores entre moradores de áreas urbanas, com exceção de artrite e insuficiência renal crônica, que apresentaram ocorrência um pouco superior entre moradores da zona rural (Tabela 7). As maiores diferenças entre os residentes em áreas urbanas e rurais foram constatadas em relação a tendinite (RR=0,45), cirrose (RR=0,60), câncer (RR= 0,65), depressão (RR=0,73), tuberculose (RR=0,72), bronquite (RR=0,72) e diabetes (RR=0,74).

Discussão

Observou-se que 40% da população brasileira com 18 anos ou mais apresentaram pelo menos uma condição crônica entre as 12 que foram investigadas pela PNAD-2003. Apesar da diferença no número de condições pesquisadas, este percentual é semelhante ao encontrado no Inquérito Mundial de Saúde realizado no Brasil, em 2003¹, por meio do qual foi verificado que 39,1% das pessoas com 18 anos ou mais apresentaram pelo menos uma entre seis doenças analisadas. Com os dados da PNAD de 1998, Almeida *et al.*² haviam observado, considerando as pessoas com 15 anos ou mais, 36% de doenças crônicas nos homens e 46,5% nas mulheres. Prevalências ainda mais elevadas têm sido observadas em outros países. Com dados do Second Dutch National

Tabela 5
Prevalência de doenças crônicas, segundo cor/raça. PNAD/Brasil, 2003.

Doenças	Prevalência (%) RP ajustada*	Cor/raça				
		Branca	Negra	Parda	Amarela	Indígena
Doença de coluna ou costas	P	19,78	19,13	18,58	15,68	21,15
	RP	1	0,90	0,89	0,84	0,99
Artrite ou reumatismo	P	8,75	9,29	8,56	5,97	13,35
	RP	1	0,90	0,82	0,81	1,26
Câncer	P	0,82	0,53	0,33	0,38	0,97
	RP	1	0,66	0,48	0,51	1,19
Diabetes	P	4,17	4,39	3,24	6,6	5,62
	RP	1	0,91	0,74	1,79	1,22
Bronquite ou asma	P	4,50	4,16	3,49	4,11	6,17
	RP	1	1,01	0,93	0,95	1,42
Hipertensão	P	18,07	23,04	17,07	19,5	22,09
	RP	1	1,11	0,88	1,21	1,11
Doença do coração	P	5,73	6,17	4,45	6,34	8,46
	RP	1	0,95	0,77	1,29	1,33
Insuficiência renal crônica	P	2,38	2,07	2,41	1,52	5,83
	RP	1	0,78	0,89	0,76	1,99
Depressão	P	6,79	4,97	4,96	2,59	9,92
	RP	1	0,77	0,85	0,43	1,49
Tuberculose	P	0,17	0,39	0,22	0,61	0,18
	RP	1	1,99	1,15	3,94	0,95
Tendinite ou sinovite	P	4,07	3,20	2,33	3,75	6,32
	RP	1	0,95	0,82	0,86	1,88
Cirrose	P	0,15	0,25	0,14	0,23	0,63
	RP	1	1,56	0,97	1,80	3,89

*Razão de prevalências ajustada por sexo, idade, macrorregião de residência, respondente e escolaridade.

Survey of General Practice, realizado em 2000, Westert *et al.*¹³ verificaram que 62,9% das pessoas com 25 anos ou mais apresentavam alguma condição crônica auto-referida entre as 16 pesquisadas. Estudo realizado em Ontário, no Canadá, constatou que 52,5% das pessoas com 25 anos ou mais tinham ao menos uma das seis condições crônicas estudadas, sendo a sexta composta por "outras condições"¹⁴. No Canadá, Schultz e Kopec¹⁵ observaram 57,5% de presença de ao menos uma doença crônica, entre 21 pesquisadas, em pessoas com 12 anos ou mais. Alonso *et al.*¹⁶, em inquérito realizado em oito países, encontraram 55,1% dos adultos (18 anos ou mais) apresentando ao menos uma condição crônica entre as sete estudadas. As prevalências menores haviam sido observadas no Japão e na Dinamarca, e as maiores, na Itália e nos Estados Unidos.

As prevalências observadas nas diferentes pesquisas variam conforme a faixa etária considera-

da, o número e tipo de condições/doenças crônicas incluídas, a terminologia empregada, o modo de formular as questões, a existência de *checklist*, o requisito de que a doença tenha sido informada por médico, o tipo de entrevista (se face a face ou auto-respondida) e o tipo de respondente (a própria pessoa ou um *proxy*), entre outros aspectos metodológicos^{9,11,16}, além das verdadeiras diferenças existentes entre as prevalências de doenças de populações que vivem em localidades e contextos diversos.

No presente estudo, a prevalência ajustada de apresentar ao menos uma condição crônica foi 22% superior nas mulheres, o que é concordante com os relatos da literatura^{1,17}. Este fato tem sido atribuído à maior percepção da mulher quanto aos sintomas e sinais físicos e às habilidades e conhecimentos que adquire em decorrência de seu papel de cuidadora dos doentes da família. As mulheres também demandam e utilizam mais os

Tabela 6
Prevalência de doenças crônicas, segundo macrorregião de residência. PNAD/Brasil, 2003.

Doenças	Prevalência (%) RP ajustada*	Macrorregião de residência				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Doença de coluna ou costas	P	17,09	18,78	18,9	21,28	20,52
	RP	1	1,07	1,10	1,23	1,18
Artrite ou reumatismo	P	12,11	8,77	7,65	10,25	9,27
	RP	1	0,70	0,63	0,83	0,75
Câncer	P	0,29	0,32	0,67	1,05	0,06
	RP	1	1,06	2,25	3,53	2,0
Diabetes	P	2,86	3,02	4,32	4,33	3,51
	RP	1	1,04	1,49	1,50	1,20
Bronquite ou asma	P	3,52	2,63	4,33	5,89	4,48
	RP	1	0,74	1,22	1,66	1,26
Hipertensão	P	13,12	16,52	19,37	18,59	17,37
	RP	1	1,23	1,46	1,40	1,30
Doença do coração	P	3,96	3,89	5,73	6,66	5,41
	RP	1	0,96	1,44	1,67	1,34
Insuficiência renal crônica	P	2,76	2,10	2,01	2,97	4,23
	RP	1	0,75	0,73	1,06	1,50
Depressão	P	3,77	3,94	6,33	8,93	6,11
	RP	1	1,03	2,93	2,86	2,60
Tuberculose	P	0,20	0,23	0,20	0,21	0,16
	RP	1	1,13	0,99	1,06	0,81
Tendinite ou sinovite	P	1,34	1,83	4,07	4,79	2,68
	RP	1	1,33	3,02	3,50	1,96
Cirrose	P	0,13	0,12	0,15	0,20	0,17
	RP	1	0,98	1,20	1,60	1,32

*Razão de prevalências ajustada por sexo, idade e tipo de respondente.

serviços de saúde, o que amplia o conhecimento e a familiaridade com a terminologia médica e com o significado de sinais e sintomas indicativos de doenças¹⁷. Autores apontam que as mulheres tendem a relatar as morbidades que apresentam com mais facilidade do que os homens. Verificou-se prevalência maior de ao menos uma doença crônica no sexo masculino, apenas nas crianças com até 10 anos de idade, casos em que a informação é usualmente dada pela mãe. Este fato também foi observado por Theme-Filha *et al.*¹, com os dados da Pesquisa Mundial de Saúde.

O aumento intenso da presença de doenças crônicas com a idade, como mostram os dados da PNAD-2003, é observação freqüente na literatura^{6, 18} e fonte de interesse e preocupação por parte dos serviços de saúde. O aumento da sobrevivência da população é concorrente com o crescimento da carga e o impacto social das doenças crônicas.

A desigualdade social na presença de condições crônicas revelou-se significativa. O segmento de menor escolaridade da população adulta brasileira apresentou 62% a mais de prevalência de doenças crônicas, se comparado aos de melhor nível. Outros autores, em diferentes países, têm analisado a presença de morbidade crônica segundo indicadores socioeconômicos, e os achados, em geral, apontam para maior prevalência nos segmentos de menor escolaridade ou renda^{13, 18, 19}.

Observou-se neste artigo presença um pouco superior (7%) de morbidade crônica nos residentes das áreas urbanas. Iversen *et al.*²⁰ também observaram, na Escócia, considerando pessoas com 16 anos e mais, que 62,7% da população rural e 67,7% da urbana apresentaram alguma doença crônica entre as nove condições pesquisadas. Verificaram, ainda, que 23,5% dos moradores da área rural e 29,5% da urbana tinham alguma doença pulmonar. Considerando todas

Tabela 7

Prevalência de doenças crônicas, segundo situação urbano/rural de residência. PNAD/Brasil, 2003.

Doenças	Prevalência (%) RP ajustada*	Zona	
		Urbana	Rural
Doença de coluna ou costas	P	19,29	19,05
	RP	1	0,99
Artrite ou reumatismo	P	8,50	9,89
	RP	1	1,19
Câncer	P	0,64	0,42
	RP	1	0,65
Diabetes	P	3,99	2,97
	RP	1	0,74
Bronquite ou asma	P	4,27	3,04
	RP	1	0,72
Hipertensão	P	18,15	17,24
	RP	1	0,96
Doença do coração	P	5,41	4,42
	RP	1	0,82
Insuficiência renal crônica	P	2,33	2,67
	RP	1	1,14
Depressão	P	6,21	4,36
	RP	1	0,73
Tuberculose	P	0,21	0,16
	RP	1	0,72
Tendinite ou sinovite	P	3,64	1,60
	RP	1	0,45
Cirrose	P	0,16	0,10
	RP	1	0,60

*Razão de prevalências ajustada por sexo, idade, macrorregião de residência e respondente.

as idades, Pinheiro *et al.*¹⁷ observaram, com os dados da PNAD-1998, prevalência maior de ao menos uma doença crônica nas mulheres da área urbana e nos homens da zona rural.

As doenças crônicas mais frequentes na população brasileira, com base nos dados do Suplemento Saúde da PNAD-2003, foram: doenças de coluna, hipertensão, artrite/reumatismo, depressão e asma (Figura 3). Pesquisa realizada na Região Metropolitana de Belo Horizonte verificou que 18% dos adultos tinham hipertensão, 11,9%, doença de coluna, 8,8%, depressão e 5,7%, artrite ou reumatismo²¹. Em pesquisa multicêntrica realizada em municípios do Estado de São Paulo (Projeto ISA-SP)⁶, as doenças mais prevalentes na população de 20 anos ou mais foram: enxaqueca (21,8%), alergia (20,4%), hipertensão (20,0%), depressão (17,7%) e doença de coluna (17,6%). Estas, em geral, são as condições crônicas encontradas entre as mais prevalentes também em inquéritos realizados em outros países.

Na Holanda, dados do segundo inquérito nacional, realizado em 2000, apontaram que os problemas mais frequentes em pessoas com 25 anos ou mais, entre as 16 doenças pesquisadas, foram: dor de cabeça, osteoartrite, hipertensão, problemas nas costas, problemas de pescoço e ombros e asma¹³. No Canadá, entre as 21 condições pesquisadas, foram mais frequentes: hipertensão, alergia, artrite e problema nas costas¹⁵. Hipertensão, alergia e artrite foram também as doenças mais prevalentes em oito países pesquisados no estudo de Alonso *et al.*¹⁶, de 2004. Na população dos Estados Unidos, entre adultos com 18 anos ou mais, os problemas de saúde mais frequentes foram dor nas costas (26%), hipertensão (21%), artrite (21%), enxaqueca (15%) e sinusite (14%)¹⁸.

A prevalência elevada de algumas poucas condições crônicas seria, em parte, a razão da semelhança no percentual de pessoas com ao menos um problema de saúde crônico, detectado em inquéritos realizados em contextos tão distintos e que incluem números tão diferentes de condições pesquisadas.

A variabilidade entre a frequência de morbidade crônica da população de diferentes países pode ser apreciada pelos resultados da pesquisa de Alonso *et al.*¹⁶, de 2004, que relataram prevalência de artrite variando de 4,1%, no Japão, a 40,5%, na Itália (média de 15,7%); prevalência de hipertensão variando de 9,4%, na Dinamarca, a 23,8%, nos Estados Unidos (17,1%, em média); de doença crônica do pulmão, entre 1,8%, no Japão, e 8,8%, na Itália (média de 5,9%), e preva-

lência de diabetes variando de 9,4%, na Dinamarca, a 5,3%, na Alemanha (média de 3,7%).

Algumas condições crônicas afetam mais intensamente a qualidade de vida. Knight *et al.*⁹ constataram, em 2001, o forte impacto provocado por doenças musculoesqueléticas (especialmente as dores nas costas), artrite e problemas mentais e a relativa menor importância de condições como asma e hipertensão.

No presente estudo, as doenças pesquisadas, com exceção de cirrose e tuberculose, foram mais prevalentes entre as mulheres. Observação semelhante havia sido feita com os dados da PNAD-1998¹⁷. No Inquérito Mundial de Saúde¹, as seis doenças crônicas pesquisadas, com exceção de angina, foram mais prevalentes nas mulheres. Todas as oito doenças pesquisadas no inquérito realizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte foram mais frequentes no sexo feminino²¹. Na população norte-americana, a maior parte das doenças é mais frequente nas mulheres; os homens apresentam prevalências superiores de doença coronariana, doença do fígado, diabetes e enfisema¹⁸.

A prevalência da maior parte das doenças aumenta com a idade, com exceção de asma, como verificado no presente estudo e em outras pesquisas^{1, 18, 22}.

Os dados da PNAD-2003 apontam que as pessoas que se auto-referiram como de cor negra apresentaram maior prevalência de cirrose, hipertensão e tuberculose, quando comparadas aos auto-referidos como brancos. Os indígenas apresentaram as frequências mais elevadas para a maioria das doenças pesquisadas. Outros inquéritos têm também detectado diferenças raciais na morbidade. Estudo realizado na Carolina do Norte revelou que os negros apresentavam mais hipertensão e diabetes, enquanto os brancos tinham maiores prevalências de depressão, dor nas costas e doença do coração, com análise ajustada para idade, sexo, escolaridade, obesidade, tabagismo e atividade física²³. Dados da população dos Estados Unidos mostram maior presença de hipertensão e diabetes nos negros e de diabetes, artrite e dor nas costas nos indígenas, quando comparados aos brancos, sendo que dor nas costas é mais frequente em brancos do que em negros¹⁸.

Observou-se que, com exceção de artrite e insuficiência renal crônica, as demais condições estudadas foram mais prevalentes na área urbana. Pinheiro *et al.*¹⁷ também haviam observado, com os dados da PNAD-1998, prevalências superiores dessas duas doenças na área rural. Pesquisas realizadas em outros países também têm

apontado menor frequência de condições crônicas em moradores de áreas rurais. Na Escócia, Iversen *et al.*²⁰ observaram na população rural prevalências significativamente mais baixas de asma, do conjunto de doenças pulmonares, de dermatites e de problemas cardíacos, após ajuste para sexo, idade, pobreza e tabagismo.

Os dados da PNAD-2003 apontam que todas as condições crônicas estudadas foram mais prevalentes no segmento da população de menor nível de escolaridade, à exceção de tendinite/sinovite. Outros inquéritos realizados no Brasil e em demais países apontam que as condições crônicas tendem a acometer mais intensamente as camadas de menor nível socioeconômico. Inquérito realizado pelo Inca²⁴ em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal detectou frequências mais elevadas de diabetes, hipertensão e doença isquêmica do coração nas pessoas com ensino fundamental incompleto. Em pesquisa realizada em alguns municípios do Estado de São Paulo⁶, com exceção de alergia e depressão, todas as condições crônicas pesquisadas apresentaram nítido gradiente com aumento da frequência acompanhando a redução dos anos de escolaridade. No Inquérito Mundial de Saúde¹, diabetes e esquizofrenia apresentaram-se significativamente mais prevalentes entre os de menor escolaridade.

Em pesquisa realizada na Holanda¹³, asma, problema nas costas e infarto do miocárdio revelaram-se mais prevalentes no estrato de escolaridade inferior, enquanto câncer foi mais prevalente no estrato superior. Na população dos Estados Unidos, os segmentos de menor escolaridade apresentam maior prevalência de hipertensão, bronquite crônica, câncer, diabetes, dor nas costas e sintomas mentais. A prevalência de asma não segue este padrão, apresentando valores semelhantes nos diferentes estratos de escolaridade. Artrite também não apresenta associação importante com o grau de escolaridade¹⁸.

Glover *et al.*²², em inquérito realizado na Austrália e na Nova Zelândia, observaram que, com exceção de asma, na faixa de 25 a 64 anos, e de doenças do sistema musculoesquelético, em pessoas com 65 anos e mais, todas as demais condições estudadas foram significativamente mais prevalentes nos moradores de áreas mais pobres.

A magnitude das diferenças observadas entre os estratos socioeconômicos é considerada ser subestimada pelo fato de os segmentos de menor escolaridade tenderem a sub-referir a presença de morbidades. As disparidades sociais estimadas pelas prevalências de doenças crônicas avaliadas em inquéritos seriam, assim, menores

do que as verdadeiras²⁵. Apesar desta possível tendência, constata-se maior índice de morbidade e co-morbidade nos segmentos de menor nível socioeconômico, que também são os que utilizam os serviços de saúde com mais frequência²⁶.

É necessário um aprimoramento dos instrumentos de avaliação das condições crônicas para que seja possível monitorar com mais precisão a dimensão da disparidade social na morbidade prevalente.

A validade da informação referida sobre doença crônica tem sido questionada e pesquisada por muitos autores. Estudos de validação desta informação, confrontando-a com dados de registros e prontuários médicos, têm revelado que o grau de acurácia é distinto conforme a patologia pesquisada, a presença de co-morbidades e as características sociais e demográficas do respondente^{11, 27-29}. Há maior concordância entre informações de inquérito e de registros médicos em casos de doenças que provocam maior grau de incapacidade. Mas também foi detectado que a informação obtida em inquérito tem maior validade na predição de futuras incapacidades²⁸. Informação referida sobre a presença de diabetes e hipertensão, bem como a de infarto do miocárdio e de acidente vascular cerebral, tem sido considerada válida, enquanto que teria pouca acurácia a informação sobre insuficiência cardíaca²⁷. Cricelli *et al.*¹⁰ observaram que as informações auto-referidas sobre diabetes e hipertensão produzem estimativas adequadas de prevalência, não ocorrendo o mesmo para doença pulmonar obstrutiva e úlcera gastroduodenal.

Estudos têm revelado que, mesmo em segmentos considerados vulneráveis à maior sub-referência, as informações são válidas se relativas a doenças bem definidas e importantes³⁰. Doenças que exigem acompanhamento médico e laboratorial tendem a ser mais bem informadas pelos entrevistados. O reconhecimento da doença pelo indivíduo depende do grau de percepção de sinais e sintomas, o que se relaciona com o uso social do corpo e depende de inúmeras características do indivíduo, além do acesso e qualidade dos serviços médico-diagnósticos.

Podem ocorrer diferenças importantes na estimativa de prevalência, a depender da técnica utilizada. O uso de *checklist* melhora a validade da informação obtida em *surveys*⁹. Também foi verificado que entrevistas face a face produzem, para a maior parte das doenças, informação mais precisa do que a obtida por meio de questionário auto-administrado³¹.

Uma limitação importante nestas pesquisas

deriva também da obtenção das informações de um *proxy* da pessoa sorteada. O percentual em que isto ocorre na PNAD é bastante elevado, especialmente nos homens e em alguns grupos sociodemográficos. Verificou-se que, se o respondente é a própria pessoa, a prevalência de ter ao menos uma doença crônica aumenta consideravelmente, conforme a faixa etária (Tabela 1), se compararmos à situação em que o informante é um *proxy*. A obtenção da informação por um familiar é considerada boa, a depender da doença investigada³². No presente estudo, as razões de prevalência foram ajustadas para a variável tipo de respondente, além de idade, sexo e macrorregião de residência, para evitar a influência do tipo de informante nas comparações feitas.

Conclusão

Mesmo considerando que a validade da informa-

ção referida é um limitante para as estimativas de prevalências de doenças crônicas, os padrões epidemiológicos observados tendem a ser alinhados com os obtidos por outras fontes de dados, e os inquéritos de saúde têm sido crescentemente utilizados para avaliar o estado de saúde das populações e a ocorrência de morbidade. O presente estudo permitiu traçar um painel do perfil epidemiológico da prevalência de doenças crônicas da população brasileira. Significativas desigualdades foram detectadas na magnitude das prevalências e no perfil de morbidades, segundo escolaridade, gênero, cor/raça, macrorregião de residência e situação do domicílio. Muitas das diferenças detectadas nesta pesquisa são concordantes com resultados de outros inquéritos e de outras fontes de dados. Considerando, porém, o conjunto de fatores que influenciam a percepção e o relato das morbidades, outras pesquisas tornam-se necessárias para confirmar alguns dos achados deste estudo.

Colaboradores

MBA Barros, CLG César e L Carandina participaram da concepção teórica, da elaboração, do planejamento das análises estatísticas e da redação final do texto. GD Torre realizou as análises estatísticas.

Agradecimentos

À Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde que, por intermédio do apoio ao Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde do DMPS-FCM-Unicamp, deu suporte ao desenvolvimento do presente estudo.

Referências

1. Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB. Socio-demographic characteristics, treatment coverage and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(Supl):S43-S53.
2. Almeida MF, Barata RB, Monteiro CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Rev C S Col* 2002; 7(4):743-56.
3. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Rev C S Col* 2002; 7(4):607-21.
4. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Rev C S Col* 2000; 5(1):133-49.
5. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo ICR, et al. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Rev Saúde Pub* 2005; 39(1): 47-57.
6. Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M, organizadores. Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA-SP. 1ª ed. São Paulo: FSP/USP; 2005.

7. Szwarcwald CL, Viacava F. Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 (Supl):S4-S5.
8. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 (Supl):S54-S64.
9. Knight M, Stewart-Brown S, Fletcher L. Estimating health needs: the impact of a checklist of conditions and quality of life measurement on health information derived from community surveys. *J Public Health Med* 2001; 23(3):179-86.
10. Cricelli C, Mazzaglia G, Samani F, Marchi M, Sabatini A, Nardi R, et al. Prevalence estimates for chronic diseases in Italy: exploring the differences between self-report and primary care databases. *J Public Health Med* 2003; 25(3):254-7.
11. Skinner KM, Miller DR, Lincoln E, Lee A, Kazis LE. Concordance between respondent self-reports and medical records for chronic conditions: experience from the Veterans Health Study. *J Ambul Care Manage* 2005; 28(2):102-10.
12. 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(1):21.
13. Westert GP, Schellevis FG, de Bakker DH, Groenewegen PP, Bensing JM, van der Zee J. Monitoring health inequalities through general practice: the second Dutch National Survey of General Practice. *Eur J Public Health* 2005; 15(1):59-65.
14. Iron KS, Manuel DG, Williams J. Using linked data set to determine the factors associated with utilization and costs of family physician in Ontario: effects of self-reported chronic conditions. *Chronic Dis Can* 2003; 24(4):124-32.
15. Schultz SE, Kopec JA. Impact of chronic conditions. *Health Rep* 2003; 14(4):41-53.
16. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware Jr. JE, Aaronson NK, Mosconi P, et al. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res* 2004; 13:283-98.
17. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Rev C S Col* 2002; 7(4):687-707.
18. Lethbridge-Cejku M, Schiller JS, Bernadel L. Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2002. *Vital Health Stat* 10 2004; (222):1-151.
19. Macintyre S, Der G, Norrie J. Are there socioeconomic differences in responses to a commonly used self-report measure of chronic illness? *Int J Epidemiol* 2005; 34(6):1284-90.
20. Iversen L, Hannaford PC, Price DB, Godden DJ. Is living in a rural area good for your respiratory health? Results from a cross-sectional study in Scotland. *Chest* 2005; 128(4):2059-67.
21. Lima-Costa MF. A saúde dos adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional. Belo Horizonte: Nespe, Fiocruz, UFMG; 2004.
22. Glover JD, Hetzel DM, Tennant SK. The socioeconomic gradient and chronic illness and associated risk factors in Australia. *Aust New Zealand Health Policy* 2004; 1(1):8.
23. Coeytaux RR, Gillespie HM, Callahan LF, Kaufman JS, Plescia M, Williams C, et al. Racial disparities in health between white and African American family practice patients: clinical implications. *N C Med J* 2004; 65(6):330-4.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Inca; 2004.
25. Mackenbach JP, Looman CW, van der Meer JB. Differences in the misreporting of chronic conditions, by level of education: the effect on inequalities in prevalence rates. *Am J Public Health* 1996; 86(5):706-11.
26. Droomers M, Westert GP. Do lower socioeconomic groups use more health services, because they suffer from more illnesses? *Eur J Public Health* 2004; 14(3):311-3.
27. Okura Y, Urban LH, Mahoney DW, Jacobsen SJ, Rodeheffer RJ. Agreement between self-report questionnaires and medical record data was substantial for diabetes, hypertension, myocardial infarction and stroke but not for heart failure. *J Clin Epidemiol* 2004; 57(10):1096-103.
28. Ferraro KF, Su YP. Physician-evaluated and self-reported morbidity for predicting disability. *Am J Public Health* 2000; 90(1):103-8.
29. Goldman N, Lin IF, Weinstein M, Lin YH. Evaluating the quality of self-reports of hypertension and diabetes. *J Clin Epidemiol* 2003; 56(2):148-54.
30. Simpson CF, Boyd CM, Carlson MC, Griswold ME, Guralnik JM, Fried LP. Agreement between self-report of disease diagnoses and medical record validation in disabled older women: factors that modify agreement. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52(1):123-7.
31. Bergmann MM, Jacobs EJ, Hoffmann K, Boeing H. Agreement of self-reported medical history: comparison of an in-person interview with a self-administered questionnaire. *Eur J Epidemiol* 2004; 19(5):411-6.
32. Halabi S, Zurayk H, Awaida R, Darwish M, Saab B. Reliability and validity of self and proxy reporting of morbidity data: a case study from Beirut, Lebanon. *Int J Epidemiol* 1992; 21(3):607-12.

Artigo apresentado em 29/03/2006

Aprovado em 17/04/2006

Versão final apresentada em 15/05/2006