



ARTIGO ORIGINAL

PREVALÊNCIA DE MULTIMORBIDADE E FATORES ASSOCIADOS NA POPULAÇÃO IDOSA DA REGIÃO SUL DO BRASIL**PREVALENCE OF MULTIMORBITY AND ASSOCIATED FACTORS IN ELDERLY POPULATION IN THE SOUTHERN REGION OF BRAZIL**

Pedro Vinícius Cláudio¹
Danielle Bordin²
Clóris Regina Blanski Grden³
Manoelito Ferreira Silva-Junior⁴
Erildo Vicente Müller⁵

RESUMO

Objetivo: Descrever a prevalência e os fatores associados à multimorbidade entre idosos da Região Sul do Brasil. **Métodos:** Estudo quantitativo, transversal e analítico, com dados secundários de base populacional da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), considerado apenas dados da Região Sul do Brasil. As informações foram obtidas por meio de entrevistas individuais, em domicílio. A variável dependente foi a presença de multimorbidade e as independentes foram as condições sociodemográficas, percepção do estado de saúde e hábitos de vida. A associação das variáveis foi feita através do teste de qui-quadrado ($p \leq 0,05$). **Resultado:** Um total de 1625 idosos participaram do estudo. A prevalência de multimorbidade esteve presente em 54,0% dos idosos. As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis foram mais prevalentes e destacaram-se a dislipidemia (71,3%), hipertensão arterial sistêmica (51,8%) e problemas de coluna (31,9%). A multimorbidade foi associada ao sexo feminino, idosos mais longevos (70 a 79 anos e 80 e mais), com menor escolaridade, residentes no Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com maior dificuldade de locomoção e faziam uso de óculos ($p < 0,05$). **Conclusão:** A prevalência de multimorbidade na população idosa da Região Sul do Brasil foi alta e foi associado aos fatores sociodemográficos e percepção do estado de saúde.

Descritores: Idoso. Comorbidade. Multimorbidade. Doença Crônica.

ABSTRACT

Objective: To describe the prevalence and factors associated with multimorbidity among elderly population in southern region of Brazil. **Methods:** Quantitative, cross-sectional and analytical study, with population-based secondary data from the National Health Survey (PNS), considered only data from the southern region of Brazil. The information was obtained through individual interviews, at home. The dependent variable was the presence of multimorbidity and the independent variables were

¹Acadêmico do curso de Medicina, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: pedroviniciusclaudio@gmail.com.

²Doutora e Professora do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: daniellebordin@hotmail.com.

³Doutora e Professora do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: reginablanski@hotmail.com.

⁴Doutor e Professor do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: manoelito_fsjunior@hotmail.com.

⁵Doutor e Professor do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública. Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: erildomuller@hotmail.com.



sociodemographic conditions, perception of health status and lifestyle. The association of variables was made using the chi-square test ($p \leq 0.05$). Result: A total of 1,625 elderly people participated in the study. The prevalence of multimorbidity was present in 54.0% of the elderly. Chronic Non-Communicable Diseases were more prevalent and dyslipidemia (71.3%), systemic arterial hypertension (51.8%) and spine problems (31.9%) stood out. Multimorbidity was associated with females, older elders (70 to 79 years and 80 and over), with less education, living in Santa Catarina and Rio Grande do Sul, with greater mobility difficulties and wearing glasses ($p < 0.05$). Conclusion: The prevalence of multimorbidity in the elderly population in the southern region of Brazil was high and was associated with sociodemographic factors and perception of health status.

Keywords: Elderly. Comorbidity. Multimorbidity. Chronic Disease.

INTRODUÇÃO

Multimorbidade pode ser caracterizada como a ocorrência de múltiplas morbidades em um mesmo indivíduo¹⁻⁴. Apesar dos termos multimorbidade e comorbidade estarem descritas na literatura para indicar a ocorrência de duas ou mais morbidades em um mesmo indivíduo, apresentam diferenças. A comorbidade trata-se de uma doença desenvolvida em consequência da doença de base, por exemplo, problemas circulatórios em decorrência do diabetes, enquanto a multimorbidade são duas ou mais morbidades não relacionadas a doença de base^{1,5}. Sendo assim, o aumento da prevalência de comorbidades e multimorbidades está relacionada diretamente aos processos de transição demográfica e epidemiológica^{1,6}.

A multimorbidade é um problema de saúde pública com consequências sociais e econômicas⁷. A ocorrência de multimorbidade em idosos é alta (>50%) e as consequências podem incluir o aumento do risco de morte⁷ e o declínio da capacidade funcional⁸, bem como da qualidade de vida. A Organização Mundial da Saúde projetou um aumento das mortes derivadas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em 15% entre os anos de 2010 e 2020, o que poderia corresponder a 78% das causas de morte⁹. No Brasil, as DCNT são responsáveis por 72% das mortes, sendo um desafio para o setor de saúde¹⁰ no que diz respeito a oferta de serviços e estrutura que possa atender esta demanda de forma adequada.

Embora seja possível manejar as multimorbidades utilizando dos avanços e das técnicas de abordagem com ferramentas de cuidado adequadas, tais como: estratificação de risco, utilização de Plano Terapêutico Singular (PTS), gestão de casos, dentre outros, sabe-se que o controle dessas morbidades é um desafio em todo o mundo^{11,12}. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente por meio do Estratégia Saúde da Família (ESF), tem feito progressos com sua abordagem multidisciplinar. No entanto, para que o ESF tenha maior efetividade, deve-se melhorar e intensificar a avaliação dos casos para instituir um plano de cuidado conforme o Modelo de Atenção



às Condições Crônicas (MACC)¹³. Diante do exposto, esse estudo teve como objetivo descrever a prevalência e os fatores associados à multimorbidades entre idosos da Região Sul do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, analítico, com dados secundários provenientes do inquérito de base populacional “Pesquisa Nacional de Saúde” (PNS), proposto pelo Ministério da Saúde e conduzido, em 2013, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁴. O inquérito nacional foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa sob o Parecer número 328.159/2013.

A pesquisa é de base domiciliar e o plano amostral utilizado contou com uma amostragem probabilística por conglomerados em três estágios, sendo os setores ou conjunto de setores censitários as unidades primárias de amostragem, os domicílios as unidades secundárias e os moradores maiores de idade selecionados, as unidades terciárias¹⁴. O tamanho da amostra foi definido considerando o nível de precisão desejado para as estimativas de alguns indicadores de interesse, resultando em informações de 205.546 indivíduos¹⁴. Detalhes sobre o processo de amostragem e ponderação estão disponíveis no relatório da PNS¹⁴. Para o presente estudo incluiu-se na amostra apenas dados de indivíduos idosos da Região Sul do Brasil, que responderam ao questionário individual (n=1.625).

Os dados foram coletados por pesquisadores previamente calibrados. As informações foram obtidas através de entrevistas individuais e armazenadas em computadores de mão. As entrevistas foram direcionadas por três formulários: o domiciliar, referente às características do domicílio; o relativo a todos os moradores do domicílio; e o individual, respondido por um morador, sorteado, do domicílio com 18 anos ou mais de idade¹⁴. Para o presente estudo, considerou-se, exclusivamente, os dados dos indivíduos acima de 60 anos, proveniente dos dois últimos formulários.

A variável dependente considerada para o estudo foi a presença de multimorbidade, categorizada em ‘Sim’ ou ‘Não’, e as variáveis independentes foram as sociodemográficas, percepção do estado de saúde e hábitos de vida.

A análise dos dados foi realizada no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0. A análise descritiva foi realizada por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%) e a associação pelo teste qui-quadrado ($p \leq 0,05$).



RESULTADOS

A amostra final foi composta por 1.625 indivíduos, sendo a maioria de mulheres, com idade entre 60 e 69 anos, brancas, alfabetizadas, com quatro anos ou menos de estudo e renda menor de R\$ 680,00 (Tabela 1).

A prevalência de multimorbidade nos idosos da Região Sul brasileira foi de 54,0% e foi associada ao sexo feminino, entre idosos mais longevos na faixa etária de 70 a 79 anos e 80 e mais, com menor escolaridade e residentes em Santa Catarina e Rio Grande do Sul ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Os idosos com multimorbidade tiveram maior dificuldade de locomoção e faziam uso de óculos ($p < 0,05$) (Tabela 2).

As DCNT mais prevalentes foram as dislipidemias (71,3%), hipertensão arterial sistêmica (51,8%) e problemas de coluna (31,9%) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Neste estudo, a maioria dos idosos apresentou multimorbidade, semelhante a resultados encontrados no Brasil¹⁵ e no mundo, como na população acima de 60 anos na Indonésia¹⁶, acima de 75 anos na Suécia entre idosos¹⁷ e acima de 55 anos na China¹⁸. A alta ocorrência de multimorbidade gera aumento do risco de morte, redução da qualidade de vida, aumento da necessidade de cuidados de saúde e maior custo relacionado a hospitalização e tratamento^{7,8,19,20}, especialmente entre países em desenvolvimento, como no caso do Brasil, uma vez que apresenta diversas outras demandas de saúde ainda não resolvidas.

No presente estudo, as doenças que apresentaram maior prevalência entre as multimorbidades foram dislipidemia, hipertensão arterial e problemas de coluna. Sendo que grande parte dos idosos apresentaram duas morbidades concomitantes. Este resultado implica na necessidade de um manejo clínico numa perspectiva integral para o tratamento destas condições, para que a intervenção de uma condição não prejudique a outra²⁰. Por exemplo, caso a realização de atividade física seja orientada para o controle pressórico, deve-se considerar o problema na coluna^{20,21}. Assim, reforça uma formação médica generalista, uma vez que a multimorbidade torna-se cada vez mais prevalente na população idosa¹⁸.

A alta prevalência das doenças crônicas da população idosa brasileira exige um cuidado de saúde que pode ser melhor conduzido se for utilizado o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)¹³. Nesta proposta, a equipe de saúde tem papel fundamental no cadastramento e registro da população segundo os determinantes sociais e fatores de risco. A partir disso, organiza-se a população em cinco níveis de risco, que se iniciam desde o primeiro nível em que se avalia a o total de pessoas,



parte para subpopulações com fatores de risco ligados a comportamentos e estilo de vida, seguidos por indivíduos com condição crônica simples e/ou fator de risco biopsicológico, seguido daqueles com condição crônica complexa e indo até o quinto em que se avaliam casos individuais por se tratar de grupo de pessoas com condições muito complexas a fim de traçar melhores metas de ação para cada subgrupo, de acordo com suas necessidades socioeconômicas de risco, propondo uma estratégia de cuidado multi e interdisciplinar no cuidado dos sujeitos¹³.

A associação entre a ocorrência de multimorbidade em idosos mais longevos (70 anos e mais) e sexo feminino foi verificada no presente no estudo, estando de acordo com os resultados descritos por Wang et al.¹⁸ e Nunes et al.¹⁶. Em decorrência da maior procura de mulheres por uso de serviços de saúde, o aspecto de conhecer o seu diagnóstico e maior adesão ao tratamento pode referir a um maior autoconhecimento sobre sua condição, uma vez que a pesquisa foi realizada pelo auto relato, e assim, explicar em parte a possível associação entre maior prevalência das DCNT em mulheres²². Sabe-se que grande parte das condições crônicas estão relacionadas a comportamentos e exposições a fatores de risco durante a vida dos indivíduos, desenvolvendo sinais e sintomas com o aumento da idade, como as mulheres historicamente procuram mais os serviços de saúde, a maior prevalência de multimorbidades neste sexo pode ser explicada em parte pela maior chance de diagnóstico¹⁷.

No presente estudo, a multimorbidade foi associada a idosos com menor escolaridade, o que sugere que escolaridade pode ser fator importante sobre a condição de saúde e as doenças da população idosa²², como também apontado em outro estudo realizado em Pelotas¹⁷. O estudo de Malta et al.²³ não mostrou essa associação, no entanto, os autores descrevem que indivíduos com menor escolaridade deixaram de realizar atividades cotidianas, como deslocamento sem acompanhamento, como as limitações esses indivíduos utilizaram menos os serviços de consulta médica nos últimos 12 meses. Esse aspecto demonstra que a escolaridade impacta na vida diária dos idosos e tem repercussão direta em outros fatores, por exemplo, na adesão ao tratamento, elemento fundamental para as condições crônicas.

Com relação aos estados da Região Sul do país, verifica-se menor prevalência de multimorbidades quando comparado a estudo realizado também na Região Sul, como em Bagé-RS, que descreveu 81,3% de multimorbidade em idosos¹⁷, que pode ser explicado, em parte pela diferença metodológica empregada entre as pesquisas. O Paraná apresentou menor prevalência de multimorbidades quando comparado aos demais estados da Região Sul, e esse aspecto pode ser em decorrência da menor expectativa de vida, com idosos mais jovens e possivelmente menos doenças²⁴. Verifica-se, então a necessidade de melhor estruturação dos serviços de saúde bem como melhor formação de profissionais para responder as necessidades dessa população, com planejamento de ações, educação permanente e reestruturação curricular das graduações na área de saúde.



Além da associação com os dados sociodemográficos, verificou-se no presente estudo que houve diferença significativa entre presença de multimorbidade e os fatores de percepção do estado de saúde, como a dificuldade de locomoção e uso de óculos. Essas duas condições precisam ser levadas em consideração, uma vez que a marcha é rotineira e seu bom desempenho depende do funcionamento dos sistemas neurológico, cardiovascular e musculoesquelético²⁵. Sabendo-se dessa associação medidas de proteção precisam ser estabelecidas tanto no diagnóstico precoce bem como no tratamento para o melhor controle das condições crônicas, principalmente em caso de multimorbidades. A perda visual é uma condição importante na velhice, no entanto, estratégias que diminuam o impacto dos seus transtornos precisam ser repensadas. A perda da visão aumenta as chances de queda, o risco de erros com medicações e causa um maior isolamento social, além menor independência pior qualidade de vida pior com relação a quem não tem problemas visuais²⁶. Observa-se que 79,4% dos entrevistados utilizavam óculos, o que pode estar associado a acesso aos serviços oftalmológicos, entretanto não havia informação se o atendimento se deu pelo SUS ou pela rede privada.

Entre os aspectos de limitação do estudo está no seu desenho transversal, onde não há possibilidade inferência causal. O estudo ainda pode incorrer em baixa sensibilidade e especificidade para avaliação das doenças, pois a coleta de dados da PNS foi por auto relato, o que pode apresentar omissão de dados, viés de memória ou variar conforme a percepção do participante frente a condição apresentada¹¹. Além disso, a multimorbidade foi avaliada a partir de uma listagem prévia de doenças, e certamente, o conhecimento e/ou percepção, bem como a escolaridade do respondente pode ter influenciado nas respostas.

Apesar de ainda se constituir como um desafio na questão e manejo das multimorbidades, o fortalecimento de ações de promoção e educação em saúde pela estratégia saúde da família e o e a formação continuada para capacitação de atendimento multidisciplinar e interdisciplinar mostram que essas estratégias aliadas a ferramentas de cuidado estão relacionadas ao controle das multimorbidades. Assim, faz-se necessário um melhor planejamento de serviços e alocação de recursos humanos capacitados para atenção à saúde da população idosa¹³.

CONCLUSÃO

A prevalência de multimorbidade na população idosa da Região Sul do Brasil foi alta e foi associado aos fatores sociodemográficos e percepção do estado de saúde.

A prevalência e multimorbidade na população idosa é uma questão de interesse econômico e social, visto que é causa de aumento do risco de morte e de necessidades de afastamento do trabalho, o



que por si só causa impactos em uma sociedade. Com a transição demográfica que vem ocorrendo no Brasil, e também na Região Sul do país, há necessidade de planejamento tanto em mão de obra quanto de melhora dos serviços de saúde para atender a população de uma forma mais adequada.

Apesar de ainda se constituir como um desafio, na questão de planejamento e manejo das multimorbidades, o fortalecimento da promoção e educação em saúde, bem como da estratégia saúde da família e o trabalho multidisciplinar e multiprofissional que exercem, parecem demonstrar a melhor forma para o controle das multimorbidades.

REFERÊNCIAS

1. Fortin M, Stewart M, Poitras ME, Almirall J, Maddocks H. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. *Ann Fam Med*. 2012; 10(2):142-151.
2. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*. 2012; 380 (9836): 37-43.
3. Lefèvre T, D'Ivernois JF, Andrade V, Crozet C, Lombrail P, Gagnayre R. What do we mean by multimorbidity? An analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2014; 62(5): 305-314.
4. Salive ME. Multimorbidity in older adults. *Epidemiologic Reviews*. 2013; 1(1): 75-83.
5. Cheung CL, Nguyen USDT, Au E, Tan KCB, Kung AWC. Association of handgrip strength with chronic diseases and multimorbidity. *Age*. 2013; 35(3): 929-941.
6. Wang HHX, Wang JJ, Lawson KD, Wong SYS, Wong MCS, Li FJ, Wang PX, Zhou ZH, Zhu CY, Yeong YQ, Griggiths SM, Mercer SW. Relationships of Multimorbidity and Income With Hospital Admissions in 3 163 Health Care Systems. *The Annals of Family Medicine*. 2015; 13(2):164-7.
7. Leme DEC, Thomaz RP, Borim FSA, Brenelli SL, Oliveira DV, Fattori A. Estudo do impacto da fragilidade, multimorbidade e incapacidade funcional na sobrevivência de idosos ambulatoriais. *Ciênc Saúde Colet*. 2019; 24(1): 137-146.
8. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011; 10(4):430-9.
9. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.
10. Brasil. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2011.
11. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saude Publica*. 2003; 19(3):700-701.



12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasil: tábua completa de mortalidade, 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [accessed 2019 Mai 17]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/notastecnicas.pdf>
13. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1st ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.
14. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasília, 2014.
15. Hussain MA, Huxley RR, Mamun AA. Multimorbidity prevalence and pattern in Indonesian adults: an exploratory study using national survey data. *BMJ Open*. 2015; 5(12): e009810.
16. Nunes BP. Mult morbidade em idosos: ocorrência, consequências e relação com a Estratégia Saúde da Família. Tese doutorado - Universidade Federal de Pelotas; Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Pelotas – RS, 2015.
17. Marengoni A, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *American Journal of Public Health*. 2008; 98(7): 1198-1200.
18. Wang HH, Wang JJ, Wong SY, Wong MC, Li FJ, Wang PX, Zhou ZH, Zhu CY, Griffiths SM, Mercer SW. Epidemiology of multimorbidity and implications for healthcare: Cross-sectional survey among 162,464 community household residents in southern China. *BMC Medicine*. 2014; 12(1): 188-199.
19. Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: How should understanding of multimorbidity inform health system design? *Public Health Reviews*. 2010; 32(2): 451-474.
20. Batista SR. A complexidade da multimorbidade. *J Manag Prim Health Care*. 2014; 5(1): 125-126.
21. Semlitsch T, Jeitler K, Hemkens LG, Horvath K, Nagele E, Schuermann C, Pignitter N, Hermann KH, Waffenschmidt S, Siebenhofer A. Increasing physical activity for the treatment of hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med*. 2013;43(10):1009-1023.
22. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA, Uchoa E. Validade do diabetes auto-referido e seus determinantes: evidências do projeto Bambuí. *Rev Saude Publica*. 2007;41(6):947-53.
23. 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 Saúde Pública*, 2017; 51(Suppl. 1): 4s.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico, 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [accessed 2019 Mai 19]. Available from: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>



25. Paixão Junior CM, Heckmann MF. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 624-634.

26. Carter TL. Age-related vision changes: a primary case guide. *Geriatrics*. 1994; 49(9):37-42.

TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas segundo multimorbidade em idosos da Região Sul do Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde – Região Sul, 2013 (n=1625).

Variável	Multimorbidade						p valor
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
<i>Sexo</i>							<0,01
Masculino	278	43,7	358	56,3	636	39,1	
Feminino	600	60,7	389	39,3	989	60,9	
<i>Idade (anos)</i>							<0,01
60-64	236	48,7	249	51,3	485	28,1	
65-69	241	45,0	294	55,0	535	31,0	
70-74	168	56,2	131	43,8	299	17,3	
75-79	129	61,1	82	38,9	211	12,2	
≥80	104	53,3	91	46,7	195	11,3	
<i>Cor da pele</i>							0,25
Branca	728	54,7	603	45,3	1331	81,9	
Não-branca	150	51,0	144	49,0	294	18,1	
<i>Alfabetização</i>							0,18
Sim	773	54,7	641	45,3	1414	87,0	
Não	105	49,8	106	50,2	211	13,0	
<i>Escolaridade (anos)</i>							<0,01
1 a 4	420	58,7	296	41,3	716	51,0	
5 a 8	124	54,9	102	45,1	226	16,1	
> 8	221	47,8	241	52,2	462	32,9	
<i>Renda (reais)</i>							0,23
0-680	417	52,0	385	48,0	802	49,3	
681-1.320	139	57,2	104	42,8	243	15,0	
1.321-2.640	146	58,4	104	41,6	250	15,4	
≥2,641	176	53,3	154	46,7	330	20,3	
<i>Unidade Federativa</i>							0,03

continua



continua

<i>Unidade Federativa</i>						
Paraná	277	49,6	282	50,4	559	34,4
Rio Grande do Sul	419	56,1	328	43,9	747	46,0
Santa Catarina	182	57,1	137	42,9	319	19,6

Tabela 2. Hábitos de vida e percepção do estado de saúde de idosos da Região Sul do Brasil, segundo multimorbidades. Pesquisa Nacional de Saúde – Região Sul, 2013 (n=1625).

Variáveis	Multimorbidade						p-valor
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
<i>Dificuldade de Locomoção</i>							<0,01
Sim	100	11,4	49	6,6	149	9,2	
Não	778	88,6	698	93,4	1476	90,8	
<i>Usa óculos</i>							<0,01
Sim	697	79,4	499	66,8	1196	73,6	
Não	181	20,6	248	33,2	429	26,4	
<i>Prática de exercício físico</i>							0,13
Sim	254	28,9	191	25,6	445	27,4	
Não	624	71,1	556	74,4	1180	72,6	
<i>Tabagismo</i>							0,78
Sim	92	10,5	95	12,7	187	11,5	
Não	11	1,2	10	1,4	21	1,3	
Não informado	775	88,3	642	85,9	1417	87,2	
<i>Usa bebida</i>							0,70
Sim	637	72,6	504	67,5	1141	70,2	
Não	101	11,5	85	11,4	186	11,5	
Não informado	140	15,9	158	21,1	298	18,3	

Tabela 3. Prevalência de Doenças Crônicas Não-transmissíveis (DCNT) em idosos residentes na Região Sul do Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde – Região Sul, 2013 (n=1625).

DCNT	Sim		Não		Não informado	
	n	%	n	%	N	%
Hipertensão	841	51,8	774	47,6	10	0,6
DPOC	87	5,4	1538	94,6	0	0,0
Diabetes	268	16,5	1307	80,4	50	3,1
Dislipidemia	1158	71,3	404	24,9	63	3,9

continua



continua

Depressão	173	10,6	1452	89,4	0	0,0
Problemas de Coluna	519	31,9	1106	68,1	0	0,0
Insuficiência Renal Crônica	52	7,8	612	92,2	0	0,0

DCNT: Doenças Crônicas Não-transmissíveis. DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.