



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PERFIL DA MORTALIDADE EM IDOSOS NO ESTADO DO RIO GRANDE DO
NORTE**

PINHEIRO E SILVA, EDUARDO¹

ARAÚJO, AÍLA MARÔPO²

RESUMO

Na sociedade atual, um fato que tem ganhado grande destaque no cenário mundial e que afeta tanto países em desenvolvimento como países desenvolvidos, é o rápido envelhecimento da população. Esse estudo tem como objetivo caracterizar o perfil da mortalidade em idosos no Estado do Rio Grande do Norte no período de 2006 a 2015. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa, elaborado de acordo com dados do sistema de informação sobre mortalidade de idosos. Para coleta de dados utilizou-se informações de idosos na faixa etária de 60 anos ou mais, vítimas de óbitos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID10, residentes no Estado do Rio Grande do Norte. A coleta dos dados foi efetuada no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), tabulados em planilhas do Excel, construídas tabelas e analisados conforme a estatística descritiva. Evidenciou-se que 36,95% dos óbitos foram motivados por doenças do aparelho circulatório de acordo com o capítulo IX do CID - 10 e 17,13% por neoplasias. Prevaleceu a faixa etária de 80 anos ou mais, majoritária ao sexo masculino, de cor branca, e indivíduos não alfabetizados. Portanto, é de extrema importância um olhar diferenciado à pessoa idosa, no que tange a adoção de medidas de prevenção para as doenças circulatórias, assim como, fortalecer discussões voltadas às políticas públicas da pessoa idosa.

Palavras-chave: Mortalidade, idoso, registros de mortalidade, perfil epidemiológico.

¹Graduando em enfermagem – eduardopinheiro.s@hotmail.com

²Profª. Msc. Orientadora– ailaaraujo88@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Na sociedade atual, um fato que tem ganhado grande destaque no cenário mundial e que afeta tanto, países em desenvolvimento como países desenvolvidos, é o rápido envelhecimento da população. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a estimativa é de que, a cada mês, em todo mundo, cerca de um milhão de pessoas ultrapassem os 60 anos de idade. Para 2050, estima-se que deverão existir no mundo dois bilhões de idosos, dos quais, 80% estarão nos países em desenvolvimento, onde o Brasil está incluso (OMS, 2005).

Segundo Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelam que, nas últimas décadas, o país tem apresentado um padrão demográfico caracterizado pelo aumento do contingente de idosos e uma baixa taxa de crescimento populacional com consequente transformação (IBGE, 2009).

No ano de 1960, 3,3 milhões de brasileiros tinham 60 anos ou mais e representavam apenas 4,7% da população, já em 2000 atingiam 14,5 milhões, representando 8,5% da nação. Já de acordo com o censo demográfico de 2010 foi verificado um aumento de idosos nos últimos 50 anos, em que esses já representavam 10,8% da população (IBGE, 2010). Segundo a OMS, nesse ritmo, o Brasil ocupará o sexto lugar no contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (OMS 2012).

A teoria da transição demográfica proposta no século XX relaciona o desenvolvimento socioeconômico de uma determinada população ao seu crescimento populacional. Ainda segundo essa teoria, a modernização da sociedade e o desenvolvimento econômico seria a principal causa das mudanças nas taxas de natalidade e mortalidade (THOMPSON, 1929).

No Brasil, essa transição demográfica vem ocorrendo desde o século passado, onde a taxa de mortalidade infantil sofreu um declínio considerável, dando espaço assim ao surgimento de uma população mais jovem o que impactou diretamente na estrutura etária (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Para o atual período, essa transição ainda vem sofrendo modificações no qual os níveis de mortalidade e natalidade reduziram ainda mais. Como consequência da desaceleração do ritmo de crescimento demográfico, o crescimento da população idosa se torna inevitável (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Esse fenômeno evidenciado nos dados chama-se transição demográfica, em que o Brasil vem percorrendo tem mudado a sociedade brasileira e impactado diretamente na transição epidemiológica, repercutindo assim na distribuição dos problemas de saúde (BRASIL, 2007).

Uma das principais características do processo de transição epidemiológica é o aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, surgindo com maior impacto em países desenvolvidos e a partir da década de 1960 vem se espalhando rapidamente pelo Brasil (TEXEIRA, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde, a mudança do perfil epidemiológico do Brasil, nos últimos vinte anos, pode ser expressa pela permanência das doenças do aparelho circulatório como principal causa de morte, pela diminuição da importância das doenças infecciosas e parasitárias e, principalmente, pelo crescimento das neoplasias e das causas externas (BRASIL, 2014).

No Brasil, o cenário que era de uma população jovem, com maior incidência de doenças infecciosas no século passado, transformou-se em uma típica da população mais envelhecida, onde predominam agravos crônicos e o consequente aumento nos custos assistenciais, gerados pelas alterações na utilização dos serviços de saúde (MAIA et al., 2006).

O aumento do número de idosos na população tem motivado estudos no sentido de melhorar a qualidade de vida desta faixa etária através de políticas sociais e o planejamento das políticas em saúde (RUIZ; CHALITA; BARROS, 2003).

Portanto o conhecimento das principais causas de mortalidade que acometem a população de 60 anos ou mais serve de parâmetro para o desenvolvimento de um bom planejamento em saúde a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas nessa faixa etária.

Diante do exposto, esse trabalho tem como objetivo caracterizar o perfil da mortalidade em idosos no Estado do Rio Grande do Norte.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

O acentuado processo de transição demográfica que o mundo vem passando tem afetado governos, economias e principalmente os vários setores da saúde. A redução da fecundidade na Europa no advento da revolução industrial foi um dos marcos para o início da transição demográfica em todo mundo, processo que ocorreu devido às melhorias nos serviços de saneamento além de melhores condições sociais e de saúde associado ao uso de antibióticos e campanhas de vacinação (BRITO, 2008). Ainda hoje esses países sofrem com esse processo de transição, porém com uma melhor expectativa e qualidade de vida.

Por outro lado, nos países em desenvolvimento no qual o Brasil se inclui, esse processo se dá de forma desenfreada e crescente. A redução da mortalidade que ocorreu antes da queda da fecundidade junto ao processo de urbanização do brasileiro que ocorreu sem mudança de distribuição de renda, acabou gerando uma população jovem rápida demais. Aliado a esse fato, houve um aumento inesperado da expectativa de vida do brasileiro que foram de quase 25 anos em 5 décadas (BRITO, 2008). Todo esse processo ocorreu sem que tenham sido observadas melhoras significativas nas condições de vida e de saúde da população.

Segundo estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – para o ano de 2010 a população idosa do Rio Grande do Norte alcançou o patamar de 343.442, aumento de 36,91% comparado ao ano 2000. Já a população do Brasil, teve um aumento substancial de 41,61% saltando de 14.538,987 em 2000 para 20.588,890 em 2010.

Nesse contexto, é notório que houve e ainda há um aumento significativo da população idosa no Brasil e no Rio Grande do Norte com consequentes problemas de saúde típicos dessa faixa etária.

Com o advento da transição demográfica, as políticas públicas de saúde brasileiras têm dado maior visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela Saúde Pública: os idosos. As ações têm se direcionado à prevenção, promoção, reabilitação, tratamento e cuidado da população em envelhecimento, considerando todos os determinantes a ele associados (Campolina et al., 2013, p. 1223).

Ainda segundo Brito (2008), a transição demográfica gera uma transição epidemiológica, significando uma mudança radical no perfil de doenças da população, e assim será necessário aprender a controlar as doenças do idoso.

Para Pereira (2015), uma das principais características do processo de transição epidemiológica é o aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), surgindo com maior força em países desenvolvidos e desde a década de 1960 vem se espalhando rapidamente pelo Brasil.

No Brasil, a redução nos níveis de mortalidade infantil desde 1940 acarretou ganhos significativos da esperança de vida, como resultado das diminuições de mortes provocadas pelas doenças infectocontagiosas. Entre o período de 2000 a 2010, a taxa bruta de mortalidade mudou de 6,67 para 6,06 óbitos por 1.000 habitantes. E a esperança de vida ao nascer passou de 69,83 anos para 73,86, respectivamente (IBGE, 2013).

O percentual de jovens de zero a 14 anos em 1960 que era de 42%, passou para 30% em 2000, com expectativa de cair para 18% em 2050. Em relação à população idosa acima de 65 anos, o percentual era de 2,7% em 1960 foi para 5,4% em 2000, com expectativa de alcançar 19% em 2050, ultrapassando o número de jovens (MENDES, 2011).

O envelhecimento populacional traz consigo uma série de outras preocupações relacionadas à saúde e à qualidade de vida dos idosos. Fried et al. (2004) define a fragilidade em idosos como uma síndrome clínica caracterizada pela diminuição da reserva energética, força e desempenho, que resulta em um declínio cumulativo de múltiplos sistemas fisiológicos, levando a um estado de maior vulnerabilidade.

É considerado um importante problema de saúde pública entre aqueles que estão envelhecendo por estar diretamente associada a um maior risco de queda, hospitalização, incapacidade funcional, institucionalização e óbito entre os idosos (MELLO; ENGSTROM; ALVES, 2014).

Um ponto a ser discutido relaciona-se às características do modelo de transição epidemiológica de nosso país. Teixeira (2004) destaca a característica do processo de mudança do processo demográfico e epidemiológico do Brasil, na qual se observa uma mudança “atípica” nesta transição.

Este processo é consequente não apenas da frequência dos casos de doenças infecciosas e parasitárias que possui com casos relevantes de

morbimortalidade, detectada pelo sistema de vigilância epidemiológica e pelos registros ambulatoriais e hospitalares, mas também pelo importante crescimento das causas externas. (TEXEIRA, 2004).

Desta forma, apresenta-se uma complexa diversificação na situação epidemiológica devido à distribuição irregular dos riscos e agravos em cada população, onde diferentes regiões do país apresentam taxas, coeficientes e situações desiguais, ou até mesmo em microrregiões do mesmo estado, da mesma cidade, demonstrando assim, diferenças importantes nos diversos grupos populacionais em relação às condições de vida e trabalho no país (PEREIRA, 2015).

Em Paralelo à transição demográfica, também se constatou no país outro fenômeno epidemiológico – transição nutricional, caracterizado pela mudança do perfil de morbimortalidade da população, com aumento da prevalência de doenças e agravos não-transmissíveis (DANT), como o excesso de peso, diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e doenças cardiovasculares (ESKINAZI, 2011).

Atualmente, as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte. Entre as doenças mais prevalentes, destacam-se as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares, sendo a primeira a principal causa de morte nos países desenvolvidos e a segunda a mais importante causa de morte nos países em desenvolvimento (MANSUR; FAVARATO, 2012).

Monteiro (2000) considera crucial a caracterização dos padrões de morbidade e mortalidade das populações para entender o processo de transição epidemiológica.

2.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa.

Os estudos epidemiológicos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o seu tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos e responder perguntas como: quando, onde e de que adoece, utilizando nela, uma linguagem matemática para relatar as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis entre outras (ROUQUAYROL, 2002).

Já os estudos descritivos têm por objetivo descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na

utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (ROUQUAYROL, 2002).

Os dados utilizados foram sobre a mortalidade em idosos (60 anos ou mais) no Estado do Rio Grande do Norte, no período de 2005 a 2016, contemplados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde surgiu em 1991 como um departamento da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. O DATASUS tem como responsabilidade prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle que auxiliam diretamente o Ministério da Saúde no processo de construção e fortalecimento do SUS (BRASIL, 2002).

Em relação ao Sistema de Informação Sobre Mortalidade, este foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em 1975, e é produto da unificação de mais de quarenta modelos de instrumentos utilizados, ao longo dos anos, para coletar dados sobre mortalidade no país. Possui variáveis que permitem, a partir da causa da morte atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde (BRASIL, 2017).

O SIM tem como instrumento de coleta de dados a declaração de óbito (DO) que deve estar sob a responsabilidade do médico, conforme legislação do Conselho Federal de Medicina. A DO possui 3 vias distintas sendo elas, branca, amarela e rosa, onde cada uma tem sua destinação. A via branca vai para a Secretaria Municipal de Saúde, na Vigilância Epidemiológica, a via amarela que fica com representante/ responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento e a via rosa que fica na Unidade, para arquivar no prontuário do falecido.

As variáveis utilizadas nesse estudo são: sexo, cor/raça, nível de escolaridade, faixa etária, capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), municípios do Rio Grande do Norte e grupo de causas definidos do CID-10.

Foi realizado o cálculo da média em relação à taxa de mortalidade proporcional por grupo de causas definidas do CID-10 em idosos no período de 2006 a 2015.

Para o cálculo da mortalidade proporcional por grupo de causas, que indica a distribuição percentual dos óbitos por causas definidas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, o cálculo é realizado pelo número de óbitos de residentes por grupo de causas definidas, sobre o número total de óbitos residentes, excluindo as causas mal definidas ($\times 100$). O denominador utilizado no coeficiente foi baseado na somatória de todas as causas de doenças do capítulo do CID-10 menos o capítulo XVIII que se caracteriza como causa mal definida.

Quanto ao processamento e análise dos dados, estes foram tabulados em planilhas do Excel, construídas tabelas e analisados conforme a estatística descritiva.

No que tange aos aspectos éticos, o estudo utiliza-se de dados secundários disponíveis online pelo DATASUS e não há necessidade de submissão ao comitê de ética em pesquisa.

2.3 RESULTADOS

Os dados de caracterização apontaram que os idosos do sexo masculino morrem mais (50,66%), e o Rio Grande do Norte acompanha o perfil nacional (50,76%).

Em relação à cor/raça, observa-se que tanto no Brasil como no Rio Grande do Norte, a maioria era de cor branca (62,17% e 50,72%, respectivamente), seguidos da cor parda com 29,64% a nível nacional e 43,25% a nível estadual.

Quanto à escolaridade, os dados do Estado evidenciaram que os idosos na maioria não tinham nenhum (47,57%) ano de estudo seguido de 28,97% que tinham de um a três anos.

Já a faixa etária com maior mortalidade no RN foi de 80 anos ou mais (50,27%), seguido de 75 a 79 anos (14,91%) (Tabela1).

Tabela 1 - Caracterização da mortalidade de idosos no Brasil e no Rio Grande do Norte, entre 2006 e 2015. Natal, 2017.

Sexo	Brasil		Rio Grande do Norte	
	N	%	N	%
Masc	3613486	50,76	54445	50,66

Fem	3505234	49,24	53028	49,34
Total	7118720		107473	
Cor/raça				
Branca	4154920	62,17	46744	50,72
Preta	484899	7,26	5163	5,6
Amarela	50783	0,76	326	0,35
Parda	1980845	29,64	39860	43,25
Indígena	12160	0,18	72	0,08
Total	6683607		92165	
Escolaridade (anos de estudo)				
Nenhuma	1502319	28,88	37291	47,57
1 a 3 anos	1792993	34,47	22708	28,97
4 a 7 anos	1115008	21,44	11026	14,07
8 a 11 anos	516162	9,92	4886	6,23
12 anos e mais	274611	5,28	2473	3,15
Total	5201093		78384	
Faixa Etária				
60 a 64 anos	863530	12,13	10770	10,02
65 a 69 anos	975653	13,7	12523	11,65
70 a 74 anos	1106919	15,55	14132	13,15
75 a 79 anos	1208128	16,97	16023	14,91
80 anos e mais	2965197	41,65	54030	50,27
Total	7119427		107478	

Fonte: SIM/DATASUS, 2017.

Nota: Foram excluídos os ignorados.

A tabela 2 evidencia-se que a maior parte dos idosos que foram a óbito são por doenças do aparelho circulatório (capítulo IX do CID-10) (36,95%), precedido dos óbitos por neoplasia (17,13%) e 11,96% são por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, o que difere do perfil nacional que são as doenças do aparelho respiratório com 13,81%.

Tabela 2 - Mortalidade por grupo de doenças no CID-10 em idosos no Brasil e Rio Grande do Norte, entre 2006 e 2015. Natal, 2017.

Capítulo CID-10	Brasil		Rio Grande do Norte	
	N	%	N	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	226008	3,17	3614	3,36
II. Neoplasias (tumores)	1209623	16,99	18411	17,13
III. Doenças sangue órgãos hemat e transtunitár	33941	0,48	823	0,77
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	539275	7,57	12852	11,96
V. Transtornos mentais e comportamentais	54124	0,76	831	0,77
VI. Doenças do sistema nervoso	182037	2,56	2618	2,44
VII. Doenças do olho e anexos	134	0,002	2	0,002
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	597	0,008	12	0,011
IX. Doenças do aparelho circulatório	2546056	35,76	39713	36,95
X. Doenças do aparelho respiratório	982893	13,81	12713	11,83
XI. Doenças do aparelho digestivo	335787	4,72	4717	4,39
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	26023	0,37	684	0,64
XIII. Doença sist osteomuscular e tec conjuntivo	27982	0,39	293	0,27
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	201336	2,83	2993	2,78
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	207	0,003	8	0,007
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	4238	0,06	123	0,11
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	511606	7,19	3866	3,6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	237560	3,34	3205	2,98
Total	7119427		107478	

Fonte: SIM/DATASUS, 2017.

Nota: Foram excluídos os ignorados.

Quanto à mortalidade em idosos nos municípios do Rio Grande do Norte observar-se que 48,19% dos óbitos ficaram concentrados em apenas oito municípios do estado (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da mortalidade em idosos nos principais municípios do Rio Grande do Norte no período de 2006 a 2015. Natal, 2017.

Município	N	%
Caicó	2640	2,46
Ceará-Mirim	2298	2,14
Currais Novos	2052	1,91
Macaíba	2118	1,97
Mossoró	7976	7,43
Natal	27705	25,79
Parnamirim	4800	4,47
São Gonçalo do Amarante	2171	2,02
Total	107416	

Fonte: SIM/DATASUS, 2017.

Nota: Foram excluídos os ignorados.

A tabela 4 revela a taxa de mortalidade em idosos por grupo de causas definidas. A maior taxa foi de 38,3% para doenças do aparelho circulatório, seguido das neoplasias com uma taxa de 17,7% e doenças do aparelho respiratório com taxa de 12,2% (RN). Observa-se também o que o estado segue uma tendência nacional quanto a essa taxa.

Tabela 4: Taxa de mortalidade proporcional por grupo de causas definidas do CID-10 em idosos no período de 2006 a 2015. Natal, 2017.

Grupos de causa do CID-10	Brasil	Rio Grande do Norte
	Taxa de Mortalidade Proporcional (%)	Taxa de Mortalidade Proporcional (%)
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,4	3,4
II. Neoplasias (tumores)	18,3	17,7

III. Doenças sangue órgãos hemat e transtimunitár	0,51	0,79
IX. Doenças do aparelho circulatório	38,5	38,3
X. Doenças do aparelho respiratório	14,8	12,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	5,0	4,5
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0,06	0,11

Fonte: SIM/DATASUS, 2017.

2.3 DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos, foi constatado que na população do Rio Grande do Norte a mortalidade de idosos entre os anos de 2006 a 2015 foi proporcionalmente maior para o sexo masculino (50,66%) do que para o sexo feminino (49,34%).

O mesmo foi observado para a mortalidade da população brasileira no mesmo período, sexo masculino (50,76%) e feminino (49,24%). Assim, percebe-se que a população masculina se sobressai em relação à feminina, caracterizando um aumento da longevidade feminina.

Nesse contexto Maia et al. (2006), ressalta em seu estudo que, na análise de óbitos, a ocorrência de maior mortalidade entre os homens, pela maior exposição a riscos ambientais e sociais. Entre os idosos, essa diferença torna-se ainda mais acentuada, ocasionando o fenômeno denominado feminização da velhice, ou seja, a predominância das mulheres na população idosa. Quanto mais envelhecida a população, maior será a proporção de mulheres em relação aos homens.

Essa feminização da velhice, traz consigo diversos fatores positivos e também negativos tanto para a própria mulher quanto para a família, pois essa situação pode estar associada a um maior risco social e, ao mesmo tempo, a uma necessidade de reestruturação nos relacionamentos por ser a mulher idosa importante ligação para a rede familiar (ALMEIDA, 2015).

Quanto à distribuição da mortalidade da população idosa por cor/raça não se diferenciou da distribuição nacional, em que há predominância da população de cor

branca, seguida pela parda, sugerindo assim que os indivíduos pretos e pardos morrem mais cedo que os brancos.

Tais evidências podem está relacionada tanto pelas condições de vida que podem ser melhores na população branca, quanto a questões relacionadas ao acesso que a mesma possui a rede de saúde, o que pode levar assim a uma maior longevidade em comparação a população parda (SILVA; FREIRE, 2016).

Para a questão da escolaridade, foi verificado que o Rio Grande do Norte se destaca pela população idosa com nenhum nível de escolaridade (47,57%). Esse fato se deve, principalmente, por ser um Estado do Nordeste que possui um nível socioeconômico diferente das outras regiões do Brasil.

Meireles et al. (2007), que afirmam que o baixo nível educacional dos idosos brasileiras pode ser explicado pelos valores culturais e sociais da primeira metade do século passado, no qual as mulheres assumiam o papel domiciliar e os homens, por sua vez, assumia um papel laboral e, portanto, não precisariam estudar. Existia a dificuldade de acesso ao sistema educacional e os idosos, em sua maioria, viviam na zona rural quando tinham idade de escolarização. Essa situação se fortalece quando se trata de um estado como Rio Grande do Norte que fica em uma região nordeste do país.

Para a mortalidade de idosos por faixa etária, foi observado que a maioria dos óbitos se deu os que tinham 80 anos ou mais (50,27%), seguindo uma tendência nacional.

A proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos e mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo (CAMARANO; KANSO, 2007). Esse aumento da sobrevida dos idosos tem se dado devido aos avanços da medicina e da tecnologia que leva a uma melhor qualidade de vida com pleno vigor físico e mental.

A heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários ou socioeconômicos, traz também demandas diferenciadas, o que pode vir a repercutir diretamente na formulação de políticas públicas para o segmento.

No que tange aos grupos de causas que culminaram na mortalidade as doenças do aparelho circulatório (36,95%) e as neoplasias tiveram maior destaque. Segundo Brasil (2009), as principais causas de morte na população com 60 anos ou mais são as doenças do aparelho circulatório, seguida das neoplasias.

Segundo Lebrão e Laurenti (2005), estudos longitudinais e transversais confirmam que a hipertensão é um importante fator de mortalidade cardiovascular entre os idosos. A pressão arterial elevada é comum nos idosos, chegando a aproximadamente 50% de incidência, com variações nas diversas regiões (OMS, 1995).

Entre outros fatores que podem estar relacionados às maiores causas de óbito por doenças circulatórias, encontram-se os modificáveis, tais como sedentarismo, tabagismo, obesidade e diabetes (ZHANG et al., 2003).

As neoplasias malignas que corresponderam a 17,13% dos óbitos, vale salientar que o desenvolvimento dessa doença está diretamente ligado ao processo de envelhecimento celular, pois com o passar do tempo, diferentes agressões externas vão gerando acúmulos de danos ao DNA das células, possibilitando o desenvolvimento das primeiras células geradoras dos tumores malignos (GADELHA, 2002).

Sendo assim, a população idosa possui tendência a constituir fator de risco para o desenvolvimento de neoplasias malignas, o que vem sendo comprovado pelo aumento das taxas de incidência e mortalidade por câncer nas estatísticas nacionais (16,99% de 2006 a 2015).

Referente à mortalidade por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas que responderam pelo 3º lugar no grupo de causas, é sabido que a população idosa é suscetível a alterações nutricionais em virtude de fatores relacionados aos hábitos alimentares, doenças crônicas, uso de medicações, depressão, às modificações sociais e fisiológicas e alterações da mobilidade com dependência funcional (BRASIL, 2007).

Além disso, os idosos apresentam outras deficiências, incluindo a redução na secreção e ação diminuída da insulina, impedindo que esta exerça sua função adequadamente e favorecendo o desenvolvimento da hiperglicemia (NOGUEIRA et al., 2010).

Sobre a distribuição dos óbitos nos municípios do Rio Grande do Norte, evidenciou-se que 25,79% encontravam-se na capital, seguido de Mossoró (7,43%) e Parnamirim (4,47%). Esse grupo de municípios responde pelo maior número de óbitos sendo 48,19% do total.

Os dados da taxa de mortalidade proporcional por grupo de causas definidas do CID-10 revelaram que 38,3% foram referentes a doenças do aparelho circulatório

(Capítulo IX do CID-10), seguidos de neoplasias com taxa de 17,7%, e demonstra que mais da metade da população idosa morre por essas doenças.

Constata-se também, no presente estudo que, o número total para cada variável muda tanto para a o Estado do Rio Grande do Norte como também para o Brasil, indicando que algumas destas variáveis, foram ignoradas no momento de preenchimento do atestado de óbito, pressupondo casos de subnotificações de variáveis importantes para estudos epidemiológicos e futuras ações melhoria de políticas públicas.

Essa problemática é destacada por Laurenti et al. (2008), ao realizarem estudo sobre a fidedignidade das causas de morte declaradas pelos médicos nas declarações de óbito.

Conforme Sibai (2004), os problemas de imprecisão e subnotificação de registro de óbitos são identificados na maioria dos países em desenvolvimento e estão relacionados com o contexto social, estrutural e ideológico de cada localidade. A autora citada afirma que o registro de mortalidade é menos preciso quando a morte é súbita, marcada por estigma social, ou quando ocorre em certas minorias de classe social.

Nesse contexto, dar-se o destaque para a necessidade de políticas públicas que visem criar programas de promoção da saúde, e que os diagnósticos e tratamento sejam adequados para que possam minimizar a ocorrência das causas de doenças que mais ocorre no estado já citados anteriormente.

Diante do exposto, vale destacar que os estudos epidemiológicos são essenciais para identificar problemas prioritários, de modo a orientar decisões relativas à definição de prioridades para intervenção, proporcionando maior resolubilidade ao serviço (GARCIA; SAINTRAIN, 2009).

3 CONCLUSÃO

Conclui-se que as doenças do sistema circulatório, neoplasias e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas são as principais causas de mortalidade nos idosos do Rio Grande do Norte no período de 2006 a 2015. Constatou-se que os homens apresentaram elevados valores de mortalidade em comparação a população feminina, sendo mais frequente em idosos com 80 anos ou mais, cor parda e sem nenhuma escolaridade.

Os resultados provenientes de dados secundários devem ter cautela na interpretação, uma vez que os dados obtidos podem apresentar falhas de preenchimento; e os bancos de dados disponíveis no DATASUS não estão livres de falhas na tabulação e atualização, o que pode ser considerado um fator limitante deste estudo.

Portanto, esta pesquisa permitiu conhecer a magnitude do problema, as tendências das taxas de mortalidade das três principais causas de óbitos da população idosa do Rio Grande do Norte. Considerando-se tratar de problema de Saúde Pública, responsável por custos substanciais ao Sistema Único de Saúde (SUS) do país e impactos sociais elevados, os resultados obtidos oferecem subsídios para o planejamento de ações de promoção da saúde do idoso. Além disso, é primordial, a intensificação do controle dos fatores de risco e do maior acesso dessa população aos serviços de saúde.

Por fim, é de fundamental importância o enfermeiro conhecer o perfil epidemiológico para realizar análise de sistematização de saúde e assim passar a desencadear ações de promoção e proteção da saúde individual e coletiva.

PROFILE OF THE MORTALITY IN ELDERLY PEOPLE IN THE STATE OF RIO GRANDE DO NORTE

ABSTRACT

In today's society, a fact that has gained prominence on the world stage and affects both developing and developed countries, is the rapid aging of the population. This study aims to characterize the mortality profile in the elderly in the State of Rio Grande do Norte from 2006 to 2015. This is an epidemiological, descriptive, retrospective and quantitative study, elaborated according to data from the system of Information on elderly mortality. Data were collected from the elderly in the age group of 60 years and over, victims of death according to the International Classification of Diseases - ICD10, residents of the State of Rio Grande do Norte. Data collection was done at the Department of Informatics of SUS (DATASUS), tabulated in Excel spreadsheets, constructed tables and analyzed according to the descriptive statistics. It was evident that 36.95% of the deaths were caused by diseases of the circulatory system according to Chapter IX of the ICD - 10 and 17.13% by neoplasia. The age group of 80 years old or more, predominantly male, white, and non-literate individuals prevailed. Therefore, it is extremely important to have a different perspective on the elderly, regarding the adoption of preventive measures for circulatory diseases, as well as to strengthen discussions on the public policies of the elderly.

Keywords: Mortality, elderly, mortality records, epidemiological profile.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Alessandra Vieira. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p.115-131, jun. 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/19830/13313>>. Acesso em: 15 maio 2017.
- ALMEIDA FILHO, Neto; ROUQUAYROL, Mateus Zeus. . **Introdução à epidemiologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. 293 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde -. **DATASUS Trajetória 1991-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trajetoria_datusus.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde -. **Saúde Brasil 2007 Uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde - Brasil, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2007.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde -. **Saúde Brasil 2014 Uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde - Brasil, 2014.
- BRITO, Fausto. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p.5-26, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n1/v25n1a02.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2017.
- CAMPOLINA, Alessandro Gonçalves et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p.1217-1229, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a18v29n6.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2017
- CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. Dinâmica Da População Brasileira e Implicações para a Previdência Social. In: BRASIL. IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. (Org.). **Previdência no Brasil: Debates, dilemas e escolhas**. Rio de Janeiro: Ipea, 2007. p. 95-138. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq09_Cap03Dinamica_21.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2017.
- ESKINAZI, Fernanda Maria Vieira et al. Envelhecimento e a Epidemia da Obesidade. **CientCiêncBiol Saúde**, Recife, v. 8, n. 3, p.295-297, maio 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/Jorginho/Downloads/1066-4152-1-PB.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2017.
- FRIED, Linda P. et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. **Jornal OfGerontology**, Washington, v. 59, n. 3, p.255-263, 2004. Disponível em: <http://www.hopkinsmedicine.org/geriatric_medicine_gerontology/_downloads/readings/section10_2.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2017.

GADELHA, Maria Inez Pordeus. Planejamento da assistência oncológica: um exercício de estimativas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p.533-543, dez. 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v04/pdf/artigo7.pdf>. Acesso em: 22 maio 2017.

GARCIA, Expedita Sinhara Sampaio; SAINTRAIN, Maria Vieira de Lima. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UMA POPULAÇÃO IDOSA ATENDIDA PELO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.18-23, jan. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a04.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2017.

IBGE, Brasileiro de Geografia e Estatística -. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - Brasil., 2013.

LAURENTI, Ruy et al. Mortalidade segundo causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 23, n. 5, p.349-356, nov. 2008. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/13484/art_LAURENTI_Mortalidade_segundo_2008.pdf?sequence=1>. Acesso em: 03 jun. 2017.

LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI, Rui. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 2, n. 8, p.127-141, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/05.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2017.

MAIA, Flávia de O M et al. Fatores de risco para mortalidade em idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 6, n. 40, p.2-7, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/nahead/ao-5345>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

MANSUR, Antonio de Padua; FAVARATO, Desidério. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. **Arq Bras Cardiologia**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.1-7, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop05812.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2017.

MEIRELES, Viviani Camboin et al. Características dos Idosos em Área de Abranqência do Programa Saúde da Família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p.69-80, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/07.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2017.

MELLO, Amanda de Carvalho; ENGSTROM, Elyne Montenegro; ALVES, Luciana Correia. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p.1-25, jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/pt_0102-311X-csp-30-6-1143.pdf>. Acesso em: 17 maio 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011.

MONTEIRO, Carlos Augusto. **Velhos e novos males de saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, Nupens/usp, 2000.

NOGUEIRA, Apolonia Maria Tavares et al. ESTUDO MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS DIABÉTICOS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.25-31, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a05.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

OMS, Organização Pan-americana da Saúde – Opas –. **Envelhecimento Ativo: Uma Política De Saúde**. Brasília: Organização Mundial da Saúde - OMS, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2017.

OMS, Organização Mundial da Saúde -. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Suíça: Organização Mundial da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

PEREIRA, Rafael Alves; ALVES-SOUZA, Rosani Aparecida; VALE, Jéssica de Sousa. O PROCESSO DE TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, São Paulo, v. 6, n. 1, p.99-108, jun. 2015.

RUIZ, Tania; CHALITA, Liciana Vaz de Arruda Silveira; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Estudo de Sobrevivência de uma Coorte de Pessoas de 60 Anos e Mais no Município de Botucatu (SP) – Brasil. **Rev. Bras. Epidemiologia**, São Paulo, v. 6, n. 3, p.227-236, maio 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v6n3/06.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

SIBAI, Abla Mehio. Mortality certification and cause-of-death reporting in developing countries. **Bulletin Of The World Health Organization**, Lebanon, v. 82, n. 2, p.83-84, fev. 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v82n2/v82n2a02.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2017.

SILVA, Lariça Emiliano da; FREIRE, Flávio Henrique Miranda de Araújo; PEREIRA, Rafael Henrique Moraes. Diferenciais de mortalidade por escolaridade da população adulta brasileira, em 2010. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 34, p.2-12, abr. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n4/1678-4464-csp-32-04-e00019815.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2017.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p.841-843, out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a03v9n4.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

THOMPSON, Warren S. Population. **American Journal Of Sociology**, Chicago, v. 34, n. 6, p.959-975, maio 1929. Disponível em: <<http://www.journals.uchicago.edu/doi/pdfplus/10.1086/214874>>. Acesso em: 02 maio 2017.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogueira; GOMES, Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p.539-548, dez. 2012. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a03.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2017

ZHANG, Chuck et al. Integration of Green Quality Function Deployment and Fuzzy Multi-Attribute Utility Theory-Based Cost Estimation for Environmentally Conscious Product Development. **International Journal Of Environmentally Conscious Design & Manufacturing**, Tallahassee, v. 11, n. 1, p.12-28, mar. 2003. Disponível em: <http://www.ijecdm.com/images/zhang_etaledit.pdf>. Acesso em: 14 maio 2017.