

## **HETEROGENEIDADE NAS CAUSAS DE MORTE DA POPULAÇÃO IDOSA DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL**

*Tamires Carneiro de Oliveira Mendes<sup>a</sup>*

<https://orcid.org/0000-0002-7254-4096>

*Kenio Costa Lima<sup>b</sup>*

<https://orcid.org/0000-0002-5668-4398>

### **Resumo**

Este artigo ecológico propõe-se a analisar os diferenciais na escala de prioridades das causas de morte entre a população idosa do Nordeste do Brasil, no período de 2001 a 2015, conforme três grupos etários: 60 a 69 anos (sexagenários), 70 a 79 anos (septuagenários) e 80 anos ou mais (longevos). Foram utilizados os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e as causas de óbito foram analisadas descritivamente pela mortalidade proporcional. Sendo assim, registraram-se 2.461.383 óbitos, sendo a maior parte entre longevos (44,2%), no ambiente hospitalar (55,5%), entre homens (50,8%), de cor parda (49,0%), casados (37,1%) e sem nenhum ano de estudo (34,5%). As doenças cardiovasculares representaram a maior taxa de óbitos com mais de 30% em todos os grupos. Entre os sexagenários e septuagenários, a ordem de prioridades segue com as neoplasias, causas mal definidas, doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais e doenças do aparelho respiratório. Já entre os longevos, a escala é seguida pelas causas mal definidas, doenças do aparelho respiratório, neoplasias e doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais. Portanto, infere-se que os idosos longevos demandam uma atenção diferenciada dos outros idosos, sobretudo quanto à prevenção e ao tratamento das doenças respiratórias, bem como uma melhor determinação da causa básica nas declarações de óbito.

**Palavras-chave:** Idoso. Mortalidade. Causas de morte. Sistemas de informação.

<sup>a</sup> Odontóloga. Mestre e. Doutora em Saúde Coletiva Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: tamires.carneiro@ufrn.br

<sup>b</sup> Odontólogo. Mestre em Odontologia Social. Doutor em Ciências (Microbiologia Médica). Professor Titular na Universidade Federal do Rio Grande do Norte nos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva e em Ciências da Saúde. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: limke@uol.com.br

**Endereço para correspondência:** Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Av. Sen. Salgado Filho, 1787, Lagoa Nova, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. CEP: 59056-000. E-mail: tamires.carneiro@ufrn.br

HETEROGENEITY IN THE CAUSES OF DEATH AMONG OLDER  
ADULTS IN NORTHEASTERN BRAZIL

**Abstract**

This ecological study analyzes the differences in the scale of priorities of causes of death among older adults in Northeastern Brazil, from 2001 and 2015, according to three age groups: 60 to 69 years (sexagenarian), 70 to 79 years (septuagenarian), and 80 years or older (old-old). Data were collected from the Brazilian Mortality Information System (SIM) and analyzed descriptively by proportional mortality. A total of 2,461,383 deaths were recorded, most were old-old adults (44.2%), who died in the hospital environment (55.5%), men (50.8%), brown (49.0%), married (37.1%) and illiterate (34.5%). Cardiovascular diseases accounted for the highest rate of death, with more than 30% in all groups. Among the sexagenarian and septuagenarian, the order of priorities follows with neoplasms, ill-defined causes, endocrine, metabolic and nutritional diseases, and respiratory diseases. Among the old-old, the scale is followed by ill-defined causes, respiratory diseases, neoplasms and endocrine, metabolic and nutritional diseases. This suggests that the old-old adults require specific attention from the other older population, especially regarding the prevention and treatment of respiratory diseases, as well as better determination of the underlying cause in death certificates.

**Keywords:** Aged. Mortality. Cause of death. Health information systems.

HETEROGENEIDAD EN LAS CAUSAS DE MUERTE DE ANCIANOS EN EL  
NORDESTE DE BRASIL

**Resumen**

Este estudio ecológico se propone analizar las diferenciales en la orden de prioridades de las causas de muerte en la población anciana del Nordeste de Brasil, en el período de 2001 a 2015, según tres grupos de edad: 60 a 69 años (sexagenarios), 70 a 79 años (septuagenarios) y 80 años o más de edad (longevos). A partir de datos del Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM), las causas de muerte fueron analizadas descriptivamente por la mortalidad proporcional. Así se registraron 2.461.383 muertes, la mayoría en personas de 80 años o más (44,2%), en ambiente hospitalario (55,5%), entre hombres (50,8%), pardos (49,0%), casados (37,1%) y sin ningún año de estudio (34,5%). Las enfermedades cardiovasculares representan la mayor tasa de muertes, con más de 30% en todos los grupos. Entre los sexagenarios y septuagenarios, el orden de

prioridades sigue con las neoplasias, causas mal definidas, enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales, y enfermedades del aparato respiratorio. Ya en los longevos, la escala es seguida de las causas mal definidas, enfermedades del aparato respiratorio, neoplasias y enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales. Por tanto, se observa que los ancianos longevos demandan una atención diferenciada que los otros ancianos, especialmente en cuanto a la prevención y tratamiento de las enfermedades respiratorias, así como una mejor determinación de la causa básica en las declaraciones de defunción

**Palabras clave:** Anciano. Mortalidad. Causas de muerte. Sistemas de información.

## INTRODUÇÃO

A mortalidade é um dos principais instrumentos para a mensuração das condições de vida, possibilitando identificar os problemas de saúde pública, definir a escala de prioridades de atenção e avaliar os recursos disponíveis. Nesse contexto, a mortalidade é um indicador de saúde de grande relevância no planejamento e administração de ações, programas e estratégias em saúde, contribuindo para o alcance de resultados promissores, bem como salvar vidas no futuro<sup>1</sup>.

Entre as estatísticas de mortes, diversas abordam a população idosa, a qual, no ano de 2004, concentrou 51% dos óbitos no mundo e 59% no Brasil<sup>2,3</sup>. Sendo assim, os idosos exercem grande influência sobre o perfil de mortalidade populacional e, por conseguinte, sobre a situação de saúde, efeito que tende a aumentar devido ao intenso processo de envelhecimento da população observado no Brasil, sobretudo por conta do percentual de 62,5% dos óbitos atribuídos aos indivíduos de 60 anos ou mais, no ano de 2011<sup>4</sup>.

No entanto, esse envelhecimento se apresenta de forma polarizada entre as macrorregiões brasileiras, nas quais o Sul, Sudeste e Centro-Oeste representam um estágio mais avançado que o Norte e Nordeste. Enquanto nas duas primeiras a expectativa de vida ultrapassa os 78 anos, no ano de 2018, no Norte e Nordeste se espera viver até os 72,6 e 73,6 anos, respectivamente. O Centro-Oeste aparece em situação intermediária (75,6 anos). Essa variação é explicada por diferenças sociais e econômicas, vinculadas ao processo histórico de desenvolvimento, industrialização e urbanização de cada região<sup>5,6</sup>.

Vale destacar que, apesar da proporção de indivíduos que atingem a idade idosa apresentarem valores medianos menores em estados do Nordeste em comparação a outras macrorregiões, esses idosos detêm, além disso, os maiores pesos de participação relativa de longevos (80 anos ou mais de idade) na população total de idosos (15,9% para o total do

Nordeste em 2010), indicador denominado sobre-envelhecimento<sup>7</sup>. Assim, o Nordeste rompe com as estatísticas e se mostra contraditório em função do maior sobre envelhecimento em meio à realidade de privação e desigualdade de recursos socioeconômicos.

As alterações que constituem e afetam o processo de envelhecimento se apresentam em uma cadeia complexa que, ademais, varia entre os indivíduos. Nesse sentido, a heterogeneidade em saúde se revela como uma marca dos idosos, sendo parte dessa diversidade de características atribuída à idade cronológica, que detém uma grande amplitude nesse grupo e torna necessário olhar para os idosos a partir das diferentes faixas etárias, desde os mais jovens aos mais longevos<sup>8,9</sup>. Desde a idade que marca o início da faixa etária idosa (60 anos), encontramos indivíduos que vivem até os 122 anos, portanto, com mais da metade do curso da vida classificado como pessoa idosa, conforme o recorde de idade registrado pelo Guinness World Records<sup>ca</sup>.

Sendo assim, este artigo tem como objetivo analisar a mortalidade da população idosa da região Nordeste do Brasil, no período de 2001 a 2015, sob a perspectiva da sua heterogeneidade, dividindo-a em três faixas etárias: 60 a 69 (sexagenários ou idosos mais jovens), 70 a 79 (septuagenários) e 80 anos ou mais de idade (octogenários, longevos ou sobreenvelhecidos). Essa análise possibilita identificar a escala de prioridades das causas de morte da população idosa, auxiliando a tomada de decisão no planejamento em saúde.

## MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo é um estudo cuja referência temporal é de corte transversal, analisando o período de 2001 a 2015. Quanto à posição do investigador, é observacional, pois o fenômeno é apenas observado, sem intervenções. Ademais, toma-se o agregado de base territorial da região Nordeste, como tipo operativo, caracterizando-o como estudo ecológico.

O Nordeste, composto por nove estados e 1.794 municípios, é a terceira maior região do país, abrangendo 18,2% do território brasileiro. Destaca-se também a concentração populacional da região, sendo a segunda maior do Brasil. No Censo demográfico realizado em 2010, foram contabilizados 53.081.950 indivíduos residentes na região em questão, sendo 5.456.177 indivíduos de 60 anos ou mais (10,3% da população total). Entre os idosos, são 53,4% com 60 a 69 anos, 30,7% com 70 a 79 anos e 15,9% com 80 anos ou mais de idade.

As variáveis do estudo são dados agregados da região Nordeste. Inicialmente, realizou-se uma análise descritiva da população analisada por meio de frequências absolutas e relativas, o que possibilitou a caracterização desse grupo em relação às variáveis de nível

<sup>c</sup> Disponível em: <http://www.guinnessworldrecords.com/world-records/oldest-person>

individual obtidas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade: sexo; raça/cor; estado civil; escolaridade e local de ocorrência do óbito.

As causas básicas de óbito foram agrupadas conforme os capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão (CID-10) e analisadas descritivamente, sendo os dados ausentes desconsiderados. Para cada grupo de idade, calculou-se a Mortalidade Proporcional da Região Nordeste a partir da razão do número de óbitos devido a uma causa no período de 2001 a 2015 e a relação total de óbitos na mesma área e período, multiplicando-se por cem<sup>10</sup>. Por meio desse dado percentual, é possível identificar claramente as principais causas de óbito e observar as diferenças na escala de prioridades entre as faixas etárias analisadas.

## RESULTADOS

No período de 2001 a 2015, foram registrados 2.461.383 óbitos em idosos na região Nordeste, correspondendo a 24,7% do valor nacional. Entre os óbitos observados, infere-se que a maior parte se deu em indivíduos longevos (1.089.234 ou 44,2%), seguidos dos septuagenários (772.119 ou 31,4%) e idosos mais jovens (600.030 ou 24,4%). Na **Tabela 1**, apresenta-se a caracterização da população de idosos total e dividida nas três faixas etárias em questão quanto às características individuais e ao local de ocorrência do falecimento.

Desconsiderando-se os dados ausentes, observam-se proporções semelhantes de homens e mulheres, com uma razão de sexo de 104 homens para cada cem mulheres. No entanto, as diferenças de sexo se revelam ao analisarmos os dados por escalas de idade, nas quais a parcela de homens é maior entre os idosos mais jovens, que detêm uma razão de 132 homens para cada cem mulheres. Com o avançar da idade, a porção de indivíduos do sexo masculino decresce para 113 a cada cem do sexo feminino no grupo de septuagenários, até que tal relação se inverte entre os idosos longevos, com 85 homens a cada cem mulheres.

A raça/cor parda prevalece em óbitos da população idosa total e nas suas subdivisões, porém sua importância diminui conforme a idade. Enquanto os idosos pardos têm uma carga de óbitos de 30% a mais que os brancos nas idades mais jovens, estes gradualmente atingem idades mais avançadas e essa diferença reduz para 10,9% nas mortes aos 80 anos ou mais de idade. Observa-se, ainda, uma menor representatividade da raça/cor preta, com 7,6% do total de óbitos em idosos e uma pequena variação nas três faixas etárias estudadas.

No que diz respeito ao estado civil, os indivíduos casados correspondem a maior parte dos óbitos na população idosa, seguidos dos viúvos e solteiros. Os três subgrupos de idade são semelhantes quanto à última categoria, com proporções de cerca de 21%. Entre os

idosos mais jovens e septuagenários, os casados detêm mais de 40% das mortes e declinam para 27,2% no grupo de longevos, dando lugar aos indivíduos viúvos (39,3%), que aumentam sua proporção substancialmente com o avançar da idade.

**Tabela 1** – Caracterização da população idosa total e dividida nas faixas etárias de 60-69, 70-79 e 80 anos ou mais, que faleceu no período de 2001 a 2015 no Nordeste do Brasil. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil – 2019.

Categorias	Idosos (total)	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos ou mais	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Sexo	Masculino	1.249.487 (50,8)	341.007 (56,8)	408.886 (52,9)	499.594 (45,9)
	Feminino	1.211.541 (49,2)	258.934 (43,1)	363.126 (47,0)	589.481 (54,1)
	Ignorado	355 (0)	89 (0)	107 (0)	159 (0)
Raça/Cor	Branca	741.546 (30,1)	143.336 (23,9)	221.730 (28,7)	376.480 (34,6)
	Preta	186.606 (7,6)	52.390 (8,7)	60.063 (7,8)	74.153 (6,8)
	Amarela	8.823 (0,4)	1.888 (0,3)	2.770 (0,4)	4.165 (0,4)
	Parda	1.206.377 (49,0)	323.472 (53,9)	387.306 (50,2)	495.599 (45,5)
	Indígena	4.259 (0,2)	1.013 (0,2)	1.259 (0,2)	1.987 (0,1)
	Ignorado	313.772 (12,7)	77.931 (13,0)	98.991 (12,8)	136.850 (12,6)
Estado Civil	Solteiro	529.432 (21,5)	135.538 (22,6)	157.231 (20,4)	236.663 (21,7)
	Casado	912.362 (37,1)	289.393 (48,2)	326.857 (42,3)	296.112 (27,2)
	Viúvo	681.032 (27,7)	75.795 (12,6)	177.392 (22,9)	427.845 (39,3)
	Separado judicialmente	45.562 (1,8)	20.251 (3,3)	15.557 (2,0)	9.754 (0,9)
	Outro	29.662 (1,2)	10.046 (1,7)	9.968 (1,3)	9.648 (0,9)
	Ignorado	263.333 (10,7)	69.007 (11,5)	85.114 (11,0)	109.212 (10,0)
Escolaridade	Nenhuma	850.229 (34,5)	158.331 (26,4)	251.238 (32,5)	440.660 (40,5)
	1 a 3 anos	459.278 (18,7)	122.241 (20,4)	151.003 (19,6)	186.034 (17,1)
	4 a 7 anos	203.155 (8,2)	63.235 (10,5)	66.504 (8,6)	73.416 (6,7)
	8 a 11 anos	96.685 (3,9)	33.421 (5,6)	30.349 (3,9)	32.915 (3,0)
	12 anos e mais	50.631 (2,1)	17.934 (3,0)	16.108 (2,1)	16.589 (1,5)
	Outros	15 (0)	1 (0)	10 (0)	4 (0)
	Ignorado	801.390 (32,6)	204.867 (34,1)	256.907 (33,3)	339.616 (31,1)
Local de ocorrência	Hospital	1.365.706 (55,5)	382.594 (63,8)	460.255 (59,6)	522.857 (48,0)
	Outro estab. de saúde	29.433 (1,2)	8.725 (1,4)	9.680 (1,2)	11.028 (1,0)
	Domicílio	986.300 (40,1)	176.281 (29,4)	277.026 (35,9)	532.993 (48,9)
	Via pública	33.504 (1,4)	16.507 (2,7)	10.640 (1,4)	6.357 (0,6)
	Outros	35.293 (1,4)	13.109 (2,2)	11.064 (1,4)	11.120 (1,0)
	Ignorado	11.147 (0,4)	2.814 (0,5)	3.454 (0,5)	4.879 (0,5)

Fonte: Elaboração própria

O nível de escolaridade da maior parte dos idosos que faleceram no período observado se revela extremamente baixo, com 51,2% dos dados válidos correspondentes a nenhum ano de estudo. Nas três faixas etárias de estudo, a escolaridade diminui com o avançar da idade, partindo de 71,0% de idosos mais jovens com zero a três anos de estudo para 78,1% dos septuagenários e 83,6% dos longevos.

Com relação ao local de ocorrência, 95,6% do total de falecimentos ocorreram no hospital ou em domicílio, com predominância do primeiro. Essa variável, cujo indicador é o nível de acesso e tipo de assistência à saúde, mostra que o cuidado hospitalar é maior entre os idosos mais jovens, diminuindo com o avançar da idade, conseqüentemente, o ambiente domiciliar se configura como o local mais comum de falecimento dos longevos, em detrimento dos hospitais.

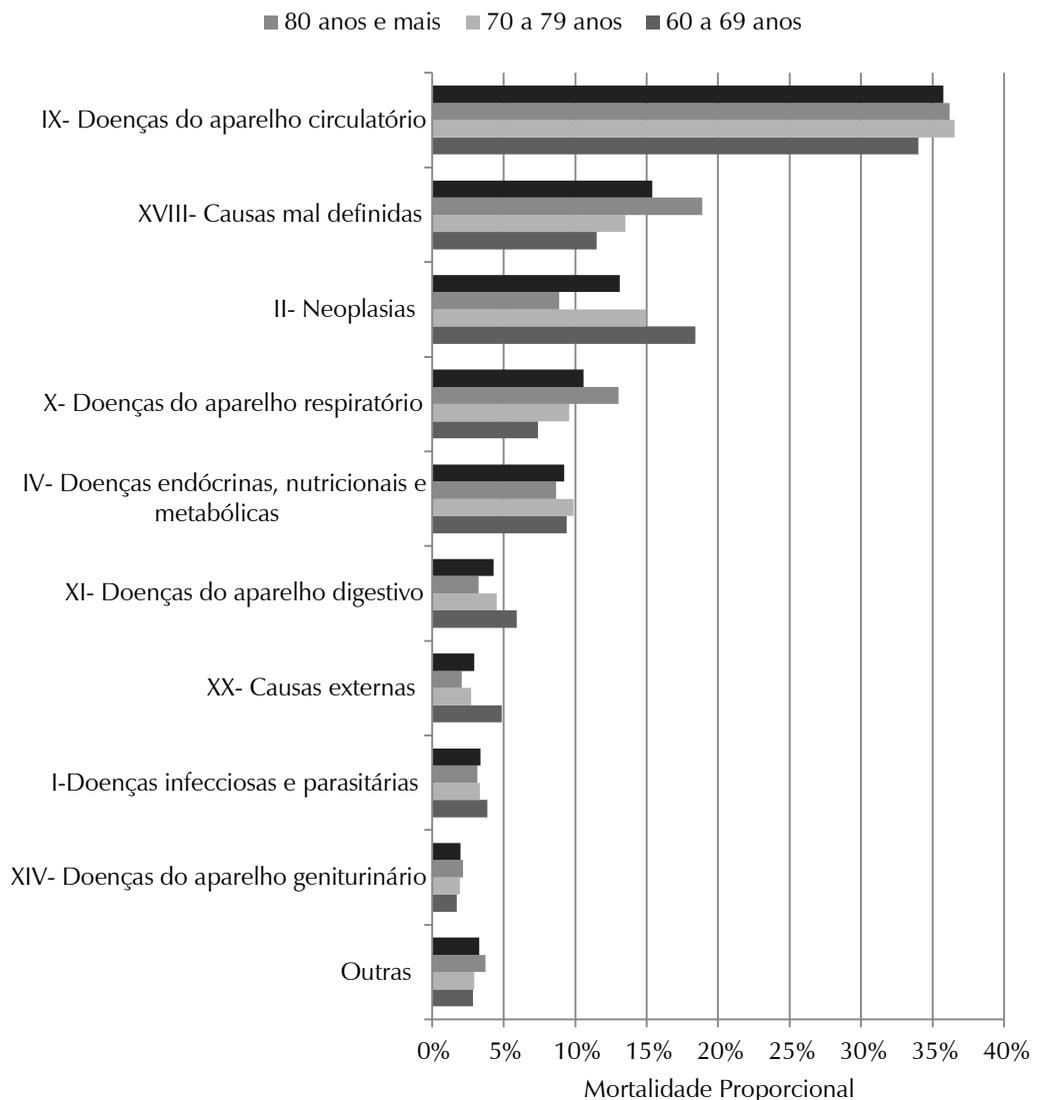
À exceção do sexo, destaca-se a perda de informação nas variáveis que tratam da identificação do indivíduo. As falhas no preenchimento da Declaração de Óbito atingem principalmente a variável escolaridade, com 32,6% de dados ignorados, seguida da raça/cor (12,7%) e estado civil (10,7%).

A respeito das causas de morte, a **Figura 1** expressa os valores de mortalidade proporcional ordenados segundo a escala de prioridades para cada faixa etária analisada. As doenças com maior carga de mortalidade em idosos se referem àquelas do aparelho circulatório, correspondendo a mais de 30% dos óbitos em todos os grupos de idade observados, sendo ainda mais expressiva entre os idosos de 70 a 79 anos (36,5% dos óbitos). No entanto, os diferenciais na escala de prioridades por faixa etária se manifestam como a segunda maior causa de morte, representada pelas neoplasias para os idosos mais jovens e septuagenários, e pelas causas mal definidas para os longevos.

As neoplasias e as causas mal definidas apresentam evolução em sentidos inversos ao longo das faixas etárias. As primeiras apresentam maior carga de óbitos entre os idosos sexagenários, com valor de mortalidade proporcional de 18,4%, e decrescem nos grupos de maior idade, chegando à metade dessa proporção entre os longevos (8,9%). Já as causas mal definidas representam 15,4% dos óbitos na população total de idosos e demonstram um aumento da carga de mortalidade com o avançar da idade, atingindo 18,9% entre os indivíduos de 80 anos ou mais.

Detalhando o capítulo XVIII da CID-10, temos que, entre os 378.963 óbitos de idosos por causas mal definidas, 66,6% correspondem aos óbitos sem assistência médica, sendo os indivíduos de 60 a 69 anos a parcela da população idosa com a menor proporção (63,1%). Apenas 3,3% dos óbitos referentes ao capítulo XVIII foram registrados como decorrentes do próprio envelhecimento, os quais estão concentrados no grupo de indivíduos longevos (92,2% das mortes por senilidade). Quanto aos 30,0% dos óbitos por causas mal definidas remanescentes, esses óbitos foram classificados entre o restante dos sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, obtendo uma maior carga na faixa etária de idosos longevos.

**Figura 1** – Óbitos de idosos conforme idade e causas na região Nordeste, 2001-2015. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil – 2019.



Fonte: Elaboração própria

A quarta causa de óbito mais importante na população total de idosos diz respeito às doenças do aparelho respiratório, com um valor de mortalidade proporcional de 10,6%. Todavia, esse capítulo contém expressivas diferenças na carga de óbitos entre as faixas etárias, sendo a terceira maior causa de morte entre os longevos (13,0%) e a quinta entre os septuagenários e sexagenários (9,6% e 7,4%, respectivamente). Já as doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais apresentam valores de mortalidade proporcional semelhantes entre as faixas etárias (cerca de 9%).

Quanto às doenças do aparelho digestivo, que representam a sexta maior causa de morte no total de idosos e nas suas faixas etárias, observa-se uma evolução em sentido inverso ao das doenças do aparelho respiratório. As cargas de óbitos atribuídas àquela diminuem continuamente com o avançar da idade, passando de 5,9% entre os idosos de 60 a 69 anos para 3,2% entre os de 80 anos ou mais.

Entre os capítulos com os menores valores de mortalidade proporcional em idosos, temos que as causas externas, as doenças infecciosas e parasitárias também diminuem em grupos de maior idade. O primeiro apresenta variações entre as faixas etárias, com decréscimo de 4,8% em idosos mais jovens para 2,1% em longevos, ao passo que as doenças infecciosas e parasitárias variam apenas 0,7% entre os idosos. Na categoria “Outras”, foram agrupadas as doenças com proporção inferior a 2%, que demonstram uma maior proporção de óbitos entre os indivíduos longevos.

## **DISCUSSÃO**

O olhar para a população de idosos de forma desagregada em três faixas etárias propiciou captar a variabilidade presente nesse segmento. Observa-se que as cinco principais causas de morte são semelhantes entre os subgrupos e respondem por 84,1% dos óbitos da população idosa total, estando de acordo com o avanço do processo de transição epidemiológica, no qual há maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e maior carga de óbitos entre os mais idosos<sup>11</sup>. Em ordem decrescente da escala de prioridades, as principais causas dizem respeito às doenças do aparelho circulatório, causas mal definidas, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais. Com exceção das doenças do aparelho circulatório, que ocupam a primeira posição sempre, há variações na ordem de algumas causas dos idosos longevos em comparação aos outros segmentos.

Entre os indivíduos de 80 anos ou mais, as causas mal definidas e as doenças do aparelho respiratório se destacam na segunda e terceira posições, respectivamente, em detrimento das neoplasias e doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais. Já nos idosos de 60 a 69 e 70 a 79 anos de idade, as neoplasias representam a segunda causa mais importante de óbito, seguidas das causas mal definidas, doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, e doenças do aparelho respiratório. Diante disso, infere-se que os idosos longevos demandam uma atenção diferenciada da população de idosos em geral, sobretudo no que se refere à implementação de políticas públicas voltadas à prevenção e tratamento das doenças respiratórias, bem como uma melhor determinação da causa básica nas declarações de óbito.

Em contrapartida, os óbitos em idosos de 60 a 69 anos também suscitam uma especial atenção por parte das políticas públicas, já que ocorrem em idades inferiores ao da expectativa de vida. Se considerarmos o período a mais esperado que um idoso de 60 anos viva, um óbito nessa idade significa uma perda de potenciais 22,5 anos de sobrevivência no Brasil e 21,4 anos no Nordeste, segundo a esperança de vida em 2018, caracterizando uma mortalidade precoce<sup>12</sup>. Sendo assim, os óbitos em idosos mais jovens devem ser vistos como de grande relevância no planejamento em saúde com vistas a redução das mortes evitáveis, o qual se torna mais eficaz se norteado pelo delineamento do perfil epidemiológico.

As causas mal definidas representam um importante problema na qualidade das informações observadas. A dificuldade na determinação da causa do óbito afeta principalmente a população de 80 anos ou mais de idade, cuja proporção do capítulo em questão foi de 18,9% das mortes em todo o Nordeste, enquanto o ideal, estabelecido para a população total, é não ultrapassar a margem entre 7% e 10%<sup>13</sup>. A lacuna deixada pelo desconhecimento da causa básica de tamanho percentual de óbitos afeta o planejamento em saúde, já que a informação é um instrumento essencial e fator desencadeador da tríade informação, decisão e ação<sup>14</sup>.

Essa alta carga de causas mal definidas observada entre os longevos pode ser influenciada pela maior frequência de óbitos em domicílio nessa faixa etária (48,9%). Com relação à existência do programa de atenção domiciliar do Sistema Único de Saúde e da priorização da assistência aos idosos de 80 anos ou mais de idade, que no Brasil recebem 85% mais atendimentos que os idosos de 60 e 65 anos, acredita-se que o cuidado domiciliar limita o acompanhamento médico mais próximo do que se daria em ambiente hospitalar para compreender a causa do óbito. Contudo, esse programa é benéfico à população idosa e deve ser incentivado por apresentar vantagens quanto ao potencial de ampliar o acesso dos indivíduos com incapacidades aos serviços, humanizar o cuidado e fortalecer o vínculo das equipes de saúde com a população, além de evitar quadros de complicações clínicas decorrentes de internações hospitalares<sup>15</sup>. Por produzir consequências negativas à saúde do idoso, como diminuição da capacidade funcional, da qualidade de vida e aumento da fragilidade, a hospitalização deveria ser indicada somente quando esgotadas as outras opções de cuidado<sup>16</sup>.

Entre os problemas que afetam a qualidade das informações, salientam-se: a falta de capacitação e alta rotatividade dos profissionais que trabalham com o SIM; a dificuldade de acesso e fixação do profissional médico, levando à emissão de Declaração de Óbito (DO) pelos cartórios e sua classificação como óbito sem assistência médica; o sepultamento sem exigência de documento em cemitérios não oficiais; a dificuldade de controle da ocorrência dos eventos devido à grande extensão da zona rural; e a não incorporação da busca ativa e análise de

óbitos com problemas na determinação da causa. Além disso, características do falecido, da causa do óbito e do atestante podem determinar falhas na acurácia da DO. A capacitação dos profissionais médicos e gestores deve, então, realizar uma ampla discussão sobre a importância das estatísticas de mortalidade e o adequado preenchimento da DO, bem como é importante promover a educação continuada e uma maior vigilância sobre a qualidade das informações<sup>13,16</sup>.

Mesmo quando feito o registro do óbito, encontramos falhas no preenchimento das DO quanto às características individuais dos falecidos. O grau de escolaridade constitui o campo de maior dificuldade de preenchimento, cujo percentual de dados “em branco” chegou a 32,6% no total dos idosos observados. Além disso, chama atenção nessa variável o elevado percentual de indivíduos que não completaram sequer um ano de estudo (34,5%). A baixa escolaridade se agrava com o avançar da idade, possibilitando uma compreensão de que os menos escolarizados têm maior sobrevivência, contraditória ao modelo teórico dos Determinantes Sociais da Saúde<sup>17</sup>. Na verdade, essa menor escolaridade entre os idosos mais longevos pode ser justificada pela dificuldade de acesso desses idosos ao sistema educacional no passado, em todo o Brasil. Foi apenas no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX que o ensino na infância começou a ser incentivado e, portanto, os atuais idosos longevos se beneficiaram menos das políticas educacionais<sup>18</sup>.

A importância das doenças cardiovasculares no perfil epidemiológico é compatível com a realidade mundial, responsáveis por 30% de todas as mortes por causa conhecida<sup>19</sup>. Apesar do decréscimo que essas doenças vêm apresentando nas taxas de mortalidade da população total no Brasil e no mundo em decorrência de medidas preventivas, ainda persiste uma tendência crescente quando se trata do segmento de idosos, com um aumento de 53,7% do número global de mortes entre 1990 e 2016 para os indivíduos com 70 anos ou mais de idade, segundo o *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016*<sup>1,20</sup>. Parte desse aumento no Brasil pode estar relacionada ao paralelo declínio das taxas de óbitos por causas mal definidas, dado que a maioria delas, que são mais frequentes em idosos, tem as doenças do aparelho circulatório como provável causa<sup>21</sup>.

Assim como ocorre na maioria dos países, as neoplasias representam a segunda causa de morte em relação às causas conhecidas no Nordeste em geral. No entanto, sua importância é menor entre os idosos longevos, ocupando apenas a quarta posição, devido à maior taxa de óbitos por causas mal definidas e doenças respiratórias nesse grupo. Tendo em vista a longevidade populacional e que o envelhecimento constitui o principal fator de risco para o desenvolvimento das neoplasias, as neoplasias têm apresentado uma tendência de crescimento na população, estimando-se que em breve ultrapassará as doenças do aparelho circulatório em

países desenvolvidos. Apesar da relevância, ainda é limitado o acesso dos pacientes idosos aos serviços de saúde de qualidade, inclusive para prevenção, informação e rastreamento clínico<sup>20,22</sup>.

As doenças respiratórias também constituem um ponto divergente do padrão epidemiológico dos longevos com relação às outras faixas etárias. Enquanto representam a terceira maior causa de morte dessa população, em perfis dos sexagenários e septuagenários elas ocupam a quinta posição. Essa tendência de aumento com o avanço da idade está alinhada com a maior susceptibilidade fisiológica e imunológica às doenças respiratórias, decorrentes da perda de elasticidade dos pulmões, movimento ciliares reduzidos, prejuízo no reflexo da tosse e redução na superfície de respiração pela dilatação e diminuição do número de alvéolos<sup>23</sup>. Tais alterações são ainda mais encontradas em indivíduos acamados, sobretudo entre idosos de 80 anos ou mais de idade, ratificando a necessidade de maior atenção para as doenças respiratórias nesse grupo etário<sup>24</sup>.

A vacinação contra influenza é considerada uma das principais intervenções para a prevenção de doenças respiratórias, reduzindo as internações hospitalares e o agravamento da gripe para a pneumonia ou morte. Entretanto, ainda é necessário elaborar estratégias para a maior adesão dos idosos às campanhas de vacinação, bem como o desenvolvimento de vacinas mais eficazes para o público idoso e adaptadas a um calendário que considere as variações regionais de sazonalidade<sup>23,25</sup>.

Diferenças entre as faixas etárias foram encontradas também com relação às doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, que representam a quinta causa de morte para os idosos de 80 anos ou mais de idade, mas produzem um maior efeito entre idosos de 60 a 69 anos e 79 a 79 anos (quarta maior carga de óbitos). Neste capítulo, destaca-se a diabetes melito, que representa uma epidemia mundial e tem o Brasil como quarto país em número de casos no mundo. Nesse contexto, a região Nordeste apresenta um quadro ainda mais grave por ter uma das maiores taxas de mortalidade do Brasil, ilustrando uma iniquidade regional, dado que a maioria das complicações agudas podem ser evitadas. Essa realidade está vinculada às desigualdades demográficas, socioeconômicas, de recursos e de cobertura dos serviços de saúde pública, que levam a um menor conhecimento sobre essa doença e os cuidados necessários, bem como a uma menor qualidade em processos de diagnóstico, tratamento continuado e atendimento das crises agudas<sup>26</sup>.

Entre os outros capítulos CID-10, que apresentaram menor expressão como causa básica dos óbitos estudados (15,9% dos óbitos), sabe-se que as causas externas também ocupam a sétima posição na carga de mortalidade entre os idosos do Brasil, enquanto na população em geral é a terceira causa mais importante. T tamanha divergência pode ser explicada pela menor exposição à violência com o avançar da idade, no entanto, na população idosa, preocupa a maior vulnerabilidade às quedas e atropelamentos, que interferem consideravelmente na

capacidade funcional e aumenta o risco de morte<sup>27</sup>. Já a menor representatividade das doenças do aparelho digestivo e as doenças infecciosas e parasitárias, que também são importantes para o padrão sanitário populacional, relaciona-se com a menor letalidade nos dias atuais, dificultando a aferição pelos dados de mortalidade, e sim pelos de morbidade<sup>28</sup>.

Evidencia-se, assim, a limitação em se considerar apenas a mortalidade para compreensão completa do real padrão sanitário de uma população, apesar de constituir uma das principais medidas de saúde. Especialmente na atual conjuntura de envelhecimento populacional, com alta prevalência de doenças crônicas e multimorbidades, uma vida longa não significa vida saudável. Doenças podem estar presentes por muitos anos na vida do indivíduo, prejudicando-o, mas não sendo letal. Portanto, doenças assim não serão bem avaliadas por indicadores de mortalidade. Indicadores de morbidade e que contemplem a qualidade de vida são importantes para melhor conhecer o estado de saúde da população<sup>29</sup>.

À parte disso, há doenças, como a desnutrição, importantes como uma causa consequential ou contribuinte do óbito, não sendo captadas em estudos da causa básica. Portanto, este estudo retrata parcialmente a situação de saúde dos idosos do Nordeste, fazendo-se necessária a complementação com estudos das causas múltiplas de morte (básica, consequenciais e contribuintes) para uma compreensão mais ampla<sup>30</sup>.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este artigo detecta uma variabilidade presente na população idosa em função da idade, cuja população de 80 anos ou mais se diferencia do restante do segmento. As doenças do aparelho circulatório são a maior causa de morte para todos os grupos de idosos, mas as doenças do aparelho respiratório e causas mal definidas se destacam na escala de prioridade dos octogenários, enquanto as neoplasias e doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais são mais relevantes entre os sexagenários e septuagenários. Tal heterogeneidade suscita um olhar diferenciado para o planejamento em saúde da população idosa, devendo-se considerar as peculiaridades dos octogenários. Ademais, destaca-se a necessidade de melhorias na qualidade das informações inseridas na declaração de óbito, especialmente quanto à determinação da causa básica.

### **COLABORADORES**

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes e Kenio Costa Lima.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes e Kenio Costa Lima.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes e Kenio Costa Lima.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes e Kenio Costa Lima.

#### REFERÊNCIAS

1. Naghavi M, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abera SF, et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1151-210.
2. World Health Organization. Framework and standards for country health information systems [Internet]. 2008 [citado em 2015 jan 9]. Disponível em: [http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn\\_framework200803.pdf](http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf)
3. Lima-Costa MF, Peixoto, SV, Matos DL, Firmo JOA, Uchôa E. Predictors of 10-year mortality in a population of community-dwelling Brazilian elderly: the Bambuí cohort study of aging. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(3):360-69.
4. Oliveira TC, Medeiros WR, Lima KC. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(1):85-94.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060 [Internet]. 2018 [citado em 2018 nov 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>
6. Oliveira TC, Medeiros WR, Lima KC. Diferenciais sócio-demográficos da mortalidade de idosos em idades precoces e longevas. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2015;39(2):249-61.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Transformação digital para o SUS [Internet]. 2018 [citado em 2018 fev 22]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br>
8. Beard JR, Bloom DE. Towards a comprehensive public health response to population ageing. *Lancet*. 2015;385(9968):658-61
9. Giacomini K. Contradições do Estado brasileiro ante o envelhecimento do seu povo. *Argumentum*. 2014;6(1):22-33.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Fichas de Qualificação da RIPSa – 2011. Mortalidade [Internet]. 2015 [citado em 2015 jan 20]. Disponível em: [http://fichas.ripsa.org.br/2011/category/mortalidade/?l=pt\\_BR](http://fichas.ripsa.org.br/2011/category/mortalidade/?l=pt_BR)

11. Boccolini PMM, Duarte CMR, Marcelino MA, Boccolini CS. Desigualdades sociais nas limitações causadas por doenças crônicas e deficiências no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(11):3537-46.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas completas de mortalidade [Internet]. 2014 [citado em 2015 fev 11]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2013/default\\_tab.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm)
13. Campos D, Hadad SC, Abreu DMX, Cherchiglia ML, França E. Sistema de Informações sobre Mortalidade em municípios de pequeno porte de Minas Gerais: concepções dos profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(5):1473-82.
14. Minto CM, Alencar GP, Almeida MF, Silva ZP. Descrição das características do Sistema de Informações sobre Mortalidade nos municípios do estado de São Paulo, 2015. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(4):869-80.
15. Wachs LS, Nunes BP, Soares MU, Facchini LA, Thumé E. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(3):1-9.
16. Silva JAC, Yamaki VN, Oliveira JPS, Teixeira RKC, Santos FAF, Hosoume VSN. Declaração de óbito, compromisso no preenchimento. Avaliação em Belém – Pará, em 2010. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;59(4):335-40.
17. Dalghren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
18. Rodrigues MB. Conceitos e práticas educativas nos regimentos escolares no Rio Grande do Norte (1910 – 1930). Natal (RN). Dissertação [Mestrado em Educação] – Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2012.
19. Marques LP, Confortin SC. Doenças do Aparelho Circulatório: Principal Causa de Internações de Idosos no Brasil entre 2003 e 2012. *Rev Bras Saúde*. 2015;19(2):83-90.
20. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(4):599-608.
21. Gai EN, Oliveira GMM, Klein CH. Mortalidade por Insuficiência Cardíaca e Doença Isquêmica do Coração no Brasil de 1996 a 2011. *Arq Bras Cardiol*. 2014;102(6):557-65.
22. Corrêa ERP, Miranda Ribeiro A. Ganhos em expectativa de vida ao nascer no Brasil nos anos 2000: impacto das variações da mortalidade por idade e causas de morte. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(3):1007-17.
23. Gomes AA, Nunes MAP, Oliveira CCC, Lima SO. Doenças respiratórias por influenza e causas associadas em idosos de um município do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(1):117-22.

24. Oliveira TC, Medeiros WR, Lima KC. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(1):85-94.
25. Maia CS, Castanheiras GGR, Montenegro LC, Pimenta AM. Influência da campanha vacinal contra influenza sobre a morbimortalidade de idosos por doenças respiratórias em Minas Gerais, Brasil. *Rev Atenção Saúde.* 2015;13(46):91-8.
26. Klafke A, Duncan RB, Rosa RS, Moura L, Malta DC, Schmidt MI. Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006-2010. *Epidemiol Serv Saúde.* 2014;23(3):455-62.
27. Carmo EA, Souza TS, Nery AA, Vilela ABA, Martins Filho IE. Trend of mortality from external causes in elderly. *J Nurs UFPE.* 2017;11(1):374-83.
28. Pilger C, Lentsk MH, Vargas G, Baratieri T. Causas de internação hospitalar de idosos residentes em um município do Paraná, uma análise dos últimos 5 anos. *Rev Enferm.* 2011;1(3):394-402.
29. Szwarcwald CL, Montilla DER, Marques AP, Damascena GN, Almeida WS, Malta DC. Desigualdades na esperança de vida saudável por Unidades da Federação. *Rev Saúde Pública.* 2017;51(1):1-7.
30. Martins EF, Almeida PFB, Paixão CO, Bicalho PC, Errico LSP. Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(1):1-11.

Recebido: 20.5.2019. Aprovado: 24.5.2022.