

ARTIGO CIENTÍFICO

Estudo comparativo da morbimortalidade entre idosos no Estado da Paraíba
Comparative Study of Morbidity and Mortality Among the Elderly in the state of Paraíba

Mariana Guilherme Lima

Enfermeira. E-mail: mari_glima@hotmail.com

Kênnia Sibelly Marques de Abrantes

Enfermeira, Profa. Dra. Do Curso de Graduação em Enfermagem – UFCG/UAENF/ kenniaabranes@bol.com.br

Geofabio Sucupira Casimiro

Farmacêutico-Bioquímico, Mestrando em Sistemas Agroindustriais (PPGSA), Prof. dos Cursos de Graduação de Medicina e Enfermagem
UFCG/UACV gscasimiro@bol.com.br

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias

Enfermeira, Pós-Doutorado em Ciências da Saúde, Profa. do curso de Graduação em Medicina UFCG/UACV carmofarias@hotmail.com

Edivânia Maria Leite da Silva

Especialista em administração, Fundação Getúlio Vargas, edivaniamaria.leite@gmail.com

Manoel Moisés Ferreira de Queiroz

Licenciatura Plena em Matemática e Engenharia Agrícola/ moises@ccta.ufcg.edu.br

Resumo: 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. Este estudo teve como objetivo identificar 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. As mulheres apresentaram como as principais causas de mortalidade o Diabetes Mellitus, Pneumonias e Infecções Intestinais. Entre as causas mais prevalentes de morbidade, destacam-se as Doenças Circulatórias, Doenças Respiratórias e Doenças Infecciosas e Parasitárias. Os resultados mostram as principais causas de morbidade e mortalidade entre os idosos são as doenças Circulatórias, Doenças Respiratórias e as Doenças Infecciosas, 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.

Palavras-chave: Envelhecimento; Doenças Circulatórias; Doenças Respiratórias; Doenças Infecciosas

Abstract: 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. This study aimed to identify 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. The women presented as the main causes of mortality Diabetes Mellitus, Pneumonia and Intestinal Infections. Among the most prevalent causes of morbidity, there are the Circulatory Diseases, Respiratory Diseases and Infectious Diseases. The results here show the main causes of morbidity and mortality among the elderly are the Circulatory presented, Respiratory Diseases and the Infectious and Parasitic Diseases these 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.

Key words: Aging; Circulatory Diseases; Respiratory Diseases; Infectious Diseases

Recebido em 15/07/2016

Aprovado em: 21/10/2016



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).

O envelhecimento da população traz à tona a discussão do que é ser idoso. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define 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 condições dessa sobrevida. 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 frequente 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, o estudo apresenta 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, tendo em vista a relevância de conhecer as causas de morbidade e mortalidade segundo sexo e idade, permitindo 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.

Com isso objetivou-se objetivo identificar as principais causas de morbi-mortalidade, entre homens e mulheres com 60 anos ou mais, residentes no Estado da Paraíba.

MATERIAL E MÉTODOS

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. 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 et al. (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.

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.

Instrumento

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 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).

Coleta de dados

Os dados foram coletados 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.

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.

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.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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 para homens e 18,4 para mulheres), seguidas

das Doenças Cerebrovasculares (21 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) e câncer de pulmão (razão igual a 2) 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 (razão igual a 6,3) e câncer de pulmão (razão 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	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Doenças Isquêmicas do Coração	7,4	6,3	7,1	5,7	13,2	12,3	21	18,4
Doenças Cerebrovasculares	11,8	13	11,2	12,9	16,8	18,5	21	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 comentam 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 aos serviços básicos 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 relacionado 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 supracitados 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) e câncer de pulmão (razão igual a 2). 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 esta 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 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 às 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 et al. (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, 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 et al. (2007) mostra que sujeitos temem que, ao buscar um serviço médico para saber se a sua saúde vai bem, possa 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 prevenir.

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 e câncer de pulmão - razão igual a 2) 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 pelo 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 entre os sexos foi verificado 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. Em 2002, o número de vítimas ultrapassou pela primeira vez 3.500. A maior parte dos casos acontece nessa época – julho e agosto – por conta de serem os meses de chuvas. Os motivos que 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. Não é o único motivo, 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. O clima e doenças correlatas são outros fatores citados como causa de pneumonia.

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 consequência, 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) maior que o feminino (82,5) em 2009. E as doenças que apresentaram um aumento significativo na série histórica foram a 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 nessas conclusões, que foram tais patologias que tiveram um aumento evidenciado e consequentemente 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).

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).

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	
	Homem (f)	Mulher (f)	Homem (f)	Mulher (f)	Homem (f)	Mulher (f)	Homem (f)	Mulher (f)	Homem (f)	Mulher (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	0,5	0,1	0,5	0,4	1,2	0,7	2,9	0,5		

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 diagnóstico 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 frequência, 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 com 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).

A taxa de morbidade apresentou 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 63% 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 (40% em homens e 60% 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 foram as Lesões 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 solidão 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.

CONCLUSÕES

O número de idosos vem aumentando no Estado da Paraíba, associado a este aumento há um incremento no número de morbidades da população e das taxas de mortalidade, acompanhando as transições sócio demográficas brasileira. As principais taxas de mortalidade nos homens foram em ordem decrescente: Cirrose e Doença Crônica do Fígado, seguido de Acidentes de Transportes e Câncer de Pulmão (e nas mulheres foram em ordem decrescente: Diabetes Mellitus, Pneumonias e em seguida as Infecções Intestinais).

Ao comparar as causas de morbidade entre os sexos foram as mesmas causas encontradas na comparação entre a faixa etária, na qual foram as Doenças circulatórias representando, as Doenças Respiratórias e em seguida das Doenças Infecciosas e Parasitárias.

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.

REFERÊNCIAS

- 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. *Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. 2a ed., p. 311-30, São Paulo, Atheneu, 2002.
- ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q.; VASCONCELOS, M. E. L.; CARVALHO, M. S.; VASCONCELOS, A. G. G.; FONSECA, T. C. O.; LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. 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.; COELI, C. M.; COSTA, M. C. E. DA; CARDOSO, V. da S.; TOLEDO, A. L. A. de; FERNANDES, C. R. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. *Caderno de saúde pública*. v.20, n.6, p. 1617-26, 2004.
- 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.
- _____. 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. “Odontogeriatrics: prepare-se para o novo milênio”, 19 o 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 Veranópolis: 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.; PY L.; NERI A.L.; CANÇADO F.A.X.; GORZONI M.L.; ROCHA S.M. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2002. p.496-501.
- 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. A.; ROUBENOFF, R.; WOOD, M.; FRONTERA, W. R.; EVANS, W. J.; FIATARONE SINGH, M. A.. Anthropometric assessment of 10-y changes in body composition in the elderly. *Am J Clin Nutri*. v. 80, p. 475-482, 2004.
- ISHITANI, L. H.; FRANCO, G. da C.; PERPETUO, I. H. O.; FRANÇA, E. 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.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. 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.; GUERRA, H. L.; BARRETO, S. M.; GUIMARAES, R. M. 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.; MATOS, D. L.; GIATTI, L.; AFRADIQUE, M. E.; PEIXOTO, S. V.; LIMA-COSTA, M. F. 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. DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; SANTOS, J. L. F. Fatores de risco para mortalidade em idosos. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 2006.
- MANSUR, A. P.; SOUZA, M. de E F. M. de; TIMERMAN, A.; AVAKIAN, S. D.; ALDRIGHI, J. M.; RAMIRES, J. A. F. Tendência do risco de morte por doenças circulatórias, cerebrovasculares e isquêmicas do coração em treze Estados do Brasil, de 1980 a 1998. *Arq. Brasileiro de Cardiologia*. São Paulo, v. 87, n.5, 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.; GUSMÃO, J. L. de; FARO, A. C. M.; LEITE, R. de C. B. DE O. 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). 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. *Geriatrics: 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.
- 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.; MASCARENHAS, C. H. M.; COSTA, A. N. da; LESSA, R. S. 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; SZWARCOWALD, 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. ALENCAR, A. P.; MALTA, D. C.; MOURA, L.; MANSUR, A. de P. 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.
- SOUZA, R. S. *Anatomia do envelhecimento. Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. 4 ed, p. 35- 42, São Paulo, Atheneu, 2002.
- TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. *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.

TEIXEIRA, M. da G.; MEYER, M. de A.; COSTA, M. da C. N.; PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. 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.

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. *Ciê 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.

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, 2002: reducing risks, promoting healthy life. NLM Classification: WA. Geneva, v.540, n.1.