UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

IDOSOS DO ESTADO DA PARAÍBA: UM ESTUDO COMPARATIVO DA MORBIMORTALIDADE ENTRE HOMENS E MULHERES

MARIANA GUILHERME LIMA

CAJAZEIRAS -PB
2011

MARIANA GUILHERME LIMA

IDOSOS DO ESTADO DA PARAÍBA: UM ESTUDO COMPARATIVO DA MORBIMORTALIDADE ENTRE HOMENS E MULHERES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em enfermagem.

Orientadora: Prof. Esp. Kennia Sibelly Marques de Abrantes
Co-orientador: Prof. Esp. Geofabio Sucupira Casimiro

CAJAZEIRAS -PB
2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

L732e Lima, Mariana Guilherme
Estudo comparativo de morbimortalidade entre homens e mulheres idosos no estado da Paraíba./ Mariana Guilherme e Lima. Cajazeiras, 2011.
50f. : il.

Orientadora: Kennia Sibelly Marques de Abrantes.
Coorientador: Geofábio Sucupira Casimiro.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCG

1. Mortalidade - Idoso - Causas
1.Idoso-mortalidade.2.Morbidade.I.Abrantes, Kennia Sibelly Marques de. II. Casimiro, Geofábio Sucupira. III. Título.

314.14-053.9

UFCG/CFP/BS CDU- 612.67

ESTUDO COMPARATIVO DA MORBIMORTALIDADE ENTRE HOMENS E MULHERES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em enfermagem.

Aprovada em ____/____/____

Banca Examinadora:

_____

Profª. Esp. Kennia Sibelly Marques de Abrantes
(Orientadora - UFCG)

_____

Prof. Esp. Geofabio Sucupira Casimiro
(Co-orientador – UFCG)

_____

Enf. Mestre Ankilma do Nascimento Andrade
(Membro – FSM/FIP)

Ao meu pai querido, Sérgio Santana Lima Júnior (In memorian), que está apenas ausente, mas nunca esquecido e no meu coração estará sempre vivo. Por ele me ajudar a construir, permanentemente os conceitos de amor, verdade, vida, amizade, esperança, e Fé, em mim mesma e crescer.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me dar a vida e me tornar um ser capaz de realizar meus objetivos.

A Minha mãe querida que em todas as situações esteve sempre presente me apoiando e me ajudando a enfrentar todos as adversidades da vida.

Aos meus irmãos, André e Joanna, que por toda uma vida me apoiaram mesmo distantes.

A minha orientadora Kennia Abrantes por ter tido paciência, tempo e ter me ajudado a finalizar mais uma etapa da minha vida.

Aos meus amigos de faculdade e da cidade de Cajazeiras por serem a minha família enquanto a minha estava longe.

E especialmente ao meu pai Sérgio Santana, que mesmo não estando mais presente, sei que estará ao meu lado me dando força e me guiando por toda minha vida!

"Desejo que você, sendo jovem, não amadureça depressa demais e, sendo maduro, não insista em rejuvenescer, e que sendo velho, não se dedique ao desespero. Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor e é preciso que eles escorram entre nós"

Victor Hugo (1802-1885)

RESUMO

LIMA, Mariana Guilherme. **Idosos do Estado da Paraíba: um estudo comparativo da morbimortalidade entre homens e mulheres.** 2011. 50f. Monografia – Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB, 2011.

O envelhecimento mundial é um fenômeno que tem sido muito discutido na última década e o seu rápido processo observado nos países em desenvolvimento, como o Brasil, ainda não tem sido suficientemente estudado para fornecer os elementos necessários ao desenvolvimento de políticas adequadas para essa parcela da população. A transição demográfica traz consigo alterações na estrutura etária e nos padrões de sobrevivência dos cidadãos. No Brasil e em outras partes do mundo, em paralelo a esta transição, em função dos avanços da medicina, vem ocorrendo um aumento da esperança de vida e da longevidade dos idosos. Essa combinação ocasiona alterações no padrão de morbidade e mortalidade as quais podem ser mensuradas por medidas simples. Este estudo teve como objetivo identificar e comparar as principais causas de morbi-mortalidade, entre homens e mulheres com 60 anos ou mais, residentes no Estado da Paraíba. Realizou-se um estudo de natureza descritiva exploratório com abordagem quantitativa, por meio de dados secundários disponíveis no DATASUS, encontrados no site do Ministério da Saúde, de acordo com o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM/SUS), o Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS) e os dados demográficos segundo o IBGE. Identificou-se a Doença Isquêmica do Coração, seguida da Doença Cerebrovascular e do Diabetes Mellitus, com os maiores coeficientes de mortalidade nos idosos. Ao comparar as principais causas de mortalidade entre os sexos, os homens apresentaram maior risco para Cirrose e Doença Crônica do Fígado, Acidentes de Transporte e Câncer de Pulmão (razão igual a 5,5; 4 e 2 , respectivamente). Já as mulheres apresentaram como as principais causas de mortalidade o Diabetes Mellitus, Pneumonias e Infecções Intestinais (razão igual a 1,5; 1,4 e 1,3, respectivamente). Entre as causas mais prevalentes de morbidade, destacam-se as Doenças Circulatórias, Doenças Respiratórias e Doenças Infecciosas e Parasitárias. Ao comparar as causas de morbidade entre homens e mulheres, as doenças foram as mesmas supracitadas acima, destacando-se pelo maior acometimento nas mulheres, onde as Doenças Circulatórias apresentaram (30% das internações em homens e 28% nas mulheres), as Doenças Respiratórias (17% nos homens e 18% nas mulheres) e nas Doenças Infecciosas e Parasitárias (11% nos homens e 15% nas mulheres). Os resultados aqui apresentados mostram as principais causas de morbidade e mortalidade entre os idosos, causas estas que podem ser reduzidas com a adoção de políticas amplas de promoção, prevenção e tratamento oportuno e adequado para essas doenças, o que aponta para uma crescente preocupação com medidas preventivas para esta faixa etária da população. Espera-se que este estudo possa contribuir para a adoção de políticas públicas que visem à diminuição dos riscos relacionados aos óbitos e internações entre idosos.

PALAVRAS - CHAVE – Idosos; Morbidade; Mortalidade

ABSTRACT

LIMA, Mariana Guilherme. **Seniors in the State of Paraíba: a comparative study of morbidity and mortality among men and women.** 2011. 50f. Monograph - Academic Unit of Life Sciences, School of Bachelor of Nursing, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2011.

Aging is a global phenomenon that has been much discussed in the last decade and its rapid process observed in developing countries like Brazil, has not been sufficiently studied to provide the elements necessary to develop appropriate policies for this population. The demographic transition brings with it changes in age structure and survival patterns of citizens. In Brazil and other parts of the world, in parallel with this transition, because of advances in medicine, there has been an increase in life expectancy and longevity of the elderly. This combination causes changes in the pattern of morbidity and mortality which can be measured by simple measures. This study aimed to identify and compare the main causes of morbidity and mortality among men and women aged 60 or older living in the state of Paraíba. We conducted a descriptive exploratory study with a quantitative approach, using secondary data available in DATASUS found on the website of the Ministry of Health, according to the Information System (SIM / SUS), the Hospital System (SIH / SUS) and demographic data according to IBGE. Identified the Ischemic Heart Disease, followed by Cerebrovascular Disease and Diabetes Mellitus, with the highest mortality rates in the elderly. By comparing the leading causes of mortality between the sexes, men had higher risk for Cirrhosis and Chronic Liver diseases, Traffic Accidents and Lung Cancer (ratio equal to 5.5, 4 and 2, respectively). The women presented as the main causes of mortality Diabetes Mellitus, Pneumonia and Intestinal Infections (ratio equal to 1.5, 1.4 and 1.3, respectively). Among the most prevalent causes of morbidity, there are the Circulatory Diseases, Respiratory Diseases and Infectious Diseases. When comparing the causes of morbidity among men and women, the aforementioned diseases were the same above, highlighting the higher incidence in women, where the Circulatory presented (30% of hospital in men and 28% in women), Respiratory Diseases (17% in men and 18% in women) and the Infectious and Parasitic Diseases (11% in men and 15% in women). The results presented here show the main causes of morbidity and mortality among the elderly, these causes can be reduced with the adoption of wide promotion, prevention and timely treatment and appropriate for these diseases, pointing to a growing preoccupation with measures prevention for this age group. It is hoped that this study may contribute to the adoption of public policies aimed at reducing risks related to deaths and hospitalizations among the elderly.

KEYWORDS: Elderly; Morbidity: Mortality

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCV – Doenças Cardiovasculares
DIP – Doenças Infecciosas e Parasitárias
DM – Diabetes Mellitus
IBGE – Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAN – Organização Pan- Americana de Saúde
PASI – Programa de Atenção a Saúde do Idoso
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio
PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SIH – Sistema de Internação Hospitalar
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações se dão de forma radical e bastante acelerada, processo que, do ponto de vista puramente demográfico, deve-se ao rápido e sustentado declínio da fecundidade. Mas, também tem sido proporcionado pelos avanços tecnológicos relacionados à área de saúde nos últimos 60 anos, como as vacinas, o uso de antibióticos e quimioterápicos que tornaram possível a prevenção ou cura de muitas doenças (MENDES et al., 2004).

Assistiu-se, no final do século XX, a um verdadeiro incremento no número de idosos, o que trouxe um forte impacto sobre as demandas sociais, como as de educação, emprego, saúde e previdência social. As projeções mais conservadoras indicam que em 2020 já seremos o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (CARVALHO; GARCIA, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracterizou a pessoa idosa como aquela de 60 anos de idade ou mais, para os países em desenvolvimento, e de 65 anos ou mais, para os países desenvolvidos (OPAS, 2005).

O Brasil era considerado um país de jovens, em que os idosos representavam um número pequeno na pirâmide etária populacional. Pouca atenção era dada aos problemas ligados ao envelhecimento e eles eram desconsiderados das questões sociais. Com o aumento da longevidade e a redução da mortalidade, houve uma mudança no perfil demográfico brasileiro, com o envelhecimento tornando-se uma questão fundamental para as políticas públicas.

Assim, o envelhecimento e a possibilidade de sobrevida aumentada trouxeram a necessidade de se avaliar as suas condições. A longevidade tem implicações importantes para a qualidade de vida, podendo trazer problemas, com conseqüências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social. O desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o temor de conviver com a incapacidade e a dependência é uma situação vivenciada por muitas pessoas. De fato, o avanço da idade aumenta a chance da ocorrência de doenças e de prejuízos à capacidade funcional (PASCHOAL, 2006).

A idade é considerada um indicador adequado de vulnerabilidade à morte, uma vez que a probabilidade de um indivíduo morrer, por determinadas causas, pode variar muito com a idade. O sexo também altera a vulnerabilidade ao óbito entre os idosos, sendo que os homens experimentam maior possibilidade de morrer a cada idade comparativamente às mulheres. Vários fatores isolados ou associados fazem com que as mulheres vivam um

número maior de anos que os homens, entre eles, destacam-se o fato das mulheres procurarem com maior frequência os serviços de saúde do que os homens (o que facilita um diagnóstico e um conseqüente tratamento precoce), além do tabagismo e do consumo de álcool, que é menos freqüente entre as mulheres, sendo estes hábitos mais presentes na população masculina (MAIA et al., 2006).

Sabe-se que é possível envelhecer com qualidade de vida, desde que esta seja saudável e ativa. Dessa forma, percebe-se que o bem-estar é algo desafiador no processo de envelhecimento. Nesse contexto, justifica-se a importância de estudar as causas de morbidade e mortalidade entre os sexos na população idosa, a fim de buscar estratégias de prevenção e promoção da saúde, qualificação dos profissionais que atuam nessa área e preparo dos sistemas de saúde para acolher essa crescente demanda (NEVES et al., 2010).

Estudos epidemiológicos com base populacional, tanto os seccionais quanto os prospectivos, são caros e exigem tempo e equipes especializadas para o seu desenvolvimento, embora sejam essenciais para o conhecimento profundo das condições de saúde da população idosa e/ou dos seus determinantes. O Brasil possui importantes bancos de dados secundários, tais como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Autorização de Internações Hospitalares (SIH), que são produzidos pelo Ministério da Saúde (MS) e podem ser utilizados, desde que conhecidas as suas limitações, para realizar diagnósticos da situação de saúde da população idosa (LIMA e COSTA et al., 2000).

De acordo com Lima e Costa et al.,(2000, p.24) "o conhecimento sobre as condições de saúde e a demanda por serviços médicos e sociais da população idosa são de grande importância para o planejamento da atenção e da promoção da saúde". Todas essas demandas ordenam aos trabalhadores da saúde, gestores públicos e coletividades, um intenso processo de análise e estudos para uma melhor definição de políticas públicas de prevenção relacionadas à população idosa.

O que gera uma preocupação no que se refere aos futuros desafios relacionados às mudanças demográficas, de mercado e das políticas públicas, principalmente no que diz respeito ao planejamento da qualidade de vida da população idosa. Mais do que pensar em projeções demográficas, planejar o futuro da população implica pensar na economia e no grande impacto das políticas públicas sobre a saúde dessas pessoas, sendo esta uma das motivações para este trabalho de pesquisa.

Diante desse pressuposto, realizou-se este estudo com ênfase na avaliação do perfil da morbimortalidade da população idosa em ambos os sexos, através de dados do SIM e do SIH, a fim de se obter medidas de prevenção a este seguimento populacional. É de grande

relevância conhecer as causas de morbidade e mortalidade segundo sexo e idade, pois permitem comparações evidenciando aspectos detalhados de comportamentos desses indicadores que propiciam tanto a geração de hipóteses causais como servem de base técnica para subsidiar o desencadeamento de ações de controle.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as principais causas de morbimortalidade entre homens e mulheres idosos residentes no Estado da Paraíba.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabelecer um paralelo entre as causas de internações por sexo e faixa etária, com ênfase no ano de 2010;
- Comparar as principais causas de mortalidade por sexo e faixa etária, com ênfase no ano de 2009.

3 APORTE TEÓRICO

3.1 ALTERAÇÕES ANATOMOFISIOLÓGICAS DOS IDOSOS

Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e ocorre a partir de mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada. É uma fase em que, ponderando sobre a própria existência, o indivíduo idoso conclui que alcançou muitos objetivos, mas também sofreu muitas perdas, das quais a saúde destaca-se como um dos aspectos mais afetados (MENDES; NOVAKOSKI, 2000).

Ao estudar o envelhecimento é de fundamental importância distinguir o que é consequência desse processo, daquilo que é secundário a estados mórbidos que são freqüentes nessa fase da vida. A senescência resulta do somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas do envelhecimento normal, enquanto que senilidade é caracterizada por afecções que frequentemente acometem os indivíduos idosos. As doenças são as causadoras da perda das reservas orgânicas e, consequentemente, da aceleração do envelhecimento, processo de declínio gradativo da função dos vários sistemas orgânicos (FREITAS et al., 2002).

Para Papaléo Netto e Carvalho Filho (2002, p.292), "conhecer a diferença entre esses dois processos produz subsídios para saber quando e como intervir durante o envelhecimento. Assim, é de suma importância entender as peculiaridades anatômicas e fisiológicas do envelhecimento para melhor tratar o idoso".

> As modificações anatômicas ocorrem, entre outros lugares, na coluna vertebral e podem causar redução na estatura, aproximadamente 1 a 3 cm a cada década. Após os 50 anos de idade inicia-se a atrofia óssea, ou seja, a perda de massa óssea que poderá levar a fraturas. A cartilagem articular torna-se menos resistente e instável sofrendo um processo degenerativo. Ocorre diminuição lenta e progressiva da massa muscular, sendo o tecido gradativamente substituído por colágeno e gordura. As alterações no sistema osteoarticular geram a piora do equilíbrio corporal do idoso, reduzindo a amplitude dos movimentos e modificando a marcha (FREITAS et al., 2002, p.509).

Com o envelhecer, há tendência a um ganho de peso pelo aumento do tecido adiposo e perda de massa muscular e óssea. A distribuição da gordura corporal se acentua mais no tronco e menos nos membros. Dessa forma, a gordura abdominal eleva o risco para doenças metabólicas, cardiovasculares e declínio de funções (HUGHES et al., 2004). O aumento da gordura corporal total e diminuição do tecido muscular podem ocorrer principalmente devido

a diminuição da taxa de metabolismo basal e do nível de atividade física.

É comprovado que os mais velhos têm certas dificuldades de compreender novas informações e as suas habilidades de raciocínio são diminuídas. Em geral, os idosos são mais lentos para responder algumas tarefas cognitivas e são susceptíveis ao rompimento das informações do que os adultos mais jovens.

Dentre as modificações mais importantes na estrutura e funcionamento cerebral, pode-se destacar, segundo Mazo, Lopes e Benedetti (2004), a diminuição do cérebro em torno de 20% de seu peso, comparando com indivíduos de 20 e 90 anos; diminuição e/ou alteração das sinapses nervosas; diminuição das substâncias químicas associadas à atividade neurotransmissora; perdas de neurônio após os 25 anos (aproximadamente 1.000,000 por dia) e essa contínua perda de neurônios não são substituídos; e diminuição dos receptores cutâneos, reduzindo a percepção da temperatura e da sensibilidade tátil.

Há alterações degenerativas da estrutura do olho, levando a diminuição visual, aumento da sensibilidade à luz, perda da nitidez das cores e da capacidade de adaptação noturna. A deterioração visual se deve a modificações fisiológicas e alterações mórbidas. Os transtornos mais comuns que afetam os idosos são a catarata, a degeneração macular, o glaucoma e a retinopatia diabética (PASI, 2006).

Das deficiências decorrentes dessa faixa etária a perda a auditiva configura-se como a que produz maior impacto na comunicação, pois tanto o pavilhão auricular, estruturas das orelhas, até as vias nervosas auditivas, incluindo o córtex cerebral, sofre com o envelhecimento. A perda auditiva decorrente desse processo denomina-se presbiacusia, cuja característica, além da idade avançada, apresenta-se de modo progressivo e irreversível, afetando ambas as orelhas, em aproximadamente, 30% dos indivíduos com mais de 65 anos (MATTOS; VERAS, 2007).

Ocorrem modificações na estrutura e funcionamento cardiovascular, no qual esse sistema declina por volta de 30% entre 30 e 70 anos. Na medida em que o corpo humano envelhece, o coração e as veias sanguíneas tendem a sofrer alterações que afetam suas funções. A função cardíaca não decai, mas sim ocorre um estreitamento na parede cardíaca, aumentando a incidência de doenças cardiovasculares como arritmias e cardiopatia isquêmica e, além disso, a pressão sistólica tende a aumentar. O débito cardíaco em repouso cai com a idade aproximadamente na proporção da redução no consumo de oxigênio basal, de maneira a ficar inalterada a diferença média de oxigênio artério-venoso(GALLAHUE; OZMUN, 2001).

Souza et al., (2007) afirmam que o envelhecimento está associado a alterações estruturais cardíacas, no qual as paredes do ventrículo esquerdo aumentam de espessura e

ocorre depósito de colágeno, fazendo com que a aorta se torne mais rígida. Nas artérias, ocorre acúmulo de gordura (aterosclerose), perda de fibra elástica e aumento de colágeno, dessa forma, a função cardiovascular fica prejudicada e irá diminuir a resposta de elevação da freqüência cardíaca ao esforço ou estímulo, aumentando a disfunção diastólica do ventrículo esquerdo e dificultando a ejeção ventricular. Ocorrerá, portanto, maior prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica isolada com risco de eventos cardiovasculares.

As alterações da função respiratória conforme aborda Moriguchi e Jeckel Neto (2003) são importantes e envolvem uma atividade vital para o organismo. A função dos pulmões tende a aumentar durante a adolescência, estabilizar-se por volta dos 30 anos e declinar gradualmente depois disso. Este declínio segue um padrão relacionado à idade, porém a redução entre os 40 e 50 anos de idade tende a estar ligada a fatores, como, por exemplo, o aumento no peso corporal, ao invés de estar ligada a alterações reais nos tecidos.

As modificações determinadas pelo envelhecimento afetam desde os mecanismos de controle até as estruturas pulmonares e extra-pulmonares que participam do processo de respiração. De acordo com Papaléo Netto e Carvalho Filho (2002), a musculatura da respiração enfraquece com o progredir da idade, isso ocorre devido ao enfraquecimento dos músculos esqueléticos somado ao enrijecimento da parede torácica, resultando na redução das pressões máximas inspiratórias e expiratórias com um grau de dificuldade maior para executar a dinâmica respiratória

Outras variáveis relacionadas à idade, que influenciam a função pulmonar, incluem níveis reduzidos de força muscular nos grupos musculares que auxiliam na respiração e problemas posturais, freqüentemente experimentados por adultos mais velhos, que podem restringir anatomicamente a capacidade de expansão dos pulmões. Curvaturas da coluna podem comprimir o tórax e pressionar os pulmões contra órgãos internos, prejudicando o trabalho dos pulmões e de outros órgãos comprimido. O pulmão diminui de tamanho, aumentando em 30% o esforço para respirar e o diafragma torna-se mais achatado. Há perdas de elasticidade nos alvéolos, levando a contrações musculares menos eficientes; os músculos acessórios diminuem de tamanho e força, diminuindo assim a capacidade de reserva inspiratória (DA CRUZ; MORIGUCHI, 2002).

Um dos fatores de diminuição da qualidade de vida e de saúde geral entre os idosos está intimamente relacionado com a possibilidade da perca da identificação dos sabores que geralmente exigem a presença de dentes naturais sadios ou de próteses dentárias bem adaptadas e que quando não estão em boas condições de funcionamento e trituração dos alimentos, acabam por mudar hábitos alimentares, tendo como conseqüência a depauperação

orgânica com o aumento dos problemas digestivos decorrentes de uma apresentação inadequada do bolo alimentar em seu interior. A mudança para dietas mais pastosas/macias, para suplantar tais problemas bucais, só causa seu incremento e perda de um bom viver entre os mais idosos, especialmente entre os institucionalizados (BRUNETTI; MONTENEGRO,2000).

O sistema digestório, assim como os demais sistemas, sofre modificações estruturais e funcionais. Sem dúvida, as alterações involutivas que atingem com freqüência os tecidos da cavidade bucal do idoso geram menor capacidade de sustentação e menor eficiência da defesa imunitária da cavidade oral, possivelmente facilitando a maior proliferação bacteriana e conseqüente agressão ao aparelho periodontal. Tudo isso, somado à falta de medidas preventivas terapêuticas, osteoporose e tabagismo culminam na perda dentária (PORTH, 2004).

Não são observadas alterações na função mastigatória com o envelhecimento. Uma dentição estável e a falta de problemas médicos que afetem a produção salivar ou o paladar resultam na manutenção dessa função. Saúde bucal deteriorada, com perda de dentes, pode ser um fator etiológico para comprometimento do estado nutricional e perda de peso no idoso. Pequenas alterações na percepção dos sabores podem ocorrer como resultado da atrofia das papilas linguais (ALENCAR; CURIATI, 2002).

Os estudos do envelhecimento têm apontado para uma contínua perda da função renal em cerca de 50% aos 80 anos. A atrofia da uretra, com enfraquecimento da musculatura pélvica associado à perda de elasticidade uretral e de colo vesical favorecem o aumento de freqüência e urgência urinária e incontinência urinária de esforço, que é definida como eliminação involuntária de urina, em local e momento inadequado (SOUZA, 2002). Este problema aumenta com a idade, apesar do envelhecimento em si não ser causa de incontinência urinária. De acordo com Terra (2003), este problema é mais freqüente nas mulheres que nos homens e afeta cerca de 30% dos idosos que vivem em comunidade e 50% dos idosos institucionalizados.

Com o aumento da idade, desenvolvem-se as patologias infecciosas e alguns tipos de cânceres. E estes problemas podem estar associados com a diminuição gradual das funções do sistema imunológico. A deterioração da função imunitária associada ao processo de envelhecimento se denomina imunosenescência, que contribui de maneira importante a maior morbimortalidade observada em adultos mais velhos, com maior incidência de infecções do trato respiratório e urinário (ROBINSON et al., 2001).

Além das alterações de caráter físico, com o envelhecimento podem-se verificar

modificações nas reações emocionais como a angústia com a desvalorização das aposentadorias e pensões, com medos e depressão, com a falta de assistência e de atividades de lazer, com o abandono em hospitais ou asilos, além de enfrentar, ainda, todo o tipo de obstáculos para assegurar alguma assistência por meio de planos de saúde. À desinformação, ao preconceito e ao desrespeito aos cidadãos da terceira idade somam-se a precariedade de investimentos públicos para atendimento às necessidades específicas da população idosa, a falta de instalações adequadas, a carência de programas específicos e de recursos humanos, seja em quantidade ou qualidade (PARAHYBA; SIMÕES, 2006).

Para os idosos viver mais tempo aumenta a probabilidade em 80% de contrair uma ou mais doenças crônicas, bem como limitações físicas incapacitantes. É bem verdade, que em muitos casos é difícil tratar e distinguir as alterações decorrentes do próprio processo de envelhecimento das manifestações patológicas.

As modificações fisiológicas que se produzem no decurso da idade resultam de interações entre os vários fatores intrínsecos e extrínsecos e manifestam-se através de mudanças estruturais e funcionais. Seja qual for o mecanismo e o tempo de envelhecimento celular, cada sistema tem o seu tempo de envelhecimento, mas sem a interferência dos fatores ambientais há alterações que se dão mais cedo e se tornam mais evidentes quando o organismo é agredido pela doença. É de fundamental importância conhecer as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento e saber identificar as síndromes geriátricas para a prevenção da independência do idoso.

3.2 REPERCUSSÕES HISTÓRICAS, SOCIAIS E DE SAÚDE SOBRE O ENVELHECIMENTO: DE TEMPOS PASSADOS ATÉ OS DIAS ATUAIS

A transição da demografia no Brasil originou-se da combinação de variáveis demográficas com as alterações sociais e culturais ocorridas, que simultaneamente configuram-se como causa e consequência. Pode ser considerada como um dos fenômenos sociais mais significativos para a economia e para a sociedade brasileira desde a segunda metade do século passado, sendo permeada pelo contexto histórico no qual ela está inserida (BRITO, 2008).

Para Papaléo Netto (2007), a expressão "transição demográfica" refere-se ao processo progressivo pelo qual uma sociedade passa de uma situação em que são verificadas altas taxas de fecundidade e mortalidade para uma situação de baixas taxas de tais indicadores. Observam-se, então, mudanças na estrutura etária e consequente alteração na pirâmide

populacional, em virtude do aumento absoluto e relativo da população idosa.

No século passado, até a década de 1940, verificavam-se no Brasil baixas oscilações das taxas de natalidade e mortalidade, o que repercutia em estabilidade etária da população do país. No período seguinte, que se estendeu até 1970, houve um crescente declínio das taxas de mortalidade, fruto das políticas de saúde pública e do desenvolvimento tecnológico da atenção médica nas redes de saúde (CHAIMOWICZ, 1997). Como resultado das menores taxas de mortalidade aliadas às elevadas taxas de fecundidade ocorreu o crescimento da população brasileira, período conhecido como explosão demográfica.

Alia-se a esse processo a urbanização vivenciada a partir de 1940, que tem associação direta com a queda da taxa de mortalidade e com a posterior queda da fecundidade, experimentada no começo da década de 1970 (PAES-SOUZA, 2002). No qual tem seu registro citado ao logo dos anos no Brasil — em 2009, foi de 1,94 filho por ano contra 2,43 em 1998 (IBGE, 2010).

Carvalho e Garcia (2003) defendem que essa considerável diminuição é reflexo da adoção expressiva da esterilização feminina, uso de contraceptivos orais e, possivelmente, dos abortos ilegais. A consolidação do declínio da taxa de fecundidade encontra-se associada também ao crescimento da sociedade e a incorporação da mulher à força de trabalho, ao processo de urbanização, ao desenvolvimento dos meios de comunicação e aos altos níveis de medicalização da sociedade. Esses aspectos em conjunto provocaram mudanças no que era visto como padrão de família ideal e acabou interferindo no modelo reprodutivo de toda a população.

No Brasil, em 1960, o número de idosos era cerca de 3 milhões, passando para 7 milhões em 1975 e, em 1999, a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio-IBGE) apontava para um total de 6,4 milhões de pessoas nessa faixa etária (3,9% da população total), enquanto que em 2009 a população atinge a um efetivo de 9,7 milhões de idosos, correspondendo a 5,1%. Neste ano, a população brasileira chegou a 191,8 milhões de pessoas, sendo que as mulheres representavam 51,3% e os homens, 48,7% do total. Neste amo, A estrutura etária dessa população continuou apresentando tendência de envelhecimento, e 11,3% das pessoas tinham 60 anos ou mais de idade (IBGE, 2010).

Dentre os estados da região Nordeste, a Paraíba encontra-se na primeira posição quando se trata do percentual de idosos em relação à população total. Atualmente, existem 3.766.528 pessoas residindo neste estado, sendo 451.385 idosos, o que corresponde a 11,98% da sua população total, segundo as estimativas censitárias de 2010 (DATASUS, 2010). A expectativa de vida do paraibano é de 69,4 anos, segundo o IBGE (2010), sendo a quinta pior

expectativa entre os estados brasileiros.

De acordo com Veras (2003), os avanços na área da saúde e o aumento da qualidade de vida contribuíram para a ampliação da expectativa de vida do brasileiro. Comparado com décadas passadas, houve elevação dos níveis de higiene, melhora das condições sanitárias, ambientais e nutricionais, que repercutem em melhor nível de qualidade de vida.

O aumento da esperança de vida ao nascer em combinação com a queda do nível geral da fecundidade resultou nos aumentos absoluto e relativo da população idosa. De fato, a esperança média de vida ao nascer no Brasil era, em 2009, de 73,1 anos de idade. A vida média ao nascer, de 1999 para 2009, obteve um incremento de 3,1 anos, com as mulheres em situação bem mais favorável que a dos homens (73,9 para 77,0 anos, no caso das mulheres, e 66,3 para 69,4 anos, para os homens) (IBGE, 2010).

Além do aumento da expectativa de vida, a Síntese de Indicadores Sociais 2010 do IBGE (2010) registra a taxa bruta de mortalidade, que representa a frequência com que ocorrem os óbitos em uma população, a qual foi registrada em 6,27% no ano de 2009. Esse declínio da taxa de mortalidade, aliada à melhora da expectativa de vida, foi responsável por um aumento considerável dos indivíduos com 60 anos ou mais, gerando uma população de cerca de 21 milhões de pessoas. (IBGE, 2010).

A cada ano, 650 mil novos idosos são incluídos à população, a maior parte com doenças crônicas e outros com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade característico da população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, marcado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009).

Para Alves et al., (2007), apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a enfermidades e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são freqüentemente encontradas entre os idosos. Assim, a tendência atual é existir um número crescente desses indivíduos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores morbdidades crônicas e esse aumento está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional. O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do mesmo, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da sua qualidade de vida.

Como resultado dessas doenças ocorre à maior procura dos idosos por serviços de saúde. As internações hospitalares são mais freqüentes e o tempo de ocupação do leito é

maior quando comparado a outras faixas etárias. Desta forma, o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde.

As doenças crônicas são as principais causas de morte no mundo, às quais foram responsáveis por 35 milhões de óbitos em 2005, quase 60% da mortalidade mundial e 45,9% da carga global de doenças. Como exemplo dessas doenças tem-se as doenças cardiovasculares (DCV), as quais são responsáveis por aproximadamente 30% das mortes, cujos principais fatores de risco são a hipertensão arterial, o tabagismo, o colesterol elevado, a obesidade, os hábitos alimentares não-saudáveis e o sedentarismo. Em 2000, estimativas indicaram que a prevalência da hipertensão variou de 14% a 40% entre indivíduos na faixa etária acima de 50 anos, perfazendo um total de 140 milhões de hipertensos. Estimaram-se também cerca de 35 milhões de pessoas com diabetes e calcula-se que serão 64 milhões até o ano de 2025. Essas duas condições acarretam um aumento constante na prevalência de DCVs, em particular a doença isquêmica do coração e o acidente vascular cerebral (AVC), bem como insuficiência renal, cegueira, entre outras (OPAS, 2005).

Conforme Laurenti, Jorge e Goltieb (2004), no Brasil as estatísticas de mortalidade vêm sendo cada vez mais usadas como subsídio para os indicadores de saúde, visto sua eficiência e o fácil acesso. Estes indicadores têm mostrado um diferencial de mortalidade e morbidade entre homens e mulheres, em que a sobremortalidade masculina acontece em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas.

E tendo como resultado desses indicadores, a feminização da velhice que é uma manifestação do processo de transição de gênero que acompanha o envelhecimento populacional associada à maior longevidade das mulheres em comparação com os homens, bem como à maior presença relativa de mulheres na população idosa, principalmente nos estratos mais velhos (NERI, 2007). Diante dessa realidade, surge a importância de estudar a saúde do homem idoso, a fim de melhor entender as causas de morbimortalidade nesse grupo e propor uma nova gestão da velhice para a sociedade.

No que tange ao homem, verifica-se que a diminuição da sua mortalidade foi mais lenta e sempre menor do que a observada no sexo feminino; atualmente, a vida média masculina é comparativamente menor em todas as regiões do Brasil. É de se destacar, e de grande interesse para a saúde, que a proporção de idosos é menor entre os homens. No País, em 2001, 7,8% do total de homens estavam na faixa etária igual a 60 anos ou mais e 0,9% tinham no mínimo 80 anos; para as mulheres esses valores foram maiores, respectivamente iguais a 9,3% e 1,3%.

A estratégia de prevenção e promoção da saúde tem de levar em consideração a mudança comportamental, em toda a população, tendo em mente as diferenças de gênero em relação ao hábito de fumar, ao alcoolismo, ao tipo de dieta, ao ambiente de trabalho, à atividade física, ao peso corporal, entre outros. Fica bastante claro que a presença de muitas doenças que afetam a população, muitas vezes mais acentuadamente a masculina, tem mecanismos bastante conhecidos e aceitos cientificamente; o difícil, muitas vezes, é como incorporá-los à prática diária.

Carvalho e Garcia (2003) afirmam que o Brasil tem experimentado acentuadas transformações, reflexos da história social, econômica e cultural de constituição das suas diversas regiões, estados e municípios, num cenário de desigualdades que perpassam séculos e persistem até a atualidade. Nesse contexto, o século XXI assume particular importância. Por influência do crescimento do comércio internacional se instalam formas capitalistas de produção, trabalho e consumo, e é com base nessa dinâmica que o processo de industrialização e urbanização se desenvolve de forma mais acelerada. Acompanhando esse cenário, ocorrem intensas e contrastantes modificações na evolução das condições de saúde da população, principalmente a idosa.

A sociedade atual vive nos moldes capitalistas, a pessoa vale o que produz. O idoso é visto, nesta sociedade, como menos produtivo e a sua substituição pelos mais jovens é uma atitude banal, bem como a lei da oferta e procura incide sobre a força de trabalho como uma mercadoria a mais, desvalorizando o velho. A sociedade utiliza este modelo social de ser que não produz, atribuindo qualidades negativas aos velhos, negando-os, com isso, um futuro de qualidade. Este modelo também é utilizado pelos próprios idosos para classificar outros, fugindo da própria realidade. O indivíduo nega a qualidade de velho no momento que a sociedade atribui somente aspectos negativos a esta condição (VERAS, 2002).

Quando apreendemos a existência de um modelo social geral de idoso, sendo este um ser que não gera mais riqueza dentro sociedade, fulcrado no imaginário social, que "é construído pela contraposição à identidade de jovem, somos levados a pensar sobre questões relativas à construção da identidade do idoso e de como esta é sentida e vivida pelos indivíduos classificados como velhos" (MERCADANTE, 2003, p.56).

Mendes et al., (2004), destaca que atualmente a sociedade, de modo geral, não valoriza a velhice, conservando apenas o conceito de que os velhos devem ser respeitados, porém este respeito vem travestido de características típicas do indivíduo jovem, tanto física, como moral e psicologicamente. Os idosos, dentro da atual conjuntura da sociedade, têm lugares próprios destinados ao seu atendimento, entretenimento e manutenção da "identidade". Esses lugares

são os centros de convivência para idosos, grupos de terceira idade e ainda programas institucionais de atendimento ao idoso.

O idoso é considerado, em muitas famílias, como um peso a ser carregado, que não tem mais utilidade. É um empecilho que atrapalha o desenvolver "normal" das atividades diárias de uma família, como passeios, programas de finais de semana e entre outros. Em contrapartida, para a maioria dos idosos, a família tem um papel relativo na sua sobrevivência, sendo que este se refere papel à liberdade de decisões que o idoso deseja tomar, mas a família teme que ele não tenha autonomia suficiente para decidir o que é melhor para si (FIGUEIREDO; TONINI, 2009).

Em virtude do incremento do envelhecimento populacional e dos problemas de saúde advindos desse processo, os idosos tornaram-se população-alvo de programas específicos de atenção integral à saúde. Porém, o setor de atenção à saúde manteve a organização do trabalho centrado no atendimento médico individual às doenças crônicas degenerativas, restringindo-se, em grande parte, a atendimentos médicos esporádicos de agravos. O direito ao atendimento de qualidade desta população é garantido no Estatuto do Idoso, mais precisamente no artigo 3°, onde discorre que ao idoso deve ser assegurado com absoluta prioridade, à efetivação ao direito à vida, à saúde. Porém, sabemos que o que determina a Lei não é cumprido à risca, privando os idosos dos direitos conquistados (CABRAL, 2009).

3.3 BANCOS DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR (SIH) E SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE (SIM).

No Brasil, nas últimas décadas, vem-se ampliando o interesse em utilizar bancos de dados para informações em saúde como ferramenta na elaboração de políticas, no planejamento e gestão de serviços. Sendo assim, o Ministério da Saúde (MS), em conjunto com outros setores, criou o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), segundo a portaria do MS nº 130/GM, de 12 de fevereiro de 1999. O DATASUS tem a responsabilidade de coletar, processar e disseminar as informações de saúde em âmbito nacional, com o objetivo de proporcionar suporte técnico e administrativo às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006).

O SUS prevê a produção e constante alimentação de uma série de bancos de dados, tais como: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos

Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS).

Viacava (2002) afirma que entre os dados administrativos de saúde disponíveis no país, encontra-se o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), o único de abrangência nacional, que tem origem nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), destinadas ao pagamento das internações de hospitais públicos e privados conveniados ao SUS. Com as vantagens de fornecer informações diagnóstica, demográfica e geográfica para cada internação.

O SIH/SUS corresponde a uma base de dados secundários, de abrangência nacional, alimentado por informações oriundas da AIH, que consiste em um documento exigido para o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelos hospitais públicos e privados conveniados ao SUS. Portanto, esse sistema contém informações de extrema relevância para a realização de estudos epidemiológicos (VERAS; MARTINS, 1994).

Loyola Filho et al., (2004) coloca que o SIH/SUS foi criado em 1991 para substituir o Sistema Nacional de Controle de Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCH) e revela-se um importante campo de investigação para análises epidemiológicas. Por intermédio dele, é possível a elaboração de indicadores úteis para a monitoração e avaliação da assistência à saúde, da estrutura dos serviços e da política médico-assistencial, propiciando a avaliação de desempenho de unidades, acompanhamento de alguns números absolutos, avaliação da cobertura da rede hospitalar e priorização de ações de caráter preventivo.

Esse sistema apresenta algumas limitações, tais como: o fato dele não ser universal e assistir apenas a parcela da população dependente do SUS; a possibilidade de emissão de mais de uma AIH para o mesmo indivíduo (fracionamento de longas internações, transferências de hospitais ou reinternações); e ainda, a estruturação do sistema que remunera os serviços hospitalares e privilegia a lógica financeira em detrimento da epidemiológica, podendo, assim, comprometer a fidedignidade e a validade das informações (LOYOLA FILHO et al., 2004). Apesar dessas limitações, esses estudos são necessários para dessa forma delinear o padrão de hospitalização da população idosa no âmbito do SUS, bem como os custos correspondentes, podendo representar uma aproximação das altas taxas de cobertura e do perfil da população geral atendida pelo SUS.

Schramm e Szwarcwald (2000) defendem que se por um lado o SIH/SUS é um dos sistemas de informações mais utilizados entre os diversos níveis de gestão dos serviços de saúde, por outro, o seu emprego está associado, sobretudo, ao repasse de recursos. O SIH/SUS é a única fonte de morbidade hospitalar com cerca de 70% de cobertura para

internação. Um passo importante para a ampliação das potencialidades científicas e tecnológicas no âmbito dos serviços hospitalares é conhecer quem são os usuários da base do SIH/SUS, quais informações procuram e como as utilizam.

Quanto à mortalidade, o delineamento do perfil de uma população permite a identificação dos principais grupos de causas e/ou causas específicas que provocaram o óbito em determinados grupos populacionais, o que facilita o planejamento das ações visando à redução de determinados tipos de mortes, bem como, melhoria da assistência médica ou mesmo da qualidade de vida da população.

As análises sobre mortalidade ficaram mais acessíveis ao público interessado nesta temática em meados da década de 70. No início já existiam todos os insumos favoráveis à implantação de um sistema de informação de mortalidade em nível nacional, faltando apenas decisão política para tal, oportunidade que surgiu em 1975, com a promulgação da Lei N° 6.229, quando foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, para o qual era essencial haver um subsistema de informações sobre mortalidade (AGUIAR; NETO; BARBOSA, 2008).

Martins, Travassos e Noronha (2001) informam que como recomendação inicial foi definida a necessidade de adoção de um formulário-padrão de atestado de óbito para todo território nacional. Eram reconhecidos como modelos oficiais em uso nos estados e em alguns municípios mais de 40 tipos diferentes de atestado de óbito, sem contar as informações sobre mortes encaminhadas em folhas de papel sem timbre, sem formato definido e, muitas vezes, sem qualquer identificação do notificante. Ficou definido, igualmente, que o modelo a ser aprovado, ainda em 1975, seria impresso pelo Ministério da Saúde para implantação em todos os municípios do país a partir de 1976.

Em junho de 1976, foi criado o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que foi concebido para suprir as falhas do Sistema do Registro Civil e assim permitir conhecer o perfil epidemiológico da mortalidade em todo o país. Este sistema de informações é o mais antigo existente no MS e é um importante instrumento de monitoramento dos óbitos. Neste mesmo ano foi definido um modelo padronizado de Declaração de Óbito–fonte alimentadora do sistema (BRASIL, 2001a).

Apesar do SIM existir desde a década de 70, a regulamentação da coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os sistemas de informações em saúde (SIM e SINASC), só veio a ser publicada através da Portaria da FUNASA N° 20 de 03/10/2003 (BRASIL, 2004).

O SIM/SUS permite ao Ministério da Saúde identificar as principais causas de morte registradas nos municípios, nos estados e nas regiões brasileiras, além de possibilitar a realização de análises que orientem a adoção de medidas preventivas e informem o processo de decisão na gestão do sistema de saúde, assim como, realizar avaliações das ações implementadas que tenham impacto sobre as causas de morte (BRASIL, 2006).

Segundo Freese (2004), o conjunto de informações obtidas por meio dos sistemas de informações de saúde é de interesse não apenas do Ministério da Saúde, mas também das esferas locais, pois permitem traçar um diagnóstico da situação social e de saúde, além de possibilitar o acompanhamento do impacto das ações e serviços prestados à população.

Ao abordar o tema SIS, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) faz referência às políticas de saúde, porque quando os concebem e os utilizam de maneira adequada, têm o potencial de produzir valiosa informação clínica e administrativa orientando a gestão ara o funcionamento de serviços, programas e para a atenção ao paciente (SANTOS, 2001).

Os SIS ajudam na definição de problemas e riscos para a saúde, com o propósito de avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados (COELHO, 2004).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 TIPO DE ESTUDO

De acordo com Gil (2002), uma pesquisa pode ser definida como um procedimento racional e sistemático que tem como objetivo procurar respostas aos problemas propostos.

Já no entendimento de Eco (1988), são requisitos básicos para se tornar um pesquisador: a curiosidade intelectual, entusiasmo, independência, capacidade de trabalho e ambição acadêmica ou profissional, paciência e muita determinação.

Assim, esta pesquisa trata-se de um estudo de natureza descritiva exploratório com abordagem quantitativa que caracteriza o perfil epidemiológico de morbimortalidade da população idosa masculina e feminina do Estado da Paraíba por meio de dados secundários. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa descritiva é a exploração e a descrição dos fenômenos nas situações da vida real, distribuição de doenças em uma determinada população, enquanto a pesquisa quantitativa exploratória destina-se a investigar a natureza complexa dos fenômenos estudados e outros fatores com os quais eles estão inseridos.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população-alvo foi composta por indivíduos com 60 anos ou mais de idade, residentes no Estado da Paraíba, que tiveram internações nos anos de 1998, 2001, 2004, 2007 e 2010 e óbitos hospitalares nos anos de 1996, 2000, 2004 e 2009, ambos no âmbito do SUS. Salientando que neste estudo, dentro das séries históricas estudadas, as quais foram criadas para proporcionar melhor compreensão da evolução da situação de saúde da população paraibana, na mortalidade enfatizou-se o ano de 2009, e no caso internação destacou-se o ano de 2010, por se tratarem dos anos mais atualizados, respectivamente, no DATASUS.

O estado da Paraíba foi escolhido como local de referência do estudo por estar dentre os estados da região Nordeste, na primeira posição quando se trata do percentual de idosos em relação à população total, por existir interesse em conhecer qual a situação de saúde da população residente neste estado e compreender como ela evolui ao longo dos anos e por perceber que é importante, primeiramente, reconhecer a realidade local, para permitir a elaboração de políticas públicas que sejam direcionadas.

Utilizou-se a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) para os países em desenvolvimento, também adotada pelo Ministério da Saúde, que considera idosos aqueles indivíduos com 60 anos ou mais de idade.

4.3 INSTRUMENTO E FONTE DE DADOS

Essa coleta foi feita por meio de dados secundários que são disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) no site do Ministério da Saúde. Os dados de internação hospitalar foram obtidos do SIH/SUS, construído com os dados que compõem a AIH(Autorização das Internações Hospitalares) e os dados de óbitos no SIM/SUS, composto de informações provenientes das declarações de óbito. As variáveis analisadas foram: sexo; idade; tipo de AIH; diagnóstico principal, e óbito. Para classificação da causa básica e específica de óbito e internação, utilizou-se a Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão (CID-10).

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no mês de Maio, a partir dos coeficientes de mortalidade e eles foram tratados dividindo-se o número de óbitos por causa, em pessoas com 60 anos ou mais, segundo sexo e o número de habitantes na mesma faixa etária, multiplicado por 10n. O número de internações foi tratado por meio de valores absolutos. As informações sobre a população do Estado da Paraíba segundo sexo foram obtidas por meio de estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) oriundas do censo nacional de 2010.

4.5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os resultados foram analisados no mês de Junho, utilizando o método de estatística descritiva, comparando-se os casos de óbito e internação hospitalar entre os anos que compõem as séries históricas criadas para este estudo, enfatizando-se aqueles de 2009 e 2010, respectivamente, e em seguida foram dispostos em tabelas, e discutidos à luz da literatura pertinente.

4.6 DISPOSIÇÕES ÉTICAS DO ESTUDO

A utilização das informações oriundas do SIH/SUS e do SIM/SUS é de livre acesso a toda população brasileira e as tabulações por eles geradas garantem os princípios éticos contidos na resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), razão pela qual não há necessidade de submissão a um comitê de ética, conforme orientação recebida pela equipe técnica do DATASUS.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Organização Mundial de Saúde (OMS) projeta que o Brasil estará entre os dez países com maior número de idosos em 2025, estimando-se um total de 27 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (AMARAL et al., 2004). Diante desse quadro, observou-se a necessidade de estudar o perfil epidemiológico dessa população. Logo, decidiu-se utilizar as bases de dados relativas à internação hospitalar e à mortalidade, o SIH/SUS e SIM/SUS respectivamente, visto que se trata de uma fonte para estudos epidemiológicos, pouco explorada, de baixo custo e que permite comparações ao longo do tempo.

De acordo com a estimativa populacional do IBGE para 2009, a população idosa do Estado da Paraíba alcançou um número de 410.140 idosos, sendo 179.881 homens e 230.259 mulheres, que comparados a 1996, houve um aumento de 23,43% (IBGE, 2009). Embora haja um aumento significativo no número de idosos na Paraíba, observa-se a disparidade entre os sexos, com o masculino apresentando-se em menor número em relação ao feminino, fato que corrobora com a feminização da velhice.

Portanto, para melhor compreender o processo do envelhecimento foi necessário identificar e comparar as principais causas de mortalidade entre sexos, observando uma séria histórica nos anos de 1996, 2000, 2004 e 2009, mas enfatizando este último ano (tabela 1). As três principais causas de mortalidade que apresentaram os maiores coeficientes foram as Doenças Isquêmicas do Coração (21,0 para homens e 18,4 para mulheres), seguidas das Doenças Cerebrovasculares (21,0 para homens e 23,6 para mulheres) e Diabetes Mellitus (DM) (13,5 para homens e 20,2 para mulheres).

Desse modo, ao comparar os coeficientes das principais causas de mortalidade entre os sexos (tabela 1), cirrose e doença crônica do fígado (razão igual a 5,5), seguido de acidentes de transportes (razão igual a 4,0) e câncer de pulmão (razão igual a 2,0) foram as principais causas de sobremortalidade masculina. Um dado importante são os coeficientes de mortalidade segundo causas específicas entre os sexos, em que os homens evidenciaram altos valores no câncer de próstata (igual a 6,3) e câncer de pulmão (igual a 3,6), quando comparados aos cânceres específicos da população feminina (câncer de mama – 2,2 e câncer do colo do útero – 0,9).

TABELA 1 – Coeficientes de mortalidade (por 10.000 habitantes com 60 anos ou mais) por homens e mulheres segundo causas de óbito. Paraíba, 1996/ 2009.

Causas de Óbito	1996		2000		2004		2009	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Doenças Isquêmicas do Coração	7,4	6,3	7,1	5,7	13,2	12,3	21,9	18,4
Doenças Cerebrovasculares	11,8	13	11,2	12,9	16,8	18,5	21,1	23,6
Diabetes Mellitus	2,6	5,1	5,4	8,3	7,3	11,9	13,5	20,2
Câncer de Próstata	1	-	1	-	3,3	-	6,6	-
Pneumonias	1,7	1,9	1,5	1,3	3,7	3,5	5,4	6,4
Septicemia	1,6	1,2	2	1,7	1,9	2,8	2,8	3,2
Câncer de Mama	-	0,7	-	0,6	-	1,7	-	2,2
Câncer de Pulmão	1,2	0,3	1	0,4	1,3	0,9	3,6	1,7
Câncer de Estômago	0,8	0,6	0,8	0,3	1,1	0,9	3,4	1,4
Cirrose e Doença do Fígado	0,5	0,1	0,5	0,4	1,2	0,7	2,9	0,5
Insuficiência Renal	1,4	0,7	1,7	0,9	2,3	1,2	1,8	1,9
Acidente de Transporte	0,3	0,2	1,3	0,3	2,4	0,6	2	0,5
Infecções Intestinais	0,9	0,8	0,4	0,3	0,7	1	0,7	1,1
Câncer do Colo do Útero	-	0,2	-	0,3	-	0,7	-	0,9
TOTAL	31,74	31,56	34,34	33,97	55,84	57,17	84,99	82,52

Conforme Brasil (2008), as principais causas de morte na população com 60 anos ou mais são as doenças do aparelho circulatório. Esse dado reforça o resultado encontrado neste estudo, segundo o qual as doenças circulatórias (isquêmicas do coração e cerebrovasculares) primeiro e segundo lugar, respectivamente, se sobressaíram pela maior prevalência entre as principais causas de mortalidade na população idosa da Paraíba em 2009.

A alteração do perfil populacional também trouxe mudanças no perfil de saúde dos idosos, que antes morriam de doenças infecciosas e parasitárias e hoje, conforme as estatísticas há uma grande prevalência de óbitos por doenças circulatórias (cardiovasculares, diabetes, hipertensão, acidente vascular cerebral). O aumento da idade acompanhado de

fatores de risco, como sedentarismo, obesidade, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, fatores genéticos, tabagismo, alcoolismo e maus hábitos alimentares, trazem maior probabilidade de aparecimento dessas patologias nesta faixa etária (REIS et al., 2007).

Ishitani et al., (2006) ainda acrescenta que no Brasil, um fato que agrava esse quadro é que, aproximadamente, um terço dos óbitos por doenças do aparelho circulatório ocorrem precocemente em adultos na faixa etária de 60 anos ou mais. Neste período, as principais causas de óbito por doenças do aparelho circulatório são as doenças isquêmicas do coração, as doenças cerebrovasculares e as doenças hipertensivas. Ressalte-se que essas causas são em grande parte evitáveis, diante da probabilidade de diminuição da ocorrência dessas mortes, se houver assistência ou prevenção oportunas.

É interessante observar nos resultados encontrados o risco maior de internação e de óbito por DM para o sexo feminino, pois de acordo com Cavalcanti et al., (2009) ao analisar os óbitos de pessoas com 60 anos ou mais de idade, residentes em João Pessoa- PB, analisaram que o DM representou aproximadamente 50% dos óbitos masculinos e quase 80% dos óbitos femininos no grupo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Os autores ainda defendem que um possível fato que justifica esse dado poderia ser o maior conhecimento da doença entre as mulheres, o que favoreceria a menção na declaração de óbito, ou seja, uma expressiva notificação.

Considerando que o DM é mais frequentemente diagnosticado entre 45 e 55 anos de idade e que a população idosa no Brasil tende a aumentar, cabe as Unidades Básicas de Saúde a grande responsabilidade na prevenção, investindo na informação com vistas ao estímulo às atividades físicas, educação alimentar, manejo e tratamento adequado da doença, de modo a evitar as complicações crônicas que reduzem sobremaneira a qualidade de vida ou mesmo a sobrevivência do diabético.

Segundo Mansur et al., (2006), a tendência da mortalidade por doença cerebrovascular mostrou declínio nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste e aumento no Norte e Nordeste, em todas as faixas etárias e sexo. Também a mortalidade por doença isquêmica do coração declinou nas regiões Sudeste e Sul, com estabilização do risco na região Centro-Oeste e aumento na região Nordeste. Essas tendências de declínio nas principais causas de morte entre as doenças circulatórias provavelmente refletem mudanças no comportamento relacionadas ao controle dos principais fatores de risco.

Observou-se nesse estudo um aumento considerável nos coeficientes de mortalidade das doenças circulatórias (isquêmicas e cerebrovasculares) no período de 1996 a 2009 na Paraíba. Para Gaziano (2005), as condições socioeconômicas são facilitadoras de uma melhor

resposta na redução da morbidade e mortalidade por doenças circulatórias. Entretanto, os recursos destinados para a Saúde Pública pelos países em desenvolvimento são expressivamente escassos e extremamente inferiores aos sugeridos pela OMS. Isso ocorre inclusive em um mesmo país, como no caso do Brasil, onde existem diferenças regionais de acesso à saúde.

É necessário haver investimentos na prevenção dessas doenças, que devem ocorrer a partir da criação de Políticas Públicas que visem gerar programas de promoção de saúde, além de diagnósticos precoces e tratamentos adequados que minimizem a ocorrência de fatores que predisponham o surgimento de patologias, principalmente diabetes e hipertensão.

Ao comparar as causas de mortalidade entre os sexos, notou-se a sobremortalidade masculina decorrente da cirrose e doença crônica do fígado (razão igual a 5,5), seguido de acidentes de transportes (razão igual a 4,0) e câncer de pulmão (razão igual a 2,0). Esse achado demonstra que a sobremortalidade masculina entre os idosos não necessariamente se localiza nas doenças mais predominantes de mortalidade, mas nas resultantes de fatores comportamentais, ligados ao gênero.

Corroborando com está hipótese Gomes (2003) acredita que a sobremortalidade masculina oriunda do câncer de pulmão e cirrose e doenças crônicas do fígado seja uma diferença de gênero, pois o tabagismo e o etilismo é um hábito predominantemente masculino. Mais de 1 bilhão de homens no mundo todo são fumantes – 35% dos homens em países desenvolvidos e 50% dos homens em países em desenvolvimento. Estima-se que o tabagismo seja diretamente responsável por: 30% das mortes por câncer, 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por doença coronariana, 85% das mortes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (Enfisema Pulmonar e Bronquite Crônica), e 25% das mortes por Acidente Vascular Cerebral (Derrame Cerebral). No Brasil, anualmente morrem 80 mil pessoas, precocemente, devido ás doenças provocadas pelo tabagismo. O fumo é capaz de causar com agressividade, diversas doenças nos homens, e associado ao álcool pode aumentar ainda mais o risco para tumores e outras patologias.

Embora os números absolutos de acidentes de transportes em outras faixas etárias sejam maiores, comprova-se com o estudo de Fernandes (2003), que a terceira idade merece e carece da atenção dos programas de segurança no trânsito, tendo em vista o significativo envolvimento do idoso em acidentes e o seu aumento no universo populacional. Os programas de segurança no trânsito buscam o aumento da percepção do condutor e do pedestre ao perigo, e a redução do nível de perigo que pode ser tolerado. Devem atentar para o significativo envolvimento do idoso em quedas, atropelamentos e acidentes, e para o aumento da sua

participação no trânsito.

Schraiber, Gomes e Couto (2005) consideram que a mortalidade masculina por causas externas é vista como uma diferença de gênero, pois o ambiente social onde o homem vive habitualmente é mais estressante e exposto a acidentes (no trabalho ou no trânsito), se comparado ao ambiente doméstico, em que a maioria das mulheres idosas vive. Este fato é melhor assimilado, quando Néri (2007) enfatiza no seu estudo que, apesar da aposentadoria, atualmente 36% dos homens idosos permanecem economicamente ativos e sujeitos a esses tipos de acidentes.

Quando se tenta compreender a gênese da sobremortalidade masculina por câncer de próstata (6,3) e câncer de pulmão (3,6), foi visto na pesquisa de Pinheiro et al., (2002), que a falta de Políticas Públicas específicas para saúde do homem e a baixa utilização de serviços de saúde por parte dos mesmos são fortes indícios, tendo em vista seu alto coeficiente de mortalidade nas causas específicas. O MS via Estratégia de Saúde da Família (ESF), conseguiu atingir a Saúde da Mulher com programas específicos para controle e prevenção do câncer de mama e do colo do útero o que possivelmente explica o fato dos coeficientes de mortalidade por estas patologias serem menores se comparados aos índices supracitados na população masculina.

Os altos coeficientes de mortalidade por neoplasias predominantes no homem justificam os esforços atuais para se implantar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que tem como estratégia a humanização em saúde, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecer ações e serviços em redes e cuidados da saúde do homem. Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais, pois os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino, no qual a doença é considerada como um sinal de fragilidade que eles não reconhecem como sendo inerentes à sua própria condição biológica, julgando-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (BOZON, 2004).

É importante notar que, por uma questão cultural, os homens não se mostram interessados por campanhas preventivas e educativas relacionadas ao cuidado com a sua própria saúde, especialmente ao câncer de próstata. A análise feita por Gomes, Nascimento e Araújo (2007) mostra que sujeitos temem que, ao buscar um serviço médico para saber se a sua saúde vai bem, possam se deparar com diagnósticos de uma doença e tenham de se tratar.

No caso específico da prevenção de câncer, há estudos que apontam que o medo é uma

das explicações para o fato de as pessoas não procurarem os serviços de saúde para se prevenirem.

Assim, destaca-se a necessidade de medidas preventivas nas diversas faixas etárias, tais como na adolescência e vida adulta, para que haja uma conscientização da população quanto à mudança nos seus comportamentos, principalmente no homem. Isto se faz necessário, pois como se pode observar nesta discussão, o surgimento das três principais causas (cirrose e doença crônica do fígado - razão igual a 5,5, acidentes de transportes - razão igual a 4,0 e câncer de pulmão - razão igual a 2,0) da sobremortalidade masculina nos idosos do Estado da Paraíba, em 2009, está correlacionado ao comportamento dos sujeitos.

Para que ocorram mudanças nesse quadro é preciso que o foco do atendimento à saúde, esteja direcionado não ao tratamento, e sim à prevenção. O MS, conforme informações colhidas por Brasil (2009) destacam que as neoplasias são a segunda causa de mortes no Brasil, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. Então, como se analisou na reflexão histórica das principais causas da sobremortalidade do homem, no qual consta uma pequena redução de mortes causadas por neoplasias (câncer de pulmão, cirrose e doença do fígado e câncer de próstata) entre 1996 e 2009, faz-se necessário realçar a deficiência das campanhas e programas de prevenção em relação à saúde do homem.

Comparando as principais causas de mortalidade entre os sexos, destacou-se nesse estudo que as principais causas de mortalidade feminina foram: Diabetes Mellitus (razão de 1,5), Pneumonias (razão 1,4) e em seguida as Infecções Intestinais (razão 1,3).

Concordando com Teixeira et al., (2003), a Pneumonia mata cada vez mais as pessoas idosas. Nos últimos três anos, os casos de morte por causa da doença subiram 27,7% na cidade da Bahia. A maior parte dos casos acontece nessa época – julho e agosto – por conta de serem os meses de chuvas e os motivos pelos quais levam ao crescimento dos casos fatais vão desde a mutação da bactéria responsável pela doença, que hoje é considerada mais forte, até fatores culturais da população, acreditando assim que as pessoas conseguem identificar a doença, mas não procuram a ajuda certa. Esses não são os únicos motivos, mas o alto consumo de antibióticos, principalmente pelas mulheres, no país tem contribuído para que a bactéria fique mais forte, pois o progressivo envelhecimento da população colabora para o aumento das mortes.

Diante de tais mudanças demográficas, surge o desafio de enfrentar as novas e crescentes demandas, em termos de saúde, desse segmento populacional. Em relação a esse grupo, as doenças infecciosas são um importante problema a ser enfrentado, tendo em vista a redução da função imune associada ao declínio das funções fisiológicas, às deficiências

nutricionais e ao uso intenso de antibióticos. Dentre as doenças infecciosas, aquelas veiculadas por água e alimentos podem ser devastadoras em idosos em comparação à população geral. Inúmeros estudos têm comprovado que essas doenças são conseqüência, na maioria das vezes, do não atendimento das regras básicas de higiene e de segurança alimentar durante o preparo e a conservação dos alimentos. Além disso, as residências são apontadas, na atualidade, como um importante local na cadeia de transmissão dessas doenças, em inúmeros países inclusive no Brasil (FARTHING, 2000).

O coeficiente de mortalidade hospitalar (CMH) apresentou distribuição diferente entre os sexos, aumentando com o passar dos anos. Verificou-se que o CMH total da população idosa masculina foi de (84,9) enquanto que o feminino foi de (82,5) em 2009. E as doenças que apresentaram um aumento significativo na série histórica foram o Diabetes Mellitus apresentando em 1996 um coeficiente de (2,6 para homens e 5,1 para mulheres) e em 2009 (13,5 para homens e 20,2 para mulheres) e em seguida as Pneumonias que apresentaram em 1996 um coeficiente de (1,7 em homens e 1,9 em mulheres) e em 2009 (5,4 em homens e 6,4 em mulheres). Fica evidente com esses dados, que tais patologias tiveram um aumento significante e afetaram mais o sexo feminino.

O SIH compõe o banco de dados mais atualizado dentro do sistema DATASUS. Como seu objetivo é contábil- financeiro, há uma agilidade na produção de informações, característica não observada nos outros sistemas. Por outro lado, as AIH's, apesar de apresentarem um potencial epidemiológico e conter muitas informações, são utilizadas apenas como fonte geradora de recursos, desperdiçando-se assim uma fonte expressiva de informações úteis (MOREIRA, 2003).

O uso SIH-SUS também pode ser importante para o monitoramento/avaliação de serviços de saúde e assistência hospitalar em hospitais conveniados e do próprio SUS. Investigações que utilizem informações deste banco de dados podem estabelecer métodos de monitoramento, contribuindo para a construção de indicadores de avaliação da qualidade da atenção básica (GUERRA, 2000; CAMARGO JR, 2000).

Para melhor compreender esse estudo foi necessário identificar e comparar as principais causas de morbidade entre sexos, observando uma séria histórica nos anos de 1998, 2001, 2004, 2007 e 2010, mas enfatizando este último (tabela 2). De acordo com a estimativa populacional do IBGE para 2010, a população idosa do Estado da Paraíba alcançou um número de 451.385 idosos, sendo 195.451 homens e 255.934 mulheres.

As três principais causas de morbidade que apresentaram os maiores números absolutos foram as doenças do aparelho circulatório (6.679 para homens e 7.249 para

mulheres), seguidas das doenças do aparelho respiratório (3.975 para homens e 4.563 para mulheres) e doenças infecciosas e parasitárias (2.562 para homens e 3.823 para mulheres).

TABELA 2 – Frequência *(f)* de internações hospitalares no SUS por homens e mulheres segundo principais grupos de causas de morbidade. Paraíba, 1998/ 2010.

Principais Grupos de Causas	1998		2001		2004		2007		2010	
	H (f)	M (f)	H (f)	M (f)	H (f)	M (f)	H (f)	M (f)	H (f)	M (f)
Doenças do Aparelho Circulatório	7.986	9.128	8.880	10.848	7.493	8.561	6.658	7.469	6.679	7.249
Doenças do Aparelho Respiratório	5.185	6.030	4.714	5.560	4.945	5.781	4.156	4.696	3.975	4.563
Doenças Infecciosas e Parasitárias	2.464	3.572	2.421	4.054	2.663	3.914	2.688	3.849	2.562	3.823
Doenças do Aparelho Digestivo	1.877	1.701	2.427	2.314	2.253	2.289	2.533	2.459	2.631	2.575
Doenças Endócrinas e Nutricionais	1.139	1.608	1.239	1.966	1.118	1.578	1.296	1.888	1.772	2.647
Doenças do Aparelho Geniturinário	1.505	977	1.587	1.330	1.904	1.188	1.078	1.134	1.537	1.361
Lesões envenenamento e causas externas	628	723	866	1.059	925	1.117	989	1.179	1.318	1.511
Neoplasias	731	686	1.276	971	1.393	1.058	1.605	1.154	1.376	1.273
Doenças Sistêmicas e Osteomusculares	275	399	326	507	343	488	335	476	334	443
TOTAL	21.790	24.824	23.736	28.609	23.037	25.974	21.338	24.304	22.184	25.445

Quanto às causas de morbidade, avaliadas neste estudo segundo as internações hospitalares, pode se observar semelhança na distribuição entre sexos, segundo as principais causas (CID-10). A semelhança entre homens e mulheres também foi encontrada nos estudos de Laurenti et al., (2003), onde acredita-se que, ao retirar as internações decorrentes de gestação, parto e puerpério, esses valores tendem a ser semelhantes entre as duas populações em qualquer faixa etária.

Mediante esta análise, é justificável as mulheres apresentarem maior índice de internações, pois a sua procura pelos serviços de saúde é bem maior em relação ao homem. Segundo Travassos et al., (2002), as mulheres tendem a avaliar seu estado de saúde de maneira mais negativa e também referem mais doenças crônicas do que os homens, que, por sua vez, apresentam doenças comparativamente mais severas e de maior letalidade. Frente a

isso, as mulheres procuram mais os serviços de saúde para exames de rotina ou para cuidado preventivo e dessa maneira facilita o diagnóstico precoce e seu possível tratamento, enquanto os homens buscam mais o cuidado curativo.

Concordando com esta hipótese, os diferenciais entre homens e mulheres permanecem quando discutimos o acesso aos serviços de saúde. Na pesquisa de Figueiredo (2008), o relato de realizações de consulta médica em uma unidade de saúde no período de 12 meses teve um percentual bem superior entre as mulheres (62,3%) que entre os homens (46,7%).

Todavia, apesar de as mulheres serem mais cuidadosas com a prevenção da saúde, existem predisposições que as tornam mais susceptíveis a internações, em parte devido a doenças circulatórias, das quais a hipertensão e o diabetes sobressaem pela maior incidência nessa população. Dados do BRASIL (2010), mostram que os indivíduos idosos no conjunto da população adulta de 27 cidades estudadas, a frequência de diagnostico médico prévio de hipertensão arterial alcançou 24,4%, sendo ligeiramente maior em mulheres (27,2%) do que em homens (21,1%) e mais de 50% na faixa etária de 65 anos ou mais de idade. Já o diabetes foi de 5,8%, sendo semelhante em ambos os sexos e o seu diagnóstico se torna mais comum com a idade, alcançando 20% daqueles com 65 ou mais anos de idade.

O estudo de Toscano (2004) ainda revela que a hipertensão arterial é um problema crônico comum e sua prevalência é alta e aumenta com o decorrer da idade. Estudos epidemiológicos brasileiros estimam prevalências de 40% a 50% da população adulta com mais de 60 anos, a partir da medida casual da pressão. Mesmo sendo assintomática, a hipertensão arterial é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas.

O aumento da incidência de diabetes tem sido relacionado às modificações de estilo de vida e do meio ambiente trazidas pela industrialização. Estas modificações levam à obesidade, ao sedentarismo e ao consumo de uma dieta rica em calorias e em gorduras (NARAYAN, 2000). Mundialmente, os custos diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local e da complexidade do tratamento disponível; indivíduos com diabetes precisam de no mínimo 2 a 3 vezes mais recursos para o cuidado com a saúde e além dos custos financeiros, o diabetes acarreta também outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida para doentes e suas famílias e representa também carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura (WHO, 2002).

A Política Nacional de Atenção Integral a Hipertensão Arterial e ao Diabetes objetiva articular e integrar ações nos diferentes níveis de complexidade e nos setores públicos e privados para reduzir fatores de risco e a morbimortalidade por essas doenças e suas complicações, priorizando a promoção de hábitos saudáveis de vida, prevenção e diagnóstico precoce e atenção de qualidade na atenção básica. O MS estabeleceu as diretrizes e metas do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no SUS, priorizando a atualização dos profissionais de saúde, a garantia do diagnóstico e a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, com o objetivo de promover a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias nos serviços de saúde (GUERRA, 2000).

Atualmente, as doenças não-transmissíveis são responsáveis por 45,9% da carga de doenças em todo o mundo. Estima-se que em 2020, dois terços da carga de doenças serão atribuídos às doenças crônicas não-transmissíveis (CHOPRA; DARNTON-HILL, 2002).

No Brasil, as doenças respiratórias agudas e crônicas também ocupam posição de destaque. Entre as principais causas de internação no SUS, em 2001, estas doenças ocuparam o segundo lugar em freqüência, sendo responsáveis por cerca de 16% de todas as internações do sistema (BRASIL, 2001b). Esse fato está de acordo com o estudo apresentado, pois como mostra na (tabela 2) as doenças do aparelho respiratório são a segunda maior causa de internação no Estado da Paraíba.

De todo modo, foi possível observar que houve uma tendência de diminuição das internações por doenças respiratórias no período analisado, principalmente entre a população do sexo masculino. A principal razão para essa tendência pode-se explicar a partir das contribuições Toyoshima, Ito e Gouveia (2005) quando afirmam que tem havido melhoria na atenção primária, pois muitas pneumonias agora estão sendo tratadas ambulatoriamente e em determinadas circunstâncias que são conhecidos como fatores de risco para pneumonias, como a aglomeração domiciliar, o tabagismo, a poluição ambiental. De todo modo, estudos mais detalhados sobre as razões das alterações nas taxas de hospitalização serão de grande importância para o planejamento futuro de ações de saúde.

Durante muitos séculos as doenças infecciosas e parasitárias (DIP) dominaram o quadro nosológico das populações. Esta situação foi revertida nos países que alcançaram o desenvolvimento industrial e melhoria das condições de vida da população, fatores que contribuíram para determinar profundas alterações no padrão epidemiológico, tais como redução da mortalidade geral por doenças transmissíveis, aumento da expectativa de vida da população e predomínio da morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas,

completando assim a denominada transição epidemiológica (TEIXEIRA et al., 2002) .

Este processo só passou a acontecer mais tardiamente nos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde a morbimortalidade por doenças infecciosas permaneceu como problemas de saúde vinculados à industrialização e ao crescimento urbano desordenado. Por outro lado, registra-se nos dias atuais a reemergência de algumas doenças pertencentes ao grupo das DIP, além do aparecimento de novas enfermidades infecciosas (BARRETO; CARMO, 2000).

As doenças transmissíveis guardam estreita relação com as condições sociais e econômicas de indivíduos e populações representando, portanto, um indicador sensível de seus níveis de saúde e de vida. Deste modo, a realização de estudos sobre a epidemiologia das doenças infecciosas e parasitárias abordando sua distribuição nos espaços hospitalares podem aportar importantes subsídios para a orientação de intervenções estatais, visto a capacidade que este grupo de causa apresenta para evidenciar áreas prioritárias. Entretanto, em que pese à existência de consenso quanto a este reconhecimento, na Paraíba são quase inexistentes estudos desta natureza, o que torna pertinente a realização da investigação considerando as condições de vida de sua população (BRASIL, 2005).

Ao comparar as causas de morbidade entre os sexos, notou-se que foram as mesmas causas encontradas na comparação entre a faixa etária, na qual foram as Doenças circulatórias representando (30% das internações em homens e 28% nas mulheres), as Doenças Respiratórias (17% das internações em homens e 18% nas mulheres) e em seguida das Doenças Infecciosas e Parasitárias (11% nos homens e 15 % nas mulheres).

As taxas de morbidade apresentaram distribuição diferente entre os sexos, aumentando com o passar dos anos. Verificou-se que taxa total da população idosa masculina foi de (44%) menor que o feminino que se mostrou superior com (56%) em 2010. E as doenças que apresentaram um declínio significativo na série histórica foram as Doenças Circulatórias apresentando em 1998 uma porcentagem de (45% para homens e 55% para mulheres) e em 2010 (37% para homens e 43% para mulheres) e em seguida as Doenças Respiratórias que apresentaram em 1998 um percentual de (36% dos homens e 47% das mulheres) e em 2010 (31% em homens e 42% em mulheres). Já as doenças que evidenciaram um aumento expressivo foram as Neoplasias com (30% em homens e 40% nas mulheres) em 1998 e em 2010 (55% dos homens e 45% das mulheres) e em seguida as Lesões por Envenenamento e Causas externas que apresentaram em 1998 um percentual de (48% dos homens e 52% das mulheres) e em 2010 (40% dos homens e 60% das mulheres).

Na análise das causas de internação entre os idosos brasileiros, no qual se observou o declínio das Doenças Circulatórias e Respiratórias, discutiu-se e constatou-se que grande parte das causas de morbidade foi reduzida através de programas e políticas de promoção da saúde e de prevenção de doenças, além de tratamento adequado em enfermidades já estabelecidas. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que entrou em vigor em 2006, e apresenta diretrizes como, promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral ao idoso tanto em relação a selinidade quanto a senescência.

No entanto, Matijasci e Dias (2008) comentam a necessidade de melhorias nas condições de trabalho, transporte, na moradia, na qualidade da educação das famílias e eficientes políticas públicas de saúde preventiva para se garantir um envelhecimento saudável da população, tanto feminina quanto masculina. Parte dos problemas decorre da qualidade de vida e dos problemas vivenciados na sociedade brasileira que possuem reflexos diretos sobre a saúde e seus efeitos são sentidos na previdência e se refletem na vida total dos menos abastados. A educação em saúde e os persistentes problemas de qualidade representam um desafio para a melhoria das condições de saúde da população.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo, percebeu-se que o número de idosos vem aumentando no Estado da Paraíba, e que associado a este aumento há um incremento no número de morbidades da população e das taxas de mortalidade, acompanhando as transições sócio-demográficas brasileira. Verificou-se que as principais taxas de mortalidade nos homens foram em ordem decrescente: Cirrose e Doença Crônica do Fígado (razão igual a 5,5), seguido de Acidentes de Transportes (razão igual a 4,0) e Câncer de Pulmão (razão igual a 2,0) e nas mulheres foram em ordem decrescente: Diabetes Mellitus (razão de 1,5), Pneumonias (razão 1,4) e em seguida as Infecções Intestinais (razão 1,3).

Ao comparar as causas de morbidade entre os sexos notou-se que foram as mesmas causas encontradas na comparação entre a faixa etária, na qual foram as Doenças circulatórias representando (30% das internações em homens e 28% nas mulheres), as Doenças Respiratórias (17% das internações em homens e 18% nas mulheres) e em seguida das Doenças Infecciosas e Parasitárias (11% nos homens e 15 % nas mulheres).

Avalia-se que, os objetivos propostos pelo estudo foram alcançados na medida em que foi possível identificar e comparar as principais causas de morbimortalidade em idosos no Estado da Paraíba, fazendo uma reflexão histórica dos anos.

Fica evidente, a possibilidade de uso do DATASUS– a despeito de suas limitações, reconhecidas por este relato – para análise da situação de morbimortalidade hospitalar na população idosa. No entanto, orienta-se que os resultados encontrados devem ser interpretados com certa precaução, haja vista que se originam de informações secundárias, as quais são baseadas em prontuários, que podem apresentar falhas de preenchimento e os bancos de dados disponíveis no DATASUS não estão livres de falhas na tabulação e atualização, o que pode ser considerado um fator limitador deste estudo.

Os resultados aqui apresentados mostram as principais causas de morbidade e mortalidade entre os idosos, causas estas que podem ser reduzidas com a adoção de políticas amplas de promoção, prevenção e tratamento oportuno e adequado para essas doenças. Elas podem e devem servir de subsídio a formulação e implantação de ações capazes de trazer mudanças favoráveis à vida dos idosos e ao SUS, como sistema responsável por seu atendimento, entre outras competências.

Considera-se, igualmente, a necessidade de mudança do modelo atual de assistência para alternativas mais eficientes, que diminuam as internações e incluam avaliações adequadas da situação de saúde, com abordagem epidemiológica dos fatores de risco,

planejamento e consecução de ações intersetoriais focadas na saúde da população.

Os recursos que a sociedade tem que arcar para atender às necessidades específicas da população idosa devem ser quantificados com base em indicadores de saúde, sejam estes de morbidade ou de mortalidade. Ações, políticas e programas baseados nos direitos, necessidades, preferências e habilidades da população idosa são necessários e devem ser concebidos com base em tais evidências e de acordo com o Programa de Saúde do Idoso.

É importante qualificar os serviços de Saúde para trabalhar com aspectos específicos da saúde da pessoa idosa (como a identificação de situações de vulnerabilidade social, a realização de diagnóstico precoce de processos demenciais, a avaliação da capacidade funcional etc). É necessário garantir acesso a instrumentos diagnósticos adequados, a medicação e a reabilitação funcional da população idosa, prevenir a perda de capacidade funcional ou reduzir os efeitos negativos de eventos que a ocasionem.

Cabe, portanto, à gestão municipal da saúde desenvolver ações que objetivem a construção de uma atenção integral à saúde dos idosos em seu território. É fundamental organizar as equipes de Saúde da Família e atenção básica, incluindo a população idosa em suas ações (por exemplo: atividades de grupo, promoção da saúde, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, sexualidade, DST/aids). Seus profissionais devem estar sensibilizados e capacitados a identificar e atender às necessidades de Saúde dessa população

Assim, em face deste novo perfil populacional e epidemiológico, cresce a necessidade de qualificar os serviços de saúde e torná-los acessíveis a fim de promoverem a saúde, a prevenção de doenças, os cuidados primários de qualidade e os tratamentos de longo prazo. Finalmente, cabe ressaltar que, apesar da importância crucial das políticas na promoção da saúde do idoso assim como nas respectivas orientações nas reduções de risco, cabe ao indivíduo, de maneira particular, adotar estilos de vida que aumentem a qualidade de vida e estendam a sua longevidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR , A. J. A. de; RAMALHO NETO, A. R; BARBOSA, N. F. de M. Perfil dos óbitos nos municípios de Orobó e Vicência – PE, no período de 2003 a 2007. (**Monografia na Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**) - Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Departamento de Saúde Coletiva. Recife, 2008.

ALENCAR, Y. M. G.; CURIATI, J. A. E. Envelhecimento do aparelho digestivo.**Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 2a ed, p. 311-30, São Paulo, Atheneu, 2002.

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** vol.23, n.8, p. 1924-1930, 2007.

AMARAL, A. C. S. et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Caderno de saúde púbica**. v.20, n.6, p. 1617-26, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n6/20.pdf> Acesso em 25 maio 2011.

BARRETO, M. L, CARMO, E. H. Determinantes das condições de saúde e problemas prioritários no país. **Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde.** Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde, Tema III, p. 235-259, 2000.

BITTENCOURT, S. A; CAMACHO, L. A. B, Leal MC. Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Caderno de Saúde Pública.** v.22, n.1, p. 19-30, jan 2006.

BOZON, M. **Sociologia da Sexualidade**. 2 ed, Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

BRASIL. Portaria n. 474, de 31 de agosto de 2000. Regulamentam a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v.138, n. 171, p. 33-34, set. 2001a. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Anuário Estatístico de Saúde do Brasil – 2001b. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001> Acesso em 3 jun 2011.

_____. **Ministério da Saúde**. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC) para os profissionais do Programa Saúde da Família. 2.ed. Brasília, DF, 2004.

_____. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de situação**: Pernambuco. Brasília, DF, 2006. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 5-26, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32333.pdf> Acesso em: 20 de abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <http://www.saude.gov.br/bvs> Acesso em 1 jun 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em <http://www.saude.gov.br/bvs> Acesso em 1 jun 2011.

BRUNETTI,R.;MONTENEGRO,F. **"Odontogeriatria:prepare-se para o novo milênio", 19° CIOSP** .1 ed, n. 1, São Paulo, Artes Médicas, 2000.

CAMARGO Jr, K. R. Sistemas de Informação e Bancos de Dados de saúde: uma introdução. **Série de Estudos em Saúde Coletiva**. São Paulo, v.209, 2000.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003. Disponível em <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2186.pdf > Acesso 23 abr 2011.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CHOPRA, M; GALBRAITH, S; DARNTON-HILL, I. A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition. **Bulletin of the World Health Organization** v.80, n.12, p. 952-958, 2002.

COELHO, K. S. C. Indicadores Materno-neonatais na Saúde Suplementar – Uma Análise do Sistema de Informações de Produtos. **[Tese de Doutorado]**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2004.

DA CRUZ, I. B. M.; MORIGUCHI, E. H. **Projeto Veranóplolis: reflexões sobre envelhecimento bem sucedido**. 3 ed, p. 138, Porto Alegre, Exclamação Produção Gráfica e Fotolito, 2002.

DATASUS. **Informações de saúde demográficas e socioeconômicas**. Projeções intercensitárias (base de dados na Internet). Brasília, Ministério da Saúde, 2010. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br> Acesso em 20 de maio 2011.

ECO, U. **Como se faz uma tese em ciências humana**. 4. ed. Lisboa: Presença, 1988.

FARTHING, M.J.G. Diarrhoea: a significant worldwide problem. **Int J Antimicrob** Agents. v. 14, n. 1, p. 65-9, 2000.

FERNANDES, J. C. Acidentes de trânsito com idosos em Uberlândia: uma caracterização a partir das taxas de envolvimento e do sistema de informações hospitalares do SUS. **(Tese de Doutorado em Geografia)** – Universidade Federal de Uberlândia –UFU, 2003.

FIGUEIREDO, N. M. A. de; TONINI, T. **Gerontologia: Atuação do Enfermeiro no Processo do Envelhecimento**. 3ª ed. São Paulo: Yendis, 2009.

FIGUEIREDO, W. S. Masculinidade e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. **(Tese de Doutorado)** – Faculdade de Medicina de São Paulo – FMSP, 2008.

FREESE, E. **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. 3 ed, p. 77-89, Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2 ed, p. 508-14, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002.

GALLAHUE, D.; OZMUN, J. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. 4 ed, p. 641, São Paulo, Phorte, 2001.

GAZIANO, T. A. Cardiovascular disease in the developing world and its cost-effective management. **Circulation**. v. 112, p. 3547-53, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 565-74, 2007.

GUERRA, L. H. A Morte de Idosos na Clínica Danta Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público de saúde poderia ter evitado. **Cad. de saúde Pública**,v.16, n.2, p. 545-551, 2000.

HUGHES, V. et al. Anthropometric assessment of 10-y changes in body composition in the elderly. **Am J Clin Nutri.** v. 80, p. 475-482, 2004.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** CENSO demográfico 2010: Características da população e dos domicílios- Resultados do Universo, 2010. [base de dados na Internet]. Brasil: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm> Acesso em 20 jun 2011.

ISHITANI, L. H. et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.40, n. 4, p. 684-691, 2006.

LAURENTI, R. et al. Mortalidade segundo causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados. **Rev. Panam. Salud. Pública/Pan. Am J Public Health.** v. 23, n. 5, p. 349-56, 2003.

LAURENTI, R.; MELLO J. M. H. P; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi mortalidade masculina. **Ciência em Saúde Coletiva.** São Paulo, v.10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LIMA-COSTA, M. F. F. et al. Diagnostico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares publicas. **Informe Epidemiologico do SUS.** Belo Horizonte, v.9, p. 23-4, 2000

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** v.13, n.4, p. 229-238, 2004.

MAIA, F. O. M. et al. Fatores de risco para mortalidade em idosos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/nahead/ao5345.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2011.

MANSUR, A. P. et al. Tendência da mortalidade por doenças circulatórias no Brasil de 1979 a 1996. **Arq. Brasileiro de Cardiologia.** São Paulo, v. 87, n.6, p. 497-503, 2006.

MATIJASCIC, M; DIAS, M. P. P. **Terceira Idade e esperança de vida: o Brasil no cenário internacional**. Rio de Janeiro: IPEA, 2008.

MARTINS, M.; TRAVASSOS, C. M. V.; NORONHA, J. C. Sistema de informações hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 185-192, 2001

MATTOS, L. C.; VERAS, R. P. A prevalência da perda auditiva em uma população de idosos da cidade do Rio de Janeiro: estudo seccional . **Rev. Bras. Otorrinolaringol**. Vol. 73, n.5, p. 654-9, 2007.

MAZO, G. Z .; LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. B. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica.** 3 ed, p.236, Porto Alegre, Sulina, 2004.

MENDES, M. R. S. S. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, vol.18, n.(4), p. 422-6, 2004.

MENDES, M. R. S. S. B; NAVAKOSKI, L. E. R. O cuidado com os pés: um processo em construção. **Texto & Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 9, p. 752-63, 2000.

MERCADANTE, E. F. Velhice: a identidade estigmatizada. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, v.75, p. 55-73, Set 2003.

MOREIRA, G. V. SIH/SUS como fonte para produção de indicadores de morbidade para gestão dos serviços de saúde: internações por meningite em geral e sífilis congênita como preditoras da ocorrência na população **[Dissertação de Mestrado]**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

MORIGUCHI, Y.; JECKEL NETO, E. A. **Biologia Geriátrica**. 5 ed, p.68, Porto Alegre, Edipucrs, 2003.

NARAYAN, K. M. Diabetes – a common, growing, serious, costly, and potentially preventable public health problem. **Diabetes Research and Clinical Practice 50 Suppl.** v. 2, p. 77-84, 2000.

NÉRI, A.L. **Idosos no Brasil vivências, desafios e expectativas na terceira idade.** 2 ed. São Paulo:Fundação Perseu Abramo, 2007.

NEVES, P. M. et al. Mortalidade em idosos hospitalizados em serviços do SUS em João

Pessoa – Pb, de 2000 a 2007. **Revista de Enfermagem.** v.4, n.4, p. 1840-49, Oct/Dec, 2010.

OPAN. Organização Panamericana da Saúde. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília; 2003.
OPAS. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, 2005.

PAES-SOUZA. R. Diferenciais intra-urbanos de mortalidade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1994: revisitando o debate sobre transições demográficas e epidemiológicas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 18, n. 5, p. 1411-1421, 2002.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 967-974, out.-dez. 2006.

PAPALÉO NETO, M.; CARVALHO FILHO, E. T. **Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 2. ed, p. 291-295, São Paulo, Atheneu, 2002.

PAPALÉO NETTO, M. Tratado de Gerontologia. 2. ed, p. 121- 32, São Paulo, Atheneu, 2007.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um Instrumento que privilegie sua opinião. 2006. **Dissertação de Mestrado** (Graduação de Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP, 2006.

PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 7, p.687-70, 2002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Saúde Pública. Assessoria de Vigilância a Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso** - Envelhecimento Saudável em Florianópolis. Florianópolis, 2006.

POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: Métodos, avaliação e utilização. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTH, C. M. **Fisiopatologia.** 6ª ed, Rio de Janeiro,Guanabara Koogan, 2004.

REIS, L. A. et al. Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de neurogeriatria da clínica escola de fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública.** v.31, p. 322-30, 2007.

ROBINSON, K. A. et al. Epidemiology of invasive Streptococcus pneumoniae infections in the United States, 1995-1998: Opportunities for prevention in the conjugate vaccine era. **JAMA**, v. 285, p. 1729-1735, 2001.

SANTOS, H. L. Novas Tecnologias da Informação e os Sistemas de Informações sobre Mortalidade e sobre Nascidos Vivos: Potencialidades de uso na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. **[Dissertação de Mestrado]**. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

SCHRAIBER, L. B; GOMES, R; COUTO, M. T. Homens na pauta da saúde coletiva.

Ciência de Saúde Coletiva. Rio de janeiro, v.10, p. 7-17, 2005.

SCHRAMM, J. M. A; SZWARCWALD, C. L. Diferenciais nas Taxas de Mortalidade Neonatal e Natimortalidade Hospitalares no Brasil: um estudo com base no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). **Caderno de Saúde Pública**. v.16, n. 4, p. 1031-1040, 2000.

SOUZA, M. F. M. et al. Análise de séries temporais da mortalidade por doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares, nas cinco regiões do Brasil, no período de 1981 a 2001. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, vol.87, n.6, p. 735-740, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n6/09.pdf> Acesso em: mar. 20011.

SOUZA, R. S. Anatomia do envelhecimento. **Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 4 ed, p. 35- 42, São Paulo, Atheneu, 2002.

TEIXEIRA, M. da G. et al. Mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em Salvador - Bahia: evolução e diferenciais intra-urbanos segundo condições de vida. *Rev.* **Soc. Bras. Med. Trop**. vol.35, n.5, p. 491-497, 2002.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Pan. Salud Publica**. v.11, n.5-6, p. 365-373, 2002.

TERRA, N. L. **Entendendo as queixas do idoso**. 1 ed, p. 29-70, Porto Alegre: Edipucrs, 2003.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciên Saúde Colet**. v. 9, n. 4, p. 885-95, 2004.

TOYOSHIMA, M. T. K; ITO, G. M; GOUVEIA, N. Morbidade por doenças respiratórias em pacientes hospitalizados em São Paulo/SP. **Rev. Assoc. Med. Bras**. v.51, n.4, p. 209-213.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública.** v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

_____, R. P. **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: UNATI/Relume Dumará, 2002.

VERAS, C. M. T; MARTINS, M. S. A confiabilidade dos dados os formulários de autorização de internação hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de saúde pública**. Rio de janeiro, v.10, n.3, p. 339-55, 1994. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n3/v10n3a14.pdf > Acesso em 14 de abr 2010.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 7, p. 607-22, 2002.

WHO.World Health Organization. The World Health Report: reducing risks, promoting healthy life. **NLM Classification:WA.** Geneva, v.540, n.1, 2002.