



Tendência da mortalidade em idosos cariocas de 1979 a 2003

Nº 20060701
Julho - 2006

Alcides Carneiro - IPP/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro



EXPEDIENTE

A Coleção Estudos Cariocas é uma publicação virtual de estudos e pesquisas sobre o Município do Rio de Janeiro, abrigada no portal de informações do Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos da Secretaria Municipal de urbanismo da Prefeitura do Rio de Janeiro (IPP) : www.armazemdedados.rio.rj.gov.br.

Seu objetivo é divulgar a produção de técnicos da Prefeitura sobre temas relacionados à cidade do Rio de Janeiro e à sua população. Está também aberta a colaboradores externos, desde que seus textos sejam aprovados pelo Conselho Editorial.

Periodicidade:

A publicação não tem uma periodicidade determinada, pois depende da produção de textos por parte dos técnicos do IPP, de outros órgãos e de colaboradores.

Submissão dos artigos:

Os artigos são submetidos ao Conselho Editorial, formado por profissionais do Município do Rio de Janeiro, que analisará a pertinência de sua publicação.

Conselho Editorial:

Ana Paula Mendes de Miranda, Fabrício Leal de Oliveira, Fernando Cavallieri e Paula Serrano.

Coordenação Técnica:

Cristina Siqueira e Renato Fialho Jr.

Apoio:

Iamar Coutinho

CARIOCA – Da, ou pertencente ou relativo à cidade do Rio de Janeiro; do tupi, “casa do branco”. (Novo Dicionário Eletrônico Aurélio, versão 5.0)

TENDÊNCIA DA MORTALIDADE EM IDOSOS CARIOCAS DE 1979 A 2003*

Alcides Carneiro - IPP/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

Introdução

Quando se pensa numa panorâmica da mortalidade, vale sempre lembrar que é nos extremos da vida que se concentram os óbitos: as maiores probabilidades de morte se dão ao nascer e depois que se ingressa na terceira idade. Esta prática é reforçada pelo indicador expectativa de vida ao nascer e ao completar sessenta anos. A título de curiosidade, a esperança de vida ao nascer é inferior à calculada para quem conseguiu completar um ano. Também cresce a esperança de vida para quem consegue completar 60 anos, já que sobreviveu aos percalços da vida adulta, principalmente se for do sexo masculino, na qual causas externas costumam abreviar precocemente a vida.

A transição e a superposição de perfis epidemiológicos distintos são características da Cidade e as condições de adoecimento e morte são determinadas por possibilidades sociais e econômicas desiguais, nas quais o acesso aos serviços, diagnóstico e tratamentos adequados são também bastante diferenciados. É o que reflete a proporção de mortes por Causas Mal Definidas, em que bairros com melhores condições sociais e econômicas apresentam taxas, para este grupo de causas, muito menores do que às observadas para a Cidade.

A evolução da Cidade do Rio de Janeiro define padrões de mortalidade nos quais predominaram nos últimos 25 anos, quedas significativas da mortalidade infantil e aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas e por causas violentas, com impactos na organização dos serviços de saúde. Esta característica repercute na composição por sexo e faixa etária, na esperança de vida, conduzindo ao predomínio de mulheres nos segmentos idosos, caracterizando, assim, o perfil demográfico da cidade.

A crescente demanda dos idosos sobre os serviços de saúde e a particularidade da evolução das doenças crônico-degenerativas, mais incidentes neste grupo da população, isto é, doenças em geral incuráveis e/ou de curso clínico longo, elevam os custos de manutenção deste sistema, igualmente crescentes.

Na cidade do Rio de Janeiro, as doenças do aparelho circulatório continuam sendo a principal causa em morte de idosos, seguida pelas neoplasias com 34,0% e 16,7% respectivamente, representando, metade dos óbitos de idosos tendo como fato gerador, uma destas causas. Entre as doenças do aparelho circulatório, predominam as isquêmicas do coração (infarto agudo do miocárdio) e as cérebro-vasculares (acidente vascular cerebral).

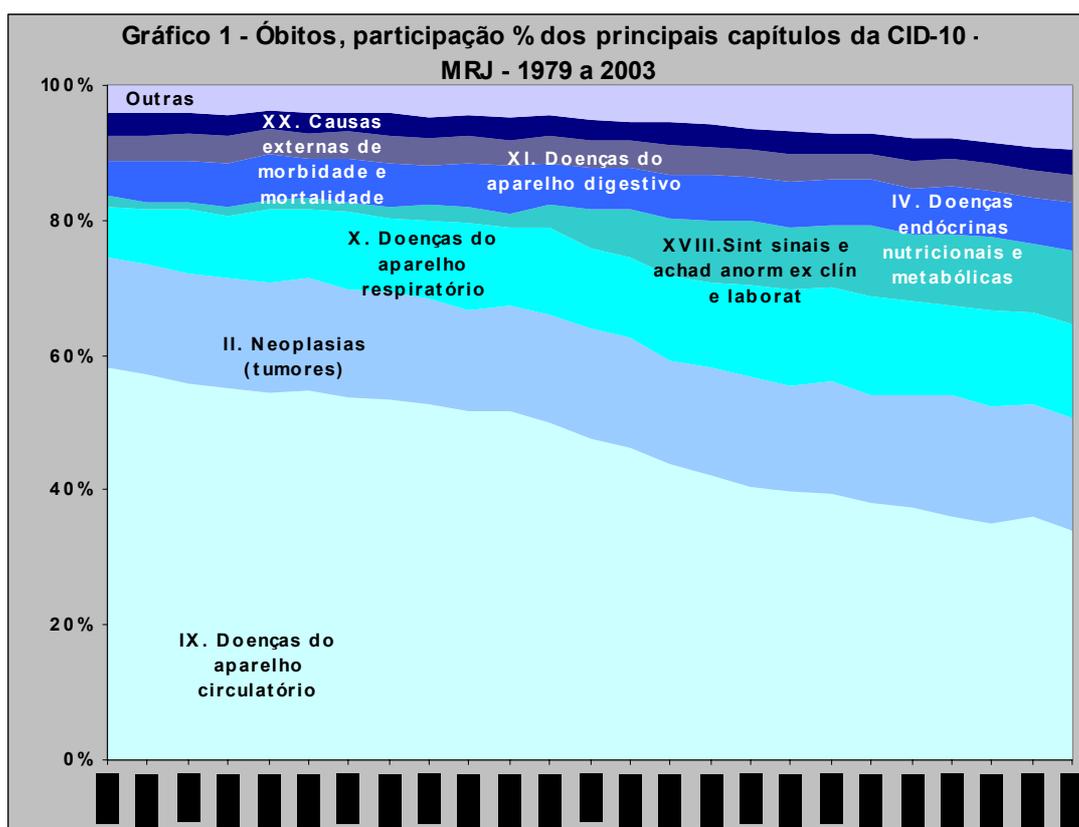
As doenças do aparelho respiratório, a terceira principal causa de morte em idosos, foi a única das três maiores a crescer sua participação no total de óbitos - praticamente o dobro entre 1979 e 2003 - saltando de 7,4% para 14,0% do total de óbitos. As pneumonias e doenças pulmonares obstrutivas crônicas (Enfisema/Bronquite/Asma) são as doenças mais prevalentes.

* Este trabalho foi desenvolvido em conjunto pelos técnicos Alcides Carneiro do IPP/SMU e Rosanna Iozzi da Silva da GIE/SMS.

As taxas de mortalidade destes três principais capítulos da CID apresentam comportamento diversificado: as doenças do aparelho circulatório despencaram sua taxa em 43,5%, as neoplasias reduziram sua taxa de mortalidade em 10,1%, diferentemente das doenças do aparelho respiratório que cresceram sua taxa em 47,5%.

Em termos nacionais, as proporções não variaram muito, já que as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as do aparelho respiratório responderam por: 36,0%, 16,1% e 14,7%, respectivamente, no ano de 2000.

Uma panorâmica da mortalidade de idosos nos últimos 25 anos na cidade do Rio de Janeiro pode ser visualizada pela participação percentual de cada um dos sete principais capítulos da Classificação Internacional de Doenças – CID – para os anos da série histórica de mortalidade



Metodologia

Todas as informações deste trabalho tiveram como fonte os sites do DATASUS e o da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Os óbitos foram extraídos do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e as informações demográficas vieram do link Informações Demográficas e Socioeconômicas do DATASUS, elaboradas pelo IBGE.

Foram levantados os óbitos das pessoas de 60 anos ou mais, segundo o local de residência, para o período 1979 a 2003. Para o período 1979 a 1995, foi utilizada a CID-9. De 1996 a 2003, utilizou-se a CID-10.

É importante lembrar que na análise do perfil de mortalidade, segundo causas de morte, trabalha-se com a causa básica do óbito – ou seja, a doença ou lesão que iniciou a série de acontecimentos que conduziram à morte. Este é um conceito

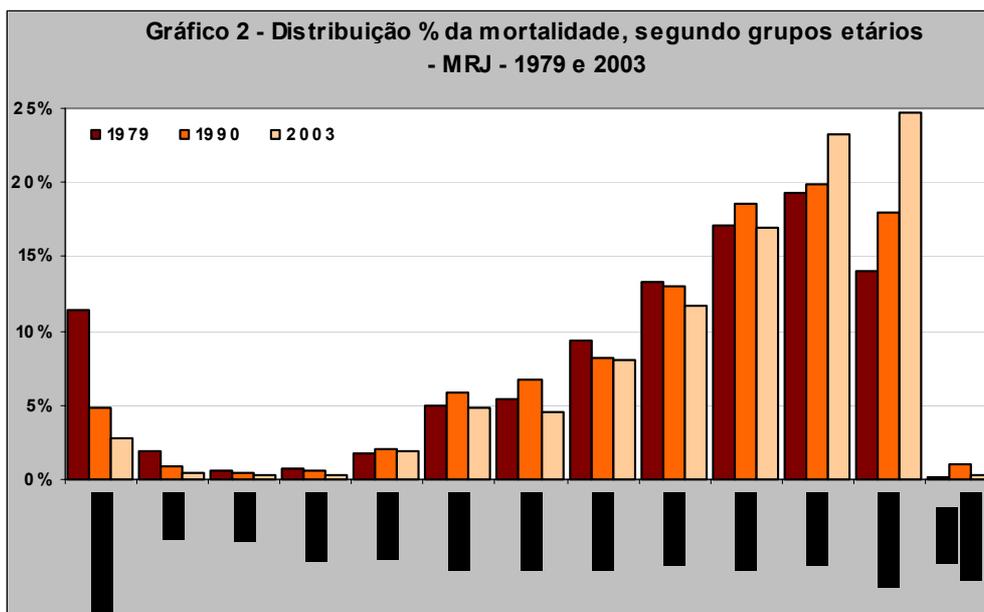
estabelecido internacionalmente a fim de permitir comparações entre dados de diferentes países.

De posse das informações demográficas e dos óbitos, foram gerados alguns indicadores: taxa de mortalidade por ano, sexo e por grupo etário para cada um dos principais capítulos, tendo como principais, aqueles com maior frequência de óbitos.

Quando foi possível, construíram-se séries históricas das principais doenças, por sexo, para cada um dos capítulos selecionados. Vale lembrar que optamos por apresentar, em forma de gráficos, o comportamento de cada variável ou indicador.

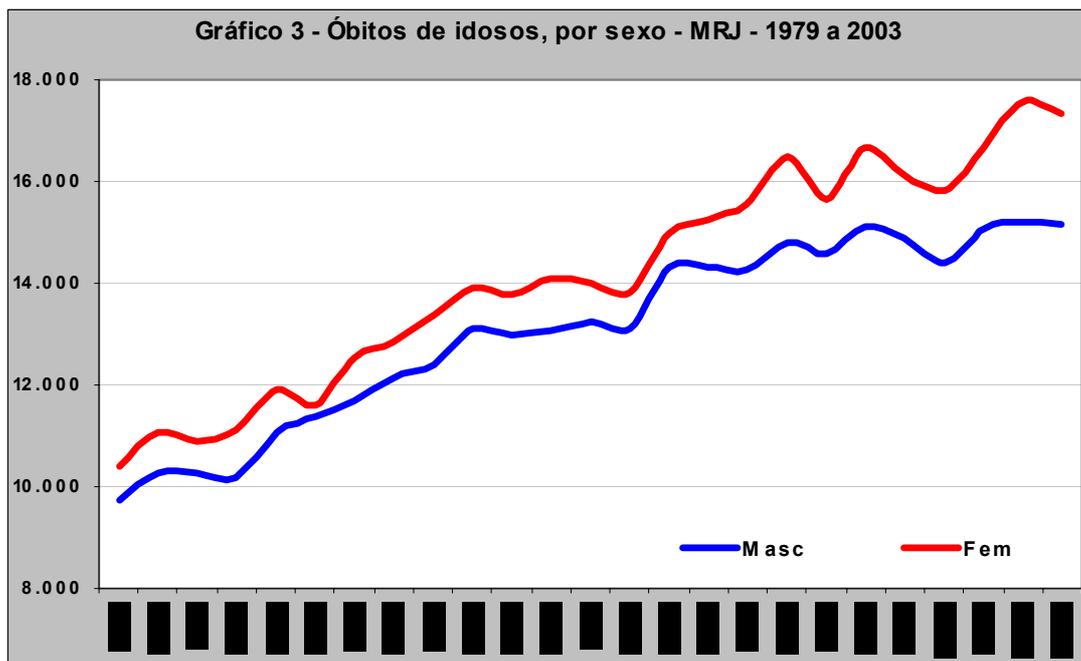
Resultados

O gráfico 2 permite ver a migração de mortes para faixas etárias cada vez mais altas. Nestes 25 anos, os menores de 1 ano reduziram sua participação de 11,5% para 2,7% do total de mortes. Em compensação, os idosos, que respondiam pela metade dos óbitos em 1979, ampliaram sua participação para 64,8% em 2003. Aproximadamente, dois em cada três óbitos na cidade é de pessoas idosas. Finalmente, a faixa de idosos mais alta, aqueles com 80 anos ou mais, passou a ser o segmento com maior proporção de óbitos. Um em cada quatro habitantes da cidade morre com 80 anos ou mais.

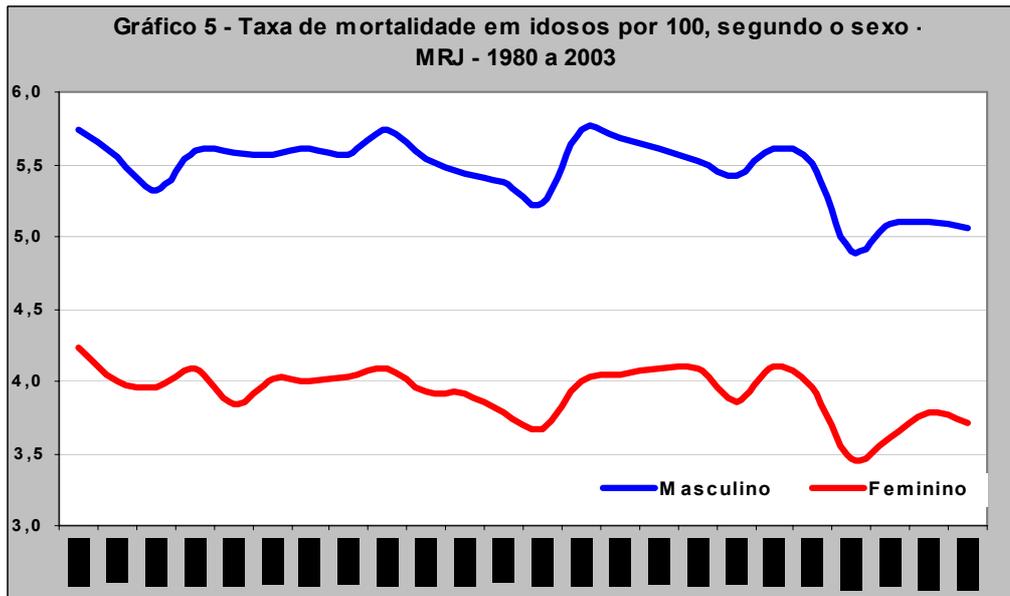


Total de óbitos

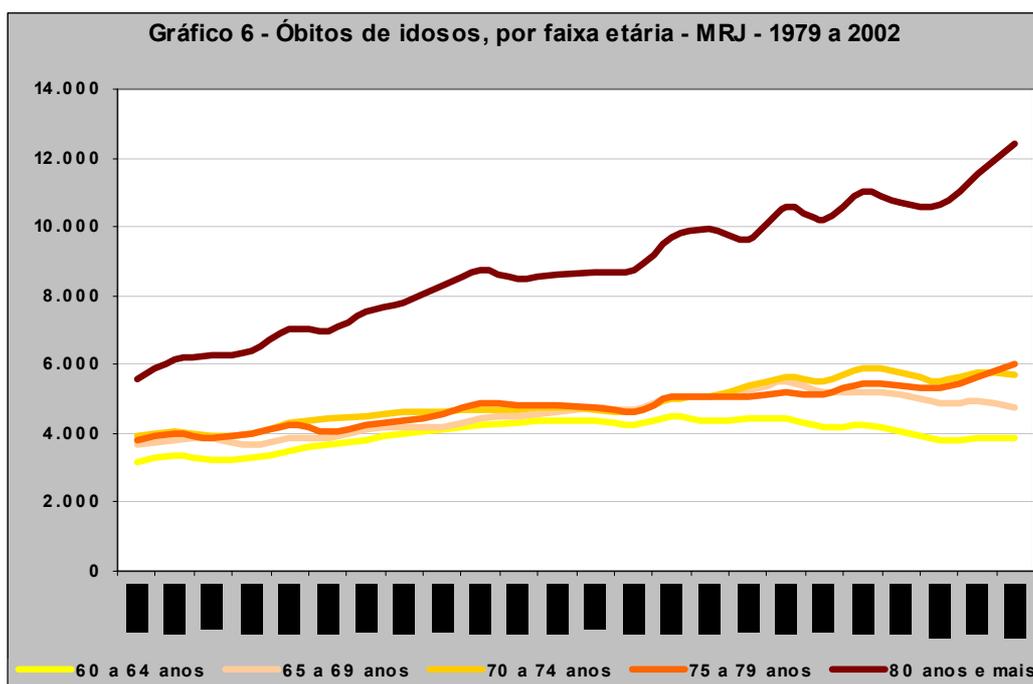
O gráfico 3 mostra a série histórica de óbitos por sexo. A sobremorte feminina na terceira idade pode ser explicada pelo substancial contingente de mulheres que gera uma razão de três para cada dois homens. Um detalhe explicitado pelo gráfico é a ampliação dessa diferença nos últimos anos. Em 1979, morriam 20.173 idosos, sendo 9.745 homens e 10.417 mulheres, com uma diferença de apenas 672 óbitos. Entre 1979 e 2003 os óbitos de idosos crescem 61% atingindo 32.519. Expande-se também a diferença entre os sexos, chegando a 2.169 óbitos.



O indicador taxa de mortalidade, relativa o resultado, mostrando que proporcionalmente as taxas masculinas são bem mais altas que as femininas. Em 2003 morriam cinco para cada grupo de cem homens. Para as mulheres o índice era bem mais baixo, menos de quatro óbitos para cada cem mulheres. Neste longo prazo se constata uma leve queda das taxas, porém se mantém quase inalterado a diferença entre as duas séries.



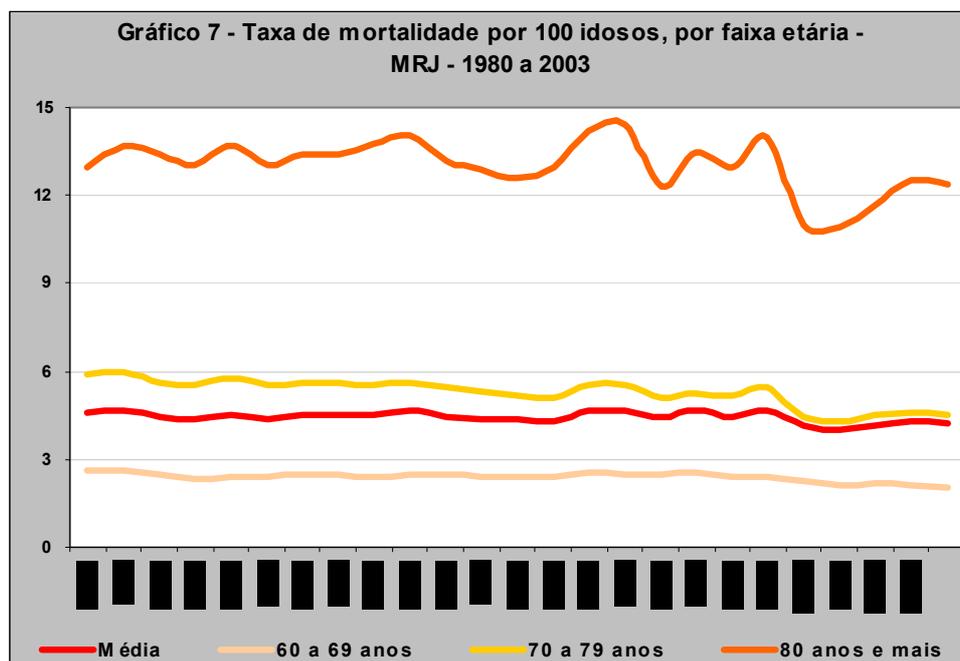
Quando se desmembra a mortalidade de idosos por faixa etária, constatamos um comportamento bem homogêneo, a única faixa a fugir do contexto, é a das pessoas com 80 anos ou mais.



Uma informação relativizada como a taxa de mortalidade permite outra visão de um mesmo fenômeno e, aqui, fica nítida esta transformação, pois o que parecia, em um primeiro momento, crescimento, num segundo, se transforma em estabilização seguida de queda. A única diferença fica por conta da relação que aponta para o fato de que, quanto maior a idade, maior a taxa de mortalidade.

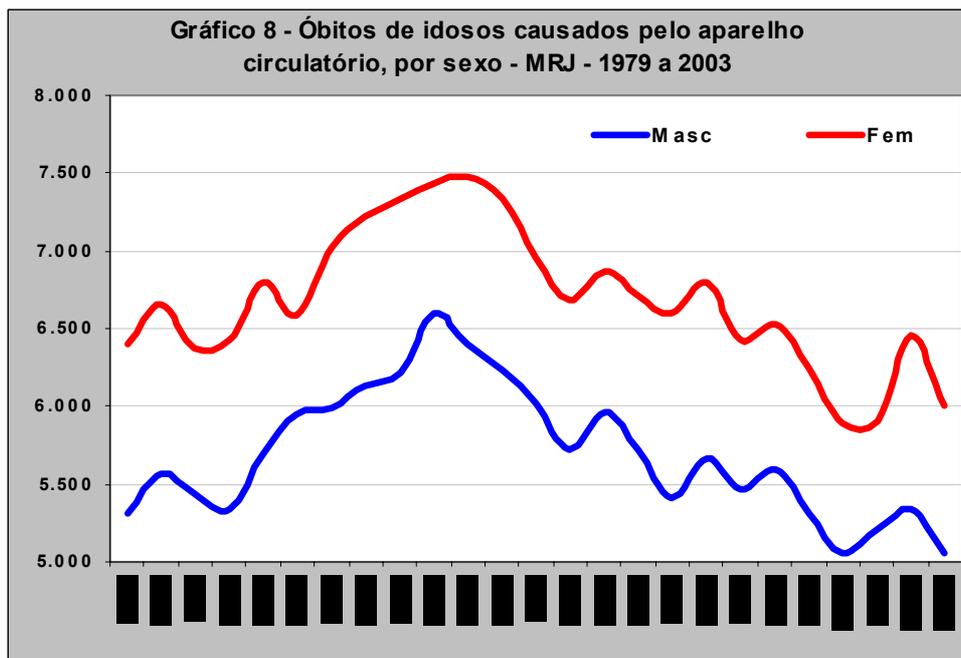
Na realidade, o que se observa é um deslocamento da ocorrência do óbito – seja pela evolução da tecnologia médica ou, em uma dimensão mais ampla pelo próprio progresso do desenvolvimento da sociedade com melhores condições de vida.

Aparelho circulatório

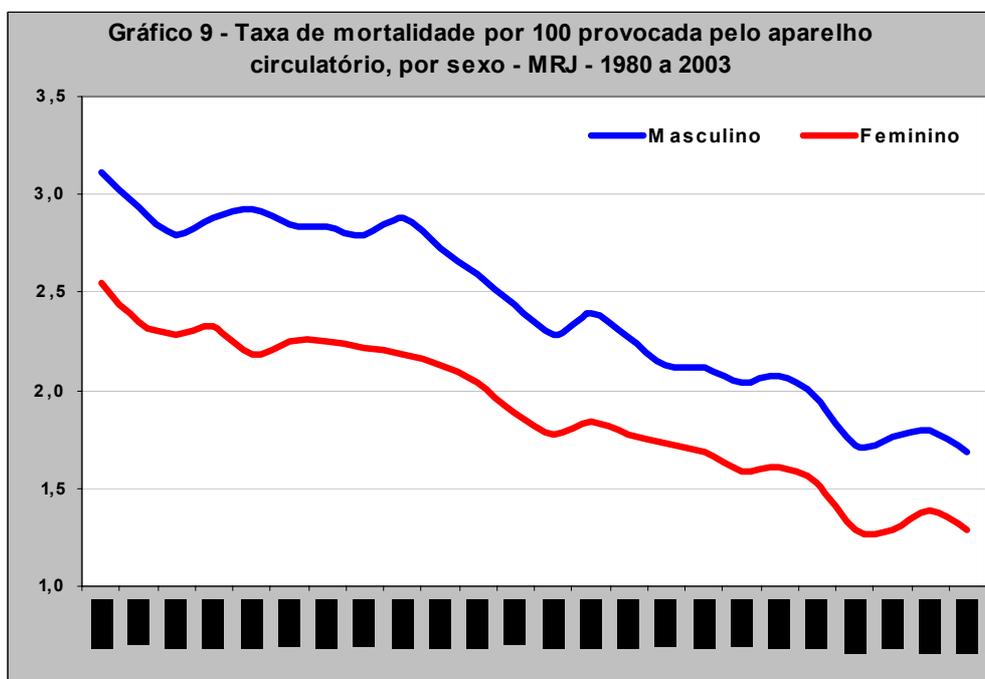


Na cidade do Rio de Janeiro, as doenças do aparelho circulatório persistem como os maiores vilões desta história. Contudo, apesar de continuarem sendo o principal abreviador de vida nos idosos, esta causa reduziu sua participação no total de óbitos de 58,1% para 36,0% nos últimos vinte cinco anos.

Entre os profissionais de saúde pública, uma parte da explicação para a queda dos óbitos causadas por doenças do aparelho circulatório, a partir de 1989, deve-se à resolução estadual (res. nº550 de 1990) que vem sendo mal utilizada e interpretada, no momento da definição das causas de morte. A partir de 1990, pode-se observar um movimento inverso entre as Causas Mal Definidas de Morte e as Doenças do Aparelho Circulatório – enquanto o primeiro grupo cresce vertiginosamente, o segundo, gradativamente diminui sua representatividade no conjunto dos óbitos. Por outro lado, há uma evidente queda da mortalidade em geral para as idades de 60 a 69 anos, o que se reflete na queda da mortalidade por grupos de causas específicas. Este comportamento poderá ser confirmado mais à frente quando analisarmos o capítulo XVIII da CID-10.

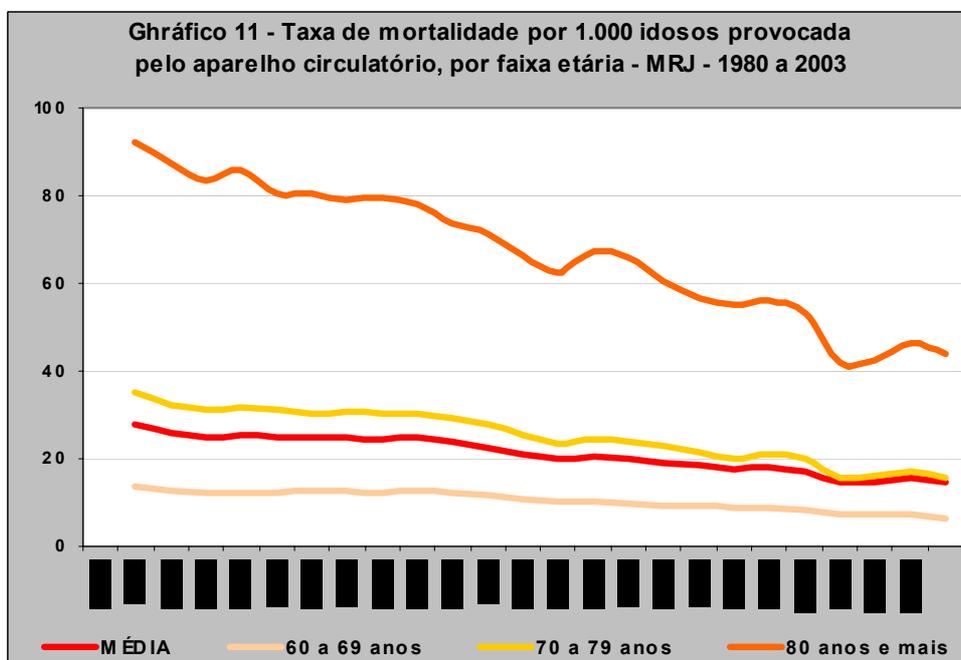
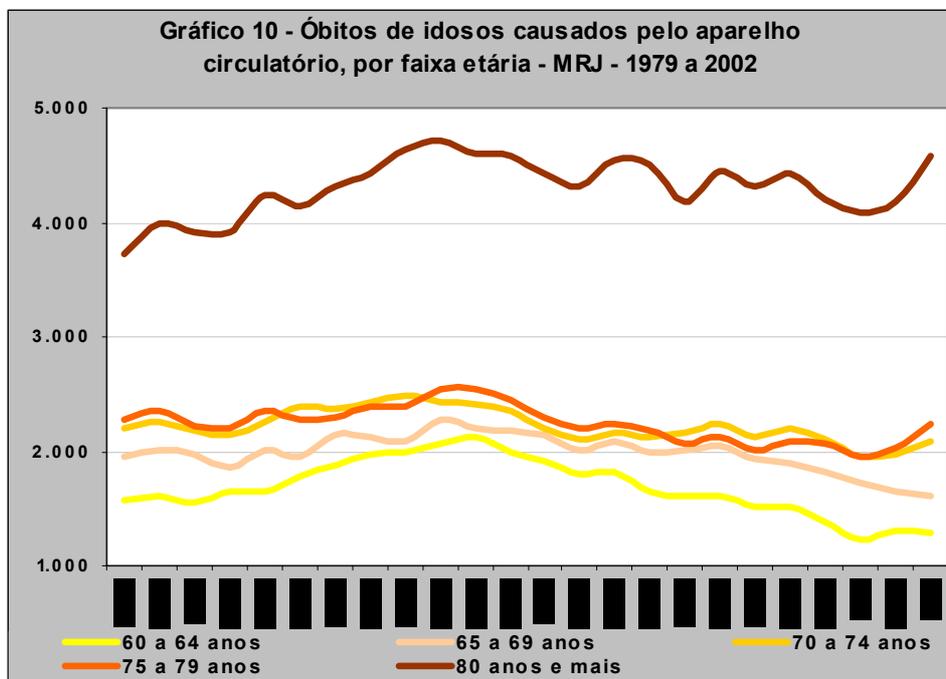


A taxa de mortalidade mais uma vez surpreende, pois o que o gráfico mostra é uma queda contínua para todo o período, independente do sexo. Outra diferença marcante fica por conta da inversão dos sexos: a taxa de mortalidade masculina supera a feminina, mantendo uma diferença constante, apesar de morrerem mais mulheres no período. A partir dos 75 anos, predominam as mortes no sexo feminino e as principais causas são as relacionadas às doenças do aparelho circulatório.



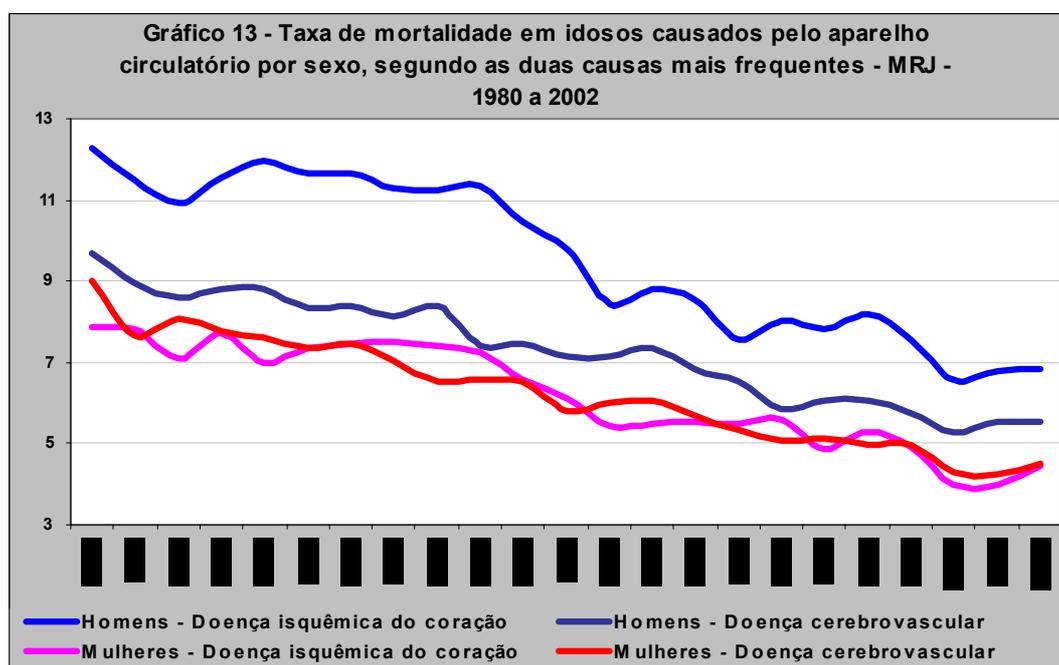
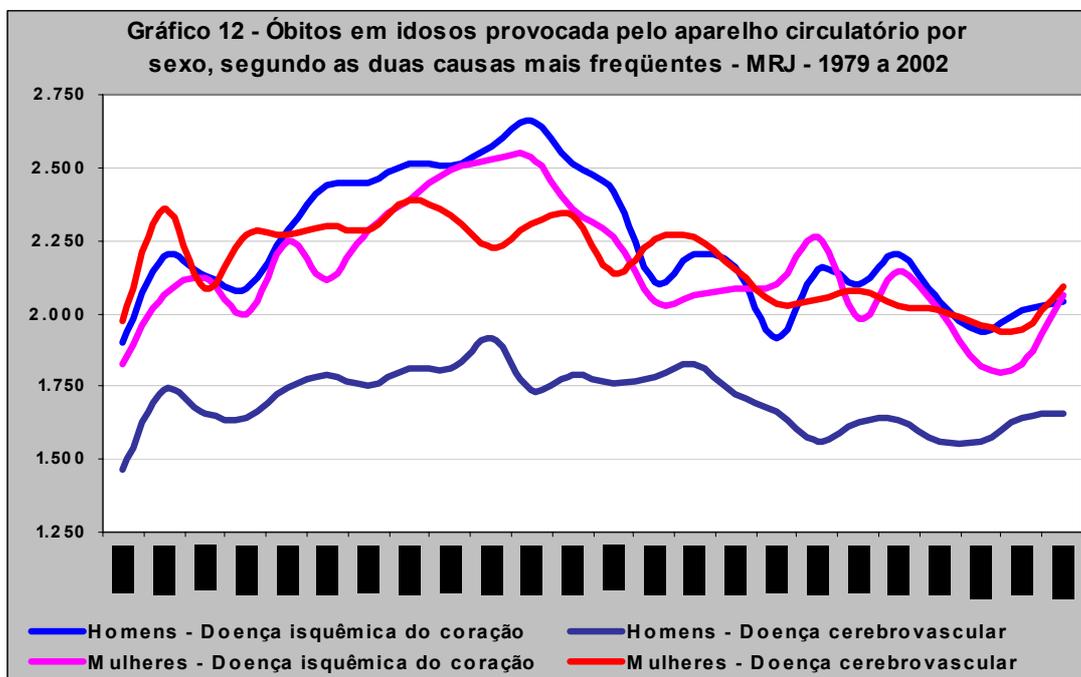
Quando se desmembram os óbitos causados por doenças do aparelho circulatório, constatamos que duas em cada cinco mortes são em idosos com mais de

80 anos. As demais classes, praticamente se equivalem. Vale aqui uma análise visual conjunta dos óbitos e da taxa de mortalidade, pois o fenômeno de óbitos relativamente estáveis e taxas de mortalidade em queda evidenciam que o crescimento vegetativo desta população é significativo, já que a velocidade de ingressos na terceira idade vem sendo proporcionalmente superior à de saída.



Quando se avaliam as duas causas mais frequentes de mortalidade vinculadas ao aparelho circulatório, novamente nos deparamos com diferenças entre os sexos. Enquanto para os homens prevalece a doença isquêmica do coração - DIC - como primeira, e doença cérebro-vascular - DCV como segunda, embora guardem uma

sensível distância em relação à primeira. Já entre as mulheres, essas mesmas duas doenças competem durante os 24 anos da série histórica para saber qual é a mais letal. As taxas de mortalidade apresentadas a seguir confirmam a tendência de queda tanto da DIC como da DCV para ambos os sexos.

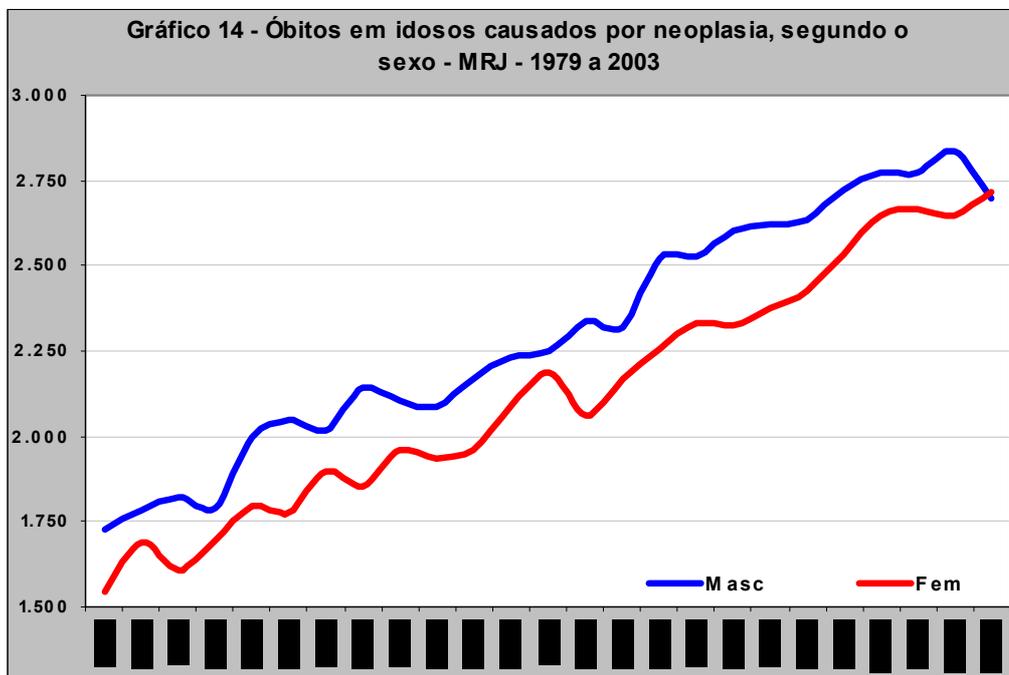


Neoplasias

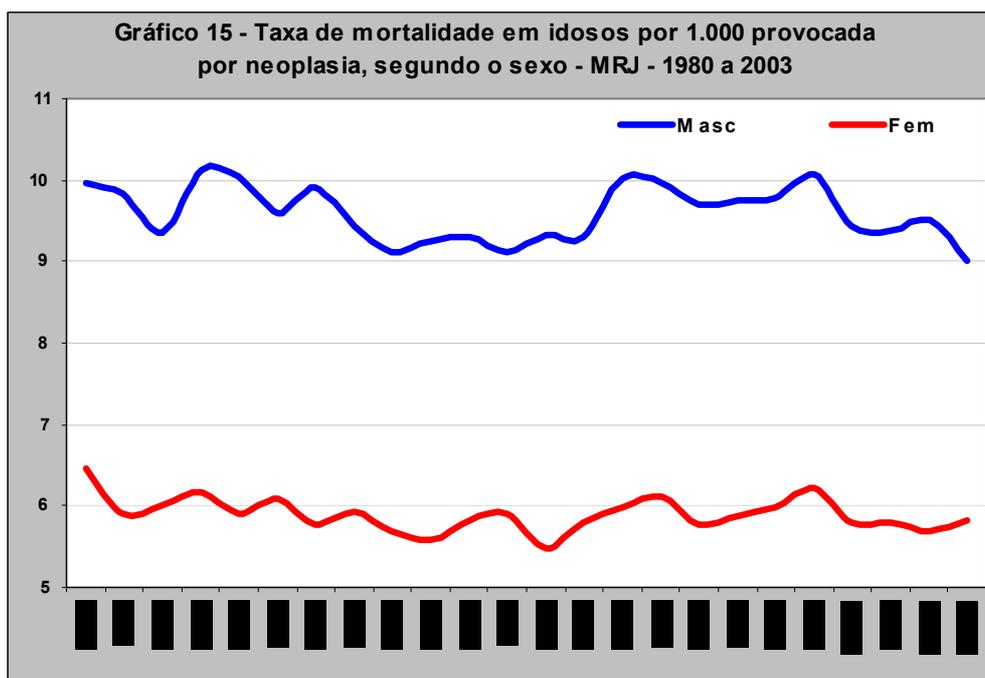
A segunda maior participação no total de óbitos está vinculada às neoplasias. Entre 1979 e 2003, sua participação manteve-se praticamente inalterada, oscilando em torno

dos dezesseis pontos percentuais, aproximadamente um em cada seis óbitos de idosos foi causado por câncer.

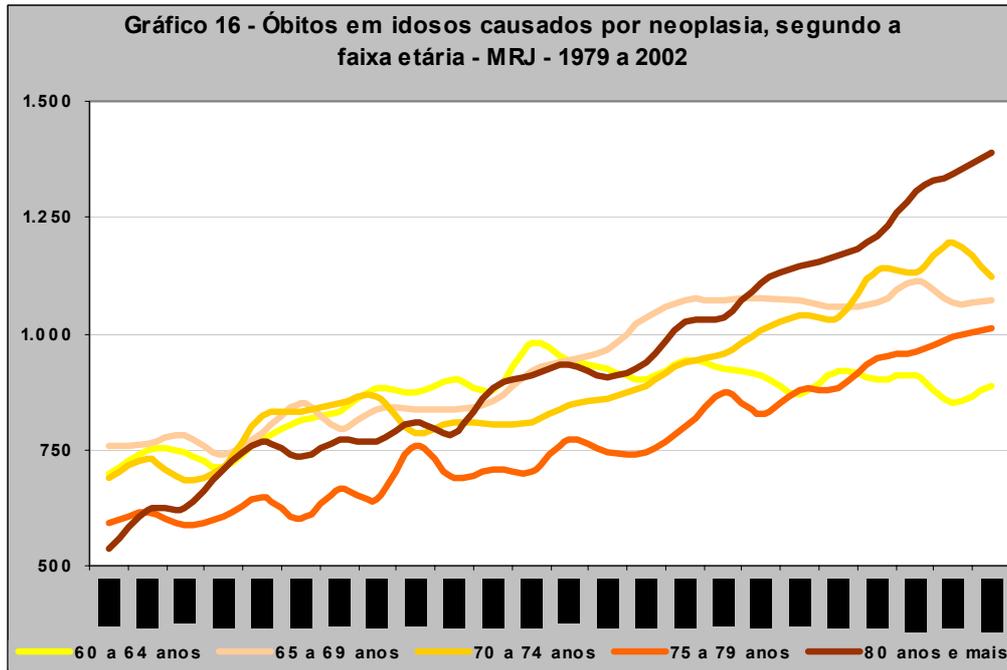
As mortes por neoplasias praticamente dobraram entre 1979 e 2003, independente do sexo.



O gráfico 15 mostra que as taxas de mortalidade ficaram praticamente estabilizadas num patamar mais alto para os homens: nove ou dez óbitos para cada grupo de mil idosos e cinco e seis para cada mil idosas.

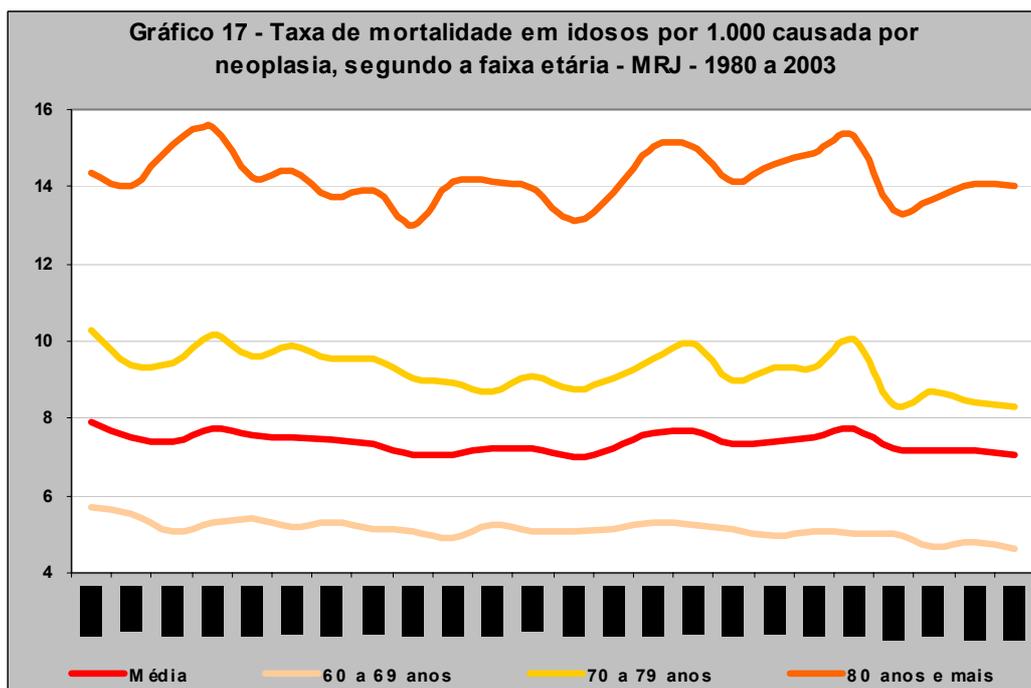


Entre os grupos etários, o comportamento dos óbitos foi muito homogêneo, já que todos apresentaram crescimento, não se verificando nenhuma sobremortalidade para as faixas etárias mais velhas.

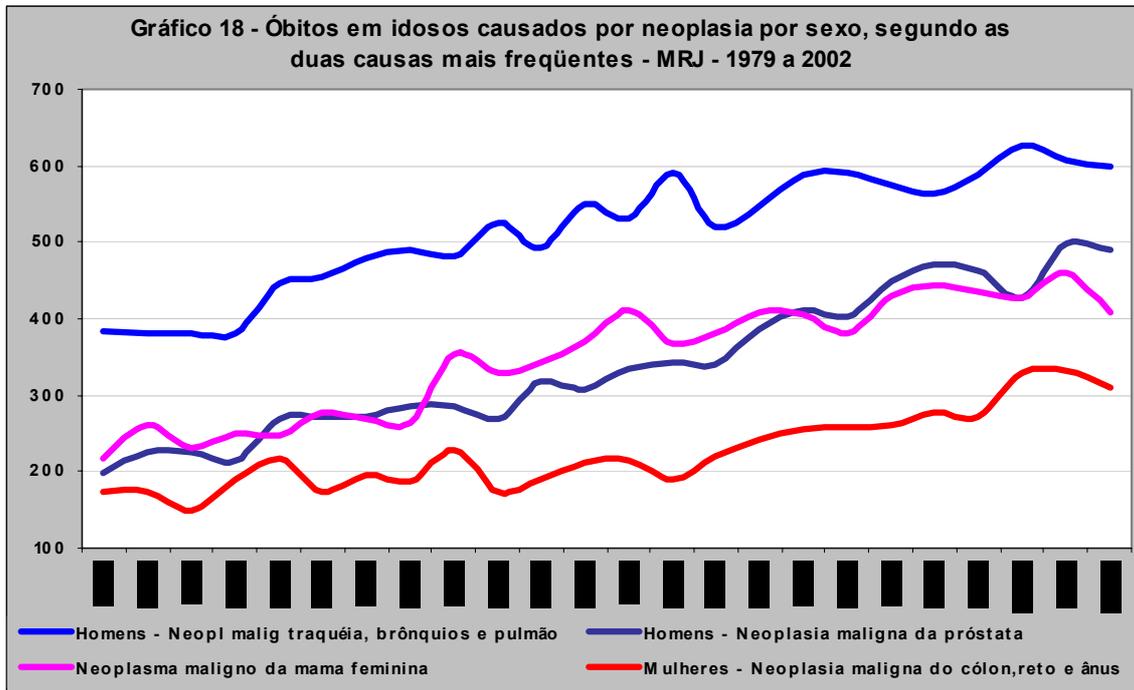


As taxas de mortalidade por neoplasias demonstram uma certa estabilidade na maior parte do período e uma ligeira queda a partir do ano 2000. Aqui, sim, fica nítido que quanto maior a faixa etária, maior também é a taxa de mortalidade.

Parece evidente que o aumento da expectativa de vida e o deslocamento da ocorrência de óbitos para as faixas etárias mais velhas não se deve à diminuição da mortalidade por neoplasias, pois estas continuam em ascendência, mas a outras causas, principalmente, as doenças circulatórias.

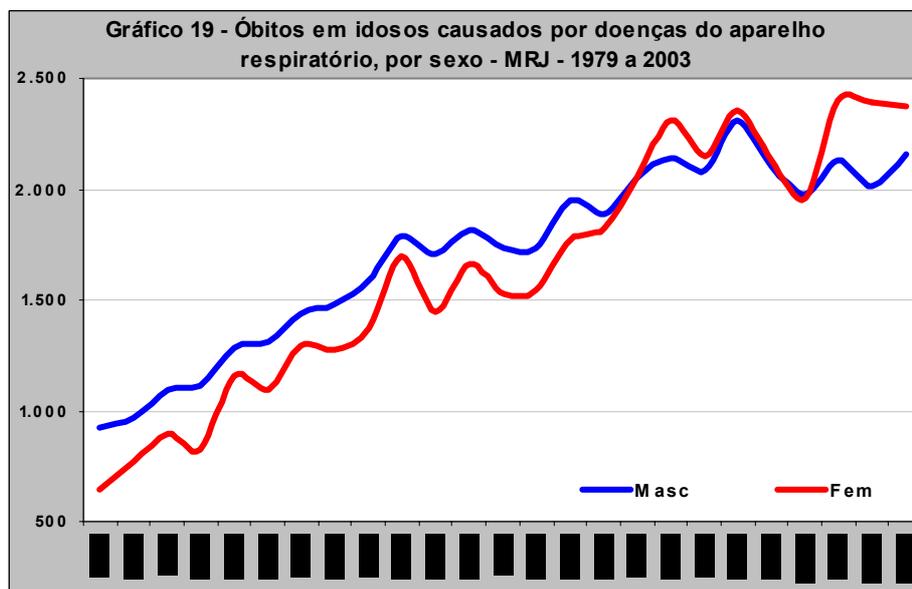


As duas causas mais freqüentes do capítulo das neoplasias são: a neoplasia maligna de traquéia, brônquios e pulmão, seguida da próstata para os homens. Já para mulheres, o câncer de mama continua sendo a doença mais freqüente, seguida da neoplasia maligna do cólon, reto e ânus.

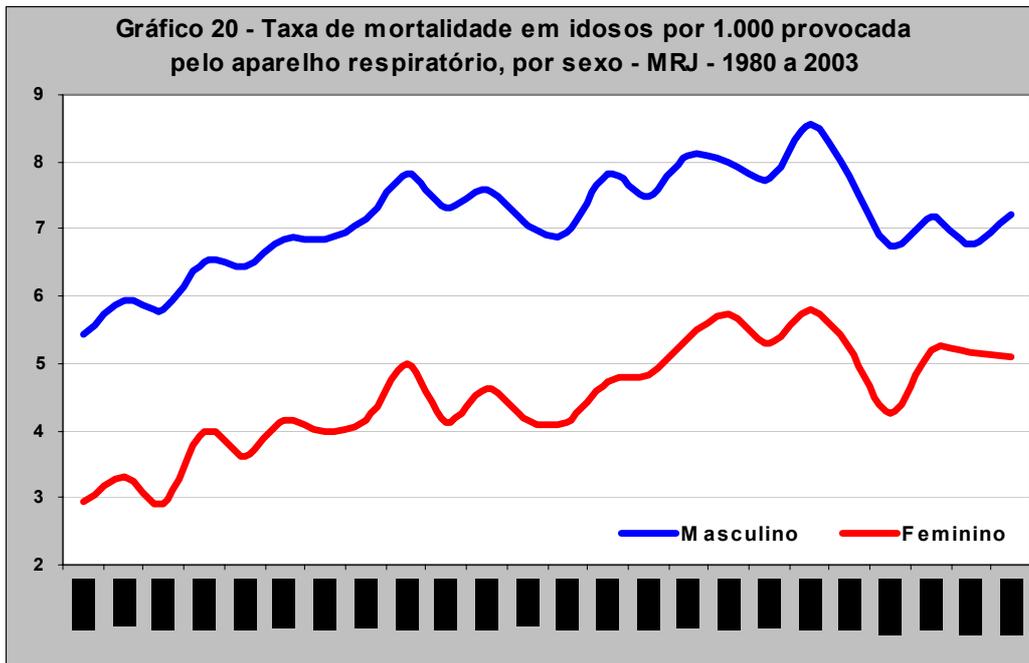


Aparelho respiratório

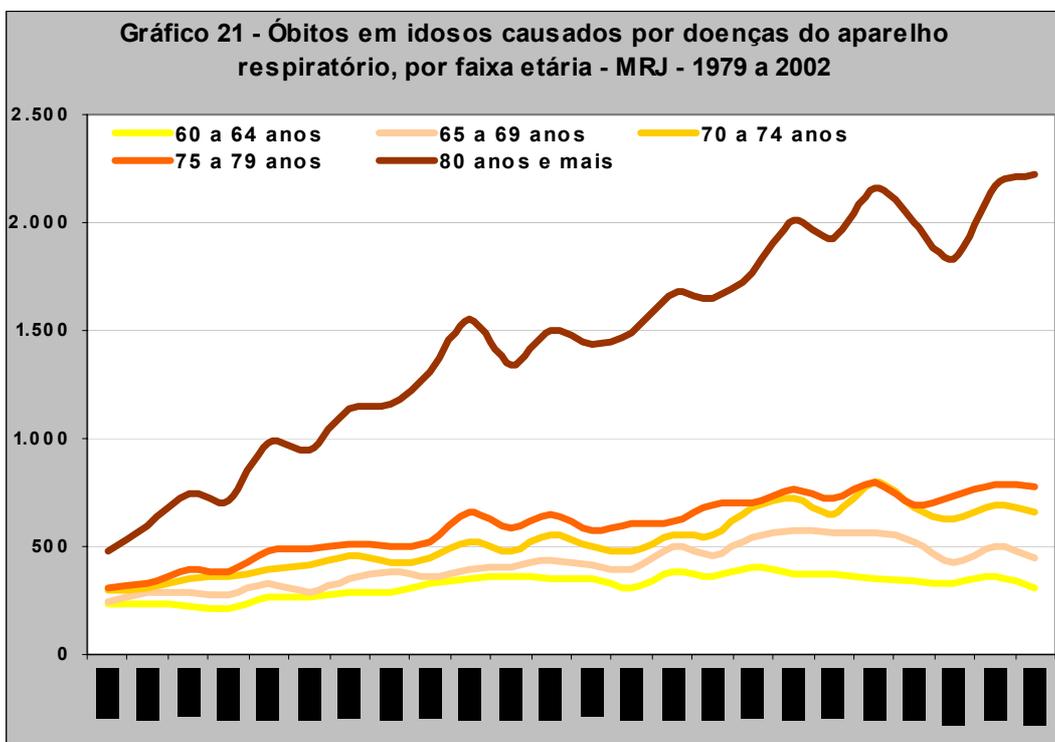
Doenças do aparelho respiratório, por sua vez, expandiram significativamente sua participação neste quarto de século, partindo de um patamar de 7,8% dos óbitos, chegaram ao final do período respondendo por 13,5% dos óbitos entre idosos. Em 2003, pelo menos um em cada grupo de oito idosos faleceu por problemas respiratórios. O gráfico 19 mostra que a partir de 1995 os óbitos femininos passaram a superar os masculinos e que nos últimos três anos a diferença se ampliou significativamente.



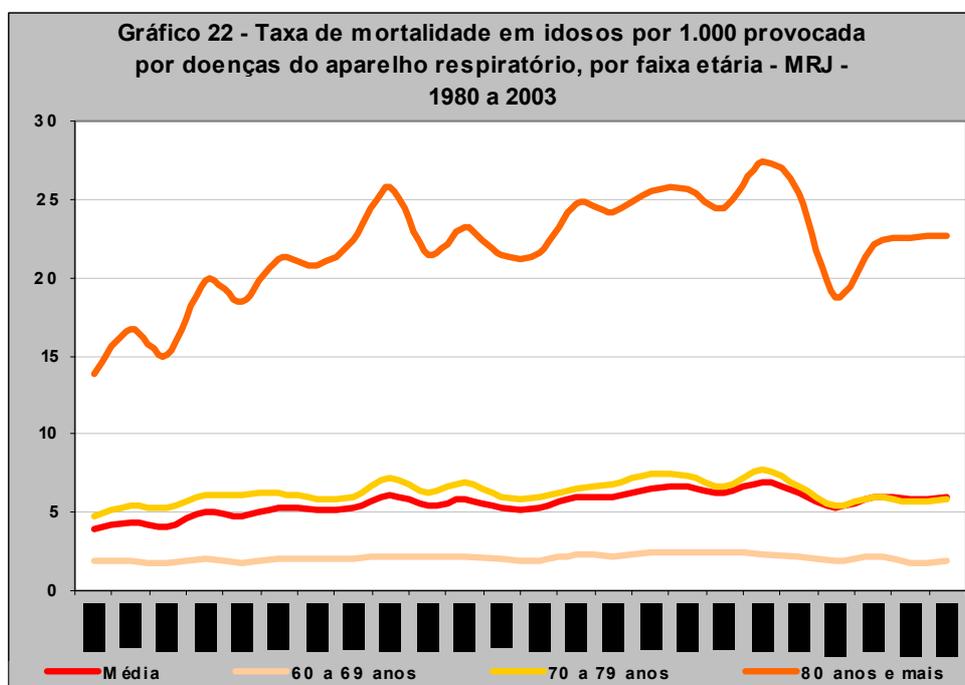
As taxas de mortalidade masculina mais uma vez superam as femininas e ambas atingem seu ponto máximo em 1998. A partir daí, mudam de patamar e também se reduz a distância entre as curvas.



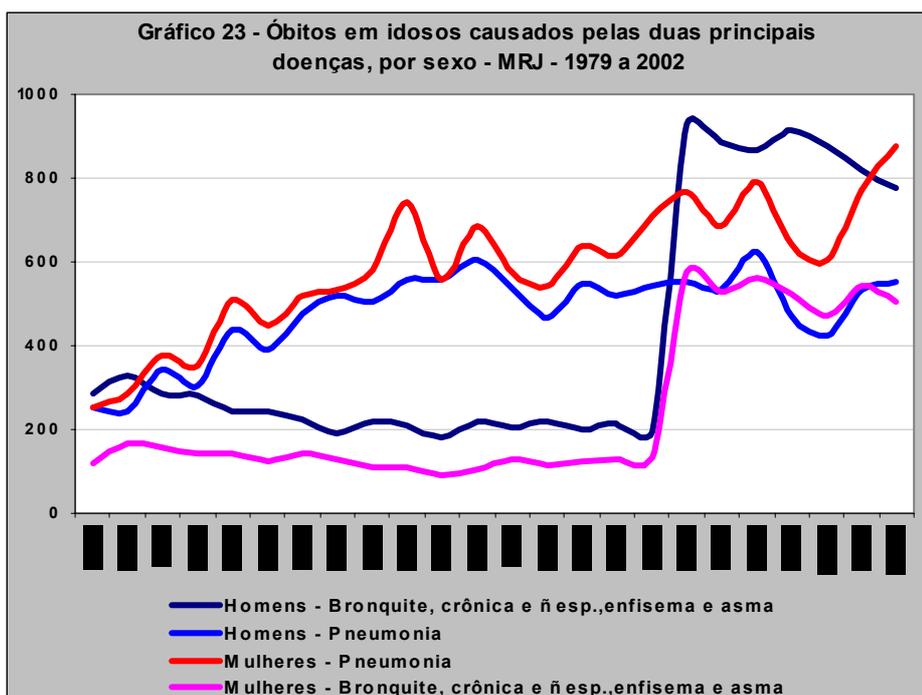
A mortalidade por faixa etária deixa evidente que as doenças do aparelho respiratório atingem preferencialmente o grupo de oitenta anos ou mais, pois consegue ser sete vezes mais numeroso que a faixa dos mais novos, dos 60 aos 64 anos.



Quando comparamos as taxas de mortalidade pelas faixas etárias, podemos confirmar uma quase estabilidade de todas, a exceção está no segmento composto pelos que já completaram 80 anos. Uma hipótese que não deve ser descartada é a do impacto da campanha de vacinação, em idosos, contra gripe, que pode estar determinando o declínio da taxa de mortalidade no ano de 2000 – o primeiro ano imediatamente após a primeira campanha.

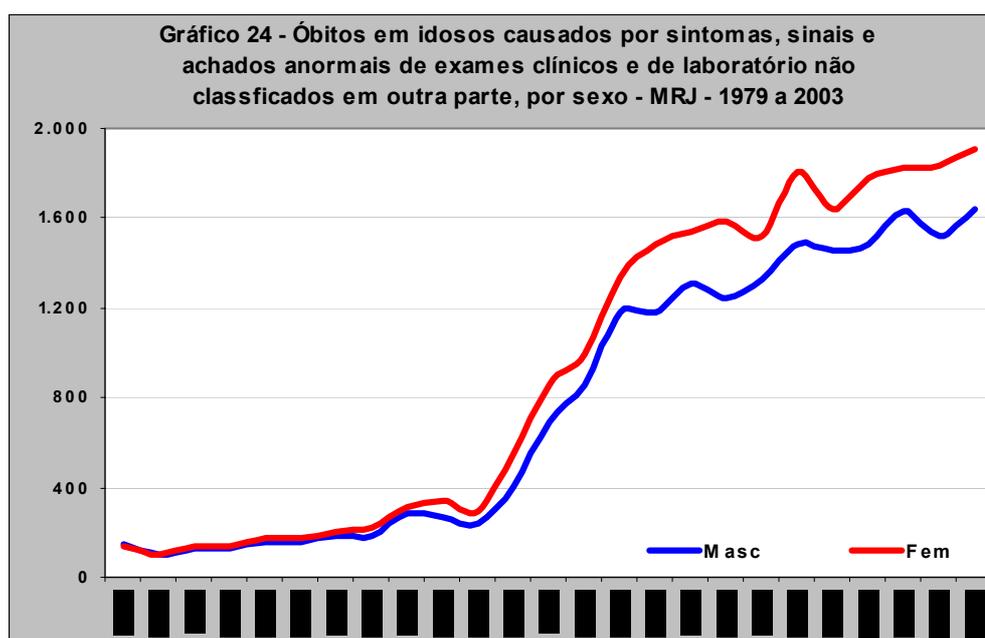


As doenças crônicas das vias aéreas inferiores – principalmente as doenças obstrutivas crônicas - e a pneumonia dividem-se entre as principais causas de morte por doenças do aparelho respiratório, nesta ordem para os homens e na inversa para as mulheres. É preciso averiguar o súbito crescimento das doenças crônicas a partir de 1996, tanto para os homens, quanto para as mulheres. O súbito crescimento das Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas – bronquite, enfisema e asma - no ano de 1996 deve-se ao uso da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças que desmembra algumas doenças que até 1995 se mantinham agrupadas em um único código da CID.

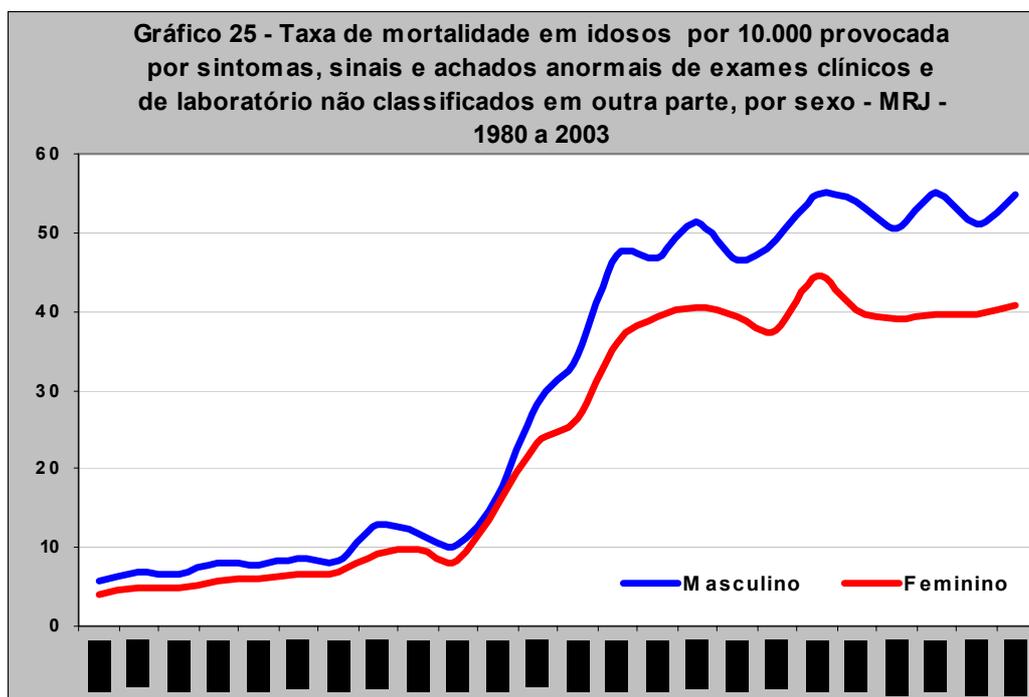


Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificadas em outra parte

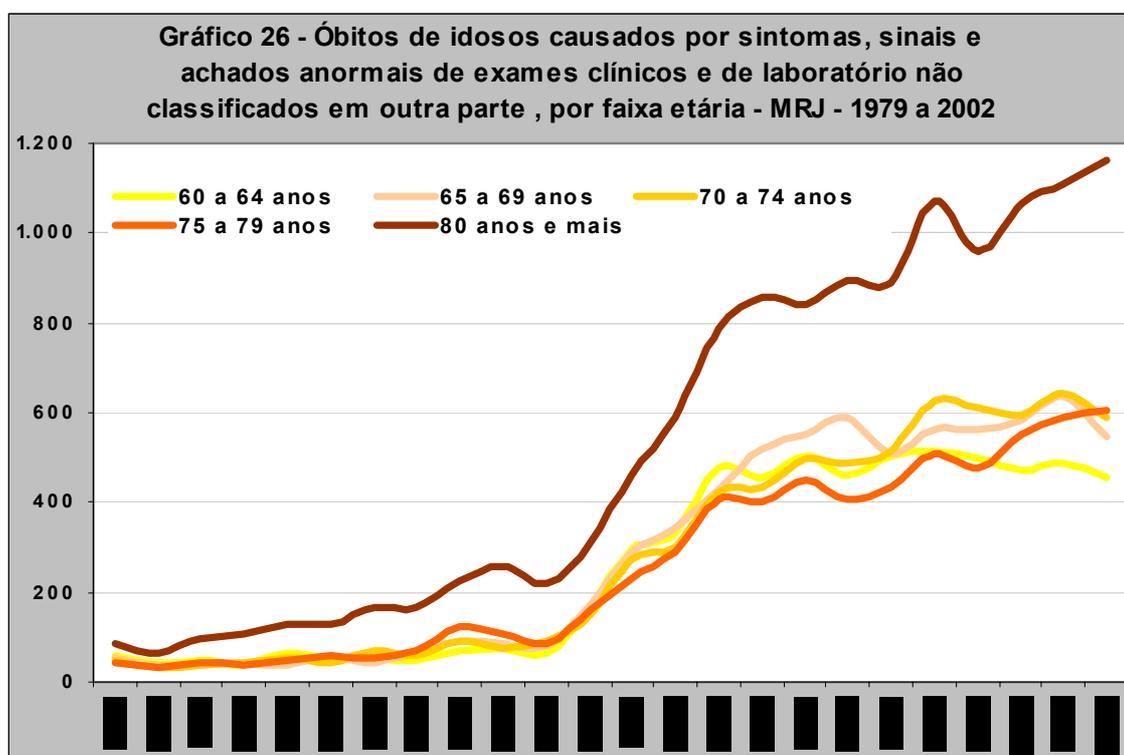
O capítulo com a quarta maior participação é o XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte: são mortes que normalmente atrapalham a análise das demais, são as mal definidas, logo, não se encaixam em nenhum dos outros capítulos por problemas no preenchimento da declaração de óbito. Houve um salto de 1,4% para 10,2% no total de óbitos no período analisado. O gráfico 24 mostra que até 1989 o total de óbitos mal definidos era inferior a trezentos tanto para os homens como para as mulheres. Em 2003, ponto máximo da curva para ambos os sexos, os óbitos masculino e feminino atingiam a 1.645 e 1.907, respectivamente.



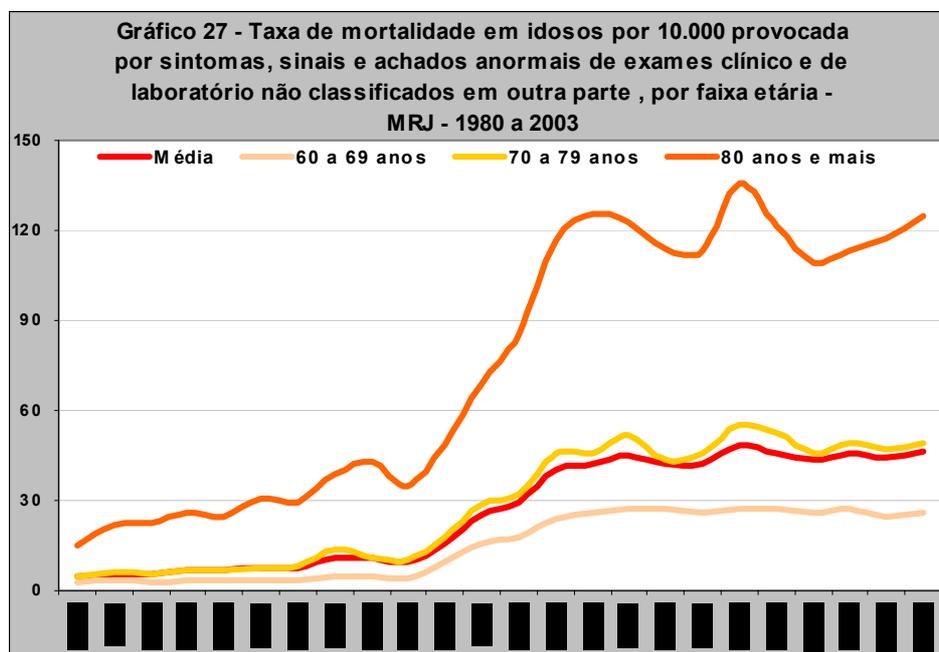
Mais uma vez, as taxas de mortalidade posicionam os homens em pior situação, principalmente depois de 1992, quando se desgrudam da feminina e, gradativamente, amplia a diferença de mortalidade entre os sexos.



Na comparação entre as faixas etárias, a mortalidade de quem já completou 80 anos mostra uma tendência diferenciada das demais, situando-se num patamar bem mais alto.



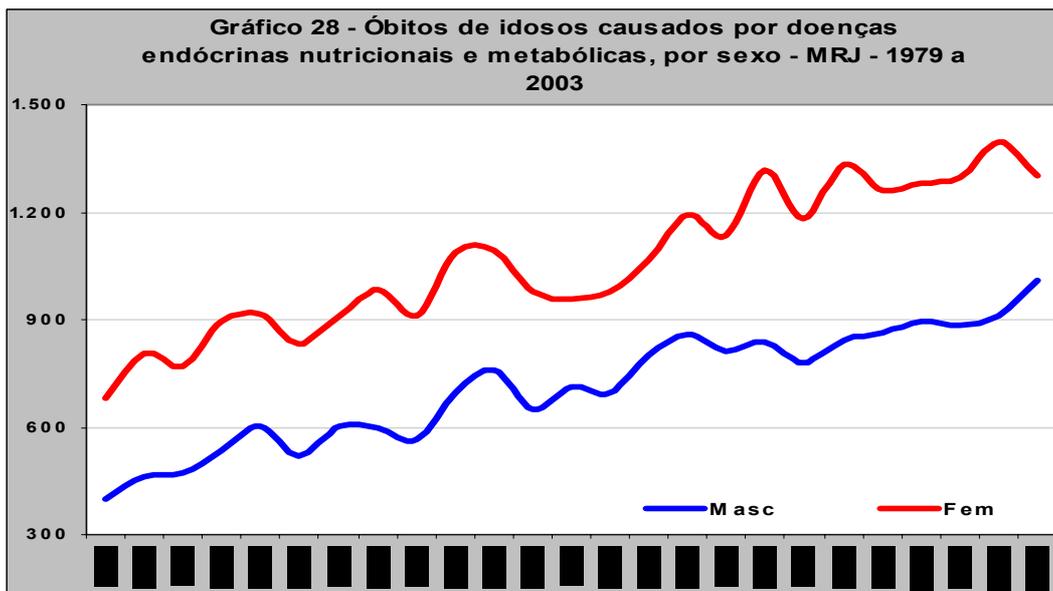
As taxas de mortalidade por faixa etária confirmam que a mortalidade para o grupo mais novo (60 a 69 anos) foi, em 2003, cinco vezes menor que a do segmento de 80 anos ou mais, respectivamente, 25 e 125 óbitos para cada grupo de 10.000 idosos.



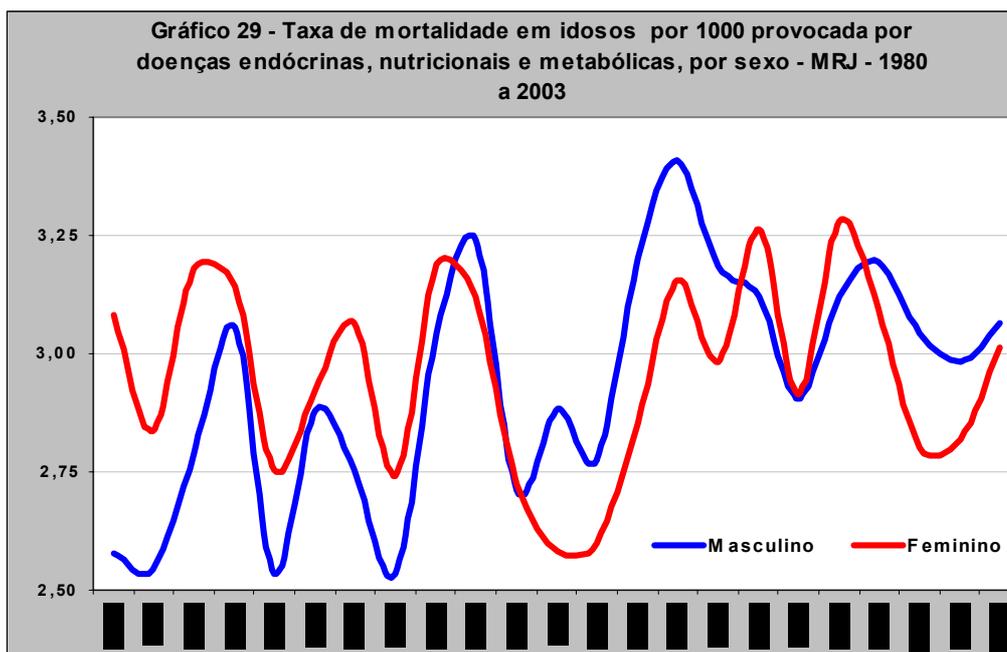
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

O capítulo IV, que trata das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas na CID-10, perdeu os transtornos imunitários que fazia parte da CID-9 e era onde se classificavam as mortes pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) – uma padronização internacionalmente estabelecida por conta do surgimento de uma nova doença que não tinha código previsto na CID9. Isto acabou gerando um problema de compatibilização, complicando a análise da série histórica.

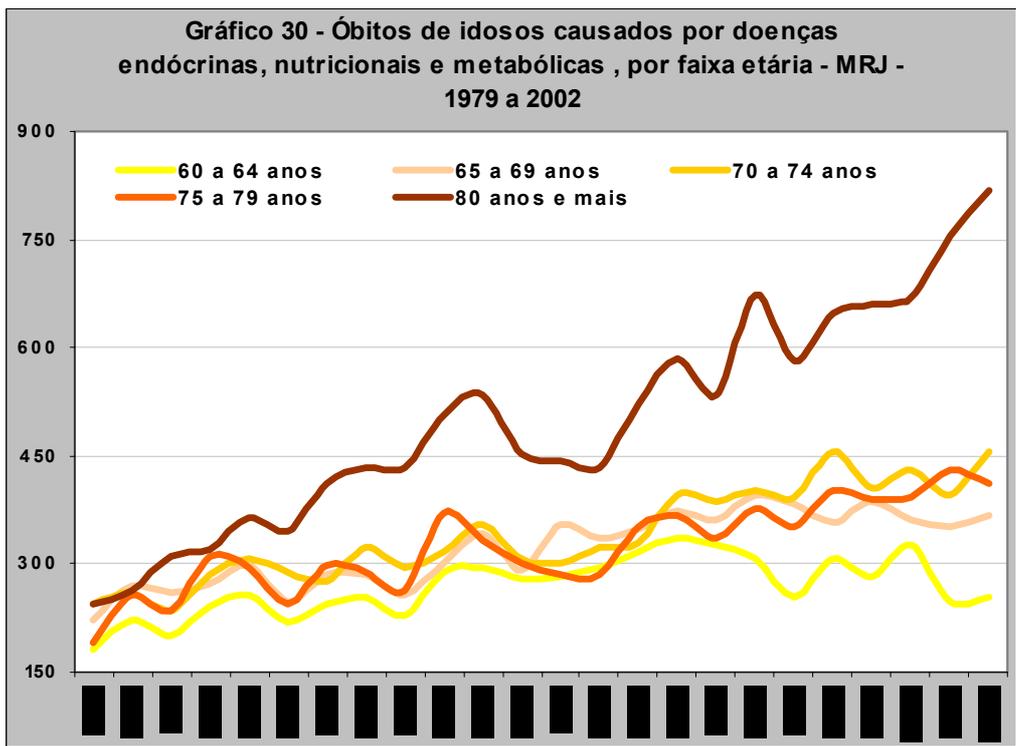
No enfoque por sexo, novamente constatamos que prevalecem as mortes femininas e que mesmo com a exclusão dos transtornos imunitários a partir de 1996, a série mostra crescimento contínuo com oscilações no decorrer do longo período, às custas da força do envelhecimento populacional e da importância do Diabetes Mellitus neste grupo de causas.



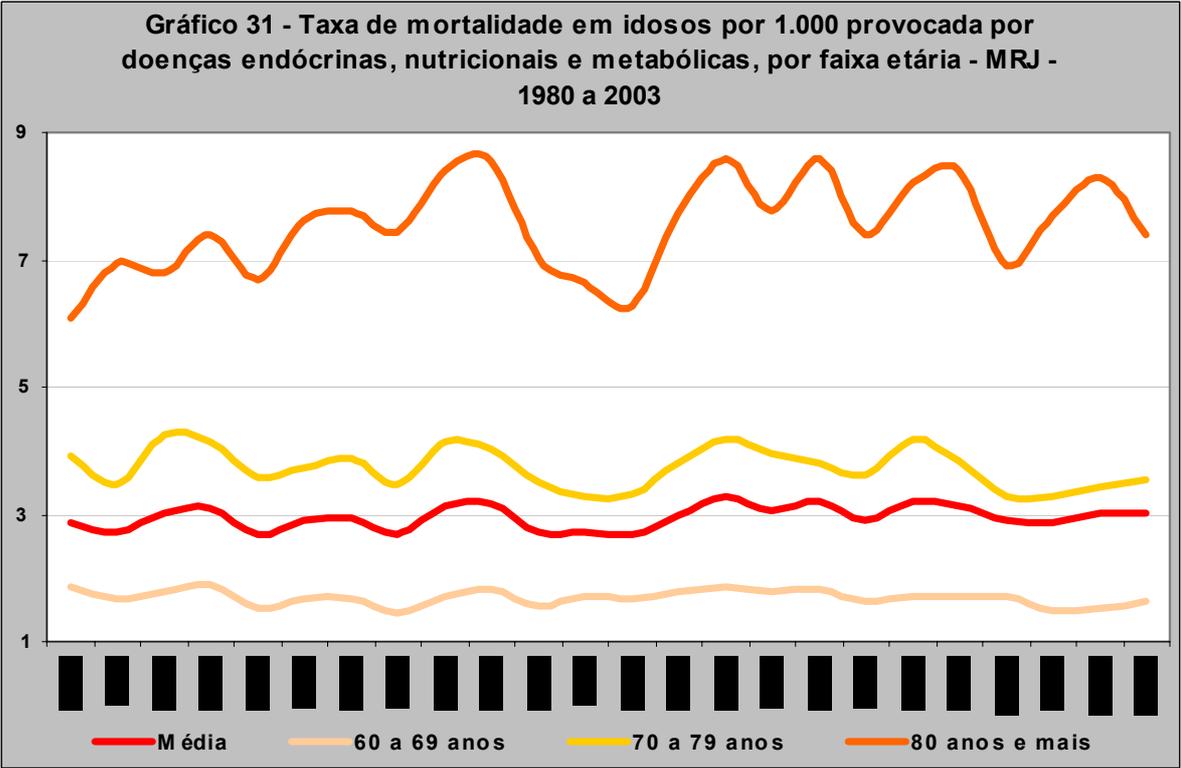
Quando o foco volta-se para a taxa de mortalidade, podemos então observar o entrelaçamento das taxas entre os sexos, já que as variações se situam na estreita faixa que vai de 2,5 a 3,5 óbitos por mil idosos.



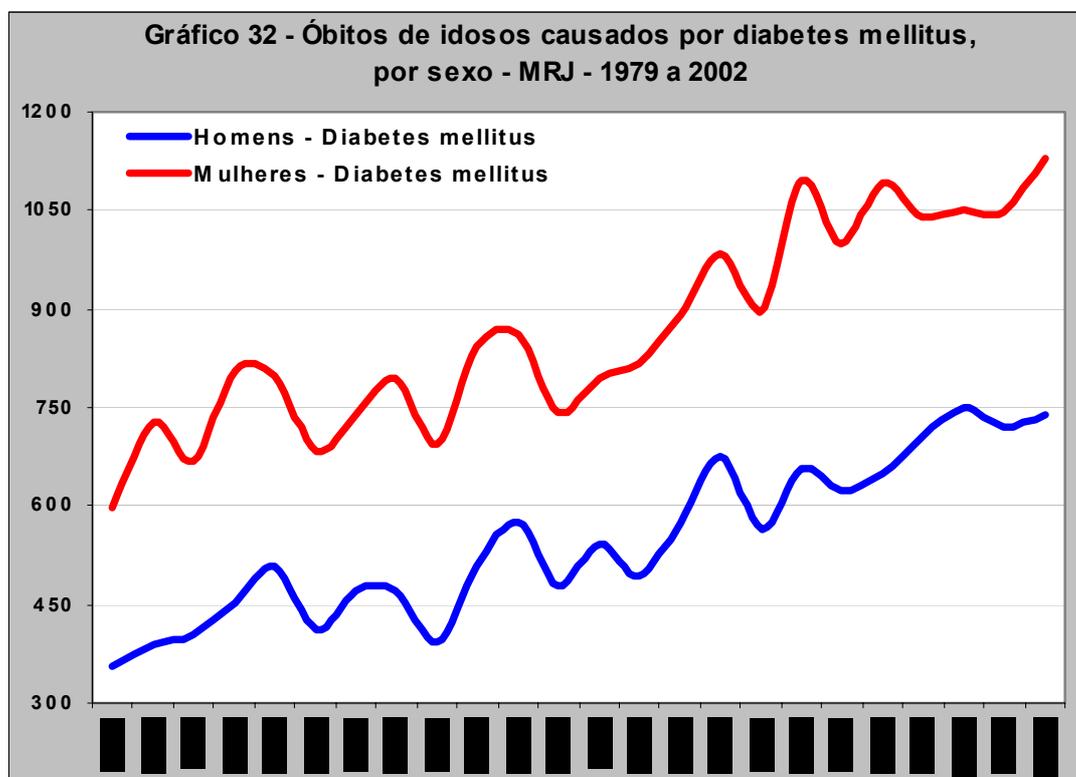
Quando os óbitos são examinados segundo a faixa etária, surge outra realidade, e todos os segmentos se sobrepõem num comportamento de leve crescimento, o que se opõe ao grupo de 80 anos ou mais que a cada novo ano aumenta seu diferencial em relação às demais. Para este grupo de causas, fica novamente evidenciada a diminuição da mortalidade nas faixas de idade entre 60 e 69 e o deslocamento da mortalidade para fases de idade mais avançadas.



Quando se transforma a variável óbito em um indicador, cria-se uma nova dimensão que hierarquiza a mortalidade, apresentando uma função com alta correlação positiva. Em outras palavras, quanto maior a idade, maior a taxa de mortalidade. Uma outra lei de formação demonstra que quanto maior a idade, maior a oscilação da curva e vice-versa.



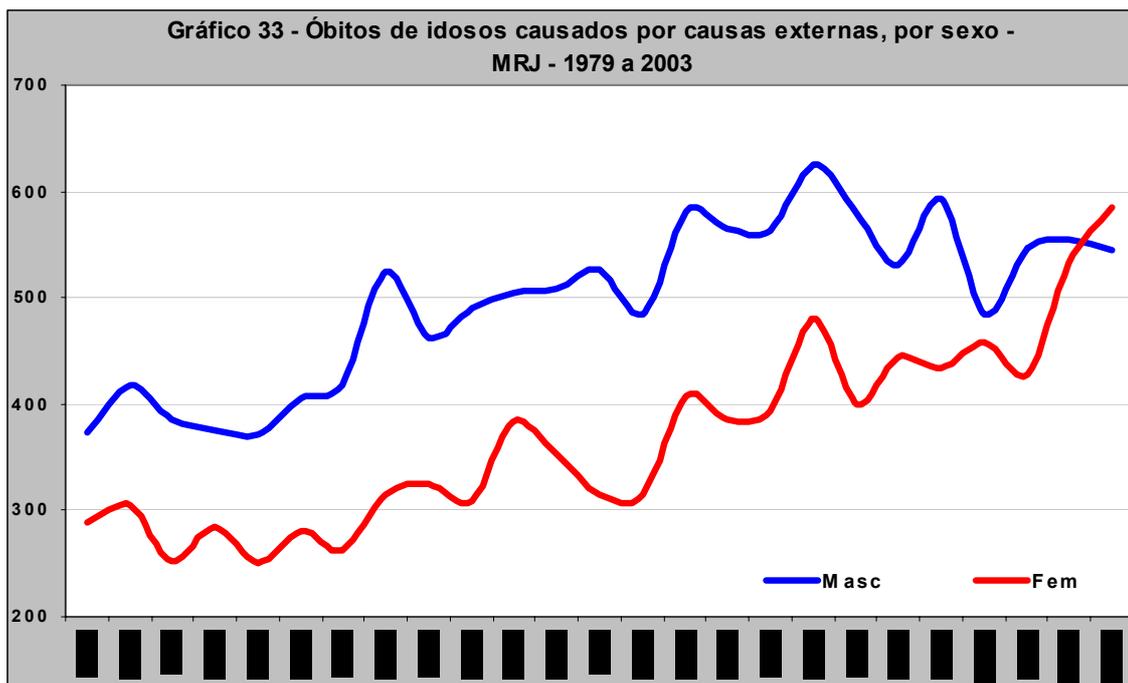
Como já foi dito anteriormente, entre as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, predomina o diabetes mellitus que sozinho respondia em 2003 por 81% dos óbitos, independente do sexo. O gráfico XX indica que a tendência da curva do diabetes é para o crescimento.



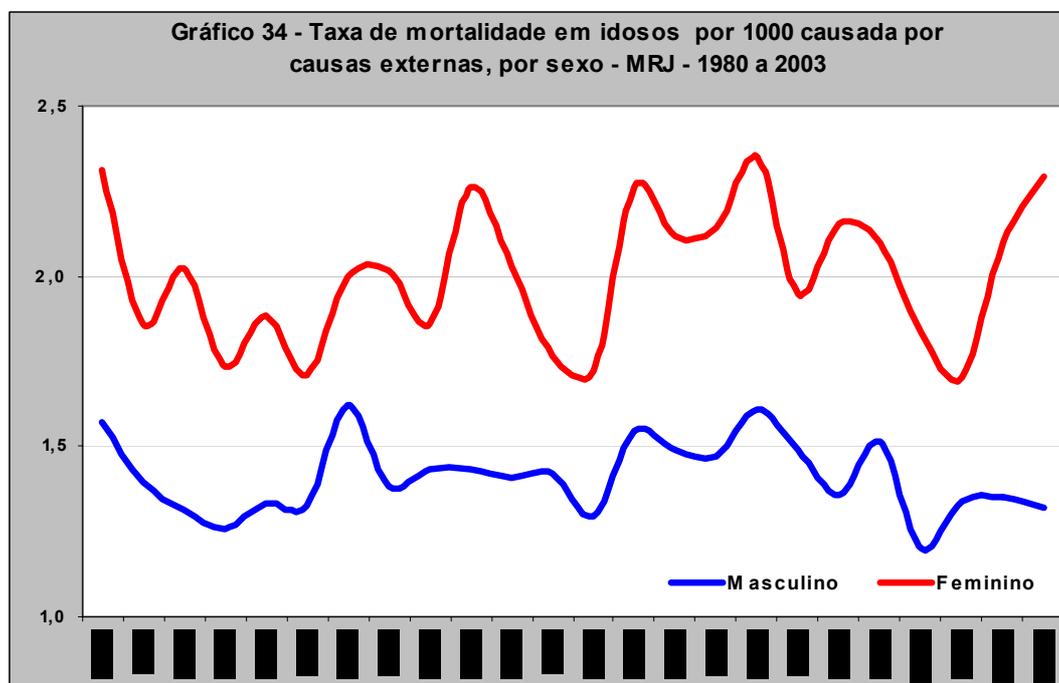
Causas externas

As causas externas são, sem sombra de dúvida, o capítulo da CID mais midiático, pois agrupa todas as causas violentas, que tanto apelo gera na sociedade, incorporando num mesmo segmento acidentes de transportes, homicídios, suicídios etc.

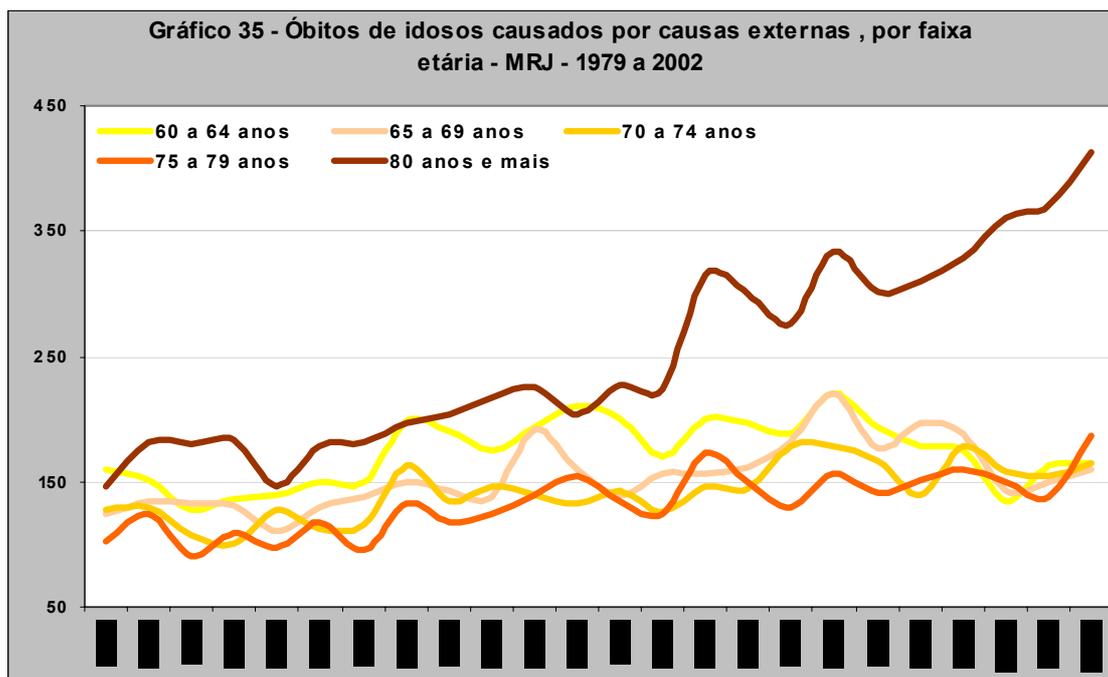
O gráfico 33 deixa claro que, a partir de 1998, os óbitos do sexo masculino apontam uma tendência à queda. Por outro lado, os óbitos femininos crescem ao longo de todo o período, apenas alternando pequenas oscilações.



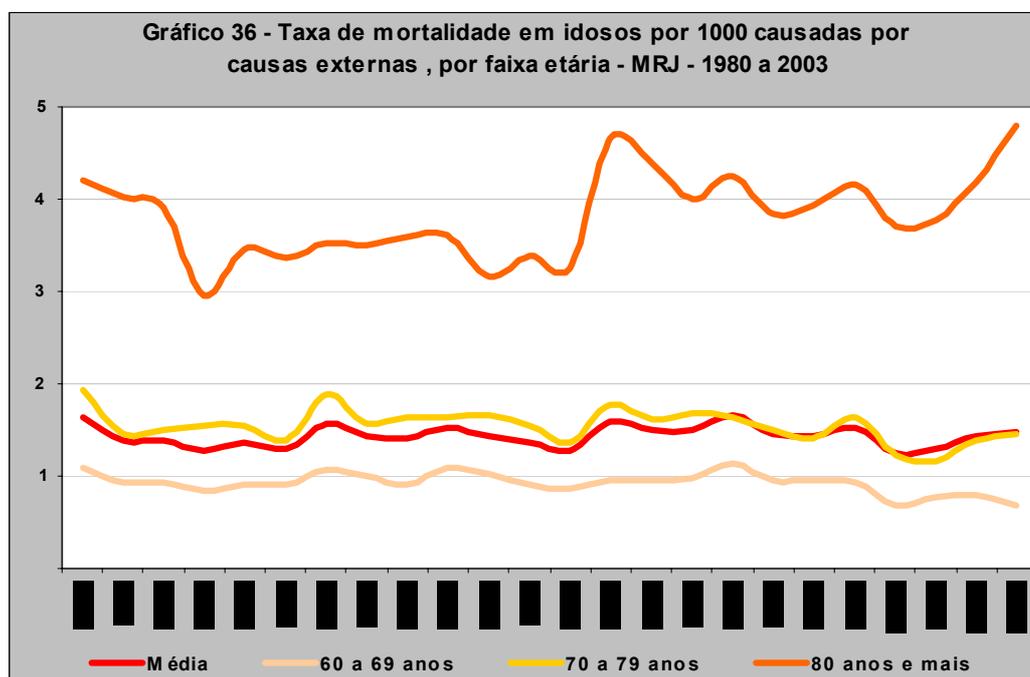
As taxas de mortalidade classificadas como causas externas, pela primeira vez, invertem a situação. Embora por uma diferença mínima, as taxas femininas aparecem pela primeira vez, neste estudo superando as masculinas.



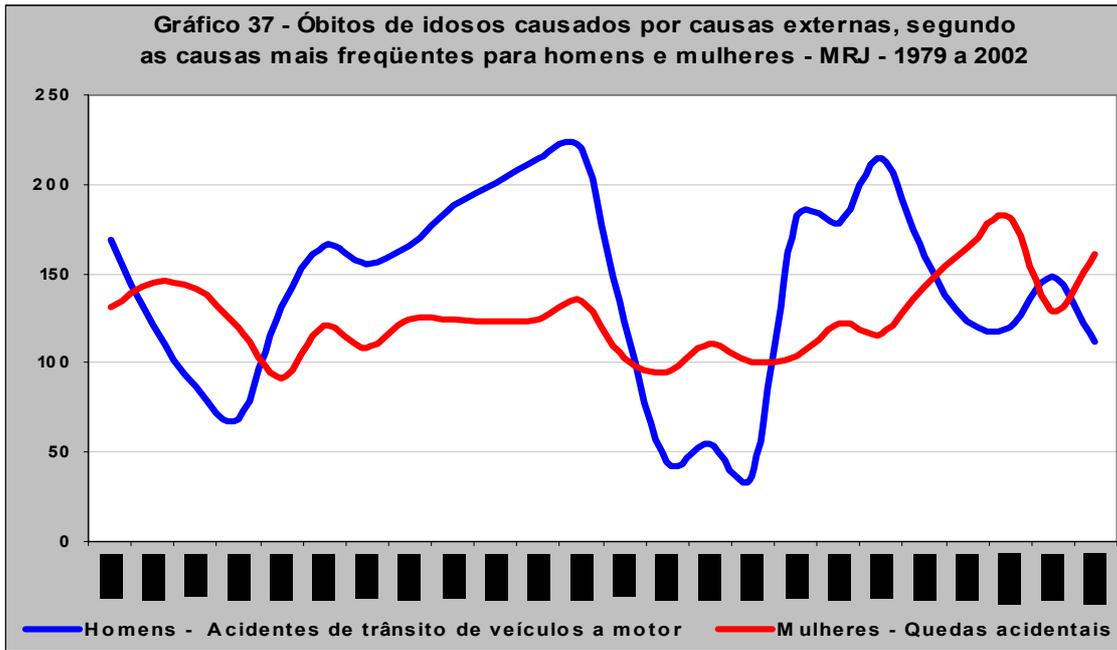
Quando observamos os óbitos segundo a faixa etária, as causas externas não apresentam nenhuma particularidade. A mortalidade do segmento mais idoso (80 anos ou mais) amplia sua diferença em relação às demais, além de mostrar uma divergência de tendência de crescimento, enquanto as demais demonstram um misto de convergência com estabilização no quantitativo de óbitos.



As taxas de mortalidade por faixa etária reforçam tudo o que foi dito no parágrafo anterior.

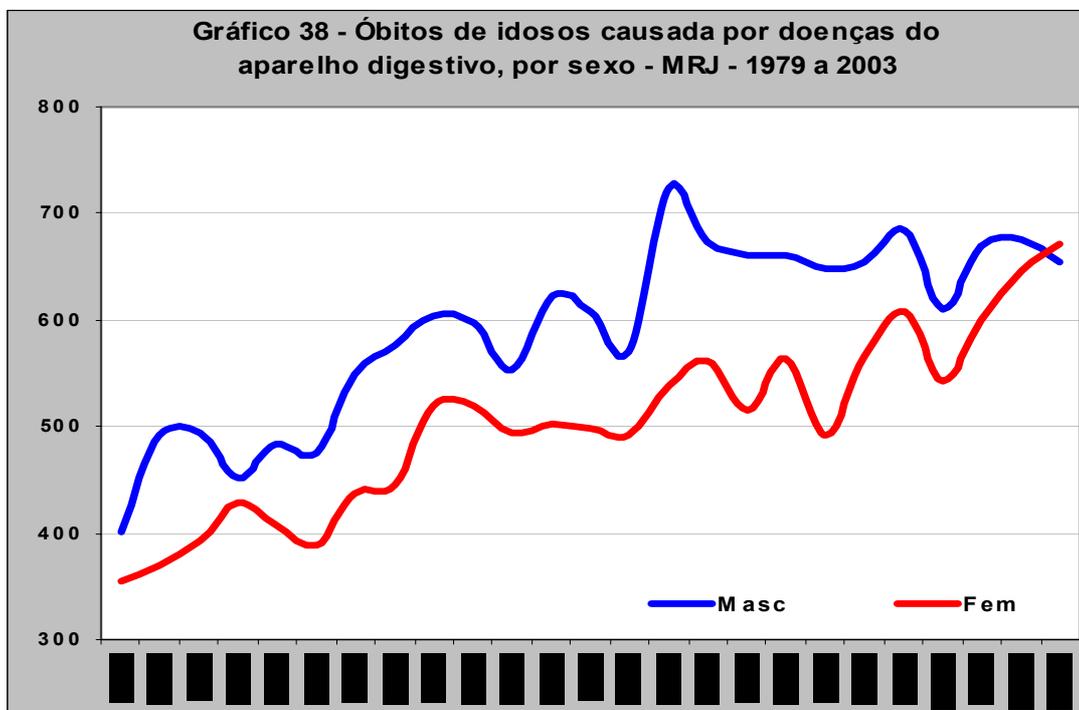


O gráfico 37 expõe as diferenças entre os sexos dos idosos que falecem por causas externas. Os homens são vítimas de acidentes de trânsito enquanto as mulheres de quedas acidentais. As intensas oscilações em relação aos óbitos por acidentes de trânsito se devem a problemas com os sistemas de informações e a qualidade dos registros administrativos sobre as circunstâncias da violência.

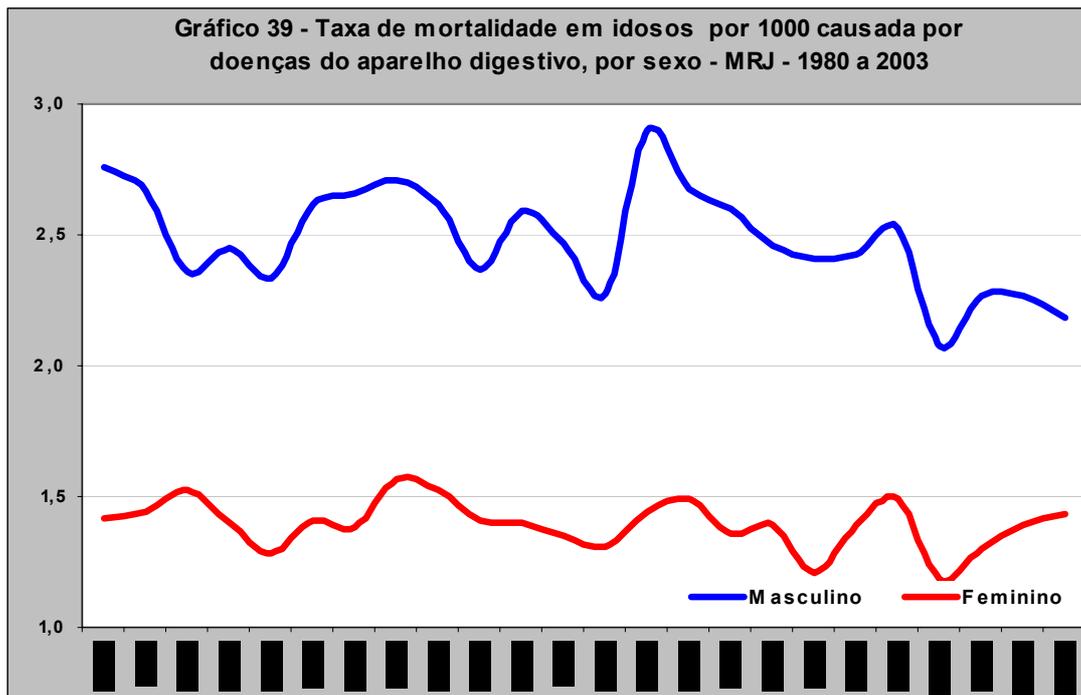


Aparelho digestivo

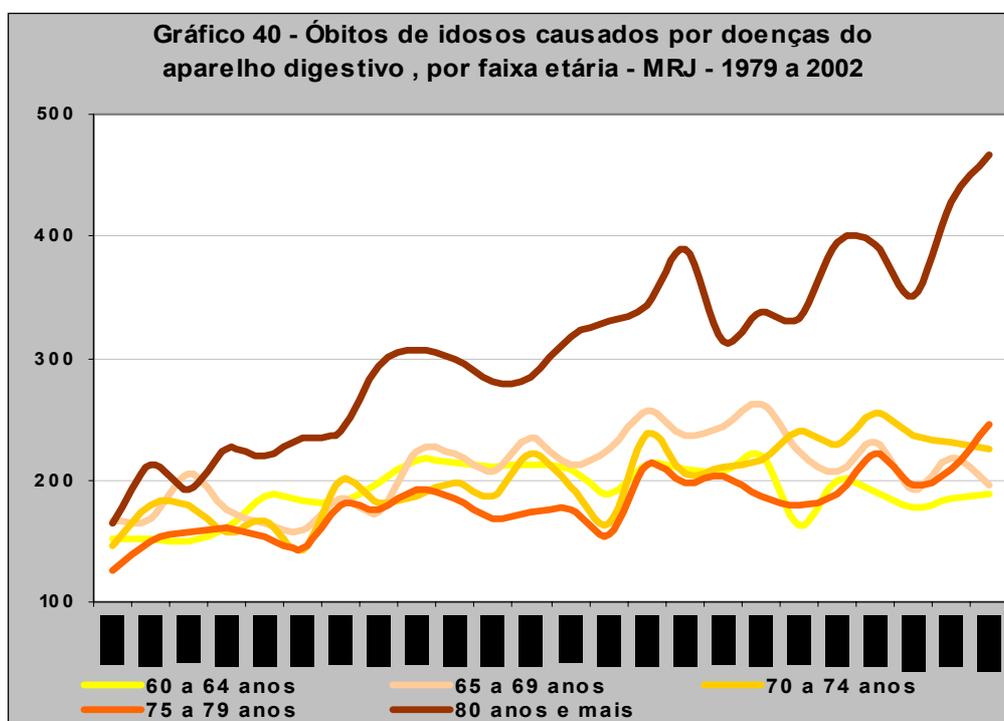
As doenças do aparelho digestivo aparecem como a sétima mais importante entre os idosos, tendo matado aproximadamente quatro por dia no ano de 2003. O gráfico 38 mostra que, a princípio, cresceram nos últimos 25 anos as mortes causadas pelo aparelho digestivo.

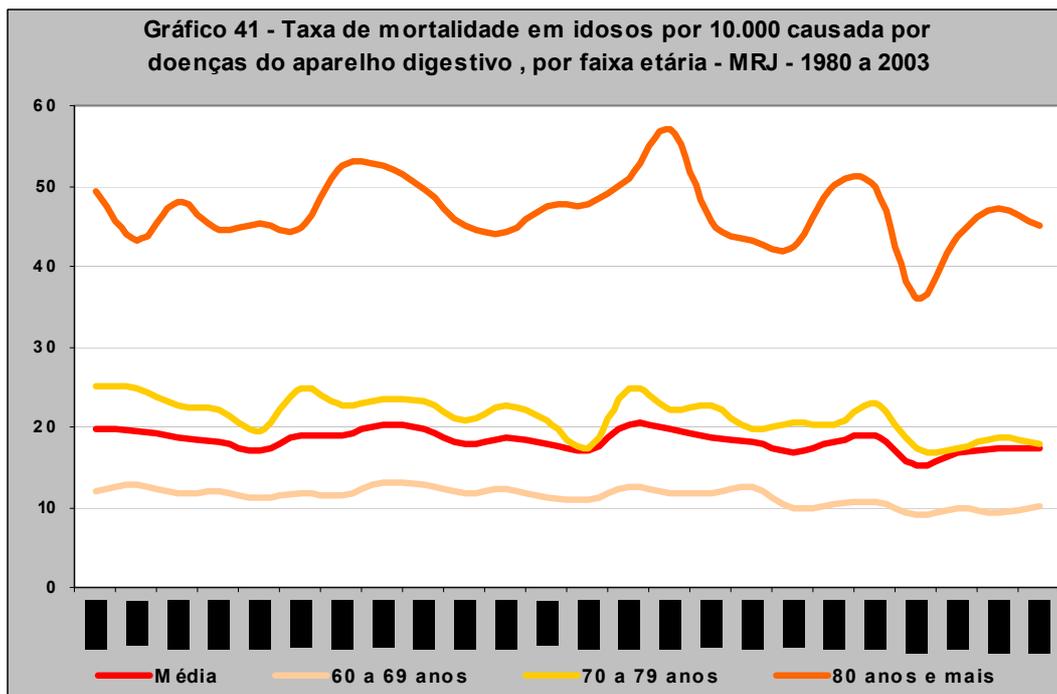


As taxas de mortalidade masculina mais uma vez superam as de mortalidade feminina e aqui fica nítida a tendência à queda da mortalidade masculina, enquanto para as idosas a perspectiva é de estabilidade no período.

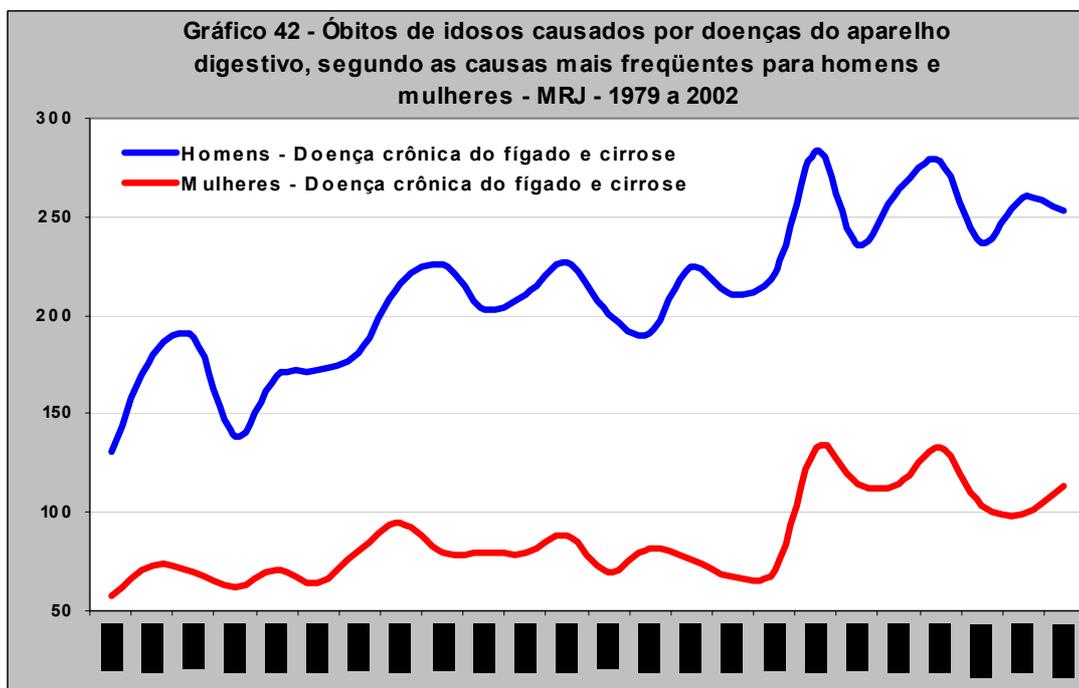


Quando se observa a mortalidade desmembrada por faixa etária, causada por doenças do aparelho digestivo, o que vemos é mais uma repetição das fotografias reveladas pelos outros capítulos, ou seja, uma divergência da curva de 80 anos ou mais, aliada a um entrelaçamento das demais faixas etárias. O gráfico 40 mostra que a taxa de mortalidade por faixa etária apenas reforça o que já foi comentado neste parágrafo.





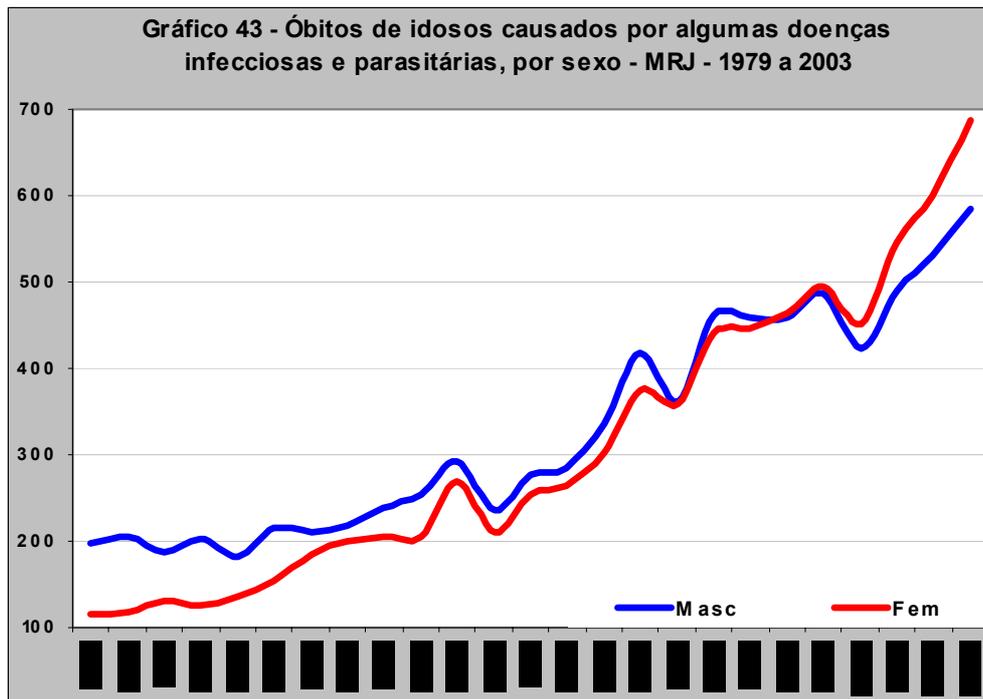
As doenças do aparelho digestivas que mais acometem idosos, independente do sexo, são a doença crônica do fígado e cirrose. O gráfico 42 aponta maior proporção de mortes para o sexo masculino, estando, em geral, associadas ao consumo de álcool.



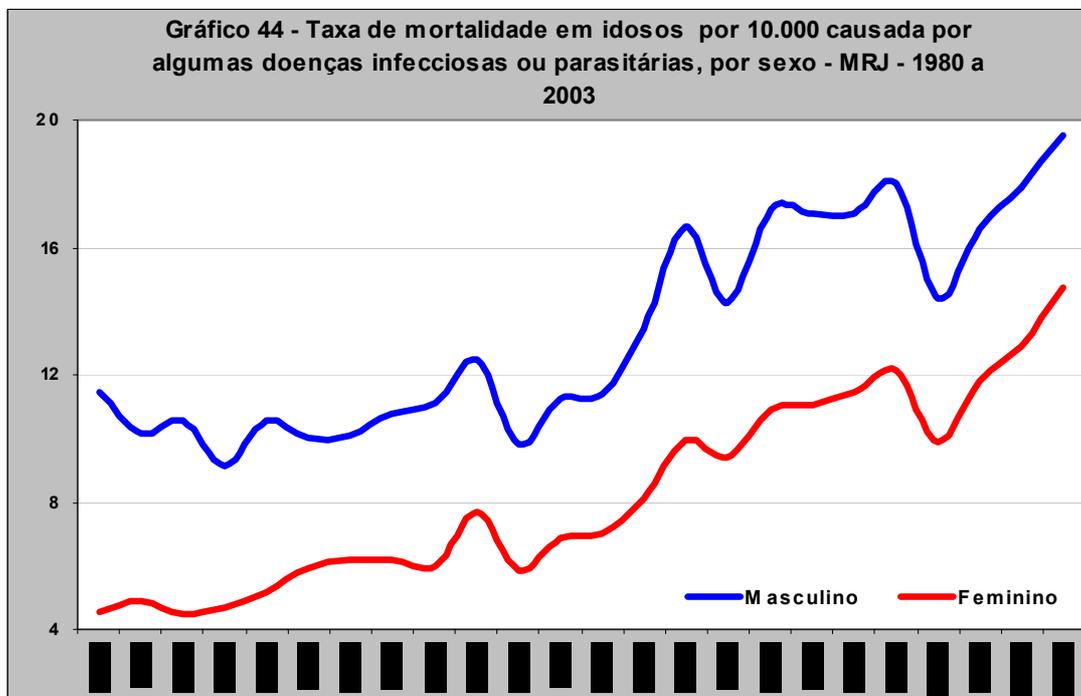
Doenças infecciosas e parasitárias - DIP

As DIP, nos últimos 25 anos insistem em manter contínuo o crescimento do número de óbitos-. Entre os sexos, a mudança ficou por conta da alteração verificada a

partir de 1998, quando as mulheres passaram a superar os homens no total de óbitos por DIP.

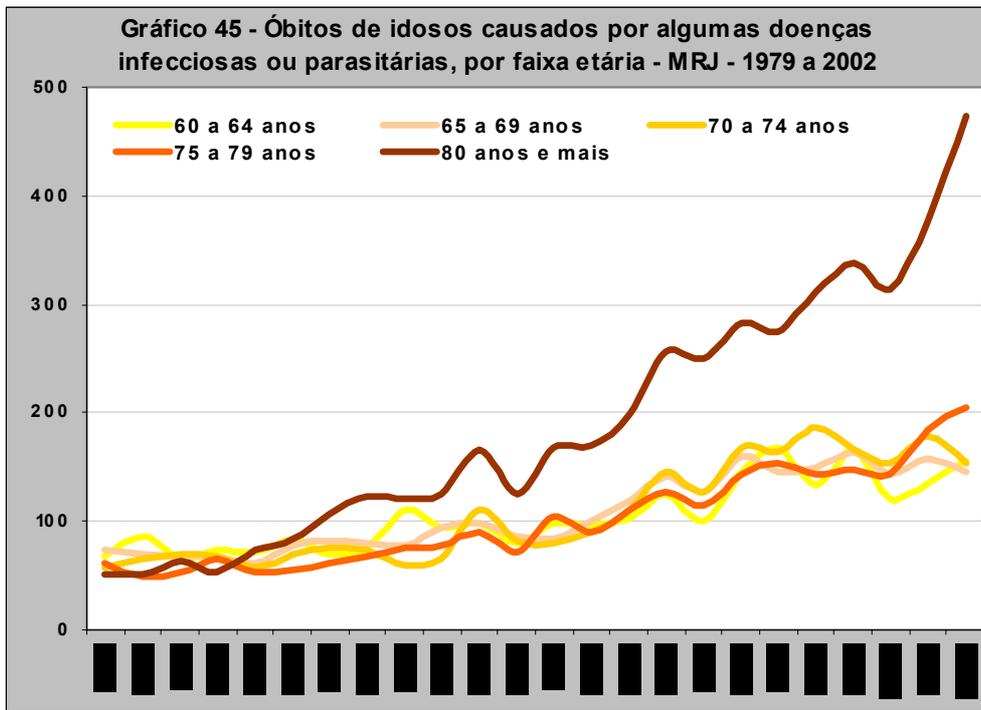


As taxas de mortalidade masculina continuam sendo superior às femininas embora ambas se caracterizem por um comportamento homogêneo por todo o período. Vale lembrar que a taxa de mortalidade masculina cresceu 70% entre 1980 e 2003 enquanto a feminina atingiu 227%.

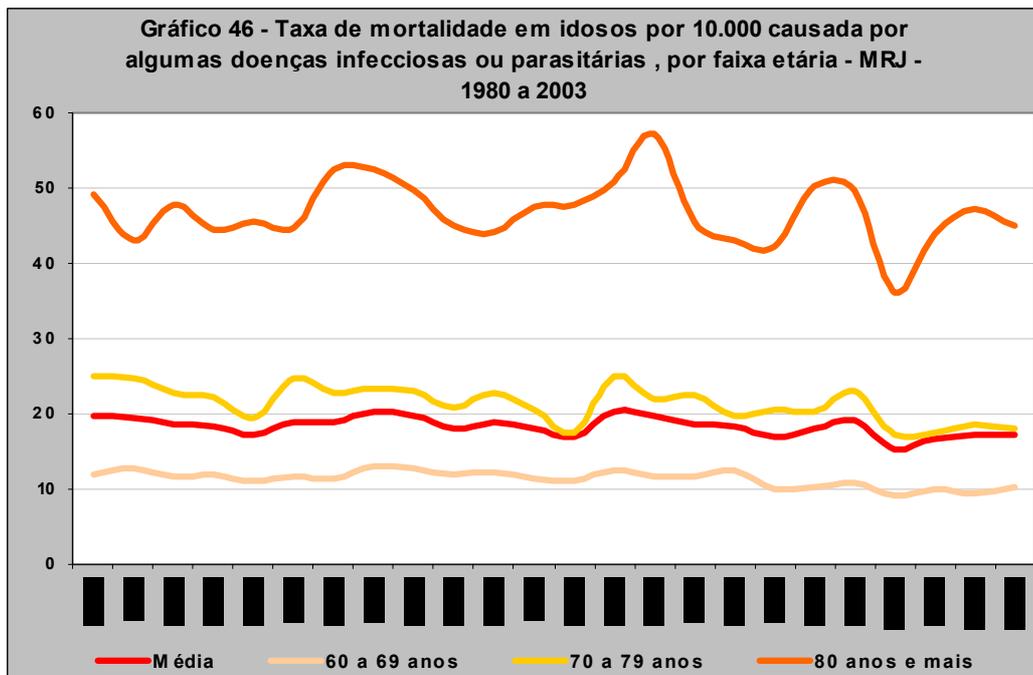


Na análise por faixa etária, o comportamento das mortes por doenças infecciosas e parasitárias manteve o padrão dos demais capítulos, há uma

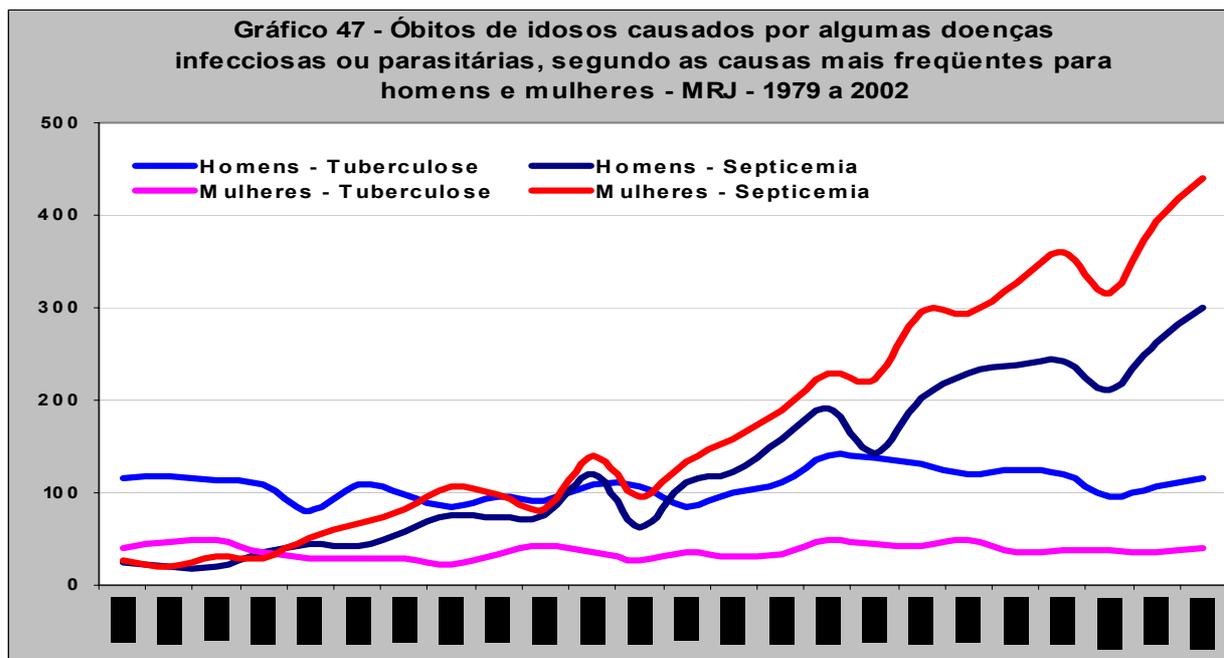
sobreposição de todas as faixas etárias com exceção de um descolamento das pessoas com 80 anos ou mais que responderam por 17% dos óbitos em 1979 e chegaram a 2003 com 42%, ao menos dois em cada cinco idosos que morreram de DIP já tinham completado 80 anos.



As taxas de mortalidade por faixa etária deixam claro que quanto maior a idade maior a quantidade de mortes. Em 2003, a taxa de mortalidade do grupo mais velho (80 anos ou mais) era 6,7 vezes maior que a do grupo mais novo (60 a 69 anos).

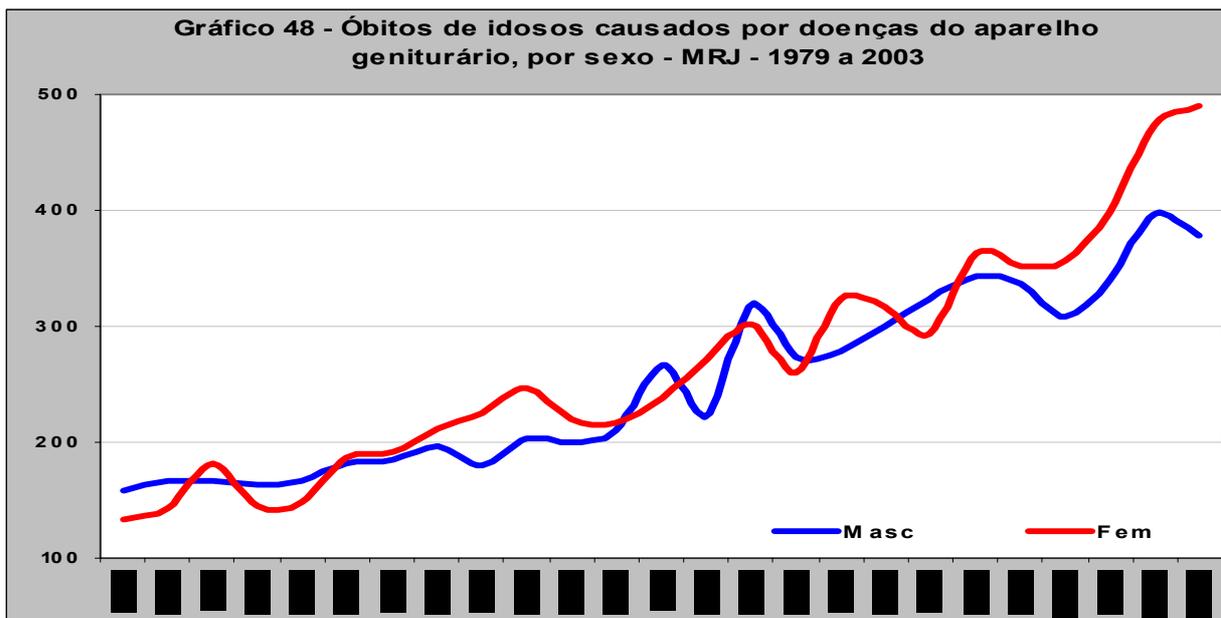


As duas principais causas de mortalidade das DIP também não diferenciam sexo, pois tanto para homens como para mulheres, a septicemia e a tuberculose se conformam como principais causas de óbito. A tuberculose se manteve praticamente estável nos últimos 24 anos. Em 1979, a septicemia respondia por apenas 12% dos óbitos masculinos e 23% dos femininos. Em 2002, sua representatividade saltou para 57% do total das DIP para homens e 74% para as mulheres. A definição da septicemia como causa de morte releva baixa qualidade da informação prestada na declaração de óbito, pois a ocorrência desta doença é conseqüente a um processo anterior que, certamente, definiria com maior precisão a causa básica da morte.

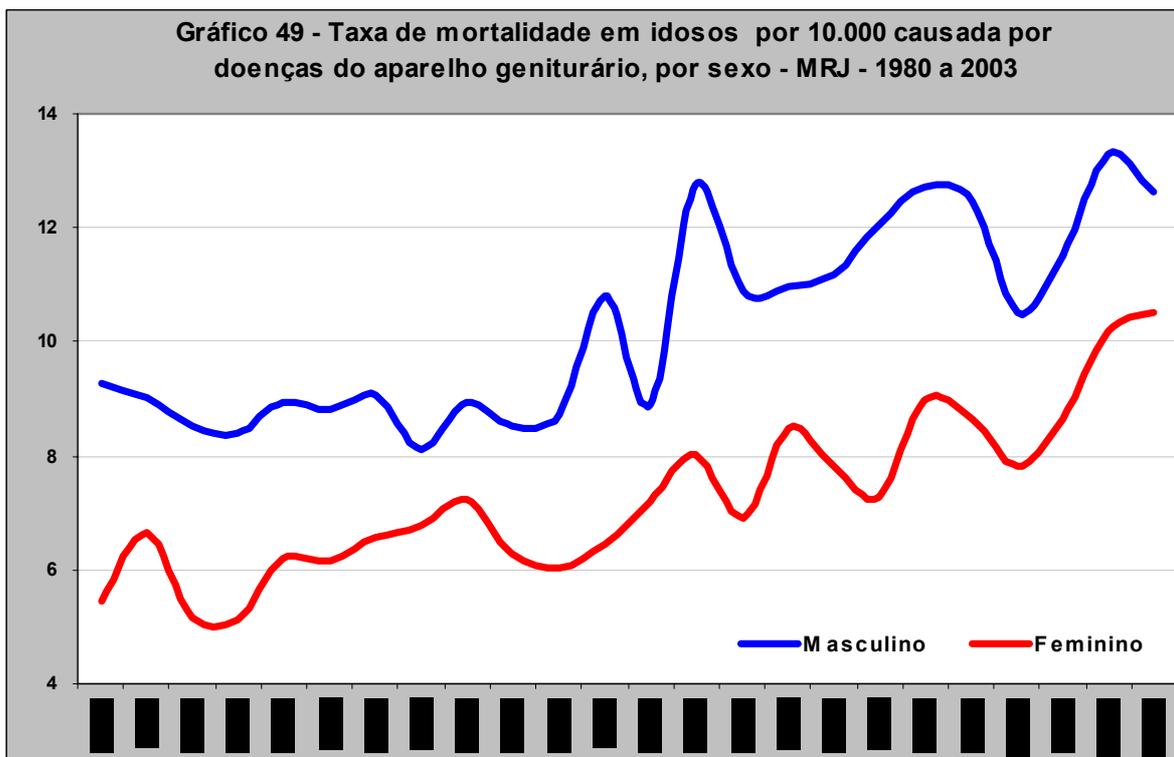


Doenças do aparelho geniturário

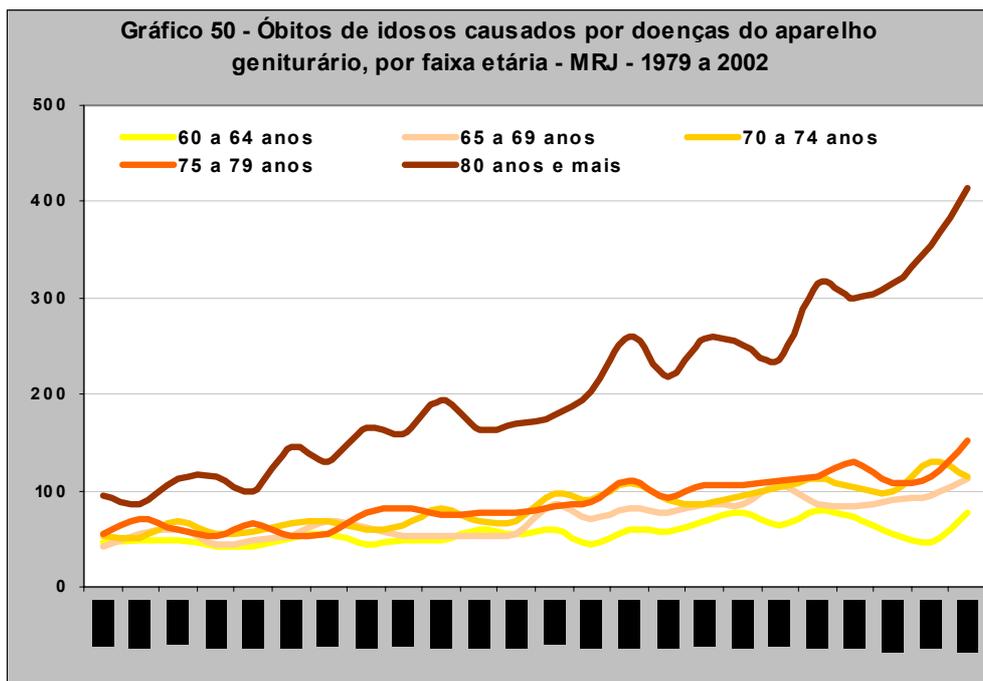
As doenças do aparelho geniturário cresceram significativamente nos últimos 25 anos. Na curva dos óbitos, homens e mulheres se entrelaçaram na maior parte do período. Apenas a partir de 1999, as curvas se descolaram e os óbitos femininos tiveram um súbito crescimento. Entre 1979 e 2003 os óbitos masculinos cresceram em 140%, já os óbitos femininos, apesar de começarem menor, terminaram em valores absolutos maiores e sua variação atingiu estonteantes 266%.



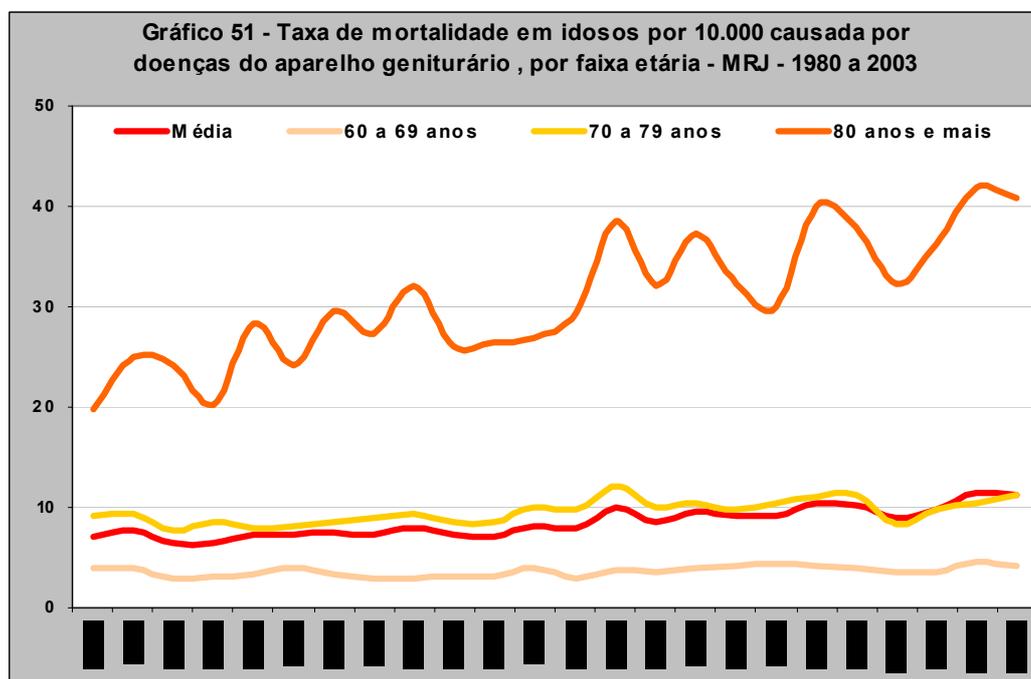
Nas taxas de mortalidade pelo aparelho geniturário, vamos constatar variações bem menores, pois a quantidade de óbitos fica relativizada pelos diferenciais dos contingentes de idosos masculino e feminino. Aqui, a variação da taxa de mortalidade masculina cresce 36% enquanto a feminina atinge 92%.



Os óbitos por faixa etária repetem mais uma vez a tendência de sobreposição da mortalidade de todas as idades, com exceção do segmento mais velho que aqui também apresenta crescimento considerável, em 1979 respondia por 28% do total e chegou a 2002 com quase a metade (47%) do total de óbitos.



As taxas de mortalidade por faixa etária das doenças do aparelho geniturário mantêm a tendência encontrada em outros capítulos, ou seja, maior idade significa maior contingente de óbitos.



Constatações

As taxas de mortalidade apresentam, em média, uma certa estabilidade para o período estudado. A taxa de mortalidade masculina sempre supera a feminina por uma boa margem, nos vinte e cinco anos pesquisados. As taxas de mortalidade por faixa

etária mostram que quanto maior a idade, maior é a taxa de mortalidade e para o grupo com oitenta anos ou mais o resultado é explosivo.

A redução progressiva nas taxas de mortalidade por sexo e por faixa etária das doenças do aparelho circulatório é uma constatação real. Entretanto, há um comprometimento na avaliação desta queda, em razão das Causas Mal Definidas de Morte. Dimensionar este prejuízo é a questão. Os dados indicam que as doenças do aparelho circulatório vêm perdendo importância, principalmente para o grupo etário - 60 a 69 anos.

As taxas de mortalidade por neoplasias se mantêm praticamente estáveis ao longo do período, apesar do crescimento contínuo dos óbitos. Na realidade, este resultado é uma derivada do acelerado crescimento da população idosa, combinado à sobrevida das pessoas com câncer que vem aumentando muito nos últimos 20 anos.

Com taxa de mortalidade estabilizada em um patamar mais alto para ambos os sexos e um crescimento contínuo dos óbitos, as doenças do aparelho respiratório persistem como a terceira principal causa de morte em idosos. Um dado importante neste período, é a introdução da vacinação contra a gripe nas pessoas com mais de 60 anos a partir de 1999. Os dados sugerem que, principalmente, para os grupos etários mais velhos a vacinação pode estar diminuindo a mortalidade dos idosos para este grupo de causas.

A prevenção da mortalidade precoce da população em geral, e dos idosos em particular, se baseia em algumas condições de risco mais importantes para doenças crônicas não transmissíveis – em especial as doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares e diabetes mellitus: *hipertensão, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool, e obesidade.*

O controle da hipertensão arterial e das dislipidemias são essenciais na redução do risco de morte. O desenvolvimento de políticas voltadas para a promoção da saúde, definida como – Estratégia Global – e a prevenção de doenças têm que estar preocupadas em assegurar ao cidadão atenção à sua saúde. O acesso aos serviços de saúde, com qualidade – diagnóstico e tratamento adequados – é vital para que estas condições de risco sejam rapidamente identificadas e tratadas.

Evitar óbitos e garantir qualidade de vida aos grupos mais idosos da população só é possível através de dois caminhos – a atenção à saúde de forma integral e o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção precoces.

O desenvolvimento social e tecnológico vem repercutindo no aumento da expectativa de vida e na possibilidade de gozar de bens e serviços por mais tempo e com maior intensidade. Os idosos hoje representam um grupo crescente de consumo, que apresenta características muito particulares, em função da carga de doenças acumuladas durante a vida. A necessidade de responder às demandas deste grupo está colocada como um desafio para nossa Cidade.

O tamanho dos desafios em relação à saúde do idoso é proporcional ao tamanho da nossa Cidade.

Referências Bibliográficas

1. Lima-Costa MF. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: Rouquayrol Z, Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi;2003. p.499-513
2. Marafon LP, Da Cruz IBM, Sdchwanke CHA, Moriguchi EH. Associação de fatores de risco e de morbidade cardiovascular com mortalidade em idosos longevos. Cadernos de saúde Pública 2003;19:797-806
3. Ministério da Saúde. Informações demográficas e socioeconômicas 1979 a 2002 [acessado em 2005] disponível em www.datasus.gov.br
4. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 1979 a 2002 [acessado em 2005] disponível em www.datasus.gov.br