

Seção 1

Envelhecimento populacional e saúde dos idosos

As modificações demográficas, epidemiológicas e sociais que o Brasil vem sofrendo nas últimas décadas são profundamente relacionadas. Este é o tema que discutiremos nesta SEÇÃO 1. Por que o Brasil está envelhecendo? Quais são as projeções para as próximas décadas? Quais são as características demográficas e de saúde desta nova população de idosos que surgirá? Já há reflexos sobre o PSF? O que esperar nos próximos anos? De que modo as modificações da estrutura das famílias se relacionam com este processo?

Nosso percurso nesta seção será o seguinte:

Na primeira parte – **Transição demográfica** - discutiremos a trajetória da modificação da estrutura etária da população, do início do século passado até as projeções para o fim do século atual. Você verá que o envelhecimento populacional é uma tendência inexorável e terá uma noção de quão intenso e rápido será este processo. Você aprofundará seus conceitos sobre idosos muito idosos, sobre o predomínio de mulheres dentre os idosos, e sobre as relações familiares de apoio e dependência.

Na segunda parte – **Transição epidemiológica** – você conhecerá as modificações do perfil de morbidade e mortalidade que acompanham a transição demográfica. Conhecerá as características das populações que alcançaram fases avançadas deste percurso e identificará as peculiaridades da transição epidemiológica brasileira.

Em Mortalidade de idosos – **a terceira parte desta seção** – vamos guiá-lo em uma análise dos óbitos no Brasil. Quais são as causas de morte, quais as diferenças entre homens e mulheres e entre os idosos mais jovens e mais velhos? Vamos aprofundar a discussão diferenciando questões de “sexo” e de “gênero”, e vamos nos debruçar sobre os dados relativos às neoplasias, uma importante causa evitável de óbito.

A quarta parte é dedicada a **Análise das internações de idosos**. Você tomará conhecimento de informações recentes sobre as taxas, custos e causas das internações na rede do Sistema Único de Saúde do Brasil, estratificadas por sexo e faixa etária. Desta forma poderemos fazer inferências sobre características da saúde dos idosos e sobre a utilização dos serviços de saúde.

Na PARTE 5, o foco será transferido para a caracterização da **Saúde e doença de idosos residentes na comunidade**. Você compreenderá a importância de complementar nossa análise da transição epidemiológica utilizando dados oriundos de estudos de base populacional. Desta forma aperfeiçoará seus conhecimentos sobre importantes grupos de doenças que não figuram dentre as estatísticas de mortalidade e internações

hospitalares. Estas condições “ocultas” – que incluem problemas como a incontinência urinária, a depressão e a osteoartrose – são causas de piora significativa da qualidade de vida dentre idosos.

Ao final da SEÇÃO 1 você terá uma boa noção da inter-relação entre as transições demográfica, epidemiológica e social. Esperamos que você consiga descrever as principais características da transição demográfica brasileira, seus determinantes e consequências. Você deverá ser capaz de analisar as modificações do perfil de morbidade e mortalidade que vêm ocorrendo no Brasil. Poderá ainda comparar informações de estudos sobre mortalidade, internações e a saúde dos idosos residentes na comunidade com os dados da sua região. Por fim, você identificará, dentro da sua área de abrangência, as demandas de saúde típicas de uma população com proporção crescente de idosos. Essas serão algumas das bases para o planejamento das ações da sua equipe frente às novas demandas que vêm surgindo com o envelhecimento populacional no Brasil.

Mãos a obra!

Parte 1

Transição demográfica

O século XXI será marcado por profundas transformações da estrutura populacional em diversos países, inclusive o Brasil. Resultado de conquistas sociais e políticas e da incorporação de novas tecnologias, o envelhecimento populacional ocupará posição de grande destaque dentre os acontecimentos deste século. Nesta parte descreveremos as principais características da transição demográfica brasileira, seus determinantes e consequências.

O aumento da proporção de idosos é um fenômeno global; à exceção de alguns países africanos, todo o mundo encontra-se em algum estágio deste processo. Este aumento também não é um fenômeno repentino ou inesperado; pelo contrário, resulta das transformações demográficas ocorridas nas décadas progressas, motivo pelo qual, na maioria dos países, será um processo inexorável. Tampouco se trata de um fenômeno isolado; invariavelmente está associado a modificações do perfil epidemiológico e das características sociais e econômicas das populações.

No entanto, este fenômeno é tão novo que as demandas de uma sociedade envelhecida só recentemente têm sido conhecidas. Transição demográfica é o termo que designa este conjunto de modificações do tamanho e estrutura etária da população que, frequentemente, acompanham a evolução socioeconômica de diversos países. Caracteriza-se por uma sequência de eventos que resultam em baixas taxas de mortalidade e fecundidade, crescimento negativo (i.e., redução do tamanho da população) e elevada proporção de idosos.

A transição demográfica pode ser sintetizada em três fases distintas:

1ª fase: Elevadas mortalidade e fecundidade.

2ª fase: Queda da mortalidade e crescimento populacional.

3ª fase: Queda da fecundidade e envelhecimento populacional.

Vamos analisar cada uma delas:

1.1| No início do século passado, elevada mortalidade.

Durante quase toda a sua existência, em virtude da elevada mortalidade, a espécie humana apresentou expectativa de vida bastante baixa; no início do século XX era de aproximadamente 45 anos em países como a França, a Itália e o Japão. Na estrutura etária havia ampla predominância de crianças e adultos jovens, que raramente alcançavam os 60 anos. A mortalidade – principalmente infantil – sempre foi muito elevada em consequência da fome, doenças e problemas climáticos. O demógrafo norte-americano Kevin Kinsella chegou a afirmar que a sobrevivência da espécie só foi possível em virtude das elevadas taxas de fecundidade que compensavam a mortalidade.

No Brasil, nas primeiras décadas do século passado a taxa de mortalidade era muito elevada - três de cada 100 brasileiros morriam a cada ano. Isto freava o crescimento da população apesar da taxa de fecundidade muito alta: seis filhos por mulher em média.

Grande parte destes óbitos ocorria dentre as crianças, principalmente por doenças transmissíveis associadas à pobreza e desnutrição como o sarampo, a gastroenterite aguda, as pneumonias e a tuberculose. As principais causas de mortalidade – as doenças transmissíveis – eram também as principais causas de morbidade. Este é um aspecto que vale a pena ressaltar; hoje você pode observar que as principais causas de morte – acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio – não correspondem necessariamente às principais causas de morbidade – osteoartrose, depressão, demências.

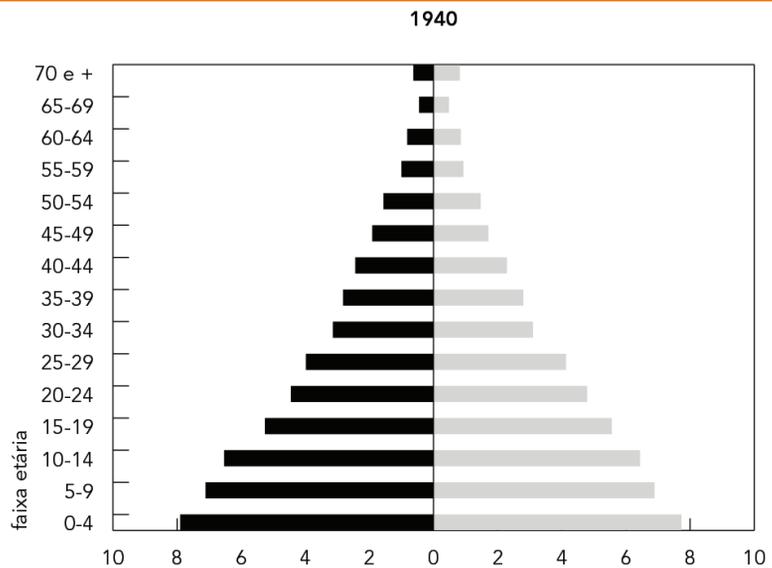
A expectativa de vida ao nascer não ultrapassava 40 anos e menos de um quarto dos brasileiros alcançava os 60 anos. Veja na pirâmide etária brasileira a predominância de crianças e jovens com até 15 anos (representavam 45% da população) e a pequena proporção de idosos – somente 3% da população (Figura 1).

Glossário

Expectativa de vida ou expectativa de vida ao nascer: o número de anos que se espera que alguém que acabou de nascer conseguirá alcançar.

Taxa de fecundidade: é o número de filhos que as mulheres têm, em média, ao longo de sua vida reprodutiva.

Figura 1 - Pirâmide populacional brasileira em 1940



1.2| 1940 a 1970: a mortalidade caiu; a população cresceu.

A queda da mortalidade que deu início à transição demográfica iniciou-se nos países desenvolvidos logo após a Revolução Industrial. Seus determinantes foram: o progresso das estratégias de produção e distribuição de alimentos, a melhoria das condições sanitárias e de habitação e os programas de saúde pública e de erradicação de doenças, reduzindo o impacto da tuberculose e cólera. A queda da mortalidade, especialmente a infantil, resultou diretamente no aumento da expectativa de vida, haja vista que o maior obstáculo para alcançar os 60 anos era superar as doenças da infância.

Nos países em desenvolvimento, no entanto, a mortalidade começou a declinar só após o desenvolvimento dos antibióticos e imunizações, na segunda metade do século XX. Este é o motivo pelo qual o epidemiologista Alex Kalache considera “artificial” o início da transição demográfica brasileira (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

No Brasil, o declínio da mortalidade - principalmente entre as crianças - iniciou-se na década de 40, com o advento da estreptomicina, penicilina,

imunizações e a terapia de reidratação oral. A expectativa de vida ao nascer aumentou significativamente e em 1970 já se aproximava dos 54 anos.

A manutenção de elevadas taxas de fecundidade nas décadas que se seguiram à queda da mortalidade determinou significativo crescimento da população. E “rejuvenescimento” da população. Isto ocorreu porque, “deixando de morrer” por doenças infecciosas e parasitárias, o grande número de crianças nascidas aumentou a proporção de jovens no conjunto da população.

A população brasileira saltou de 41 para 93 milhões de pessoas entre 1940 e 1970, crescendo quase 30% a cada década. No entanto, os jovens representavam ainda mais de 40% da população e os idosos menos de 3%.

1.3| 1970 a 2000: A fecundidade caiu e a população envelheceu.

Ao longo da primeira metade do século XX, acompanhando o progresso socioeconômico, a fecundidade declinou gradativamente na Europa. Já nos países em desenvolvimento a queda da fecundidade ocorreu de maneira brusca e intensa a partir da década de 60. Entre 1965 e 1995, a taxa caiu de seis para três filhos por mulher na maioria dos países da Ásia e América Latina.

No Brasil, em meados da década de 60, como consequência das mudanças socioculturais associadas ao crescimento da população urbana e a disponibilidade de métodos contraceptivos, a fecundidade começou a declinar rapidamente. Iniciado nas áreas urbanas das regiões Sul e Sudeste, o processo se estendeu às demais regiões brasileiras e áreas rurais a partir de 1970, e aos poucos atingiu todas as classes sociais.

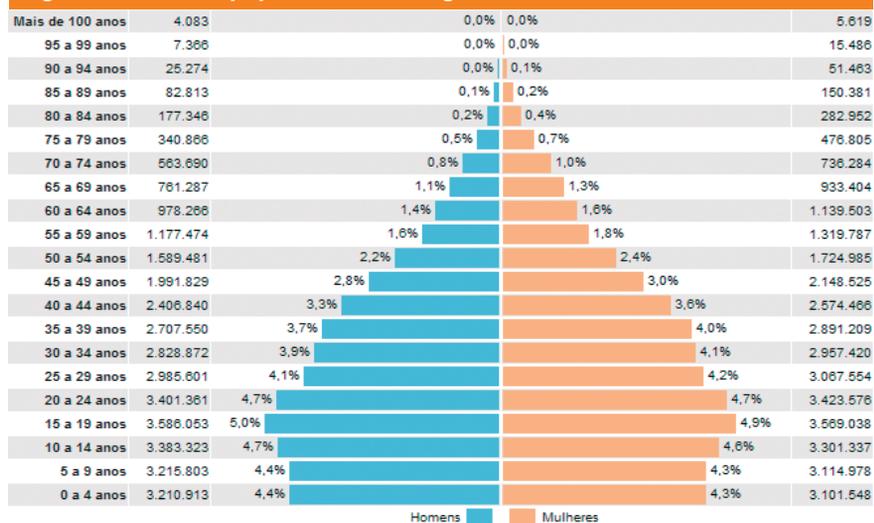
A taxa de fecundidade caiu 60% entre 1970 e 2000 chegando a 2,2 filhos por mulher. Com isto, o peso relativo das faixas etárias dos jovens declinou para 30% e a proporção da faixa dos idosos dobrou. Os milhões de brasileiros nascidos na década de 40 e que “escaparam” da mortalidade infantil começaram se tornar adultos.

Veja na pirâmide etária da Região Sudeste em 2000 a redução da proporção de crianças, o “inchaço” da faixa etária de 20 a 50 anos, e o aumento discreto da proporção de idosos (Figura 2).

É bom fixar este conceito

O principal fator que leva ao aumento da expectativa de vida é a redução da mortalidade infantil. Isto porque morrer nos primeiros anos de vida é o maior obstáculo para alguém alcançar os 60 anos.

Figura 2- Pirâmide populacional da Região Sudeste em 2000



Fonte: BRASIL, 2010c.

É bom fixar este conceito

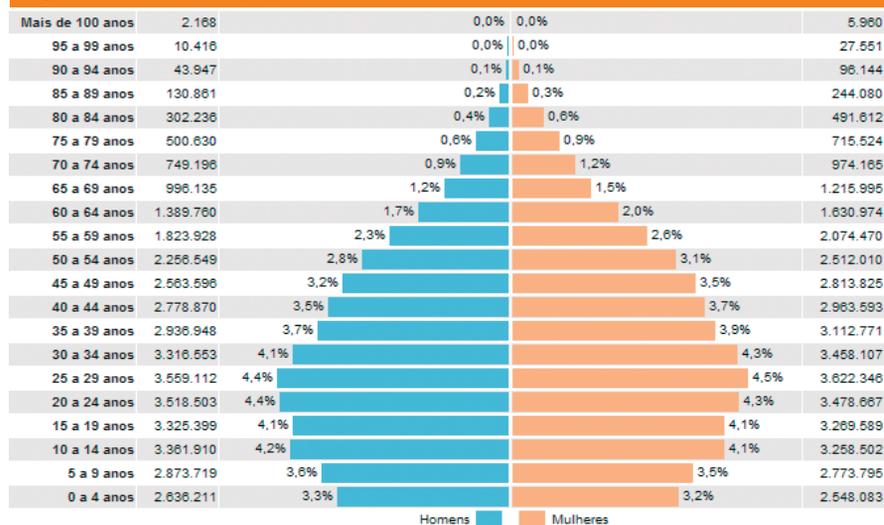
O principal fator que leva ao envelhecimento da população é a redução da fecundidade. Isto porque a redução da proporção de crianças em um país ou região leva ao aumento da proporção de adultos e depois idosos, ou seja, uma população envelhecida.

Um país é considerado jovem quando menos de 7% de sua população tem 65 anos; quando 14% já alcançaram esta idade passa a ser considerado envelhecido. A França era considerada um país jovem até 1865 e somente em 1980, após 115 anos, tornou-se um país envelhecido. O mesmo processo ocorreu em 85 anos na Suécia e levará 73 anos na Austrália.

A rápida queda das taxas de fecundidade nos países em desenvolvimento, no entanto, permitirá que ao longo de apenas uma geração diversos países deixem de ser jovens e se tornem envelhecidos. O Brasil passará do estágio "jovem" (até 7% de idosos) para o "envelhecido" (mais de 14% de idosos) em apenas 25 anos - entre 2011 e 2036.

Além deste aumento proporcional, as dezenas de milhões de brasileiros nascidos entre 1940 e 1970 e que começaram a alcançar 65 anos em 2005 elevarão significativamente o número absoluto de idosos. Em 2010 o Brasil já contava com 14 milhões de idosos com 65 anos ou mais (Figura 3).

Figura 3 – Pirâmide populacional brasileira em 2010.



Fonte: BRASIL, 2010c.

No ranking mundial dos países com as maiores populações de idosos, o Brasil deverá passar da 16ª posição em 1960 para a sétima em 2025.

Entre 2000 e 2020 a proporção de idosos com 65 anos ou mais passará de 5% para 10%. A expectativa de vida dos homens ultrapassará os 70 anos e a das mulheres os 76 anos. Em 2050, 38 milhões de brasileiros, ou 18% da população, terão mais de 65 anos.

Analise a Figura 4. Ele apresenta a proporção de idosos no Brasil no período entre 1940 e 2050. Identifique a proporção de idosos em cada fase da transição demográfica:

- Mortalidade alta, fecundidade alta, proporção de idosos baixa (1940-1970).
- Mortalidade baixa, queda da fecundidade, aumento discreto da % de idosos (1970-2000).
- Mortalidade baixa, fecundidade baixa, aumento expressivo da % de idosos (2000-2050).

Que tal um resumo?

O envelhecimento da população tem duas causas principais:

1. Em virtude do declínio da mortalidade, dezenas de milhões de crianças que nasceram entre 1940 e 1970 sobreviveram, ultrapassaram a fase adulta e começaram a completar 65 anos no ano 2005;
2. A redução do número de filhos iniciada por volta de 1970 está aumentando progressivamente a proporção das outras faixas etárias: adultos e idosos.

Para saber mais

Se puder, confira os textos da demógrafa Ana Amélia Camarano sobre este tema em <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?searchword=camarano+publica%C3%A7%C3%B5es+tds&ordering=west&searchphrase=all&option=com_search>. Entre em Pesquisa e, em "pesquisar palavra-chave, digite: camarano publicações tds. Marque "todos os termos". Escolha os "Textos para Discussão".

Veja também na biblioteca virtual o artigo de revisão sobre o tema: "A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas" (CHAIMOWICZ, 1997).

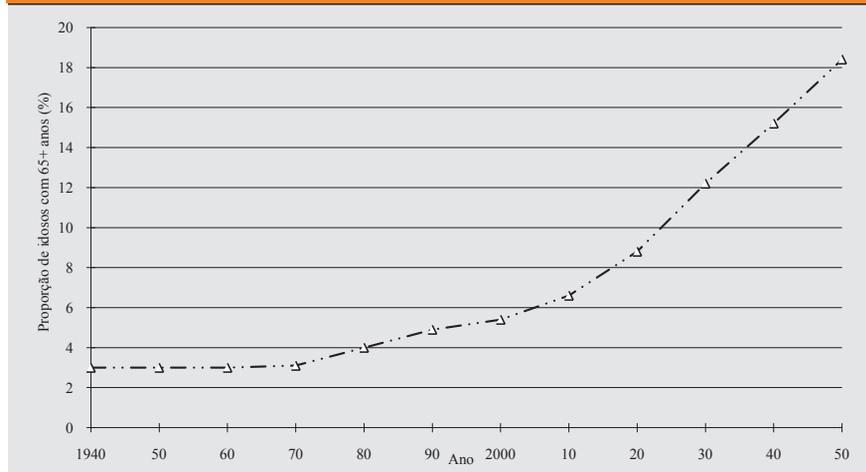
Para refletir

Pense nas variáveis demográficas da população da sua área de abrangência: número de filhos que a maioria das mulheres tem, taxa de mortalidade infantil, proporção de pessoas com menos de 15 anos e com mais de 65 anos. Em que fase da transição demográfica esta população se encontra? Há diferenças marcantes entre áreas mais ricas e mais pobres? Os idosos já representam uma demanda importante de serviços de saúde na sua área de abrangência?

Para refletir:

Qual a proporção de idosos hoje? Qual será a proporção quando você tiver 65 anos? Você tinha noção de que o envelhecimento populacional brasileiro estava somente começando? Você tinha ideia de quão significativo será o aumento da proporção de idosos?

Figura 4 - O envelhecimento populacional brasileiro



Fonte: Elaborado pelo autor, 2009.

1.4| Os idosos muito idosos

Outra característica do envelhecimento populacional é o aumento da proporção de idosos com mais de 80 anos entre os próprios idosos. Em diversos países este é o segmento populacional que cresce mais rapidamente.

Estes idosos constituem uma população bastante distinta dos idosos jovens se considerarmos a prevalência de doenças e o grau de dependência funcional; eles consomem recursos elevados do sistema de saúde e provocam enorme impacto sobre a dinâmica familiar, social e econômica.

Na Europa Ocidental em média três de cada 100 habitantes têm 80 anos ou mais (na Suécia cinco, na Dinamarca quatro). Já nos países em desenvolvimento, menos de um de cada 100 habitantes tem esta idade. Em países como Guatemala e Indonésia, menos de um em cada 200 habitantes.

Esse é o grupo etário que mais vem crescendo no Brasil. Em 1975 os idosos com 80 anos ou mais representavam 12% de todos os idosos. Em 2030 representarão 21% dos idosos, ou 2,7% dos brasileiros. Naquele ano o Brasil contará com 5,5 milhões de octogenários. Isto ocorrerá porque a mortalidade dos idosos jovens (de 60 a 74 anos) vem caindo progressivamente.

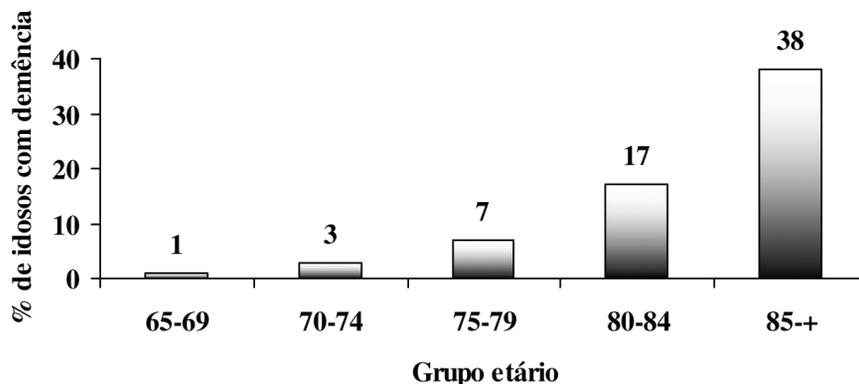
As alternativas abaixo explicam a **queda da mortalidade de idosos jovens** no Brasil, mas uma delas é falsa. Tente identificá-la:

- a. As condições de vida dos idosos (saneamento básico, alimentação), embora ainda precárias, melhoraram muito nas últimas décadas.
- b. O controle de hipertensão e diabetes durante a vida adulta reduz as complicações (infarto do miocárdio, doenças cerebrovasculares, nefropatias) destes pacientes ao chegarem aos 65 anos.
- c. O tratamento de doenças potencialmente fatais em idosos (como a pneumonia) hoje é muito mais acessível à população de baixa renda.
- d. A prevenção de neoplasias em homens adultos tem reduzido a morbimortalidade por neoplasias avançadas em idosos jovens.
- e. A prevenção de neoplasias em mulheres adultas tem reduzido a morbimortalidade por neoplasias avançadas em idosas jovens.

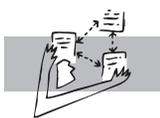
Realmente, os programas de prevenção de neoplasias em homens ainda são incipientes no Brasil, se comparados aos programas direcionados às mulheres. Como é a realidade da sua área de abrangência?

Uma das maneiras de apreciar o impacto do “envelhecimento da população de idosos” é analisar a prevalência de demências na população. A demência é uma síndrome muito comum dentre os “idosos muito idosos” e sua prevalência foi avaliada em um estudo realizado em Catanduva (SP). Os resultados são demonstrados na Figura 5. Veja que a proporção de idosos com demência praticamente dobra a cada cinco anos. No grupo com 85 anos ou mais, quase quatro dentre cada 10 idosos têm demência.

Figura 5 - Prevalência de demência em Catanduva



Fonte: Adaptado de: HERRERA *et al.*, 2002.



Atividade 1

Catanduva é um município típico do interior de São Paulo, e se assemelha à maioria dos municípios brasileiros. Utilizando uma tabela bem simples, como a seguinte, você também poderá calcular o número provável de casos de demência na sua área. Escreva a população de cada faixa etária na linha 2 e multiplique pelo fator da linha 3 – a proporção de casos de demência naquela faixa etária. Sua equipe acompanha estes casos?

Idade	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 a 84	85 ou mais
População					
Fator	x 1%	x 3%	x 7%	x 17%	x 38%
Total					

Como você pode perceber as demandas sociais e de saúde de idosos mais velhos são mais expressivas que as de idosos jovens. Este envelhecimento da população de idosos vem sendo percebido por sua equipe? Qual tem sido o impacto?

Glossário

Feminização do envelhecimento:

é a preponderância progressiva de mulheres entre as populações de idosos.

Sobremortalidade: masculina e a predominância de óbitos de homens em relação aos das mulheres.

Expectativa de vida livre de incapacidades: é o número de anos que se espera que alguém conseguirá alcançar antes de surgirem incapacidades (como hemiparesia após acidente vascular cerebral)

1.5| A feminização do envelhecimento.

Uma tendência crescente e generalizada no mundo é a maior longevidade das mulheres. Na América do Norte e Europa, em 1900, as mulheres viviam dois a três anos mais que os homens; hoje vivem em média sete anos mais. Na França elas vivem oito anos mais que os homens, e no Japão quase sete anos. O mesmo fenômeno é observado nos países em desenvolvimento, embora as diferenças sejam menores. Desta forma aumenta a proporção de mulheres dentre as populações de idosos.

Esta tendência é consequência da **sobremortalidade masculina** em todas as faixas etárias e para a maioria das causas de morte. Possivelmente associa-se à maior exposição dos homens a fatores de risco como álcool e fumo, aos acidentes de trabalho e homicídios e ao aumento da mortalidade por câncer de pulmão e doenças cardiovasculares. Por outro lado, o século XX assistiu um importante declínio na mortalidade materna perinatal e por câncer do útero; fatores hormonais são ainda determinantes de uma proteção cardiovascular que se estende até alguns anos após a menopausa.

A aparente vantagem das mulheres é parcialmente atenuada pela maior prevalência de demências, depressão e dependência funcional entre elas, reduzindo sua **expectativa de vida livre de incapacidades**.

Esta longevidade diferencial continua nos países em fases avançadas da transição demográfica, sugerindo que países em desenvolvimento também seguirão esta tendência ainda por algumas décadas. Por este motivo, o epidemiologista Jorge Litvak afirmou: “cada vez mais os problemas socioeconômicos e de saúde de idosos serão problemas de mulheres idosas”. (LITVAK, 1990)

A razão de sexos, ou “número de homens para cada 100 mulheres” é um índice demográfico que retrata a proporção dos sexos em uma população e permite quantificar, de maneira prática, a **feminização do envelhecimento**.

O Quadro 1 demonstra que, como no restante do mundo, o processo de feminização do envelhecimento também é evidente no Brasil. Veja que em 1950 existiam aproximadamente 100 homens para cada 100 mulheres na faixa etária de 65 a 69 anos, mas em 2000 eram somente 81 e em 2020 deverão ser apenas 78 homens para cada 100 mulheres.

Quadro 1 - Número de homens para cada 100 mulheres no Brasil

Faixa etária	Ano		
	1950	2000	2020
65 a 69 anos	100	81	78
75 a 79 anos	Não disponível	72	66
80 anos ou mais	Não disponível	60	51

Fonte: CAMARANO, 1990

Como no resto do mundo, a razão entre os sexos é ainda maior nas idades mais avançadas. Em 2000, no grupo de 80+, anos existiam somente 60 homens para cada 100 mulheres e, em 2020, serão apenas 51 homens.

1.6| Apoio e dependência

A modificação das proporções de crianças, adultos e idosos gera novos fluxos de apoio e dependência entre as gerações. Em uma perspectiva puramente demográfica, este apoio é medido pelo pela razão entre o número de adultos e idosos: em 1950, existiam, 19 adultos para cada idoso; em 2050 serão apenas três adultos para cada idoso!

Embora esta seja uma maneira prática de estimar a oferta e demanda de auxílio entre as gerações, muitas vezes os números não correspondem à realidade. Se por um lado o cuidado aos idosos frequentemente é negligenciado pelos parentes mais jovens, por outro, muitas vezes é o idoso que oferece o apoio aos parentes jovens.

A demógrafa brasileira Ana Amélia Camarano discute de modo aprofundado esta questão em seu livro “Idosos Brasileiros: que dependência é esta?”. Ela demonstra que hoje grande parte dos adultos brasileiros necessita do auxílio de seus pais idosos: seja para cuidar dos netos permitindo que a mãe trabalhe fora de casa, seja para residir com a família na casa dos “avós”. E cada vez mais os domicílios que têm idosos (um quarto do total em 2000) necessitam da renda proveniente do trabalho do idoso (além dos benefícios previdenciários!) que representa 20% de sua receita. (CAMARANO, 2000, apud PASINATO; CAMARANO; MACHADO, L, 2006).

Dentro da perspectiva de suporte pelo Estado, sabe-se que os recursos públicos são fundamentais para a sobrevivência dos idosos de baixa renda no Brasil. Turra e Queiroz já demonstraram que na “disputa política” por verbas, travada entre idosos e crianças (por exemplo, para o programa de merenda escolar), os primeiros se beneficiam da influência dos idosos de renda elevada, o que garante o financiamento do sistema previdenciário (TURRA; QUEIROZ, 2005).

No entanto, no período entre 2000 e 2050 a proporção das despesas do governo alocadas para a população com 60 anos ou mais crescerá dos atuais 38% para 68%. O Quadro 2 apresenta a razão entre receitas e despesas do governo com educação, saúde e seguridade. Observe que esta relação era praticamente equilibrada em 2000, mas se tornará deficitária em 2025 e representará um desafio para a gestão das contas públicas em 2050, comprometendo o financiamento público das demandas dos idosos de baixa renda.

Para refletir...

Pense nos programas do governo direcionados aos idosos e às crianças da sua área de abrangência. Que faixa etária tem sido priorizada?

Quadro 2 - Receitas e despesas do governo brasileiro com educação, saúde e seguridade: 2000-2050

Ano	2000	2025	2050
Receitas/despesas	0,99	0,84	0,57

Fonte: TURRA; QUEIROZ, 2005.

Nessa parte discutimos os determinantes e as características do envelhecimento populacional no Brasil. Na próxima parte vamos estudar as consequências destas transformações sobre a saúde da população.

Parte 2

Transição epidemiológica

O conceito de "transição epidemiológica" foi criado há mais de 30 anos pelo epidemiologista Abdel Omran e se refere à modificação dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população e que ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas e sociais. Na parte anterior discutimos o processo de envelhecimento da população brasileira, enfatizando aspectos como a modificação na estrutura das famílias, o aumento da proporção de octogenários e a feminização do envelhecimento. Nesta parte discutiremos as características da transição epidemiológica, suas peculiaridades no Brasil e sua relação com o envelhecimento da população.

O processo engloba três mudanças básicas que provavelmente estão ocorrendo com a população da sua área de abrangência:

1. A substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas dentre as primeiras causas de morte;
2. O deslocamento da carga de morbimortalidade dos mais jovens para os mais idosos;
3. A transformação de uma situação de predomínio de mortalidade para outra em que a morbidade é dominante.

Glossário

Causas externas: incluem as mortes por homicídios, suicídios, acidentes de trânsito e de trabalho, entre outras.

Carga de morbimortalidade: reflete o peso do conjunto de doenças e óbitos sobre o sistema de saúde.

Há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. A queda inicial da mortalidade se concentra dentre as doenças infecciosas e tende a beneficiar a população mais jovem. Estes "sobreviventes" tornam-se adultos e passam a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas como a hipertensão arterial e hipercolesterolemia. À medida que aumenta a esperança de vida e cresce o número de idosos, tornam-se mais frequentes as complicações daquelas moléstias como o infarto agudo do miocárdio.

Aos poucos se modifica o perfil de saúde da população e a demanda sobre o sistema de saúde. Como afirma Alex Kalache, ao invés de processos agudos (como as pneumonias em crianças) que, para o sistema de saúde, "se resolvem rapidamente através da cura ou do óbito", tornam-se predominantes doenças crônicas e suas complicações, que implicam em décadas de utilização dos serviços de saúde. São exemplos desta utilização prolongada as sequelas do acidente vascular cerebral, as complicações das fraturas após quedas, as limitações causadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as amputações e cegueira provocadas pelo diabetes e a dependência determinada pela Doença de Alzheimer (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

2.1| No final da transição epidemiológica...

Em 1904, o médico Sir William Osler apelidou a pneumonia de "the old man's friend". Segundo ele, idosos com doenças degenerativas, sem perspectiva de tratamento naquela época (como uma fratura do colo do fêmur para a qual não havia cirurgia, ou a Doença de Parkinson antes da descoberta da levodopa) acabavam por se "beneficiar" de uma pneumonia, que lhes encurtava a vida e o sofrimento. O epidemiologista Ernest Gruenberg, comentava, já há 30 anos, que o advento da antibioticoterapia subverteu esta tendência: hoje mesmo os idosos mais debilitados podem ser curados de pneumonias graves. Como resultado, a proporção de idosos debilitados "sobreviventes" aumentou. Esta consequência inesperada dos progressos tecnológicos da Medicina - aumento da prevalência e duração das demências, cardiopatias e diabetes – foi nomeada por ele como a "falência do sucesso".

Nas fases tardias da transição epidemiológica, hoje experimentadas pelos países mais desenvolvidos, uma população de idosos com grande proporção de octogenários apresenta, portanto, um quadro já embrionário no Brasil: declínio progressivo das doenças circulatórias, respiratórias e neoplasias, mas elevada prevalência de doenças neuropsiquiátricas (como Parkinson e Alzheimer), acidentes e suas consequências (i.e. fraturas) e osteoartrose.

2.2| “Jeitinho brasileiro”

No Brasil a transição epidemiológica é bastante evidente: as doenças infecciosas representavam 46% do total de óbitos em 1930 e hoje causam menos de 5%; as doenças da gravidez, parto e puerpério e causas perinatais, muito prevalentes naquela época, representam hoje, somadas, menos de 4% do total de óbitos do sexo feminino. Os óbitos por causas externas (principalmente acidentes e agressões) que representavam menos de 3% do total, hoje somam cerca de 20% 18% dos óbitos de homens.

Apesar disto, as mudanças não têm ocorrido exatamente de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países industrializados e mesmo por vizinhos latino-americanos como o Chile, Cuba e Costa Rica. Alguns aspectos caracterizam este o modelo brasileiro:

1. Não há substituição, mas superposição entre as etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, agora associadas aos acidentes e mortes violentas;
2. Ocorreu drástica redução das doenças imunopreveníveis. A incidência de sarampo, pólio, tétano, coqueluche e difteria, por exemplo, declinou de 153 mil casos em 1980 para menos de mil casos hoje em 2002. Mas esta tendência não foi acompanhada da supressão de outras doenças transmissíveis. Algumas foram reintroduzidas como o dengue e cólera; outras, como malária, hanseníase e leishmanioses recrudesceram; esquistossomose e hepatites B e C persistiram e outras, como a AIDS, emergiram. Isto indica uma natureza bidirecional, como se fosse uma “contra transição epidemiológica”;
3. O processo não se resolve de modo claro, em uma “transição prolongada”;

2.3| A situação de diferentes regiões se torna contrastante, criando uma “polarização epidemiológica”.

Este último aspecto é evidente também em âmbito regional e mesmo local. Um estudo de Paes-Souza realizado em Belo Horizonte demonstrou que grupos mais ricos da população exibiam um avançado padrão de mortalidade, no qual prevaleciam doenças circulatórias e neoplasias; grupos mais pobres, por vezes residindo em bairros contíguos, continuavam vulneráveis à mortalidade por doenças infecciosas que se somavam aos homicídios, doenças circulatórias e respiratórias. Esta tendência, que possivelmente também ocorre em sua área de abrangência, nos leva a questionar a visão clássica de Abdel Omran,

Para refletir...

Sua área de abrangência “está mais para Mato Grosso do Sul” ou “Maranhão”? Qual o significado disso?

de que as doenças circulatórias seriam um “indicativo do desenvolvimento econômico” (PAES-SOUZA, 2002).

Aos poucos a estrutura da mortalidade no Brasil vai se tornando similar à observada em populações envelhecidas da Europa com predominância de mortes por doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Em 2010 estes grupos causaram cerca de metade de todos os óbitos. Ao invés da elevada mortalidade por doenças infecciosas agudas, o país passa a se ver às voltas com a elevação dos gastos com internações, tratamento, e reabilitação de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e neoplasias. Cresce o número de consultas ambulatoriais de idosos com problemas de manejo complexo como quedas, demências, iatrogenia e múltiplas doenças crônicas concomitantes. Estes são alguns dos temas que discutiremos a frente.

Quando nos referimos ao “Brasil”, no entanto, é necessária alguma cautela. Segundo os dados de 2010 do DATASUS, a proporção de óbitos por doença cerebrovascular (que é pouco comum em fases iniciais da transição demográfica) era de 17% em Macapá, e quatro vezes maior em Londrina (71%); por outro lado, os óbitos por afecções neonatais representavam 15% do total em Macapá, mas apenas 2% em Londrina (BRASIL, 2010a).

As Figuras 6 e 7 apresentam a estrutura etária da mortalidade no Brasil, ou seja, a proporção de óbitos em cada faixa etária. Esta é uma forma de comparar com que idade os brasileiros morriam em 1980 e o que mudou em 2000. Permite ainda correlacionar a transições demográfica e epidemiológica.

Figura 6 - Estrutura etária da mortalidade no Brasil, 1980

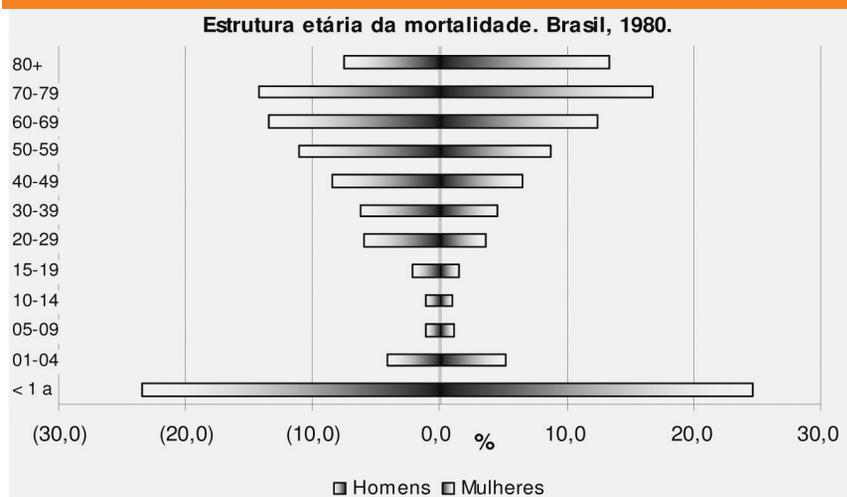


Figura 7 - Estrutura etária da mortalidade no Brasil, 2000



Fonte: BRASIL, 2010a.

Vamos identificar agora alguns dos seus componentes:

1. Identifique a queda da mortalidade infantil: Os óbitos de menores de um ano representavam quase um quarto do total em 1980, e bem menos de 10% em 2000.
2. Veja agora a sobremortalidade masculina: Em 1980 a proporção de óbitos de homens de 15 a 59 anos era maior que a proporção de óbitos de mulheres. Veja que em 2000 esta tendência se acentuou.
3. Por fim, a feminização do envelhecimento: Em 1980 já era possível observar que os grupos etários com 60 anos ou mais tinham maior proporção de óbitos de mulheres. A tendência se acentuou em 2000, e é muito mais expressiva nas faixas etárias mais velhas (80 anos ou mais). Há mais óbitos de idosas simplesmente porque há mais idosas; muitos dos homens faleceram ainda adultos.

Nessa parte você estudou as transformações do perfil de morbidade e mortalidade que caracterizam a transição epidemiológica no Brasil. Na próxima parte vamos nos debruçar especificamente sobre a mortalidade dos idosos.

Para refletir...

Qual é a realidade da sua área de abrangência no que se refere à mortalidade infantil, sobremortalidade masculina e feminização do envelhecimento?

Parte 3

Mortalidade de idosos

Glossário

Idade mediana dos óbitos: a idade acima da qual morreram 50% das pessoas.

Mortalidade proporcional por causas: o número de óbitos ocorridos por determinada causa dentre todos ocorridos em um período.

Taxa de mortalidade específica por causa: o número de óbitos ocorridos por determinada causa para cada 100.000 habitantes daquele grupo etário.

Como vimos, nas últimas décadas ocorreram profundas modificações na estrutura etária da mortalidade no Brasil. Nesta parte vamos detalhar esta tendência descrevendo e analisando as causas de óbitos e diferenciando o perfil de mortalidade de idosos mais jovens e mais velhos e idosos do sexo masculino ou feminino.

Desta forma você será capaz de fazer inferências sobre as condições de saúde dos idosos e poderá vislumbrar que tipos de programas de saúde contribuiriam para melhorar este quadro.

Em 1980, metade dos homens falecia antes de completar 47 anos, e metade das mulheres não alcançava os 52 anos; já em 2010, mais de metade dos homens e mais de dois terços das mulheres conseguiam alcançar os 60 anos de idade.

A polarização epidemiológica (se lembra?) pode ser evidenciada, no entanto, pelas marcantes diferenças entre as classes de renda; 69% dos brancos do Rio de Janeiro conseguiram completar 60 anos antes de falecer, mas somente 33% dos pretos e pardos de Roraima lograram este feito.

3.1| Taxas de mortalidade por sexo e faixa etária.

A análise das **taxas de mortalidade** retrata o número de óbitos para cada grupo de habitantes (por exemplo, para cada 100.000 habitantes). Este é o melhor indicador para comparar homens e mulheres, ou diferentes faixas etárias.

Mortalidade de homens idosos jovens e mais velhos.

O Quadro 3 compara a mortalidade de idosos mais jovens e mais velhos. Veja que dentre os mais jovens as mortes por doenças cardíacas (infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca (IC), arritmias e embolia pulmonar) são as mais importantes. As doenças cerebrovasculares e hipertensivas também se destacam. Se associarmos as mortes por causas mal definidas e sem assistência médica, elas ocupariam a terceira posição.

Outras causas de morte importantes são o diabetes, as doenças pulmonares associadas ao tabagismo (incluindo neoplasia da traqueia, brônquios e pulmões) e a hepatopatia alcoólica. A pneumonia e as neoplasias do estômago e esôfago também figuram na lista, bem como o “restante de neoplasias malignas”, “acidentes de transporte” (principalmente atropelamento) e o “restante de doenças do aparelho digestivo” (inclui apendicite, hérnias, isquemia mesentérica, obstrução intestinal) e “respiratório” (que inclui complicações de infecções das vias aéreas).

Quadro 3 - Principais causas e número de óbitos de homens idosos, Brasil, 2010

Homens, 65 a 69 anos		Homens, 80 anos e mais	
Doenças isquêmicas do coração*	7.121	Doenças cerebrovasculares	13.184
Doenças cerebrovasculares	5.510	Doenças isquêmicas do coração	10.194
Outras doenças cardíacas**	3.441	Outras doenças cardíacas***	8.990
Diabetes mellitus	2.752	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	7.690
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	2.575	Pneumonia	7.593
Restante de sintomas, sinais e achados****	2.479	Doenças hipertensivas	5.479
Neoplasia da traqueia, brônquios e pulmões	2.125	Restante de sintomas, sinais e achados**	4.894
Doenças hipertensivas	2.046	Morte sem assistência médica	4.735
Restante de neoplasias malignas†	1.818	Neoplasia maligna da próstata	4.606
Pneumonia	1.691	Diabetes mellitus	4.171
Doenças do fígado ††	1.557	Restante de doenças do ap. respiratório‡	3.921
Morte sem assistência médica	1.465	Restante de doenças do ap. digestivo †††	2.609
Neoplasia maligna da próstata	1.283	Restante de neoplasias malignas†	2.398
Neoplasia maligna do estômago	1.234	Neoplasia da traqueia, brônquios e pulmões	1.718
Restante de doenças do ap. digestivo†††	1.134	Insuficiência renal	1.497
Acidentes de transporte	896	Doença de Alzheimer	1.445
Restante de doenças do ap. respiratório‡	895	Restante de doenças do ap. circulatório‡‡	1.402

Fonte: BRASIL, 2010a.

* Principalmente infarto agudo do miocárdio; ** Principalmente insuficiência cardíaca; *** Inclui os óbitos por causas mal especificadas, mas não inclui “mortes sem assistência” e “senilidade”; † Que inclui neoplasias menos comuns como intestino delgado, vesícula, seios da face, ossos e outras não especificadas; †† Principalmente as doenças alcoólicas do fígado; ††† Que inclui apendicite, hérnias, isquemia mesentérica e obstrução intestinal; ‡: A maioria por complicações de infecções de vias aéreas e causas não especificadas; ‡‡ Principalmente aneurismas, doenças vasculares periféricas e varizes esofágicas.

Dentre os idosos mais velhos, ao contrário dos mais jovens, as doenças cerebrovasculares superam as mortes por doenças isquêmicas. As causas cardíacas em conjunto (incluindo a insuficiência cardíaca) ocupam a primeira posição. As mortes sem assistência médica somada aos óbitos por causas mal definidas ocupam a terceira posição. As causas pulmonares, associadas ou não ao tabagismo, têm maior importância relativa. A neoplasia da próstata figura dentre as principais causas (superando o diabetes), bem como a insuficiência renal e a doença de Alzheimer. O “restante de causas respiratórias” e “digestivas” mantém sua relevância, bem como o “restante de doenças circulatórias”, que inclui aneurismas e doença arterial periférica.

Mortalidade de mulheres idosas jovens e mais velhas.

Análise o Quadro 4. Você verá que o perfil de mortalidade de idosas jovens é bastante distinto do observado dentre idosos jovens, a começar pela menor importância das mortes por causas mal definidas ou sem assistência médica que, mesmo se fossem agrupadas, ocupariam a quinta posição.

Quadro 4 - Principais causas e número de óbitos de mulheres idosas. Brasil, 2010

Mulheres, 65 a 69 anos.		Mulheres, 80 anos e mais.	
Doenças isquêmicas do coração*	4.236	Doenças cerebrovasculares	18.477
Doenças cerebrovasculares	4.139	Outras doenças cardíacas**	13.221
Diabetes mellitus	3.283	Doenças isquêmicas do coração*	12.726
Outras doenças cardíacas**	2.612	Pneumonia	11.383
Doenças hipertensivas	1.946	Doenças hipertensivas	8.773
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	1.674	Diabetes mellitus	8.244
Restante de neoplasias malignas***	1.599	Restante de sintomas, sinais e achados †	6.969
Restante de sintomas, sinais e achados †	1.598	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	6.160
Pneumonia	1.272	Morte sem assistência médica	5.463
Neoplasia maligna da mama	1.065	Restante de doenças do ap. respiratório†††	4.215
Restante de doenças do ap. digestivo ††	997	Restante de doenças do ap. digestivo ††	3.873
Neoplasia da traqueia, brônquios e pulmões	977	Doença de Alzheimer	3.250
Morte sem assistência médica	854	Restante de neoplasias malignas***	3.172
Restante de doenças do ap. respiratório†††	725	Outras doenças bacterianas ††	2.286
Neoplasia maligna do cólon, reto e ânus.	651	Senilidade	1.958
Doenças do fígado	533	Restante de doenças do ap. circulatório‡	1.879
Restante de doenças do ap. circulatório‡	523	Desnutrição	1800

Fonte: BRASIL, 2010a.

* Principalmente infarto agudo do miocárdio; ** Principalmente insuficiência cardíaca; *** Inclui os óbitos por causas mal especificadas, mas não inclui “mortes sem assistência” e “senilidade”; † Que inclui neoplasias menos comuns como intestino delgado, vesícula, seios da face, ossos e outras não especificadas; †† Principalmente as doenças alcoólicas do fígado; ††† Que inclui apendicite, hérnias, isquemia mesentérica e obstrução intestinal; ‡: A maioria por complicações de infecções de vias aéreas e causas não especificadas; †† Principalmente aneurismas, doenças vasculares periféricas e varizes esofágicas.

A mortalidade por doenças isquêmicas do coração também é a principal causa dentre as mulheres. Embora a população de mulheres nesta idade seja 20% superior à dos homens, o número de mortes por doenças isquêmicas do coração e outras doenças cardíacas corresponde aproximadamente a 2/3 daquele dentre os homens.

As doenças cerebrovasculares são quase tão importantes quanto às isquêmicas do coração. O diabetes tem maior importância relativa, com número de óbitos superior ao dos homens da mesma idade. As doenças associadas ao tabagismo (DPOC e câncer de pulmão) também são relevantes, embora correspondam respectivamente a apenas 1/3 e metade dos óbitos de homens da mesma idade. Se fossem somadas, as neoplasias da mama, do cólon, do colo do útero, do estômago (essas duas últimas não apresentadas) e as neoplasias “restantes,” ocupariam a 1ª posição, com 4.821 óbitos.

As pneumonias e o “restante das doenças do aparelho respiratório” também constam da lista, mas não os acidentes de transporte; o número de óbitos por doenças do fígado corresponde a um terço do ocorrido com homens da mesma idade.

Dentre as idosas mais velhas, assim como ocorre com os homens mais velhos, as doenças cerebrovasculares passam à primeira posição, mas seriam superadas pela soma das doenças isquêmicas do coração e insuficiência cardíaca. Passam a ter grande importância as mortes por pneumonia (quarta posição) e as outras doenças respiratórias. O diabetes mantém sua relevância, tendo provocado 6% do total de óbitos desta faixa etária. As mulheres muito idosas apresentam ainda como importantes causas de morte a doença de Alzheimer, septicemia, senilidade e desnutrição, mas não as principais neoplasias (mama, cólon e colo do útero).

3.2| Questões de sexo e questões de gênero

A heterogeneidade da mortalidade de homens e mulheres se deve em parte às “questões de sexo”. É o caso da sobremortalidade de homens adultos e idosos jovens por complicações da aterosclerose (como a cardiopatia isquêmica e doença cerebrovascular). Você viu acima que esta vantagem feminina é perdida nas faixas etárias mais avançadas.

Estas diferenças são intensamente mediadas por questões hormonais, mas são também “questões de gênero,” ou seja, ligadas a comportamentos específicos que dependem de fatores socioculturais de homens e mulheres.

As questões de gênero têm múltiplos determinantes que foram discutidos em excelente revisão de Laurenti, Mello Jorge e Gotlieb (2005). Eles afirmaram que as mortes associadas à violência, neoplasias da próstata e doenças tabágicas evidenciam significativa demanda da população masculina não contemplada por programas de saúde de grande alcance, ao contrário do que ocorre com crianças, mulheres e idosos.

Possivelmente você já observou a presença mais frequente de mulheres nos centros de saúde. Segundo aqueles autores, antes de refletir pior estado de saúde, a tendência tem como causas questões de sexo e gênero: a adesão a programas de pré-natal (“questão de sexo”) ou de rastreamento de neoplasias (aos quais os homens são avessos) e a tarefa de acompanhar a estes serviços os pais e filhos (“questões de gênero”).

As visitas acabam representando oportunidades de diagnóstico precoce de doenças como diabetes e hipertensão, em estágios assintomáticos, potencializando as vantagens “hormonais” das mulheres.

Por outro lado, homens têm inúmeras desvantagens: em virtude de trabalharem fora de casa têm restrições de horário para comparecer aos serviços de saúde e maior risco de acidentes de trabalho e de trânsito (no percurso para o trabalho). Além da prevalência de hábitos como alcoolismo, drogadição e tabagismo e maior risco de envolvimento em homicídios.

Concluindo

A sobremortalidade masculina de adultos e de idosos jovens e sua consequência - a “feminização” do envelhecimento - resultam, portanto, das maiores taxas de mortalidade por doenças circulatórias, outras doenças associadas ao tabagismo (neoplasias e DPOC), alcoolismo (algumas neoplasias digestivas e hepatopatia alcoólica) e causas externas (mortes violentas e atropelamentos), entre os homens.

Nas idades mais avançadas, as questões de sexo e gênero tornam-se insuficientes para amenizar o efeito avassalador dos fatores de risco cardiovasculares acumulados ao longo da vida.

Como você viu, as mulheres muito idosas passam a ostentar taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares, isquêmicas do coração, e insuficiência cardíacas quase equivalentes às dos homens.

O mesmo vale para as pneumonias: dentre as idosas jovens, a mortalidade corresponde à metade da taxa dos idosos jovens, mas as taxas praticamente se igualam após os 80 anos.

Isto sugere que fatores protetores de “sexo” e “gênero” não são suficientes para compensar os mecanismos predisponentes às pneumonias em idosos frágeis, como os distúrbios da deglutição ou a desregulação do sistema imunológico.

3.3| Neoplasias e causas externas: dois capítulos à parte.

O envelhecimento da população geralmente associa-se ao aumento da incidência de neoplasias, pois estas são muito mais frequentes em idosos. Como veremos a seguir, até mesmo o comportamento de neoplasias comuns a ambos os sexos reflete influências de gênero.

Dentre os idosos jovens, a neoplasia do cólon tem taxa de mortalidade aproximadamente semelhante entre homens e mulheres, mas as neoplasias do esôfago e estômago (para as quais alcoolismo e tabagismo são fatores de risco) são três a quatro vezes mais comuns em homens.

A mortalidade por neoplasias da traqueia, brônquios e pulmões, quase exclusivamente associadas ao tabagismo, é praticamente três vezes maior em homens que mulheres tanto dentre idosos jovens quanto mais velhos.

No Brasil o consumo de tabaco encontra-se em declínio dentre os homens, mas não dentre as mulheres, e já é equivalente para ambos os sexos dentre os adolescentes. Podemos, portanto, prever um novo perfil de doenças relacionadas ao tabagismo em idosos nas próximas décadas, como já ocorre na Europa. Nos últimos 25 anos as taxas de mortalidade por neoplasias da traqueia, brônquios e pulmões já vêm declinando acentuadamente dentre os homens de 30 a 70 anos, mas aumentando nas mulheres da mesma faixa etária; mantidas as tendências, a mortalidade de homens e mulheres por estas neoplasias se equivalerão em dez anos.

Algumas das principais neoplasias, por outro lado, têm óbvia associação com “questões de sexo”, como é o caso das neoplasias da mama e próstata.

A neoplasia da mama situa-se entre as 10 principais causas de morte de idosos jovens, em grande parte pelo fato de que 60% dos casos no Brasil são diagnosticados em estágios avançados.

Um estudo realizado em Campo Belo, MG, com todas as idosas de um bairro demonstrou que somente 6% haviam realizado mamografia alguma vez na vida. Outro estudo, em Ouro Preto, MG, revelou que dentre as 136 idosas de uma amostra aleatória 51% nunca haviam realizado mamografia.

A neoplasia da próstata é uma das 10 principais causas de óbito dos idosos mais velhos. A taxa de mortalidade no Brasil quase triplicou no período entre 1980 e 2000 o que em parte se relaciona com o envelhecimento da população e práticas inadequadas de rastreamento. No estudo de Ouro Preto, por exemplo, 85% dos idosos não haviam realizado o toque retal nos últimos 12 meses e 44% deles nunca haviam realizado a dosagem do antígeno prostático específico (PSA).

Leia estas três afirmativas, sobre o rastreamento de neoplasias no Brasil.

1. A maioria dos idosos não realiza periodicamente a pesquisa de sangue oculto nas fezes, para rastreamento da neoplasia de cólon.
2. A maioria das mulheres idosas não realiza periodicamente a mamografia.
3. A maioria dos homens idosos não realiza anualmente o toque retal e a dosagem do PSA (antígeno prostático específico) para rastreamento da neoplasia de próstata.

Volte agora aos Quadros 3 e 4. Tente identificar "causas externas" de morte. Veja que os acidentes de transporte são importantes dentre os homens idosos jovens, representando 1/3 de todos os óbitos deste grupo. Já dentre os homens octogenários, as quedas representam 1/3 de todas as causas externas de morte, e o dobro dos óbitos por acidentes de transporte.

Veja também que se compararmos idosas jovens e octogenárias, o número de óbitos por quedas é 10 vezes maior dentre estas últimas (161 x 1.662). Estes óbitos provocados por quedas representam metade do total de óbitos por causas externas e superam a mortalidade por neoplasia do cólon ou da mama.

Nesta parte nos concentramos sobre as causas de morte de idosos no Brasil. Na próxima vamos complementar nossa visão sobre a transição epidemiológica brasileira analisando as internações hospitalares de idosos.

Vamos pensar...

Qual a realidade da sua área de abrangência?

3.4| O que nos reserva o futuro?

É interessante analisar as tendências da mortalidade de idosos no Brasil para que sua equipe possa se antecipar às novas demandas. A bem da verdade, várias destas mudanças têm ocorrido como resultado do trabalho de equipes como a sua.

Desde 1980, portanto bem antes da oferta de procedimentos de elevado custo para o tratamento do acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, vem ocorrendo declínio da mortalidade de idosos jovens por doenças circulatórias. O fato provavelmente se explica pela ampliação do acesso aos procedimentos de baixa complexidade, como o uso de anti-hipertensivos e controle do diabetes.

O aumento da prevalência da obesidade e diabetes no país, por outro lado, resultará em novo incremento da mortalidade circulatória. A Pesquisa de Orçamentos Familiares realizada em 2010 pelo IBGE (BRASIL, 2010e)

apresentou dados preocupantes: o excesso de peso vem aumentando desde a década de 70, já acomete metade dos brasileiros adultos e em dez anos alcançará 2/3 deles. Dentre os idosos jovens, dois terços dos homens e quatro quintos das mulheres têm sobrepeso ou obesidade. E o pior: a prevalência é ainda maior dentre os adultos com 55 a 64 anos, os futuros idosos.

A pesquisa "Um panorama da saúde no Brasil" publicada em, 2010 também pelo IBGE (BRASIL, 2010f) revelou dados que provavelmente você tem observado em sua área de abrangência. Apenas 10% dos adultos praticam atividade física no Brasil. Além disso, entre 1970 e 2008, a proporção de pessoas envolvidas em atividades agrícolas - associadas ao maior gasto energético - caiu de 44% para 17%. Como resultado, no período entre 1990 e 2006 aumentou a taxa de mortalidade de idosos jovens por diabetes.

Mas nem tudo são más notícias. À medida que os brasileiros adultos começarem a alcançar os 65 anos, algumas mudanças favoráveis deverão ocorrer. Um estudo revelou que 65% das brasileiras de 18 a 69 anos já fizeram Papanicolaou, e quase metade daquelas com 40 a 69 anos fizeram uma mamografia. Acredita-se, quando idosas, elas continuarão realizando os procedimentos periodicamente. Já no caso dos homens, a queda da prevalência de tabagismo deverá se refletir no declínio das mortes associadas: 1/3 de todas as formas fatais de câncer e grande proporção das doenças circulatórias e pulmonares.

Uma nota final sobre os octogenários: o aumento da proporção destes idosos muito idosos deverá elevar a incidência de quedas e fraturas. O aumento da prevalência da doença de Parkinson, das demências e do estado de fragilidade resultará em maior número de óbitos associados às pneumonias de aspiração por disfagia e às úlceras de pressão em idosos acamados. Sua equipe está preparada?

Parte 4

Internações de idosos

Glossário

Taxa de internação: número de internações da população daquela faixa etária;

Valor per capita das internações: valor total das internações de um grupo (ex.: homens de 50-59 anos) dividido pela população daquela idade e sexo.

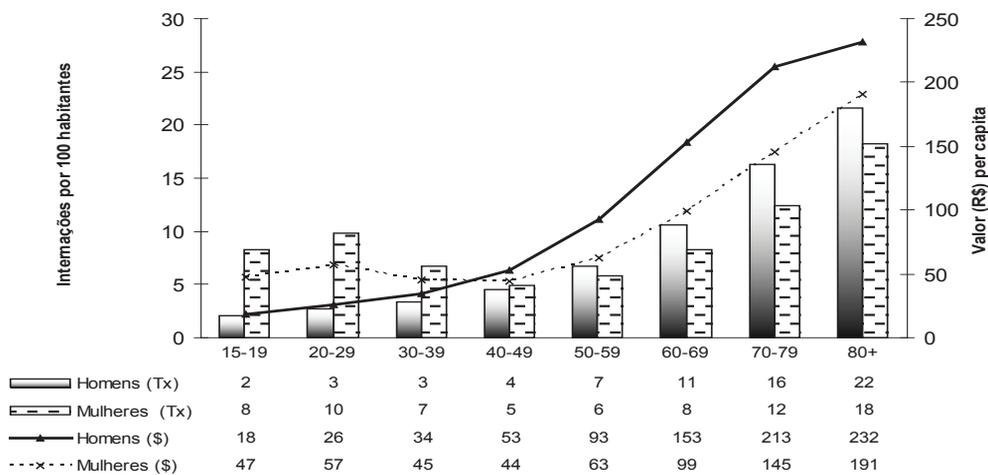
As internações hospitalares, de um modo geral, refletem a frequência das doenças de maior gravidade em uma determinada população. São dados úteis para caracterizar a saúde dos idosos, porque o registro da causa e duração das internações é compulsório; além disto, durante o período de internação é mais fácil firmar o diagnóstico correto da doença. Na parte anterior, discutimos detalhadamente as causas de morte de idosos no Brasil. Nesta parte, faremos inferências sobre as condições de saúde e as doenças mais prevalentes dentre os idosos, analisando os dados sobre internações hospitalares. Vamos analisar inicialmente a frequência de internações no Brasil de acordo com a faixa etária, e o custo destas internações. Em seguida detalharemos as causas de internação e vamos comparar dados de homens e mulheres, e de idosos “jovens” e “mais velhos”.

4.1 | Taxas e custos de internação

Observe a Figura 8, ela apresenta a taxa e o valor per capita das internações nos hospitais do SUS, por sexo e faixa etária, em 2010. As colunas indicam a taxa de internações dos homens (cinza) e das mulheres (tracejado), desde o grupo etário de 15-19 anos até o grupo com 80 anos de idade ou mais. As linhas correspondem ao valor per capita das internações de homens (linha contínua) e mulheres (linha tracejada), para os mesmos grupos etários.

Na tabela abaixo do gráfico estão os valores que levaram à construção do gráfico; as duas linhas de cima indicam o número de internações por habitante de cada sexo e faixa etária em 2010; as duas de baixo indicam o valor per capita, em reais, das internações hospitalares de cada sexo e faixa etária. Antes de analisarmos o gráfico, procure observar duas tendências muito evidentes: a diferença entre homens e mulheres, e entre jovens e idosos.

Figura 8 - Taxa e valor per capita das internações pelo SUS por sexo e faixa etária – 2010



Fonte: BRASIL, 2010a.

Os números na tabela correspondem ao número de internações por 100 habitantes daquele sexo e faixa etária, e ao custo de todas as internações do mesmo grupo, em milhões de reais.

Dentre as principais causas de internação de idosos (insuficiência cardíaca e pneumonia), os custos médios dos homens são superiores aos das mulheres. O custo mais baixo das internações de mulheres idosas, quando comparadas aos homens, pode representar a maior gravidade das doenças dos homens. Isto ocorreria porque homens controlam precariamente seus fatores de risco ao longo da vida, se beneficiam menos de atividades de prevenção e procuram auxílio médico mais tardiamente.

4.2| Causas de internação de idosos jovens: 60 a 69 anos

O Quadro 5 apresenta as principais causas de internação de idosos jovens pelo SUS em 2010, de acordo com o sexo. Veja os valores absolutos e a proporção de internações de cada causa, dentro o total de internações.

Para refletir...

Você acha que esta diferença do custo das internações seria também o resultado de uma condenável "prática clínica diferenciada para os sexos"?

Quadro 5 - Principais causas de internação de idosos jovens pelo SUS em 2010, de acordo com o sexo.

Grupos de doenças (de acordo com o Quadro 3)	Homens			Mulheres			Total		
	n	%	Tx	n	%	Tx	n	%	Tx
Cardiopatia não isquêmica	41.858	8,0	8,5	35.826	7,6	6,3	77.684	7,8	7,3
Pneumonia	40.730	7,8	8,3	35.972	7,6	6,3	76.702	7,7	7,2
Cirurgias eletivas	42.151	8,1	8,6	30.138	6,4	5,3	72.289	7,3	6,8
Cardiopatia isquêmica	37.578	7,2	7,7	24.529	5,2	4,3	62.107	6,3	5,8
Neoplasias	24.503	4,7	5,0	23.811	5,1	4,2	48.314	4,9	4,5
Doenças cerebrovasculares	27.040	5,2	5,5	20.580	4,4	3,6	47.620	4,8	4,5
Doença pulmonar obstrutiva crônica	22.054	4,2	4,5	19.917	4,2	3,5	41.971	4,2	4,0
Nefropatias	22.918	4,4	4,7	18.466	3,9	3,2	41.384	4,2	3,9
Diabetes melito	14.158	2,7	2,9	19.713	4,2	3,5	33.871	3,4	3,2
Colelitíase e colecistite	8.804	1,7	1,8	22.088	4,7	3,9	30.892	3,1	2,9
Doenças hipertensivas	12.639	2,4	2,6	16.569	3,5	2,9	29.208	2,9	2,7
Septicemia e doenças bacterianas	15.272	2,9	3,1	12.684	2,7	2,2	27.956	2,8	2,6
Fratura de fêmur e ossos dos membros	11.612	2,2	2,4	14.266	3,0	2,5	25.878	2,6	2,4
Diarreia infecciosa	10.278	2,0	2,1	15.286	3,2	2,7	25.564	2,6	2,4
Doenças arteriais e venosas	10.601	2,0	2,2	8.578	1,8	1,5	19.179	1,9	1,8

Fonte: BRASIL, 2010a.

Tx: taxa de internações por 1.000 habitantes.

Você pode observar que as cardiopatias não isquêmicas foram a principal causa de internação, três quartos das quais por insuficiência cardíaca (IC). Se somadas às outras causas (cardiopatias isquêmicas, doenças cerebrovasculares e doenças hipertensivas), as doenças circulatórias foram responsáveis por pouco mais de um quinto de todas as internações no período, ou o dobro das doenças respiratórias (pneumonia e Doença pulmonar obstrutiva crônica- DPOC) somadas. Embora esta faixa etária compreenda somente 5,5% da população brasileira, as internações por IC deste grupo etário representaram quase um terço de todas as internações por esta causa no Brasil. A taxa de internação por cardiopatia isquêmica dos homens foi praticamente o dobro da taxa das mulheres da mesma idade, e por doença cerebrovascular aproximadamente 30% superior.

Ocorreram 56 mil internações por pneumonia (três quartos do grupo "pneumonia") e 30 mil por DPOC, com taxas bastante parecidas entre ambos os sexos.

As cirurgias eletivas mais comuns foram as hernioplastias (26 mil) e hiperplasia benigna da próstata (6,3 mil) dentre os homens, as cirurgias para varizes e prolapso genital (cerca de oito mil cada) dentre as mulheres, e para ambos os sexos a cirurgia de catarata (oito mil no total).

As internações por neoplasias foram frequentes em ambos os sexos. As mais comuns em homens foram próstata (oito mil), estômago, esôfago

e pulmão (três mil cada); dentre as mulheres, foram mama (oito mil) e órgãos genitais (6,5 mil); em ambos os sexos, a colorretal (9,5 mil).

Vamos analisar agora as internações dos idosos mais velhos e então discutir os dados em conjunto.

4.3| Causas de internação de idosos octogenários

O Quadro 6 apresenta as principais causas de internação de octogenários pelo SUS em 2010, de acordo com o sexo. Veja os valores absolutos e a proporção de internações por cada causa, dentre o total de internações. Tente observar as principais diferenças entre as duas colunas.

Quadro 6 - Principais causas de internação de idosos de 80 anos e mais pelo SUS em 2010

Grupos de doenças (de acordo com o Quadro 3)	Homens			Mulheres			Total		
	n	%	Tx	n	%	Tx	n	%	Tx
Pneumonia	39.697	16,3	35,1	47.778	15,8	28,7	87.475	16,0	31,3
Cardiopatía não isquêmica	29.710	12,2	26,3	37.230	12,3	22,4	66.940	12,2	24,0
Doenças cerebrovasculares	16.463	6,8	14,6	21.686	7,2	13,0	38.149	7,0	13,7
Doença pulmonar obstrutiva crônica	15.971	6,5	14,1	14.515	4,8	8,7	30.486	5,6	10,9
Nefropatias	14.731	6,0	13,0	13.055	4,3	7,8	27.786	5,1	9,9
Septicemia e doenças bacterianas	9.750	4,0	8,6	13.169	4,3	7,9	22.919	4,2	8,2
Fratura de fêmur/ossos de membros	5.328	2,2	4,7	15.175	5,0	9,1	20.503	3,8	7,3
Diarreia infecciosa	8.051	3,3	7,1	11.544	3,8	6,9	19.595	3,6	7,0
Desnutrição e depleção de volume	7.444	3,1	6,6	9.112	3,0	5,5	16.556	3,0	5,9
Cardiopatía isquêmica	7.561	3,1	6,7	8.456	2,8	5,1	16.017	2,9	5,7
Doenças hipertensivas	5.728	2,3	5,1	9.621	3,2	5,8	15.349	2,8	5,5
Diabetes melito	5.080	2,1	4,5	9.639	3,2	5,8	14.719	2,7	5,3
Cirurgias eletivas	7.781	3,2	6,9	5.332	1,8	3,2	13.113	2,4	4,7
Neoplasias	6.834	2,8	6,0	5.845	1,9	3,5	12.679	2,3	4,5
Doenças arteriais e venosas	3.725	1,5	3,3	5.204	1,7	3,1	8.929	1,6	3,2

Fonte:BRASIL, 2010a.

Tx: taxa de internações por 1.000 habitantes.

Dentre os idosos mais velhos, as doenças respiratórias (pneumonias + DPOC) foram responsáveis por 21,6% das internações, o dobro da proporção dentre os idosos mais jovens, e quase a mesma proporção das doenças circulatórias somadas (25%). A taxa de internação de ambos os sexos por pneumonia é mais do que quatro vezes maior que a dos idosos com 60-69 anos. Ainda nesta idade, as taxas dentre os homens são mais elevadas que as das mulheres; no caso da DPOC, 40% maior.

Veja que a taxa de internação por cardiopatias não isquêmicas dos octogenários é mais que o triplo dos sexagenários. Esta também foi a principal causa de internação dentre as doenças circulatórias, 80% das

quais por insuficiência cardíaca. Embora esta faixa etária compreenda somente 1,5% da população brasileira, as internações por IC deste grupo etário representaram 1/5 de todas as internações por esta causa no Brasil.

A taxa de internação por doenças cerebrovasculares dos octogenários também é bem maior que a dos idosos com 60-69 anos: três vezes maior dentre os homens e quatro vezes maior dentre as mulheres. Já a cardiopatia isquêmica, embora com menor importância relativa, persiste como uma causa frequente de internações. Observe que a taxa de internação dos homens foi somente 15% superior à das mulheres da mesma idade.

As internações para cirurgias eletivas têm as mesmas causas, mas taxas mais baixas em ambos os sexos. A taxa de internação por neoplasias é aproximadamente 15% menor que dentre os idosos com 70-79 anos (dados que não foram apresentados). As principais localizações foram a próstata (três mil internações) dentre os homens, e a mama (duas mil) e órgãos genitais (mil) dentre as mulheres; em ambos os sexos, a colorretal (2,5 mil). Somadas, as neoplasias do estômago, esôfago, pulmão e bexiga foram a causa de quase três mil internações de homens e cerca de 1.500 de mulheres.

Dentre os idosos mais velhos ganham importância as internações por “septicemia e doenças bacterianas”, fraturas e diarreia infecciosa (cujas taxas são o triplo das taxas dos sexagenários). “Desnutrição” e “depleção de volume” causaram mais de 16 mil internações.

Você consegue pensar em algumas maneiras pelas quais sua equipe poderia reduzir as internações de idosos por doenças respiratórias e circulatórias?

4.4| Análise das causas de internação de idosos.

Observamos na parte anterior que a proporção de internações de idosos por doenças circulatórias, respiratórias e neoplasias é muito maior do que a proporção de idosos na população na geral. Cerca de um quinto de todos os pacientes internados pelo SUS em 2010 para tratamento de insuficiência cardíaca eram octogenários, mas este grupo representava somente 1,5% da população.

Esta sobrerrepresentação é consequência da somatória da redução da reserva fisiológica associada ao envelhecimento, do efeito dos hábitos de vida inadequados e das lesões de órgãos-alvo provocadas pelas doenças crônico-degenerativas. Do ponto de vista da saúde pública as epidemias de “hipertensão” ou “tabagismo” em adultos permanecem silenciosas até que o organismo se torne incapaz de superar os agravos, o que geralmente ocorre após os 60 anos.

As internações por insuficiência cardíaca, doenças hipertensivas, cardiopatia isquêmica e doença cerebrovascular retratam as dificuldades encontradas pela Atenção Primária à Saúde no controle ambulatorial destas doenças e seus fatores de risco. Esta não é uma prerrogativa do Brasil, mas comparados aos países desenvolvidos, aqui as complicações ocorrem precocemente.

As doenças circulatórias lideram não somente as estatísticas de mortalidade, mas também as causas de internação hospitalar. A insuficiência cardíaca não figura dentre as principais causas de morte, embora seja uma importante causa de internação de idosos, a eficácia do tratamento hospitalar reduz a sua letalidade e, pelo menos dentre os idosos mais jovens.

Do mesmo modo, e pelos mesmos motivos, você viu que as pneumonias e a DPOC figuram dentre as principais causas de internação, mas não de morte, especialmente dentre os idosos mais jovens. O contrário ocorre com as doenças cerebrovasculares cuja elevada letalidade coloca o grupo no topo do ranking das causas de morte apesar da frequência relativamente menor de internações.

Também é muito relevante o número de internações para tratamento das neoplasias. A maioria delas seria suscetível ao tratamento ambulatorial se detectadas precocemente. Os procedimentos de rastreamento são amplamente conhecidos e a maioria deles – como a pesquisa de sangue oculto nas fezes, o exame digital da próstata, a dosagem do PSA, o esfregaço cervical e o exame de urina - têm baixo custo e são amplamente oferecidos no SUS. Aproveite a oportunidade e discuta com a sua equipe: os idosos, por um “preconceito de idade”, estariam deixando de ser submetidos aos procedimentos de rastreamento?

As informações sobre a morbidade hospitalar também remetem às questões de “sexo” e “gênero”. Dentre os idosos mais jovens as taxas de internação por cardiopatia isquêmica e doença cerebrovascular dos homens são muito mais elevadas que as taxas das mulheres. O fato reflete a realidade que você observa na sua unidade de saúde: mais acesso ao sistema de saúde, diagnóstico precoce e tratamento de doenças circulatórias e seus fatores de risco.

Aos 80 anos, entretanto, sem que haja uma redução das taxas dentre os homens, as taxas de internação por aquelas doenças praticamente se equivalem entre os sexos. Isto provavelmente resulta da evolução da hipertensão, diabetes e dislipidemias nas mulheres idosas em um período de duas a três décadas já sem os efeitos protetores do estrogênio.

Questões de “gênero” relacionadas à prevalência do hábito de fumar estão entre as causas das maiores taxas de internação dos homens por outras doenças relacionadas ao tabaco, além das doenças circulatórias: as taxas de internação por DPOC (e também por pneumonia) são mais elevadas dentre os homens, especialmente os octogenários. As neoplasias associadas ao tabaco, mas comuns a ambos os sexos (estômago, esôfago, pulmão e bexiga), foram causa de 2,5 internações/1.000 homens, mas somente uma internação para cada mil mulheres.

Outro problema relevante no seu dia a dia: as doenças respiratórias. As taxas de internação por pneumonia são progressivamente maiores dentre os idosos de 60 e 70 anos, mas é dentre os octogenários que elas superam largamente a IC. Idosos frágeis, com o sistema imunológico debilitado, acamados, e com disfagia consequente às demências, acidente vascular cerebral e Parkinson representam grande parte destas hospitalizações.

Outras causas de internação dos octogenários retratam a fragilidade deste grupo. As internações por diarreia (vinte mil), desnutrição (onze mil) e desidratação (seis mil) demonstram a dificuldade de prestar assistência a esta população.

As setenta mil internações por fraturas são um alerta para a sua equipe sobre a necessidade de programas dirigidos à prevenção e tratamento da osteoporose e quedas.



Atividade 2

Fórum:

Morbidade, aspectos epidemiológicos do envelhecimento populacional.

Aumento da proporção de idosos; redução do número de filhos; controle (insuficiente) de doenças crônicas degenerativas; rastreamento (insuficiente) de neoplasias; aumento da demanda por internação hospitalar.

Estes problemas vêm ocorrendo na sua área de abrangência?

São cada vez mais importantes?

Sua equipe tem uma estratégia para minimizar o impacto **epidemiológico do envelhecimento populacional**?

Vamos discutir no Fórum!

Nesta parte analisamos as tendências das internações hospitalares dentro do contexto do envelhecimento populacional. A seguir você verá que estes dados ainda são insuficientes. Para caracterizar a saúde – e doença – dos idosos; é necessário saber o que se passa dentro de suas casas...

Parte 5

Saúde e doença de idosos residentes na comunidade

Como vimos na parte anterior, as informações sobre mortalidade e causas de internação de idosos oferecem uma boa visão sobre o impacto dos problemas de saúde mais graves desta faixa etária. No entanto, grande parte das doenças e limitações dos idosos não provoca morte nem leva à internação; para conhecê-las é necessário discutir alguns estudos de base populacional realizados com idosos residentes na comunidade. Vamos analisar também informações relacionadas aos vínculos sociais desta população.

Veja a importância de algumas doenças e condições que não causam diretamente óbito e internações hospitalares e, portanto ficaram “ocultas” da nossa análise nas partes anteriores:

Doenças de grande impacto sobre a família: demências.

Doenças com potencial de risco muito elevado: quedas.

Doenças incapacitantes para o paciente: osteoartrose.

Doenças que comprometem a autoestima: depressão.

Doenças que afetam a qualidade de vida: incontinência urinária.

Estágios precursoros de doenças: dislipidemia (risco de infarto e doenças cerebrovasculares).

Estágios assintomáticos de doenças: osteoporose (risco de fraturas).

No campo da gerontologia, considera-se fundamental preservar não somente a saúde física e mental dos idosos, mas também sua capacidade funcional. Doenças crônicas tornam-se mais importantes na medida em que comprometem a independência do idoso como é o caso da osteoartrose, catarata ou sequelas do acidente vascular cerebral.

Para refletir...

Na sua área de abrangência, que doenças provocam as maiores limitações funcionais dentre os idosos? Elas são mais prevalentes em idosos mais velhos? Ou mais pobres? Elas seriam potencialmente evitáveis?

Glossário

Estudos de base populacional: a amostra é parte da população de um bairro ou de uma cidade.

Amostra aleatória: originada de sorteios padronizados, como nas pesquisas eleitorais; representam com fidelidade toda a população.

Assim como ocorre durante uma consulta com um paciente idoso, portanto, estudos sobre a saúde dos idosos devem também avaliar sua competência funcional, ou seja, a capacidade para realizar sem auxílio algumas atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) - como utilizar transporte público, usar o telefone ou preparar uma refeição. Devem avaliar também a capacidade para realizar atividades básicas da vida diária (ABVDs) - como tomar banho ou passar da cama para uma cadeira.

5.1 | Avaliações multidimensionais de base populacional

Os estudos de amostras aleatórias de base populacional permitem caracterizar de maneira confiável as condições de saúde da população geral e oferecem subsídios fundamentais para elaborar as estratégias de intervenção. Nesta parte apresentaremos os resultados dos estudos de base populacional sobre a saúde de idosos mais importantes realizados no Brasil.

O Estudo SABE

O Projeto Sabe (Saúde, bem-estar e envelhecimento) é um estudo multicêntrico que tem por objetivo de avaliar o estado de saúde das pessoas idosas para projetar as necessidades de saúde. No Brasil, teve sua primeira rodada realizada no município de São Paulo, em 2000, quando foram entrevistadas mais de 2.100 pessoas de 60 anos e mais.

O estudo demonstrou que praticamente um quinto dos idosos necessitava de auxílio para realizar pelo menos uma ABVDs, ou seja, limitações que afetam a sobrevivência e qualidade de vida (Quadro 7). Deste grupo um terço era altamente dependente e necessitava de auxílio em pelo menos três atividades. A necessidade era maior dentre os mais idosos entre as mulheres, independente da idade. No entanto, os homens dependentes recebiam mais auxílio do que as mulheres, refletindo a melhor qualidade do cuidado provido pelas esposas.

Quadro 7 - Necessidade de auxílio para realizar atividades de vida diária entre os idosos do Município de São Paulo.

Atividades	%
Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs)	
Levantar e sentar da cadeira/cama	16,3
Vestir a parte de cima ou de baixo do corpo	20,1
Tomar banho	10,2
Ir ao banheiro sozinho	7,9
Andar um quarto caminhando	8,4
Comer (a partir de um prato)	4,7
Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)	
Utilizar transporte de forma independente	26,0
Fazer compras de forma independente	18,1
Tomar as próprias medicações	14,1
Cuidar do próprio dinheiro	12,7
Utilizar o telefone	11,2
Preparar uma refeição quente	7,3
Não costuma fazer (1)	21,4
Realizar tarefas domésticas pesadas	29,6
Não costuma fazer (1)	27,0
Realizar tarefas domésticas leves	12,3
Não costuma fazer (1)	19,7

Fonte: LEBRÃO *et al.*, 2005.

*: os números representam a porcentagem. (1) Atividades com importante influência cultural causando possível diferencial de gênero.

Praticamente um terço das mulheres idosas jovens (60 a 74 anos) - mas nenhum homem idoso - continuavam a realizar tarefas domésticas leves; atividades pesadas continuavam sendo realizadas por um quarto das idosas jovens. O fato sugere, segundo os autores, que apesar do declínio funcional associado ao envelhecimento, a sobrecarga de trabalho feminino se mantém até idades mais avançadas, quando cuidar do marido se torna uma nova tarefa.

A proporção de idosos dependentes para AIVDs era ainda maior (26,5%). A principal AIVD acometida era a capacidade de "ir sozinho a outros lugares". O fato ressalta a importância de terceiros para a integração social de parcela significativa dos idosos de São Paulo.

Para refletir...

Na sua área de abrangência há muitos idosos altamente dependentes? Como é o arranjo familiar destes domicílios?

Há arranjos familiares melhores e piores para os idosos dependentes?

Dentre os 66 tipos de arranjos domiciliares encontrados, aqueles com as maiores proporções de idosos dependentes são os trigeracionais (idosos, filhos e netos) e os arranjos onde pessoas externas à família (geralmente um cuidador contratado) vivem com o idoso. Ainda segundo os autores, a baixa frequência deste último arranjo (7%) sugere que os laços familiares ainda são o recurso disponível para manter os cuidados aos idosos, ainda que em situações não completamente satisfatórias.

O acompanhamento do estudo demonstrou que a população idosa do município de São Paulo é cada vez mais feminina e envelhece com mais doenças e incapacidades. Os autores destacaram a importância de pensar políticas relacionadas ao auxílio das famílias no cuidado de idosos mais dependentes, inclusive pelo fato de ter aumentado a proporção de idosos que moravam sozinhos.

O Estudo de Ouro Preto

Uma amostra aleatória representativa dos idosos (60 anos e mais) de Ouro Preto (MG) foi submetida a uma avaliação multidimensional que contemplava diversas especificidades de uma investigação de idosos (CHAIMOWICZ; COELHO, 2004). Cerca de 180 idosos com idade mediana de 67 anos foram avaliados. Neste grupo, três quartos eram mulheres, um terço brancos, metade tinha escolaridade menor que quatro anos, e 60% pertenciam às classes de renda D e E. O grupo se parece com os idosos da sua área de abrangência?

Praticamente todos os idosos (99%) não cumpriam adequadamente os procedimentos para rastreamento de neoplasias: 98% por exemplo, não haviam feito a pesquisa de sangue oculto nas fezes nos 12 meses pregressos (44% nunca haviam realizado). Dentre os homens, 85% não haviam feito o exame digital da próstata nos 12 meses pregressos e 44% nunca haviam feito a dosagem do PSA. Dentre as mulheres 45%, não haviam feito o exame clínico da mama nos 12 meses pregressos e 51% nunca haviam feito mamografia; 32% não nunca haviam feito o esfregaço de Papanicolau e outros 27% não o haviam feito nos 12 meses pregressos. Estavam dentro do calendário, as imunizações contra febre amarela (80% dos idosos), influenza (74%) e tétano (61%) e pneumonia (53%).

Má visão foi referida por 62% dos idosos e restringia algum tipo de atividade para 33% deles; 44% relatavam dificuldade para ouvir, 69% para entender palavras e 31% para assistir televisão, ouvir rádio ou conversar ao telefone. A maioria 79% não se consultava com um dentista há mais de

12 meses; 14% se queixavam de dor, incômodo ou sangramento na boca e 20% deixou de ingerir algum alimento por dificuldade para mastigar.

Algumas das grandes síndromes geriátricas eram muito prevalentes: incontinência urinária foi relatada por 64% dos idosos, 55% dos quais informaram que provocava incômodo ou levava à restrição de atividades; quedas foram referidas por 38% da amostra (18% provocando fraturas); 48% dos idosos necessitavam de auxílio para realizar pelo menos uma ABVD ou AIVD.

Os rastreamentos para depressão e déficit cognitivo identificaram como possíveis casos 28% e 24% dos idosos, respectivamente. A avaliação do risco de isolamento social revelou dados surpreendentes: 65% deles poucas vezes ou nunca costumavam recorrer à família quando acometidos por problemas de saúde e emocionais, 33% poucas vezes ou nunca participavam das decisões importantes da família e 24% poucas vezes ou nunca costumavam se encontrar com amigos, vizinhos ou parentes.

Idosos “não brancos” e de renda ou escolaridade mais baixas apresentavam desvantagens na maioria dos domínios avaliados. Em última análise, o estudo revelou que embora relativamente jovens os idosos de Ouro Preto já apresentam elevada prevalência de síndromes geriátricas (como incontinência urinária) e fatores de risco para dependência (como quedas) sugerindo que dentre eles o envelhecimento bem sucedido será privilégio de poucos.

Para refletir...

A amostra ainda se parece com a dos idosos da sua área de abrangência? Visão, audição e saúde bucal são investigadas por sua equipe? Sua equipe costuma investigar “as síndromes geriátricas”? Como?

Concluindo a seção 1

Você viu nessa seção que a proporção de idosos no Brasil ainda é pequena, e constituída, em sua maioria, por “idosos jovens”, com muitos filhos. A maioria destes idosos recebe aposentadoria e grande parcela possui casa própria. Suas condições financeiras, em média são melhores que a de seus filhos permitindo o auxílio entre as gerações.

No entanto, já se observa aumento expressivo da prevalência de doenças crônicas e necessidade de auxílio para realização de atividades cotidianas, especialmente dentre os idosos mais velhos e de renda mais baixa.

Você viu também que os custos de internação são crescentes e a oferta de serviços públicos substitutivos aos asilos praticamente inexistente.

O futuro parece sombrio, pois as extensas coortes (os grupos populacionais) de adultos de hoje são caracterizadas por elevada prevalência de fatores de risco para neoplasias e doenças circulatórias, alto índice de desemprego e trabalho informal e capacidade reduzida de poupar.

Hoje as famílias têm menos filhos e o número de separações têm aumentado, bem como a participação feminina no mercado de trabalho. Estes fatores deverão reduzir a disponibilidade de cuidadores para os idosos no futuro.

Nas próximas quatro décadas, com a “explosão demográfica da terceira e quarta idades”, surgirá uma população de idosos mais dependentes, com menos recursos próprios e que receberá, mantidas as atuais tendências, precário suporte formal do governo e informal de suas famílias.

A proporção dos idosos “mais idosos” aumentará acarretando crescimento desproporcional das demandas sociais e de saúde.

Em um futuro próximo, as medidas direcionadas à manutenção e recuperação da independência funcional terão que revolucionar os modelos de cuidado, criando um paradigma que enfatize a reabilitação do idoso e a integração das ações públicas com os mecanismos de suporte familiar.

Nesta nova realidade, a racionalização dos procedimentos de alta tecnologia e a ênfase nas modalidades, hoje, alternativas de assistência como os centros-dia, residências assistidas e internações domiciliares serão estratégias para mitigar o crescimento dos custos com a saúde.

O envelhecimento saudável somente se tornará uma realidade para os idosos brasileiros quando a aplicação intensiva dos métodos já existentes de promoção, tratamento e reabilitação da saúde passar a favorecer uma parcela da população muito maior do que a que hoje deles se beneficia.

Faça, portanto, bom proveito dos conhecimentos que irá adquirir neste Módulo. Utilize este novo olhar para identificar as demandas que emergem em sua área de abrangência. Discuta com sua equipe os conceitos que você assimilou e tente elaborar estratégias para minimizar o impacto do envelhecimento sobre a saúde da população que você assiste.

Na seção 2 modificaremos completamente o nosso foco. Da análise populacional, passaremos para a análise de cada indivíduo. Vamos estudar os principais problemas de saúde dos idosos brasileiros de maneira detalhada. Nosso objetivo será instrumentalizar você e sua equipe para prevenir, resolver ou minimizar o impacto destes problemas sobre a qualidade de vida do idoso e de suas famílias. Dona Josefina te aguarda.

Vamos lá?

Atividade 3

Problemas de saúde dos idosos de sua área de abrangência



Em sua opinião, quais são os cinco principais problemas de saúde dos idosos da sua área de abrangência? Preencha o quadro indicando:

1. Como poderiam ter sido evitados?
2. Qual o seu impacto sobre o sistema de saúde?
3. Qual o seu impacto sobre a família?
4. Como poderia ser resolvidos, ou minimizados?

Problemas	Como evitar	Impacto: saúde	Impacto: família	Solução?

Imprima seu trabalho e guarde em seu portfólio impresso.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

