

Capítulo 5

MORBIDADE

- I. Medidas de frequência das doenças, 76
 - A. Incidência e prevalência, 76
 - B. Usos de incidência e prevalência, 78
 - C. Tipos de incidência, 78
 - D. Tipos de prevalência, 80
 - E. Frequência detectada, 81
- II. Conceito de morbidade e fontes de dados para seu estudo, 81
 - A. Diferentes dimensões da morbidade, 81
 - B. Fontes de dados para o conhecimento da morbidade, 82
 - C. Preparo científico de estatísticas, 83
- III. Registros rotineiros de atendimentos, 83
 - A. Prontuários, 83
 - B. Notificação compulsória, 85
 - C. Registros de doenças, 86
 - D. Cruzamento de registros, 87
- IV. Inquéritos de morbidade, 89
 - A. Tipos de inquérito, 89
 - B. Inquéritos por entrevistas e por exames, 89
 - C. Inquéritos gerais de morbidade, 91
 - D. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), 92
 - E. Inquéritos específicos de morbidade, 83
 - F. Inquérito em duas etapas, 94
 - G. Dificuldades na realização de inquéritos, 94
 - H. Frequência pontual e frequência por intervalo, 96
- V. Classificação da morbidade, 97
 - A. Classificação Internacional de Doenças (CID), 97
 - B. Classificação dos problemas de saúde para a atenção primária, 99
- VI. Comentário final, 99
 - Questionário, 99
 - Exercícios e leitura complementar, 99
 - Referências bibliográficas, 101

A medida da morbidade é um dos temas centrais da epidemiologia. A obtenção de uma estimativa quantificada da morbidade pode ser tarefa relativamente simples ou apresentar graus variados de dificuldade. O capítulo aborda diversos ângulos deste processo e tem o objetivo de familiarizar o leitor com o assunto. Inicialmente, são mostrados as principais medidas de frequência e um apanhado geral sobre a complexa tarefa de definir morbidade e de como medi-la. As fontes de dados para estudo da morbidade são então detalhadas, subdivididas em registros rotineiros e inquéritos. A classificação de doenças é tema do final do capítulo.

I. MEDIDAS DE FREQUÊNCIA DAS DOENÇAS

O termo "frequência", que para o leigo tem um significado muito claro — de número de vezes que um evento ocorre — necessita ser mais bem definido, em epidemiologia. Daí, a distinção que se faz entre "incidência" e "prevalência", com o intuito de separar determinados aspectos que, se não levados em conta, dificultam as comparações de "frequências".^{1,2}

A. INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA

A incidência de uma doença refere-se aos casos novos e a prevalência aos casos existentes.

Comparativamente, a incidência é como se fosse um "filme" sobre a ocorrência da doença, enquanto a prevalência produz apenas um "retrato" dela na coletividade. Uma é dinâmica e a outra, estática.

Para conhecer a incidência, especifica-se a duração do tempo de observação de surgimento dos casos novos: por exemplo, a incidência de casos de sarampo durante o ano. A prevalência de um evento, por sua vez, informa o número de casos existentes: uma ilustração é a prevalência de casos de tuberculose no dia de hoje. Nos seus resultados estão misturados casos novos e antigos.

• O que medem incidência e prevalência?

Incidência e prevalência medem diferentes aspectos da morbidade e, em geral, são mais bem expressas através de relações entre casos e população (Quadro 5.1).

Quadro 5.1 Cálculos das taxas de incidência e de prevalência

TAXA DE INCIDÊNCIA

$$= \frac{\text{número de "casos novos", em determinado período}}{\text{número de pessoas expostas ao risco, no mesmo período}} \times \text{constante}$$

Exemplo: entre 400 crianças pré-escolares, acompanhadas durante um ano, foram diagnosticados dois casos de sarampo.
Cálculo da incidência:

$$2/400 = 0,005 = 0,5\% = \text{cinco casos por 1.000 crianças, no ano.}$$

TAXA DE PREVALÊNCIA*

$$= \frac{\text{número de casos existentes}}{\text{número de pessoas na população}} \times \text{constante}$$

Exemplo: entre as mesmas 400 crianças submetidas a exame parasitológico de fezes, no início do ano, foram encontradas 40 com exame positivo para *Ascaris*.

Cálculo da prevalência:

$$40/400 = 0,1 = 10\% = 100 \text{ casos por mil.}$$

*O mesmo que "prevalência instantânea" ou "prevalência pontual".

A incidência reflete a dinâmica com que os casos aparecem no grupo. Por exemplo, ela informa quantos, entre os sadios, se tornam doentes em um dado período de tempo; ou então quantos, entre os doentes, apresentam uma dada complicação ou morrem, decorrido algum tempo. Por isto usa-se dizer que a incidência reflete a "força da morbididade" (ou "força da mortalidade", caso se trate de óbitos).¹

• Relação com a duração da doença

A incidência é um dos fatores determinantes do nível de prevalência. Essa última representa o estoque de casos, isto é, a

proporção da população que apresenta uma dada doença. Ela aumenta com os casos novos e decresce com o número de curas e de óbitos (Fig. 5.1).

A melhoria no tratamento médico de uma afecção crônica, fazendo prolongar a vida mas sem curar a doença, aumenta o número de casos na população, o que eleva a respectiva taxa de prevalência. A não-instituição do tratamento em doenças curáveis — casos de tuberculose, por exemplo — faz também aumentar a prevalência. Ao contrário, as condições de evolução aguda, ou as rapidamente fatais, têm baixa prevalência na população. Os exemplos ilustram o fato de que a prevalência (P) e a incidência (I) estão relacionadas à duração (D) da afecção. A fórmula que as une é a seguinte: $P = ID$ (Quadro 5.2).

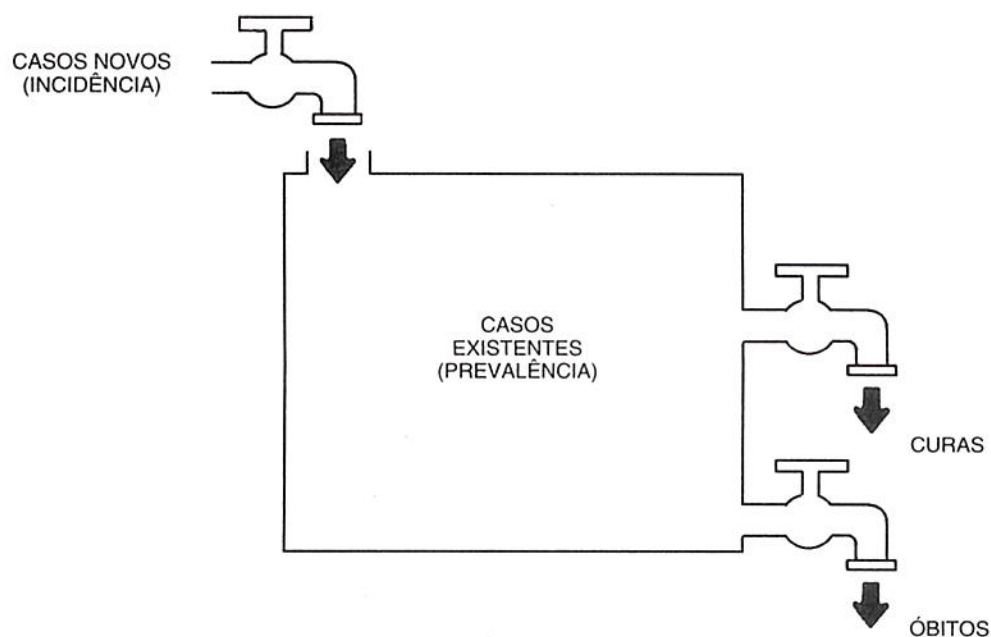


Fig. 5.1 Fatores que influenciam a prevalência de um agravo à saúde, excluída a migração.

Quadro 5.2 Relação entre prevalência (P), incidência (I) e duração média da doença (D)

$$P = I \times D$$

ou $I = P/D$
ou $D = P/I$

Conhecendo-se dois dos elementos da fórmula, pode-se estimar o terceiro. Se a duração média de uma doença é de três anos, a sua incidência será de cerca de um terço da sua prevalência; e esta última pode ser determinada por um inquérito transversal.

A relação mostrada no Quadro 5.2 também indica as possibilidades de intervenção. Para diminuir a prevalência, por exemplo, pode-se atuar nos dois fatores: evitar o aparecimento de novos casos (prevenção primária) e encurtar a duração da doença (prevenção secundária).

• Efeito da migração

A migração faz aumentar ou diminuir o estoque de casos, conforme o local ou a população considerada recebam doentes de outros lugares ou enviem-nos para outros centros.

B. USOS DE INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA

A observação da frequência e da distribuição do evento, sob forma de incidência ou prevalência, informa a magnitude e a importância dos danos à saúde da população. Esta é a maneira de conhecer a concentração dos casos nas camadas populacionais, fazer comparações geográficas e detectar tendências, tanto de longo prazo como variações estacionais ou de outra natureza. Em pesquisas epidemiológicas, a incidência, a prevalência ou ambas são determinadas de modo que sobre elas se baseiem as conclusões do estudo.

• Escolha entre incidência e prevalência

A escolha entre o emprego da incidência ou da prevalência depende da situação em foco e de questões operacionais. As afecções de evolução aguda são, em geral, indicadas através da incidência, forma pela qual são apresentadas as respectivas estatísticas; servem de exemplo o sarampo e a coqueluche. Em danos de natureza crônica, a determinação da incidência é muito trabalhosa e, como a prevalência é mais facilmente obtida, as informações sobre frequência de condições, como parasitoses, hipertensão e alcoolismo, são expressas, habitualmente, em termos de prevalência. No entanto, o conhecimento da incidência de afecções crônicas informará melhor sobre a dinâmica da doença na população.

• Usos da incidência

A incidência é a medida mais importante da epidemiologia. Ela é a preferida em investigações científicas, seja nas pesquisas etiológicas, em estudos de prognósticos, na verificação da eficácia das ações terapêuticas e preventivas e em outros tipos de pesquisa. Seu conhecimento, ou estimativa aproximada, é necessário para planejar as investigações, como os ensaios clínicos, e, em especial, para determinar o tamanho da amostra.

Em muitas situações, no entanto, o conhecimento da incidência, embora desejável, não é de obtenção simples, como no caso nas doenças crônicas. Na impossibilidade de medir diretamente a incidência usa-se a prevalência, cuidadosamente, como substituto da incidência, ou estima-se a incidência a partir de dados de prevalência. No final do presente capítulo, na Leitura Complementar, há maiores detalhes sobre o assunto.

• Usos da prevalência

A prevalência é muito útil em planejamento e administração de serviços e de programas. O conhecimento da prevalência pode ser o mais indicado quando se pretende colocar à disposição da população um determinado serviço de saúde ou produto, como é o caso de um programa para tratamento antiparasitário em massa, ou para fornecer óculos a escolares com deficiências visuais; no caso, é necessário saber a prevalência da parasitose ou de escolares deficientes visuais não-possuidores de óculos. Quando se trata de prever necessidade de serviços, tais como número de leitos, consultas e pessoal, o conhecimento da prevalência é, na maioria das vezes, suficiente.

Na realidade, a estimativa de ambas, tanto das cifras de incidência quanto das de prevalência, possibilita o melhor conhecimento da situação e, conseqüentemente, do direcionamento adequado das ações, no que tange à reorganização de serviços, à implantação de novos programas, ao cancelamento de atividades ou às mudanças a introduzir no orçamento.

• Generalização do uso dos termos

A incidência e a prevalência, habitualmente, referem-se a danos à saúde. Por simplicidade, a palavra "doença" é usada como substituta de danos à saúde. Mas incidência e prevalência podem ser empregadas com referência a outros tipos de eventos, como nos exemplos abaixo:

- fatores de risco — número de fumantes novos, em um dado período (incidência) e número de fumantes existentes em uma população (prevalência);
- serviços de saúde — número de serviços novos, implantados em um período (incidência) e número de serviços existentes em uma comunidade (prevalência);
- profissionais de saúde — número de novos profissionais que entram no mercado de trabalho, a cada ano (incidência), e número já existente em determinado local (prevalência).

C. TIPOS DE INCIDÊNCIA

O termo "incidência" pode ser entendido de diversas maneiras, o que torna complexa a sistematização do assunto.^{1,3} Foi definido, anteriormente, que a incidência expressa o número de casos novos, na população, durante um determinado período. O coeficiente de incidência é este número, expresso sob a forma de unidade da população (Quadro 5.1).

Os coeficientes são calculados como uma fração em que o numerador representa o número de casos ou ocorrências investigados e o denominador, a população sujeita a estas ocorrências. Quanto melhor for a especificação do que deva constar desta fração, mais precisão será alcançada na expressão final do coeficiente. A variação nas especificações, tanto do numerador como do denominador, resulta em diferentes tipos de taxas de incidência.

1. DEFINIÇÃO DE “CASOS NOVOS”

A definição de “casos novos” depende do tipo de problema em foco. Os casos podem referir-se:

- ao número de pessoas afetadas ou
- ao número de episódios de um agravo à saúde.

A diferenciação deve ser feita quando da mensuração da incidência de condições de evolução aguda, como as gastroenterites e as infecções das vias aéreas superiores, pois é possível calcular a incidência tanto para o primeiro episódio como para os demais ocorridos no período. O mesmo se aplica para manifestações agudas de doenças crônicas, que podem ter duração limitada e se repetir no período, como é o caso da angina de peito e de episódios hemorrágicos em caso de úlcera do aparelho digestivo. Esta diferenciação, entre pessoas e episódios, não é necessária para determinadas doenças de evolução crônica, que são permanentes e incuráveis, como o diabetes, cuja taxa de incidência é medida pelo primeiro diagnóstico da doença.

2. DEFINIÇÃO DA “POPULAÇÃO SOB RISCO”

Em suas linhas gerais, a escolha da “população sob risco” a ser usada no denominador para o cálculo de coeficientes foi delineada no capítulo anterior. Dependendo da escolha, teremos as taxas de “incidência cumulada” ou as de “incidência média”.

a) INCIDÊNCIA CUMULADA

Por vezes, é possível medir a frequência da doença em uma população de composição constante: ou seja, uma “população fixa”. É o que ocorre em investigações longitudinais de morbidade, nas quais é feito o seguimento de um grupo de pessoas por um tempo determinado: por exemplo, de indivíduos expostos a acidente de radiação nuclear. Na população fixa não há entrada de novos membros. Em tal situação, os resultados podem ser expressos através da incidência “cumulada”, “acumulada” ou “cumulativa”. Os resultados informam, entre os expostos à radiação, quantos desenvolvem os efeitos desta radiação em um período de tempo especificado.

Quando no denominador estão incluídos indivíduos que no começo do período não tinham a doença, a incidência cumulada é calculada da maneira expressa no Quadro 5.3: ela indica a proporção de indivíduos sadios (ou expostos) que, no decorrer do período, passam a ter a doença. A duração deste período precisa ser estipulada, pois, para muitas afecções, tende a afetar sobremaneira os resultados.

Quadro 5.3 Incidência cumulada

$$= \frac{\text{Número de indivíduos acometidos pela doença, no período}}{\text{Número de indivíduos sadios, no início do período}} \times \text{constante}$$

Exemplo: 26 casos de leucemia detectados entre 520 pessoas expostas à radiação pelo Césio 137, em 10 anos de acompanhamento.

Cálculo da incidência cumulativa:

$$26/520 = 0,05 = 5\% = \text{cinco casos por 100 habitantes em 10 anos.}$$

b) INCIDÊNCIA MÉDIA (OU SIMPLEMENTE INCIDÊNCIA)

Uma situação comum é representada pelas perdas sofridas pela população em estudo: por óbito, mudança de endereço, abandono, doença ou outra ocorrência. Estas perdas devem ser levadas em conta na análise dos dados, no intuito de melhor definir o tempo real de observação das pessoas. Em investigações de morbidade são utilizadas diversas maneiras de considerar estas perdas.

• Pessoas-período

Em um estudo longitudinal de morbidade, se dois indivíduos permanecem em observação por seis meses, cada um, eles equivalem a uma pessoa-ano. Se um outro indivíduo permanece no estudo por um ano também equivale a uma pessoa-ano. Assim, por esta forma de equivalência, têm-se em conta tanto o número de indivíduos quanto o tempo de duração de observação de cada um. A correção é aplicada no denominador, que passa a ser “pessoas-ano” e não “número de pessoas”. O coeficiente calculado desta maneira, quando o denominador representa unidades em pessoas-período, também é denominado “coeficiente médio de incidência” ou “densidade de incidência”.

• Exemplo: morbidade em creche

Em um estudo efetuado em Brasília, numa creche com capacidade para 40 alunos, constatou-se um total de 343 episódios de danos à saúde durante o ano.⁴ A média de cerca de oito episódios por criança no ano, que a simples divisão de números induziria (343 dividido por 40), elevou-se para 14, quando o cálculo foi refinado para “crianças-ano”, já que a creche nem sempre funcionou com 100% de sua capacidade e nem todas as crianças permaneceram todo o tempo em risco de morbidade.

A forma de ajuste através do cálculo de pessoas-período funciona bem em muitas situações, mas possui como ponto vulnerável a suposição de que os indivíduos que permanecem pouco ou muito tempo em observação têm características semelhantes ou estão sujeitos aos mesmos riscos, o que pode não ser estritamente verdadeiro. Por exemplo, quando se quer determinar a incidência de complicações em estudos de prognóstico, semelhante suposição pode revelar-se incorreta: para algumas condições, as complicações se instalam no início do processo e, em outras, elas aparecem tardiamente, não sendo, portanto, igualmente distribuídas durante o decorrer do processo da doença.

• Tábuas de vida

Uma maneira de levar em conta o tempo desigual de participação das pessoas nas investigações é através da tábua ou tabela de vida, também chamada de “sobrevida”, de “sobrevivên-

cia" ou de "mortalidade". Trata-se de técnica muito usada pelos demógrafos para descrever e sintetizar o padrão de mortalidade de uma população; no próximo capítulo, sobre estatísticas vitais, nos estenderemos sobre o assunto. Ela é também empregada em estudos de morbidade, em especial para sintetizar os resultados do acompanhamento de pacientes acometidos por uma dada doença ou submetidos a um determinado tratamento.

• População na metade do período

Em raros casos, a população é fixa, permanente, imutável. Na prática, ela sofre constantemente perdas e acréscimos. Um exemplo de "população dinâmica" é a de um município, pois aumenta com os nascimentos, diminui com os óbitos e varia em função das migrações. Quando a população cresce ou decresce regularmente, utiliza-se como estimativa da população sob risco o número de pessoas existentes no "meio do período", para efeito de cálculo de coeficientes de incidência. Embora se trate apenas de uma aproximação — já que é praticamente impossível saber o paradeiro de todos os membros da população de modo a obter o número exato de pessoas-período — ela é freqüentemente suficiente. Essa sistemática aplica-se a situações que envolvam grande número de pessoas, como é o caso da população de cidades, municípios, estados ou países. Nestas circunstâncias, a população a ser utilizada para o cálculo de coeficientes de morbidade, no período de um ano, é a de 1º de julho do ano considerado. Quando não existe a informação para esta data, pode-se proceder ao seu cálculo específico (no Cap. 8, será dado um exemplo de como fazê-lo). O procedimento de usar a população da metade do período é adotado no cálculo dos coeficientes de mortalidade, natalidade e fecundidade, assuntos dos próximos capítulos.

D. TIPOS DE PREVALÊNCIA

O termo "prevalência", usado sem especificação, refere-se à "prevalência pontual" ou "instantânea". Há também a "prevalência no período", pouco empregada, que inclui os casos existentes em um dado momento somados aos que ocorreram no passado. Vejamos alguns detalhes destes dois tipos de prevalência.

• Prevalência pontual (instantânea ou simplesmente prevalência)

Ela é definida em relação a um ponto de referência e traduz a fração da população que é portadora do evento sob consideração.

• Exemplo: prevalência de escabiose

O coeficiente de prevalência de escabiose é de, por exemplo, 5% entre os escolares de uma determinada escola, no primeiro dia de aula. O ponto de referência para o cálculo da prevalência pontual é o dia mencionado. A informação necessária para a computação da prevalência é obtida por um recenseamento da população. Um inquérito transversal, em amostra representativa desta mesma população, forneceria uma estimativa da prevalência com uma certa margem de erro.

A "prevalência instantânea" é também chamada de "prevalência em um ponto" ou "prevalência pontual", denominações usadas para reforçar a noção de que representa a freqüência de casos existentes em um particular ponto de referência, que pode ser o dia da coleta dos dados, como no exemplo da prevalência da escabiose.

O ponto de referência para expressar a prevalência pode ser um outro, sem relação com o calendário: são exemplos, a prevalência de anomalias congênitas no nascimento, de doença de Chagas nos recrutas do serviço militar e de casos de cisticercose, identificados por ocasião da autópsia.

• Prevalência no período

Esta outra dimensão da prevalência abrange um certo período de tempo. A prevalência assim medida refere-se à soma dos casos preexistentes em um determinado momento com os casos novos ocorridos no período considerado. Trata-se, portanto, da soma da prevalência instantânea com a incidência. Uma área que a tem utilizado é a de saúde mental, uma outra, a de doenças infecciosas, em especial, com respeito à tuberculose e SIDA (AIDS).

A prevalência no período é pouco utilizada, já que é menos satisfatória como indicador de morbidade, pois soma casos novos e antigos que, em geral, procura-se separar. No entanto, pode ser facilmente calculada (Quadro 5.4) quando os seus dois componentes são conhecidos.

• Exemplo: expressão da freqüência de infecção por HIV

Para ilustrar estes conceitos, vejamos algumas formas de expressão da infecção por HIV (vírus da imunodeficiência adquirida):⁵

- incidência — número de novas infecções por HIV em um período especificado de tempo (por exemplo, um ano);
- prevalência (pontual ou instantânea) — número total de infecções por HIV existentes (por exemplo, no dia de hoje); e
- prevalência no período — número total de casos de HIV existentes em um período especificado de tempo (por exemplo, no ano de 1995); incluem-se os casos prevalentes no dia 1.1.1995, aos quais somam-se os casos novos identificados no decorrer deste ano.

Quadro 5.4 Taxas de incidência, de prevalência instantânea e de prevalência no período: ilustração de cálculos, supondo-se uma população de 2 mil pessoas

Eventos	Número de casos	Coefficiente por 1.000	Denominação
Casos existentes no início do período	20	10	Prevalência instantânea ou simplesmente "Prevalência"
Casos novos no período de um ano	10	5	Incidência
TOTAL	30	15	Prevalência no período*

*Cálculo da prevalência no período:

$$= \frac{\text{Casos existentes no início do período} + \text{Casos novos, no período}}{\text{População sob risco, no mesmo período}} \times \text{constante}$$

$$= (20 + 10)/2.000 = 30/2.000 = 0,015 = 15 \text{ casos por mil habitantes.}$$

E. FREQUÊNCIA DETECTADA

Vistos os conceitos de incidência e prevalência, entremos em considerações sobre o tipo de informação que está habitualmente disponível sobre estas duas medidas.

Em termos ideais, o cálculo da "prevalência" exige o exame de "toda a população" ou de uma "amostra" de indivíduos para verificar com precisão os que têm e os que não têm a doença.

Também, em termos ideais, o cálculo da "incidência" requer, após o exame inicial da população para certificar quais as pessoas que têm ou não a doença, a vigilância continuada e rigorosa daqueles livres da doença durante um dado intervalo de tempo especificado, para verificar os que são ou não acometidos pela doença; ou, então, um exame ao final do período de observação de todos aqueles incluídos na verificação da incidência.

As condições ótimas para a determinação da morbilidade são somente encontradas em ocasiões especiais, como nas investigações científicas bem conduzidas. A incidência e a prevalência conhecidas das autoridades sanitárias e dos profissionais de saúde, no mais das vezes, representam frequências "detectadas", ou seja, aquelas "registradas" ou "notificadas"; são elas informações rotineiras que, todavia, podem não corresponder às que realmente existam na comunidade. Dois aspectos são de particular importância nesta questão, pois influenciam poderosamente as frequências dos eventos: o tipo de amostra e a forma de detecção do evento.

• Tipo de amostra: representativa × não-representativa

As frequências dos eventos dependem do tipo de amostra da qual os dados são obtidos. A amostra é dita "não-representativa" ou "viciada" quando há limitações quanto à inclusão de representantes de algum subgrupo da população. Do contrário, ela é "representativa" ou "não-viciada". Por exemplo, uma pesquisa por amostragem aleatória ou por recenseamento, se bem conduzida, resulta em obter dados representativos de uma população, enquanto as estatísticas de um hospital referem-se a uma amostra habitualmente viciada em termos de representatividade, por dizerem respeito aos pacientes que demandam por atendimento.

• Forma de detecção do evento

As frequências detectadas dependem de fatores ligados à forma e à intensidade da detecção do agravo à saúde, entre os quais a conceituação de "caso" da doença, as fontes de dados empregadas e as tecnologias diagnósticas utilizadas na aferição. Os métodos clínicos de detecção de agravos à saúde aportam, habitualmente, evidências indiretas sobre a presença de processos patológicos no organismo. Portanto, tenha-se em conta que, mesmo em estudos epidemiológicos bem conduzidos, nos quais a população a estudar foi convenientemente reunida, a prevalência de uma condição como a gota, a hipertensão ou a doença de Chagas varia em função do critério diagnóstico empregado. Os erros de classificação — por exemplo, o doente ser considerado sadio ou vice-versa — dependem do método diagnóstico e da forma como ele é empregado e podem ter importantes repercussões nos resultados de uma investigação. Assim sendo, minimizar a ocorrência dos erros de aferição é uma das principais preocupações em pesquisa epidemiológica.

O uso de um teste imperfeito na determinação de frequências produz um resultado também imperfeito, mas este resultado pode ser corrigido tendo em conta o nível de imperfeição do teste diagnóstico (no Cap. 17 é mostrado como fazê-lo: ver seção "estimativa da frequência de um parâmetro corrigida pela validade do teste").

Um outro problema de medição da morbilidade, também relacionado a diagnóstico, é a dificuldade em detectar o início da doença, o que acontece, especialmente, nas crônicas-degenerativas, já que têm longo período de incubação, início insidioso e inespecífico. Na prática, empregam-se diversos critérios substitutos, tais como a época do diagnóstico, a do início da sintomatologia associada à doença ou a data de um exame, da notificação, da hospitalização ou do óbito. Além do mais, as frequências dependem da precisão com que os casos conhecidos são incluídos nas estatísticas.

II. CONCEITO DE MORBIDADE E FONTES DE DADOS PARA SEU ESTUDO

Saúde e doença são conceitos complexos, como foi debatido no Cap. 3. Esta complexidade estende-se à definição de morbilidade e, conseqüentemente, ao processo de medi-la.

Morbidade é um termo genérico usado para designar o conjunto de casos de uma dada afecção ou a soma de agravos à saúde que atingem um grupo de indivíduos. É termo muito empregado em epidemiologia e estatística, mas relativamente pouco em clínica, pois tem a conotação de mensuração de frequências, na população.

A. DIFERENTES DIMENSÕES DA MORBIDADE

Existe um complexo problema conceitual quando se lida com morbilidade, pois diferentes perspectivas podem ser consideradas.^{6,7} A palavra "doença", em português, geralmente denota uma ou todas as seguintes acepções:

"A". A anormalidade no estado de saúde, da maneira como ela é percebida pelo paciente.

Refere-se a uma queixa, sofrimento ou incômodo, físico ou mental, ou a qualquer outra razão que leve as pessoas a preocuparem-se com a saúde. O termo "moléstia" é, por vezes, usado para caracterizar a situação.

"B". A anormalidade biológica em estrutura ou função, diagnosticada por um profissional de saúde, após o exame do paciente.

Em termos técnicos, "doença" designa uma entidade patológica, geralmente definida por, pelo menos, dois dos três seguintes critérios: um agente etiológico reconhecido, um grupo identificável de sinais e sintomas, e alterações anatômicas consistentes.⁸

O paciente pensa em termos do item "A", acima, o qual, analisado detidamente pelo profissional de saúde, se transforma ou não no item "B". Não há perfeita equivalência entre ambos, sendo a transformação realizada pelo processo de diagnóstico clínico.

"C". A expressão social da morbilidade representada pelas atitudes e comportamentos assumidos pelas pessoas, quando