

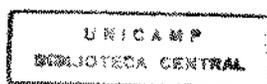
ADRIANA ORCESI PEDRO

**CAUSAS BÁSICAS DE ÓBITO EM HOMENS E
MULHERES DE 40 ANOS OU MAIS NO
COMPLEXO HOSPITALAR DA UNICAMP**

Dissertação apresentada à Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para a obtenção
do título de Mestre em Tocoginecologia

Orientador: Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto-Neto

UNICAMP
1995



UNIDADE	79C
N.º CHAMADA:	T/UNICAMP
	P343c
V.	Ex.
TEMPO	30/24/851
PROC.	433/95
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	09/06/95
N.º CPD	

CM-00071514-8

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

Pedro, Adriana Orcesi

P343c . Causas básicas de óbito em homens e mulheres de 40 anos ou mais no complexo hospitalar da UNICAMP / Adriana Orcesi Pedro. - - Campinas, SP : [s.n.], 1995.

Orientador: Aarão Mendes Pinto-Neto

Tese (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Mortalidade. 2. Hospitais universitários. I. Pinto-Neto,
Aarão Mendes. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

"Ao afastarmos a velhice para longe da nossa vista, de nossos espíritos e de nossas paredes, mutilamos a nossa própria fotografia, tirando dela alguns traços que jamais nos serão revelados. Portanto, não causa surpresa o fato de não sabermos mais quem ou o que a fotografia poderia representar."

Christian Combaz

DEDICO ESTE TRABALHO....

*Aos meus avós, LATIFE E ABRAHÃO,
JÚLIA E PEDRO, pelos
exemplos de longevidade com qualidade de vida...*

*Aos meus pais, MARGARIDA E FARID,
aos quais agradeço a vida, o amor, a dedicação,
o apoio e o estímulo sempre presente !*

AGRADECIMENTOS

Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto-Neto, professor e orientador de todo o trabalho, tendo me incentivado desde o início da minha carreira.

Prof. Dr. Eduardo Lane, pela valiosa contribuição e disposição para auxiliar a todos.

Prof. Dr. Aníbal Faúndes e Dra. Ellen Elizabeth Hardy, pelo estímulo e orientação na área de Metodologia de Pesquisa.

Prof. Dr. Aloísio José Bedone e Prof. Dr. Gustavo A. de Souza, pelo apoio e incentivo.

Prof. Dr. Luis Bahamondes, pelo estímulo amigo.

Dra. Lúcia H.S. da Costa-Paiva, Dr. José Roberto E. Gabiatti, Prof. Dr. José Guilherme Cecatti, Dr. José Antonio Simões e Dra. Cristina Laguna Benetti Pinto, pela amizade, incentivo e solicitude.

Doutorando Marcus Borges, pelo inestimável, dedicado e árduo trabalho na coleta de dados.

Profa. Dra. Ângela Maggio da Fonseca, Prof. Dr. Vicente Renato Bagnoli e Prof. Dr. Paulo César Giraldo, por terem aceito ao convite para participar da Banca Examinadora, o que, com certeza, muito nos honra, valorizando o nosso trabalho.

Dr. Luiz Otávio Chain Campana, pelo incentivo constante, carinho e compreensão.

Aos mestres da Faculdade de Ciências Médicas de Santos-SP, em especial ao Prof. Dr. Heitor Moreno Júnior, Prof. Dr. Antonio Guilherme Moreira Porto e Prof. Dr. Natal Marques da Silva, pela minha formação médica e exemplo profissional.

Dra. Alessandra Orcesi Pedro e Dr. Everton Guilhão de Paula, pelo estímulo, amizade e apoio técnico.

Dra. Andréa Orcesi Pedro Moura e Dr. Luiz Antonio Moura, pelo incentivo e amizade.

Maria Helena de Souza, pela orientação e revisão do estudo estatístico.

Klésio Divino Palhares, pelo inestimável auxílio e por ter sido prestativo em todas as etapas deste trabalho.

Luzia Gonçalves de Aguiar, pela grande ajuda na aquisição das referências bibliográficas.

Filomena Margarida Grespan Rosseto, pela valiosa e dedicada colaboração na coleta de dados.

Laboratório Aplicado de Epidemiologia, pelo auxílio na aquisição dos dados locais.

Núcleo de Informática do Hospital de Clínicas da UNICAMP, pela grande colaboração na etapa de coleta de dados.

Assessoria Técnica, em especial à Sueli Chaves, Fernanda Atibaia, Isabel Gardenal, Nilvana Carmo, Rosário Zullo e Neder Piagentini, pelo inestimável auxílio na revisão de todo o trabalho.

E também para:

Todos os docentes do Departamento de Tocoginecologia, que me estimularam e apoiaram.

Todos os alunos da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e aos médicos residentes do Departamento de Tocoginecologia, pelo trabalho e motivação para lutar pela carreira docente.

Aos pacientes, todo meu respeito.

ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

a.C.	Antes de Cristo
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMP	Coeficiente de Mortalidade Proporcional
Cols.	Colaboradores
D ap	Doença do Aparelho
D end/nutr/sist imun	Doença endócrina, nutricional e do sistema imunitário
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
DP	Desvio-Padrão
Epi Info	Epidemiological Information
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
INAMPS	Instituto Nacional Assistência Médica e Previdência Social
Insuf	Insuficiência
LAPE	Laboratório Aplicado de Epidemiologia
N	Número
NS	Não-Significativo
OMS	Organização Mundial da Saúde

OPS	Organização Panamericana da Saúde
p	Valor de Significância Estatística
Sint	Sintomas
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
US Dept	United States Department
\bar{X}	Média
χ^2	Qui-Quadrado
&	"e" comercial
%	Porcentagem

SUMÁRIO

RESUMO

SUMMARY

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS	10
2.1. Objetivo Geral.....	10
2.2. Objetivos Específicos.....	10
3. METODOLOGIA.....	12
3.1. Desenho do estudo.....	12
3.2. Variáveis	12
3.3. Instrumento.....	14
3.4. Coleta de dados	14
3.5. Processamento dos dados	14
3.6. Análise dos dados	15
3.7. Aspectos éticos	15
4. RESULTADOS	16
5. DISCUSSÃO.....	27
6. CONCLUSÕES.....	48
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50

ANEXOS

RESUMO

RESUMO

A expectativa de vida ao nascimento tem aumentado nos últimos 40 anos, sendo este um fenômeno universal. Os países em desenvolvimento vêm apresentando um progressivo declínio das suas taxas de mortalidade e de fecundidade, e estes fatores constituem a base demográfica para o envelhecimento da população. O objetivo deste estudo foi o de conhecer as causas de morte em pacientes de 40 anos ou mais em um Hospital terciário de referência. Para isso, realizou-se a revisão das declarações dos óbitos ocorridos no período de 1991 a 1993, considerando apenas as causas básicas de óbito distribuídas por sexo e faixa etária de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, nona edição. Observou-se que as mulheres obituaram com média etária estatisticamente superior à dos homens, com diferença aproximada de quatro anos. As principais causas básicas de óbito no sexo feminino foram as neoplasias; seguidas por doenças do aparelho cardiocirculatório; aparelho respiratório; doenças endócrinas, nutricionais e do sistema imunitário; e doenças do aparelho digestivo. No sexo masculino, as principais causas básicas de óbito foram as doenças do aparelho cardiocirculatório, seguidas pelas neoplasias, doenças do aparelho digestivo e respiratório, e causas externas. As causas mal-definidas de óbito estiveram presente em

aproximadamente 6% dos casos em ambos os sexos. As neoplasias mais comuns no sexo feminino foram as neoplasias ginecológicas e mamária e, no sexo masculino, foram as neoplasias de origem no aparelho digestivo e respiratório. Dentre as doenças do aparelho cardiocirculatório, as doenças cerebrovascular e isquêmica do coração foram as que tiveram maior proporção de óbitos em ambos os sexos. Através da análise do presente estudo, considera-se necessária a priorização ao atendimento do idoso.

SUMMARY

SUMMARY

Life expectancy at birth has increased during the last forty years, and this is a world-wide phenomenon. The Developing Countries are showing a progressive decline in mortality rates and in total fertility rates and these factors are the demographic base for the aging of the population. The purpose of this study was to know the causes of death among patients over forty years in a major referral hospital. A review of death certificates was performed for all deaths occurring between 1991 and 1993. In this study it was considered only the basic cause of death by sex and age group, according to the ninth revision of the International Disease Classification. It was observed that women died with mean age higher than men of approximately four years. The most frequent causes of death among women were malignant neoplasms, followed by cardiovascular disease, respiratory disease, endocrine, nutritional and immunity system and digestive diseases. The most frequent causes of death among men were cardiovascular disease, followed by malignant neoplasms, digestive and respiratory diseases and external causes. The ill-defined causes of death were present in approximately 6% of cases in both sexes. The most common malignant neoplasm in women were gynecological and breast cancer and in men were the digestive and the respiratory cancer. Among the cardiovascular disease the most frequent causes of death were stroke followed by ischaemic heart disease in both sexes. From a Public Health point of view, it was considered necessary priorities addressed to elderly care.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Um dos grandes objetivos da Medicina Moderna é o de garantir o prolongamento e a qualidade de vida dos indivíduos. Nos dias atuais vivencia-se um fenômeno relativamente novo - "a expectativa de envelhecer". Este fenômeno está a ponto de tornar a sociedade "retangular" (FRIES & CRAPO, 1981).

De um modo global tem havido, ao longo da evolução, um aumento da expectativa de vida ao nascimento, sendo este fenômeno mais acelerado neste século. Isto se deve, principalmente, ao controle das doenças infectoparasitárias, por aplicação de várias medidas sanitárias baseadas em noções elementares de higiene, associado ao progresso da Medicina Moderna (CURTO DE CASAS, 1993). Um exemplo desta evolução é o que se pode observar historicamente: no século X a.C., a expectativa de vida atingia somente 18 anos. Já no século I a.C., na Era do Império Romano, alcançou 25 anos. Em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, no início deste século, a expectativa de vida atingia 49 anos, mas em 1987 já alcançava 75 anos (FRIES & CRAPO, 1981).

No Brasil, a expectativa de vida, que era de somente 45 anos em 1940, atualmente é de 68 anos, mostrando um incremento de 50% em apenas 45 anos

(BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988). O fato é que a expectativa de vida ao nascimento tem aumentado, principalmente durante os últimos 40 anos (KESTLOOT, YUAN, JOOSSENS, 1988).

Em países do Terceiro Mundo, esse aumento substancial na expectativa de vida ao nascimento pôde ser observado mais claramente a partir de 1960. Estima-se que a expectativa média de vida ao nascimento no Terceiro Mundo alcançará um acréscimo de 23 anos até o ano 2020, atingindo 68,9. No mesmo período, o aumento na expectativa de vida nos países desenvolvidos deverá ser comparativamente menor, passando de 69,8 anos em 1960 para 77,2 em 2020 (SIEGEL & HOOVER, 1982). Esta estabilização é o que se pode esperar, tendo em vista o limite biológico de vida da espécie humana, ultrapassado somente por uma pequena parcela da população (SACHER, 1981).

Proporcionalmente, em 1950 somente 40% das pessoas atingiam 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento; no ano 2025 mais de 70% sobreviverão a esta idade (DICZFALUSY, 1986). Segundo DICZFALUSY (1986), o fenômeno assume grande importância, pois os países em desenvolvimento hoje já são responsáveis por cerca da metade da população global, e, no ano 2000, 87% da população mundial estará vivendo nestes países. Isto se deve ao fato dos países do chamado Terceiro Mundo estarem apresentando, nas últimas décadas, um progressivo declínio nas suas taxas de mortalidade e, mais recentemente, também nas suas taxas de fecundidade (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1994). Estes dois fatores associados constituem a base demográfica para um envelhecimento real destas populações, à semelhança do processo que continua ocorrendo, ainda que em escala menos acentuada, nos países desenvolvidos (RAMOS, VERAS, KALACHE, 1987).

As principais características desse processo de envelhecimento experimentado pelos países do Terceiro Mundo são, de um lado, o fato do envelhecimento populacional estar se dando sem que tenha havido uma real melhoria das condições de vida de uma grande parcela destas populações e, de um outro lado, a rapidez com que esse envelhecimento está ocorrendo. Na verdade, nos países menos desenvolvidos, o contingente de pessoas prestes a envelhecer, dadas as reduções nas taxas de mortalidade, é proporcionalmente expressivo quando comparado com o contingente disponível no início do século nos países desenvolvidos. Com a baixa real da fecundidade, a tendência é de haver transformações drásticas na estrutura etária em tempo relativamente curto, sem que as conquistas sociais tenham se processado devidamente (RAMOS, VERAS, KALACHE, 1987).

Até 1960 todos os grupos etários brasileiros cresciam de modo semelhante à população global, mantendo uma estrutura estável. A partir daí a proporção de idosos foi a que mais cresceu relativamente. As projeções são de que, até o ano 2000, o segmento com menos de 15 anos crescerá 14%, e o grupo de 60 anos ou mais, 107% (RAMOS, VERAS, KALACHE, 1987). Portanto, o novo século será iniciado com a população idosa crescendo proporcionalmente quase oito vezes mais que a jovem (ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL, 1981; PERIODICAL ON AGEING, 1985).

A questão emergencial e de considerável impacto socioeconômico será o aumento de idosos na população brasileira nas próximas décadas. O Brasil, ao final desta década, terá uma proporção de idosos na população (6%) bastante inferior à média dos países europeus (17%), que hoje vivenciam em larga escala os problemas decorrentes de se ter uma significativa parcela da população com

60 anos ou mais. Por outro lado, no ano 2025, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais terá chegado a 14%, o que colocará para o Brasil os mesmos problemas enfrentados na Europa sem grandes sucessos. A expressão definitiva deste envelhecimento pode ser observada na pirâmide populacional, que se transforma, passando de um modelo de população em crescimento (forma piramidal) para um modelo de população estabilizada (forma "em barril" ou "retangular"). Neste sentido, há também uma mudança nos padrões de mortalidade, notando-se um nítido deslocamento de um estágio de alta mortalidade infantil para um de alta mortalidade de idosos (KALACHE, VERAS, RAMOS, 1987).

Numa população em que mais pessoas passam a atingir idades cada vez mais avançadas, a tendência é de ocorrerem mudanças também no padrão de morbidade, o que tem sido designado de transição epidemiológica, transferindo o perfil saúde-doença do padrão próprio do jovem para o padrão do idoso (SICHERI e cols., 1992). O idoso tem tendência a apresentar, proporcionalmente, mais episódios de doenças que a população em geral e, em sua maioria, crônicos. Estes fatos oneram o sistema de saúde, já que o custo médio do cuidado para o idoso é bem maior do que o de qualquer outro grupo etário (VERAS, RAMOS, KALACHE, 1987).

Nos Estados Unidos, a população idosa é a que mais contribui para a taxa de doenças. Na década de 80, quando a população maior de 65 anos constituía 12% da população, era responsável por 25% de todas as medicações, 33% do tempo do médico e 69% da demanda do serviço de saúde (LOWENSTEIN & SCHRIER, 1982; ROWE e cols., 1987). Apesar da imensa maioria dos idosos em países desenvolvidos ser razoavelmente saudável e estar

morando independentemente em suas comunidades, 80% experimentam pelo menos uma forma de doença crônica (WILLIAMS, 1985). No Brasil, os custos com as internações por câncer, doença cardiocirculatória e diabetes, na rede hospitalar contratada do INAMPS, atingiram, em 1985, 135 milhões de dólares, significando mais de 1/3 dos custos de todas as internações (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

A análise da mortalidade no tempo mostra, via de regra, um declínio constante, porém não uniforme, entre os sexos, sendo característico o maior declínio da mortalidade feminina em relação à masculina em todos os agrupamentos humanos, independentemente da idade, estágio de desenvolvimento, zona de habitação, raça ou outra característica (LAURENTI, 1989). A expectativa de vida da mulher é maior que a do homem sobretudo em países desenvolvidos, onde se observou uma diferença de 7,5 anos em 1980. Nos países subdesenvolvidos, esta diferença é menor, sendo de 2,2 anos (PERIODICAL ON AGEING, 1985).

Na América Latina e no Caribe, a diferença entre a expectativa de vida ao nascimento, de acordo com o sexo, normalmente ocupa uma posição intermediária entre as observadas nos países desenvolvidos e nos demais países do Terceiro Mundo. Entre 1975 e 1980, a diferença era de 5,4 anos (60,5 para homens e 65,9 para mulheres); as projeções indicam que ela se manterá praticamente inalterada nos próximos anos, em torno de 5,9 anos entre 1995 e 2000, quando as expectativas de vida deverão alcançar 64,5 e 70,4 anos respectivamente para o sexo masculino e feminino (ANZOLA-PEREZ, 1985).

Atualmente, no Estado de São Paulo, um Estado considerado

desenvolvido e comparável aos demais do mundo nesta condição, a expectativa de vida da mulher é superior à do homem em aproximadamente sete anos. Esta diferença foi consistente em todas as regiões do País (RADIS/DADOS, 1986). Outros autores assinalaram que, com o passar do tempo, acentua-se o diferencial de mortalidade entre os sexos (WALDRON, 1986; HOHN & POLLARD, 1991). Em Campinas, a taxa de mortalidade é aproximadamente duas vezes maior nos homens que nas mulheres, só diminuindo a diferença entre os sexos no grupo etário acima de 75 anos (SMS DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS/LAPE/DMPS/FCM/ UNICAMP, 1992).

O predomínio feminino sobre a longevidade traz para a área de saúde da mulher um assunto emergente, pois estima-se que no ano 2000 cerca de 12% da população mundial consistirá de mulheres de 45 anos ou mais e quase meio milhão delas estarão vivendo em países em desenvolvimento. Isto assume uma dimensão considerável em países onde falta infra-estrutura médica direcionada ao envelhecimento (DICZFALUSY, 1986).

Segundo VERAS, RAMOS, KALACHE (1987), as principais explicações para a maior sobrevida feminina envolvem: diferença na exposição às causas de risco do trabalho, diferença no consumo de álcool e tabaco, fatores de risco para neoplasias e doenças cardiocirculatórias, diferenças de atitude em relação às doenças, já que as mulheres são mais atentas ao aparecimento dos sintomas, possuem maior conhecimento sobre as doenças e usam mais freqüentemente os serviços de saúde.

A análise da mortalidade por grandes grupos de causas, por sexo e faixa etária no Brasil mostrou que em indivíduos após os 40 anos, tanto em

homens como em mulheres, as doenças cardiovasculares foram a principal causa de morte, seguida pelas neoplasias; e com o aumento da idade ocorre incremento semelhante nos percentuais das doenças cardiovasculares em ambos os sexos, sendo estas responsáveis por mais da metade de todos os óbitos. Em relação às neoplasias, observa-se maior percentual na faixa etária dos 45 aos 64 anos, porém diminuindo com o avançar da idade mais evidente no sexo feminino (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992).

A análise das principais causas de mortalidade masculina identifica como mais freqüentes: a doença cardiovascular, o câncer de pulmão, os acidentes ou outras violências. Estas causas têm sido atribuídas a grande variedade de diferenças sexuais no comportamento, além das diferenças fisiológicas e anatômicas. A maior taxa de tabagistas no sexo masculino tem sido apontada como a maior causa do aumento da mortalidade masculina, associando-se a maior mortalidade por câncer de pulmão e por doença cardiovascular (WALDRON, 1986).

Há evidências que indicam que parte das diferenças da mortalidade por doença cardiovascular entre os sexos é devida a fatores biológicos, incluindo o efeito protetor dos hormônios femininos e o efeito nocivo da tendência do homem em acumular gordura na região abdominal. O maior consumo de gordura animal aumenta o risco da doença cardiovascular, mais em homens quando comparado às mulheres, devido à proteção do efeito aterogênico pela presença dos hormônios femininos (KESTLOOT, YUAN, JOOSSENS, 1988).

A maior mortalidade masculina por causas externas inclui: a exposição do homem a trabalhos de maiores riscos; a freqüência maior de alcoolismo entre

os homens; maior uso de armas; e hábito de dirigir mais arriscado (WALDRON, 1986).

Em resumo, as causas básicas de morte no Brasil têm evoluído desde 1930, passando de um padrão de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, para um padrão de mortalidade por doenças crônicas e degenerativas (SICHIERI e cols., 1992). A consequência previsível deste aumento no número de episódios de doenças crônicas, requerendo cuidados constantes, segundo IMHOF (1985), é a transferência do processo de morte do ambiente doméstico para o hospitalar. Em outras palavras, significa maiores gastos para o sistema de saúde.

RAMOS, VERAS, KALACHE (1987) estimaram que no ano 2025 haverá uma população de cerca de 34 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos, uma população maior do que a de qualquer Estado brasileiro na atualidade. Estas pessoas serão as nascidas a partir de meados deste século e que hoje encontram-se no apogeu de suas vidas produtivas, muitas em posição de decisão sobre os rumos políticos e econômicos da Nação. Cabe a esta geração trabalhar para que se inicie um planejamento em curto, médio e longo prazo, visando ao estabelecimento de uma política de bem-estar social e cuidados à saúde da população de idosos no Brasil.

Dessa maneira, justifica-se esta pesquisa, pois o fato de se realizar um aprofundamento dos estudos nesta questão e neste centro de ensino pode representar um passo para conscientizar os profissionais, discutir ações e intervenções de saúde na redução da mortalidade e melhorar a qualidade de vida neste grupo etário. Espera-se que haja contribuição para discutir as necessidades

de ações e principalmente os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças mais comuns neste grupo etário, e em especial com o enfoque do ginecologista à mortalidade em mulheres acima de 40 anos, num contexto de "assistência integral à saúde da mulher".

Sabe-se que este assunto é do domínio principalmente de epidemiologistas, mas acredita-se na possibilidade deste estudo (na área de Ginecologia) também fornecer uma contribuição, pois este Departamento tem tratado e avaliado as ações preventivas em várias áreas, não só de saúde materno-infantil, mas também na Oncologia e sobretudo buscando ações na esfera de saúde reprodutiva dos casais, em especial das mulheres. Assim, o que inicialmente aparece como fora da esfera do ginecologista é, na verdade, fruto de um pensamento global do Departamento de Tocoginecologia desta Instituição. Em vista disto, o autor deste trabalho buscou identificar parte dos problemas que mais afetavam as pessoas de 40 anos ou mais, analisando o perfil de mortalidade prevalente neste grupo da população, com ênfase nas diferenças das causas básicas de óbito entre homens e mulheres.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Conhecer as causas básicas de óbito em pacientes de 40 anos ou mais atestadas no complexo hospitalar da UNICAMP, no período de 1991 a 1993.

2.2. Objetivos Específicos

2.2.1. Determinar a média etária ao óbito em ambos os sexos.

2.2.2. Calcular o coeficiente de mortalidade proporcional para as principais causas básicas de óbito.

2.2.3. Determinar as causas básicas de óbito mais freqüentes no sexo feminino.

2.2.4. Determinar as causas básicas de óbito mais freqüentes no sexo masculino.

- 2.2.5.** Estabelecer as diferenças entre as principais causas básicas de óbito segundo o sexo.
- 2.2.6.** Estabelecer as diferenças entre as principais causas básicas de óbito segundo a faixa etária no sexo feminino.
- 2.2.7.** Estabelecer as diferenças entre as principais causas básicas de óbito segundo a faixa etária no sexo masculino.
- 2.2.8.** Identificar as patologias mais habituais dentro dos dois principais grupos de causas básicas de óbito segundo o sexo.

METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

Realizou-se a revisão das declarações de óbito de homens e mulheres, ocorridas no complexo hospitalar da Universidade Estadual de Campinas, no período de 1991 a 1993. Dentre estes, selecionaram-se para o estudo aqueles em que a idade registrada na ocasião do óbito era de 40 anos completos ou mais e que estavam registrados no banco de dados do serviço de óbitos do complexo hospitalar da UNICAMP, à época em que foi efetuada a pesquisa.

3.1. Desenho do estudo

O presente estudo tem um caráter retrospectivo e descritivo.

3.2. Variáveis

Foram estudadas as seguintes variáveis:

3.2.1. Variáveis independentes

- Idade ao óbito: idade em anos completos na data do óbito. As categorias possíveis foram de 40 anos ou mais. Para efeito de análise, foram considerados intervalos de classe de 40 a 49, de 50 a 64, e igual ou superior a 65 anos.

- Sexo: foram admitidas duas categorias:

1 - feminino

2 - masculino

3.2.2. Variável dependente

- Causa Básica do Óbito: diagnóstico da causa básica desencadeante que levou ao óbito, discriminada na declaração de óbito conforme normatização do Centro da Organização Mundial da Saúde para Classificação de Doenças em Português (LAURENTI & JORGE, 1987). Foram discriminadas as categorias de acordo com os capítulos da Classificação Internacional de Doenças, nona edição. A causa básica do óbito foi definida como a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que levou diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1985).

3.3. Instrumento

Utilizou-se ficha especialmente desenhada para o estudo (ANEXO 1).

3.4. Coleta de dados

O pesquisador contou com uma equipe de dois colaboradores, os quais foram orientados e treinados para cada fase da coleta de dados.

Inicialmente, o serviço de óbito do complexo hospitalar da UNICAMP, após solicitação e especificação, forneceu uma listagem de todos os óbitos de homens e mulheres com 40 anos ou mais ocorridos no período considerado. Após análise das declarações de óbito obtidas desta listagem, os dados foram anotados na ficha, de forma semelhante a que se encontra no modelo de declaração de óbito, sendo transcritos na Parte I a doença ou o estado mórbido que causaram diretamente a morte e as causas antecedentes, que seriam outros estados mórbidos, se existissem, a produzir a causa registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. Na Parte II da ficha foram anotados outros estados mórbidos que contribuíram para a morte. Através da análise de cada ficha, identificou-se a causa básica do óbito.

3.5. Processamento dos dados

Os dados referentes às variáveis em estudo foram revisados manualmente para se detectar possíveis erros. Posteriormente, foram digitados em um banco de dados por pessoal não médico especialmente treinado. Nesta

etapa, iniciou-se a verificação de consistência das variáveis estudadas. Valores fora dos limites admitidos para cada variável não foram aceitos pelo programa no instante da digitação. Na etapa seguinte, o programa efetuou a consistência lógica. Eventuais erros de consistência foram submetidos à revisão pelo investigador. Os dados corrigidos foram reinseridos no arquivo e percorreram novamente as etapas descritas, até a obtenção de informações definitivas.

3.6. Análise dos dados

Para o objetivo deste trabalho, a análise limitou-se ao estudo descritivo das causas de mortalidade em ambos os sexos, por grupo etário. A possível significação estatística das diferenças encontradas foi avaliada através da média e do desvio-padrão para a variável quantitativa, e a comparação entre elas pelo Teste t de Student. As variáveis qualitativas foram analisadas pelo Teste Qui-Quadrado (X^2) e Teste Exato de Fisher, quando necessário e possível. Considerou-se o limite de significação estatística de 5% ($p < 0,05$). Foi utilizado o software Epi Info versão 5.0 para entrada e análise dos dados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1990). O coeficiente de mortalidade proporcional foi calculado através da porcentagem em que se relacionam os óbitos de uma determinada característica com os óbitos totais (LAURENTI, 1976).

3.7. Aspectos éticos

Houve absoluto sigilo das fontes dos dados, sem identificar os sujeitos ou o profissional que os atenderam e preencheu a declaração de óbito.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

Durante o período estudado ocorreram 2.982 mortes de pessoas acima de 39 anos de idade no complexo hospitalar da UNICAMP. Deste total, 59,6% (1.778) corresponderam ao sexo masculino e 40,4% (1.204) ao sexo feminino. Observou-se que as mulheres obituaram com média etária estatisticamente superior à dos homens, sendo esta diferença de aproximadamente quatro anos (TABELA 1).

TABELA 1

MÉDIA ETÁRIA AO ÓBITO SEGUNDO O SEXO. COMPLEXO HOSPITALAR DA UNICAMP 1991 - 1993

IDADE AO ÓBITO (ANOS)	MASCULINO	FEMININO
\bar{X}	61,44	65,18
DP	12,24	12,53
n	1778	1204
p*		0,0001

* Teste t-Student para amostras independentes

Os coeficientes de mortalidade proporcional foram calculados para as cinco principais causas básicas de óbito, sendo de 28,26% para neoplasias, 25,45% para doenças cardiocirculatórias, 10,46% para doenças do aparelho respiratório, 9,42 para doenças do aparelho digestivo, e de 6,67% para causas externas (TABELA 2).

TABELA 2

**COEFICIENTE DE MORTALIDADE PROPORCIONAL DAS
PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO DO COMPLEXO
HOSPITALAR DA UNICAMP**

CAUSAS	CMP	TOTAL
Neoplasias	28,26	843
D ap circulatório	25,45	759
D ap respiratório	10,46	312
D ap digestivo	9,42	281
Causas externas	6,67	199

CMP - Coeficiente de Mortalidade Proporcional

Em homens, as três principais causas básicas de óbito foram as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho digestivo, com um percentual acumulado de 61,3%. Entre as mulheres, as principais causas básicas de óbito foram as neoplasias, seguidas pelas doenças

do aparelho circulatório e respiratório, representando estas três causas aproximadamente 70% dos casos. As diferenças entre as causas básicas de óbito segundo o sexo ocorreram em relação às neoplasias, doenças do sistema endócrino, nutricional e sistema imunitário, que foram significativamente mais freqüentes no sexo feminino. As doenças do aparelho digestivo e as causas externas foram significativamente mais freqüentes no sexo masculino (TABELA 3).

TABELA 3

**DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS CAUSAS BÁSICAS DE ÓBITO
SEGUNDO O SEXO (N = 2.982)**

CAUSAS	MASCULINO	FEMININO	p*
Neoplasias	23,8	34,8	0,0001
D ap circulatório	25,5	25,3	NS
D ap respiratório	10,6	10,2	NS
D ap digestivo	12,0	5,6	0,0001
Causas externas	9,3	2,7	0,0001
D infectoparasitária	5,6	4,0	NS
D end/nutr/sist imun	2,7	6,4	0,0001
D ap geniturinário	2,3	3,0	NS
Sinais/sint mal-definidos	6,9	6,1	NS
Outras	1,2	1,8	NS
(N)	(1778)	(1204)	

NS = Não-Significativo

* Teste Qui-Quadrado

A distribuição das causas básicas de óbito no sexo feminino por faixa etária mostrou que a proporção de mortes por neoplasia diminuiu significativamente após os 64 anos, ao contrário das mortes ocasionadas por doença do aparelho circulatório, doença endócrina, nutricional e sistema imunitário e sinais e sintomas mal-definidos, que aumentaram significativamente com o avançar da idade (TABELA 4).

TABELA 4

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS CAUSAS BÁSICAS DE MORTE FEMININA SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N = 1.204)

CAUSAS	GRUPO ETÁRIO (ANOS)			p*
	40-49	50-64	≥65	
Neoplasias	43,4	43,9	26,9	0,0001
D ap circulatório	16,4	23,4	28,7	0,0042
D ap respiratório	9,9	9,8	10,6	NS
D end/nutr/sist imun	2,6	5,1	8,1	0,0200
D ap digestivo	7,3	5,1	5,5	NS
D infectoparasitária	7,3	4,1	3,1	NS
D ap geniturinário	1,3	2,4	3,7	NS
Causas externas	3,3	2,2	3,0	NS
Outras	3,9	0,7	2,0	0,0352
Sinais/sint mal-definidos	4,6	3,2	8,4	0,0018
(N)	(152)	(410)	(642)	

NS = Não-Significativo

* Teste Qui-Quadrado

A influência da idade nas causas básicas de morte para o sexo masculino pode ser vista na TABELA 5. Houve aumento da proporção de mortes com o avançar da idade por doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. As mortes por doenças do aparelho digestivo, causas externas e doenças infectoparasitárias tiveram maior proporção em homens mais jovens.

TABELA 5

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS CAUSAS BÁSICAS DE MORTE MASCULINA SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N = 1.778)

CAUSAS	GRUPO ETÁRIO (ANOS)			p*
	40-49	50-64	≥65	
D ap circulatório	20,4	25,1	28,5	0,0157
Neoplasias	17,1	24,1	27,0	0,0015
D ap digestivo	16,6	12,8	9,1	0,0012
D ap respiratório	7,2	11,0	12,0	0,0494
Causas externas	18,0	8,1	6,2	0,0001
D infectoparasitária	9,7	6,0	3,2	0,0001
D end/nutr/sist imun	2,5	2,0	3,4	NS
D ap geniturinário	1,4	2,5	2,5	NS
Outras	1,4	1,6	0,8	NS
Sinais/sint mal-definidos	5,8	6,8	7,4	NS
(N)	(362)	(689)	(727)	

NS = Não-Significativo

* Teste Qui-Quadrado

Observaram-se diferenças nos percentuais de óbitos por neoplasias malignas de acordo com o sexo, com significância em relação às de origem do aparelho digestivo, respiratório, hematológico e urológico, todas mais frequentes no sexo masculino (TABELA 6).

TABELA 6

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS NEOPLASIAS MALIGNAS COMO CAUSA BÁSICA DE MORTE SEGUNDO O SEXO (N=843)

NEOPLASIAS	MASCULINO	FEMININO	p*
Ap digestivo	32,5	14,6	0,0001
Ap respiratório	28,4	5,4	0,0001
Ginecológica	-	31,0	
Hematológica	18,5	9,8	0,0004
Mamária	-	27,7	
Urológica	5,6	1,0	0,0001
Pele	2,4	0,7	NS
Outras	12,5	9,8	NS
(N)	(424)	(419)	

NS = Não-Significativo

* Teste Qui-Quadrado

As mortes no sexo feminino que tiveram como causa básica de óbito as neoplasias malignas apresentaram diferenças significativas de acordo com a idade para o câncer mamário e digestivo, sendo o primeiro mais freqüente em mulheres mais jovens e o segundo em mulheres mais idosas (TABELA 7).

TABELA 7

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS NEOPLASIAS MALIGNAS COMO CAUSAS BÁSICAS DE MORTE FEMININA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N = 419)

NEOPLASIAS	GRUPO ETÁRIO (ANOS)			p*
	40-49	50-64	≥65	
Ginecológica	28,8	35,0	27,7	NS
Mamária	45,5	28,3	20,2	0,0004
Ap digestivo	7,6	8,9	23,1	0,0001
Hematológica	4,5	10,6	11,0	NS
Respiratória	4,5	5,0	6,4	NS
Outras	-	1,1	2,9	#
Indeterminada	9,1	11,1	8,7	NS
(N)	(66)	(180)	(173)	

NS = Não-Significativo

* Teste Qui-Quadrado

Teste Qui-Quadrado inaplicável

As causas básicas de óbito por neoplasias malignas no sexo masculino, segundo a faixa etária, apresentaram diferenças estatísticas nos casos de neoplasia do aparelho respiratório e hematológico, sendo a primeira com proporção de óbitos maior com o avançar da idade e a segunda em homens que obituaram em faixa etária mais jovem (TABELA 8).

TABELA 8

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS NEOPLASIAS MALIGNAS COMO CAUSAS BÁSICAS DE MORTE MASCULINA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N=424)

NEOPLASIAS	GRUPO ETÁRIO (ANOS)			p*
	40-49	50-64	≥65	
Ap digestivo	32,3	36,1	29,6	NS
Ap respiratório	16,1	27,1	33,2	0,0313
Hematológica	33,9	17,5	14,3	0,0022
Ap geniturinário	3,2	4,2	8,2	NS
Outras	4,8	3,6	3,1	NS
Indeterminada	9,7	11,4	11,7	NS
(N)	(62)	(166)	(196)	

NS = Não-Significativo

* Teste Qui-Quadrado

As mortes por doença do aparelho circulatório segundo o sexo tiveram proporções diferentes nos casos de diagnóstico de miocardiopatias, mais frequentes no sexo masculino e, outras, doenças circulatórias, no sexo feminino, representadas basicamente pela doença hipertensiva e arritmia cardíaca (TABELA 9).

TABELA 9

**DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS DOENÇAS DO APARELHO
CARDIOCIRCULATORIO COMO CAUSA BÁSICA DE MORTE
SEGUNDO O SEXO (N = 759)**

CAUSAS	MASCULINO	FEMININO	p*
D cerebrovascular	44,3	43,0	NS
D isquêmica do coração	21,8	22,6	NS
Insuf cardíaca congestiva	7,5	8,6	NS
Miocardiopatia	9,5	5,2	0,0462
D circulação pulmonar	4,4	6,6	NS
Aneurisma aórtico	5,3	3,6	NS
D reumática	4,2	3,3	NS
Outras	3,1	7,2	0,0142
(N)	(454)	(305)	

NS = Não-Significativo

* Teste Qui-Quadrado

A distribuição porcentual das doenças do aparelho circulatório como causa básica de morte feminina, segundo a faixa etária, mostrou diferença estatisticamente significativa nos casos de doença isquêmica do coração e aneurisma aórtico, sendo a primeira em pacientes mais idosas e a segunda em mulheres mais jovens (TABELA 10).

TABELA 10

**DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS DOENÇAS DO APARELHO
CARDIOCIRCULATÓRIO COMO CAUSA BÁSICA DE MORTE
FEMININA SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N = 305)**

CAUSAS	GRUPO ETÁRIO (ANOS)			p*
	40-49	50-64	≥65	
D cerebrovascular	56,0	40,6	42,4	NS
D isquêmica do coração	4,0	21,9	25,5	0,0528
Insuf cardíaca congestiva	4,0	8,3	9,2	NS
D circulação pulmonar	0	9,4	6,0	NS
Miocardopatias	8,0	5,2	4,9	NS
Aneurisma aórtico	16,0	4,2	1,6	0,0013
Outras	12,0	10,4	10,3	NS
(N)	(25)	(96)	(184)	

NS = Não-Significativo

* Teste Qui-Quadrado

A distribuição porcentual das doenças do aparelho circulatório como causa básica de morte masculina, segundo a faixa etária, mostrou diferença estatisticamente significativa nos casos de doença cerebrovascular e doença

isquêmica do coração, onde a primeira teve menor proporção de óbitos com o avançar da idade, ao contrário da doença isquêmica do coração, onde a maior proporção ocorreu com o aumento da idade (TABELA 11).

TABELA 11

**DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS DOENÇAS DO APARELHO
CARDIOCIRCULATÓRIO COMO CAUSA BÁSICA DE MORTE
MASCULINA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N = 454)**

CAUSAS	GRUPO ETÁRIO (ANOS)			p*
	40 - 49	50-64	≥65	
D cerebrovascular	62,2	43,9	38,2	0,0017
D isquêmico do coração	6,8	18,5	30,0	0,0001
Miocardopatias	9,4	13,3	6,3	NS
Insuf cardíaca congestiva	6,7	6,4	8,7	NS
Aneurisma aórtico	2,6	4,6	6,8	NS
D circulação pulmonar	4,1	5,8	3,4	NS
Valvulopatias	6,8	4,6	2,8	NS
Outras	1,4	2,9	3,8	NS
(N)	(74)	(173)	(207)	

NS = Não-Significativo

* Teste Qui-Quadrado

A proporção de óbitos por cada patologia de acordo com os grupos de causa básica de óbito, segundo o sexo e a faixa etária, está discriminada nas tabelas complementares (ANEXOS).

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Recentemente, tem sido destacada a necessidade do uso de dados de mortalidade não só para a organização de ações de saúde em seus diferentes níveis, como também para a priorização dos recursos econômicos. Neste estudo, observamos que as principais causas básicas de morte em ambos os sexos foram as neoplasias e as doenças do aparelho circulatório, o que coincide com a literatura revisada.

Verificamos que a média de idade ao óbito para esse grupo etário foi maior no sexo feminino, em aproximadamente quatro anos. Isto porque a vida média feminina é, em qualquer população, superior à masculina. É interessante notar que, no Estado de São Paulo, no início do século, a vida média das mulheres era ao redor de 2,4 anos superior à dos homens, sendo que, paulatinamente, esta diferença foi aumentando, chegando atualmente a ser de 6,7 anos (LAURENTI, 1989). Portanto, o diferencial observado neste estudo é menor do que o observado para o Estado de São Paulo.

A diferença entre esse estudo e a literatura talvez possa ser explicada por estarmos avaliando uma população hospitalar e, em conseqüência, não terem

sido considerados os óbitos ocorridos no domicílio, que em Campinas é o local de maior ocorrência (SMS DO MUNICÍPIO-CAMPINAS/LAPE/DMPS/FCM/UNICAMP, 1991, 1992, 1993). Este fato influencia tanto os óbitos no sexo masculino quanto no feminino, porém, por se tratar de uma instituição designada principalmente à atenção terciária e porque a proporção de óbitos por neoplasias malignas tem sido mais freqüente no sexo feminino e na faixa etária mais jovem, a soma destes fatores podem ter diminuído a diferença de média etária ao óbito entre os sexos.

Para MADIGAN (1957), a diferença de idade ao óbito entre os sexos pode ser, sobretudo, o reflexo de maiores pressões e tensões que nossa cultura impõe aos "ombros" masculinos, ou ainda pode estar associada a fatores biológicos. Se for o primeiro caso, então possivelmente pouco se poderá fazer para capacitar o sexo masculino a desfrutar de uma vida tão longa como a do sexo feminino, a não ser que haja uma profunda revolução cultural na sociedade. Por outro lado, se os fatores biológicos ligados ao sexo constituírem os principais fatores responsáveis por estas diferenças, o prognóstico será mais promissor.

HAZZARD (1986) considerou a diferença entre os sexos sobre o hábito de fumar como o maior fator na diferença da mortalidade, porém o aumento progressivo do hábito de fumar no sexo feminino poderá diminuir este diferencial. Este aumento pode ser considerado entre outros fatores conseqüentes à expansão das indústrias de tabaco para o Terceiro Mundo, pois, a partir da década de 60, envolveu estratégias dirigidas ao público feminino, incorporando na publicidade a idéia de emancipação vinculada ao consumo de cigarros (ERNSTER, 1985). Em São Paulo, por exemplo, a prevalência de tabagismo aumentou entre 1970 e 1980: 51,5% entre homens e 130% entre as mulheres (ACHUTTI, 1985). Apesar disso, a prevalência do tabagismo continua sendo

maior entre os homens que entre as mulheres, sendo esta prevalência de 39,9% e 25,4% respectivamente (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1992).

A sociedade moderna e desenvolvida tem praticamente eliminado a morte prematura, sendo que hoje as doenças cardiovasculares e as neoplasias constituem a maior causa básica de óbito em regiões economicamente desenvolvidas da América Latina, entre as quais se inclui o Estado de São Paulo (CURTO DE CASAS, 1993). A razão deste resultado é o sucesso em virtualmente eliminar as doenças infecciosas.

Logo, em regiões desenvolvidas, as maiores determinantes de mortalidade são as doenças crônicas, afetadas por fatores genéticos, estilo de vida, fatores ambientais e pelo próprio envelhecimento. A maior realização para incrementar as expectativas de vida seria o controle da doença cardiovascular. Com o controle das doenças cardiovasculares, aproximadamente 12 anos de vida poderiam ser acrescentados, comparados com o adicional de dois anos se o câncer for eliminado e somente 0,2 anos para o diabetes mellitus (HAYFLICK, 1980).

Observamos grande proporção de óbitos por neoplasias quando comparamos os coeficientes de mortalidade proporcional do município de Campinas e do complexo hospitalar da UNICAMP. Isto se deve ao fato de ser esta uma instituição terciária de docência, pesquisa e assistência e, portanto, com grande concentração de casos oncológicos, e também por ser a neoplasia uma doença de evolução lenta, de longa ocupação da estrutura hospitalar e que demanda equipe profissional de mais alto requerimento de treinamento e

especialização. Mais ainda, na estrutura hospitalar terciária é muito menos provável o sub-registro da neoplasia como causa básica de óbito.

As neoplasias ginecológicas neste estudo foram as mais freqüentes e, dentre estas, o câncer de mama. A proporção de óbitos por neoplasia no sexo feminino diminuiu com a idade, tendo o menor percentual na faixa etária acima dos 65 anos. As mortes por neoplasias corresponderam a aproximadamente metade de todos os óbitos ocorridos entre 40 e 50 anos, quando geralmente a menopausa natural ainda não ocorreu. Assim, é razoável entender que parte significativa das neoplasias já está presente antes mesmo da menopausa, fazendo do atendimento às mulheres neste período um momento de grande responsabilidade e oportunidade na prevenção e detecção precoce do câncer, especialmente ginecológico e mamário.

Sabe-se que as neoplasias de colo uterino e mama são passíveis de medidas de controle através de programa de detecção e tratamento precoces com eficácia comprovada (AQUINO, 1989). Entretanto, no Brasil, a baixa cobertura e efetividade dos programas existentes, aliada à dificuldade de acesso ao tratamento dos casos detectados, deixam a população feminina quase que inteiramente à mercê dos riscos de adoecer e morrer por câncer.

As neoplasias mais freqüentes neste estudo no sexo masculino foram as neoplasias do aparelho digestivo e respiratório, representadas pelo câncer gástrico e pulmonar, respectivamente, e que correspondem a 60% dos óbitos por neoplasia no sexo masculino. Este diferencial de mortalidade observado entre os sexos atribui-se principalmente a maior taxa de tabagismo no sexo masculino (McGINNIS & FOEGE, 1993).

Estudos epidemiológicos têm mostrado que o tabagismo é a maior causa de câncer pulmonar tanto em homens como em mulheres (US DEPT HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1990) e algumas evidências epidemiológicas indicam que o tabagismo é responsável por aproximadamente 90% das diferenças entre os sexos na mortalidade pelo câncer de pulmão (WALDRON, 1986). O tabagismo é considerado o mais importante fator de risco isolado e removível do ponto de vista preventivo (ERNSTER, 1985). Dentre o grupo das neoplasias, o câncer de estômago é o mais comum no Estado de São Paulo e o segundo mais freqüente no Brasil, no sexo masculino (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988). O carcinoma de estômago ocorre habitualmente entre as idades de 50 e 70 anos e é raro em pacientes com menos de 30 anos. A incidência e a mortalidade sobe de maneira abrupta com a idade, e os índices são maiores nos homens do que nas mulheres em uma proporção de 2:1. Estudos demonstram pouca correlação entre o consumo de álcool e tabagismo com o câncer gástrico. A acloridria freqüente no idoso, que causa gastrite crônica atrófica, é o fator básico mais predominante no câncer gástrico (SHERLOCK, 1984).

Ao contrário das neoplasias, o coeficiente de mortalidade proporcional por doença cardiovascular no complexo hospitalar da UNICAMP foi quase a metade quando comparado ao município de Campinas (SMS DO MUNICÍPIO - CAMPINAS/LAPE/DMPS/FCM/UNICAMP, 1991, 1992, 1993). Esta diferença pode ser explicada pelo fato dos óbitos por doença do aparelho circulatório geralmente serem de ocorrência em todos os níveis de complexidade hospitalar, em virtude de sua evolução freqüentemente abrupta, ocupação menor de leitos e tradição médica de atendimento, condições estas opostas às características do óbito por neoplasias.

Cabe salientar, porém, que as doenças cardiovasculares foram a maior causa de óbito no sexo masculino e a segunda maior causa no sexo feminino, não havendo diferença significativa entre os sexos. Isto possivelmente deva-se à faixa etária em estudo, pois as doenças cardiovasculares aumentaram na faixa etária superior a 50 anos, quando a mulher perde o efeito protetor do estrógeno (WALDRON, 1993). O uso crescente da reposição hormonal estrogênica na peri e na pós-menopausa, com seu efeito protetor sobre a aterosclerose, pode alterar a diferença da mortalidade entre os sexos no futuro, porém estima-se que atualmente exista no mundo aproximadamente meio bilhão de mulheres de 45 anos ou mais, e destas somente 30 milhões estão em terapia de reposição hormonal, sendo que cerca de 50% descontinuam o uso em um período menor que seis meses (JOYNER, 1994).

Estudos epidemiológicos indicam que a reposição hormonal estrogênica reduz a incidência e a mortalidade por doença cardiovascular de 30% a 70% (STAMPFER & COLDITZ, 1991; BARRETT-CONNOR & BUSH, 1991). Virtualmente, todos os estudos prospectivos de coorte publicados nos últimos dez anos relatam um efeito protetor do estrógeno no infarto agudo do miocárdio, doença isquêmica do coração, acidente vascular cerebral e todas as doenças cardiovasculares, tanto nos eventos fatais como nos não fatais. O efeito do estrógeno é observado tanto na angiografia como clinicamente (SULLIVAN e cols., 1988; McFARLAND e cols., 1989).

A diminuição do risco para doença cardiovascular com o uso da terapia de reposição hormonal estrogênica parece ser independente em relação aos outros fatores de risco. A reposição hormonal combinada com estrógenos e progesterona pode também oferecer proteção cardiovascular (WAHL e cols.,

1983; OTTOSSON, JOHANSSON, von SCHOULTZ, 1985; BUSH e cols., 1987; PERSSON, FALKEBORN, LITHELL, 1990). A reposição hormonal combinada reduz a incidência da mortalidade por doença cardiovascular de 20% a 37% (TOSTESON, WEINSTEIN, SCHIFF, 1994). Ainda que se tratem de questões de grande importância, a dose e a duração da terapia de reposição hormonal, necessárias para diminuir o risco de doença cardiovascular, ainda são inconclusivas (VESSEY & HUNT, 1988).

Estudos sobre a tendência da mortalidade por doença isquêmica do coração no Estado de São Paulo, entre 1970 e 1989, revelaram uma queda na proporção de óbitos por esta causa na mortalidade geral no sexo masculino e um aumento entre as mulheres. No entanto, no conjunto das doenças circulatórias, a doença isquêmica do coração apresentou um aumento em ambos os sexos. O diferencial na mortalidade foi explicado pelos seguintes fatores: diminuição da incidência da doença isquêmica do coração, alteração da história natural da doença com curso mais benigno (por alterações na prevalência dos fatores de risco) ou melhor qualidade de assistência médica ao infartado (LOTUFO & LOLIO, 1993b).

Neste estudo, a doença cerebrovascular foi a patologia que mais ocasionou o óbito em ambos os sexos, independentemente da faixa etária.

A doença cerebrovascular é a principal causa de morte no Brasil em todas as macro-regiões (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988), sendo considerada entre as mais elevadas do mundo (DUNCAN e cols., 1992). Entretanto, um estudo sobre a tendência da mortalidade por doença cerebrovascular no Estado de São Paulo revelou um declínio da mortalidade por

esta causa entre 1970 e 1989, sendo esta diminuição significativa entre os mais idosos e beneficiando mais as mulheres que os homens (LOTUFO & LOLIO, 1993a).

Apesar dessa observação, a mortalidade por doença cerebrovascular, mesmo com aparente declínio, ainda se mantém em níveis elevados, e talvez seja o fator mais importante decorrente da alta prevalência da hipertensão arterial em nosso meio (LESSA, 1985). Segundo LOTUFO & LOLIO (1993a), as alterações nos determinantes do controle da hipertensão arterial (fatores de risco, cobertura de detecção e tratamento) seriam os maiores responsáveis pelo declínio da mortalidade observada. Outros fatores, como os resultantes da notificação de óbitos, diminuição da prevalência da miocardiopatia chagásica, introdução de novos exames diagnósticos e assistência médica, representariam papel secundário.

Do ponto de vista da Saúde Pública, o maior impacto no diferencial da mortalidade entre os sexos pode ser obtido por mudanças no estilo de vida, com objetivo de diminuir a aterosclerose: dieta pobre em colesterol, obtenção e manutenção do peso corpóreo ideal, exercícios físicos e o abandono do hábito de fumar. Os fatores dietéticos têm sido associados com a doença cardiovascular (doença isquêmica do coração, doença cerebrovascular e hipertensão arterial) e diabetes mellitus (McGINNIS & FOEGE, 1993). A inatividade física também tem sido associada com maior risco de morte por doença cardiovascular (POWELL e cols., 1987; PAFFENBARGER, HYDE, WING, 1990; MANSON e cols., 1992a). A inter-relação entre o fator dietético e o padrão de atividade física como fatores de risco para certas doenças é ilustrada pela obesidade, em geral associada ao aumento do risco para doença cardiovascular e diabetes. Similarmente, a

hipertensão arterial como maior fator de risco para as doenças cerebrovasculares pode ser afetada pela ingestão de sódio, obesidade e sedentarismo (HAHN e cols., 1990). O conhecimento destes fatores é extremamente importante porque todos podem ser preveníveis através de medidas básicas de saúde em nível primário e de baixo custo.

As doenças do aparelho respiratório foram a terceira causa de óbito no sexo feminino e a quarta causa no sexo masculino, sendo representadas pelos quadros infecciosos pulmonares e pela doença pulmonar obstrutiva crônica. A pneumonia em idosos é considerada um evento terminal, em associação a outras patologias, principalmente ao câncer, à doença cardiocirculatória, à doença hepática e pulmonar, e é atribuída a fatores externos como o tabagismo, dieta e álcool, sendo que cerca de 24% e 4% das mortes por pneumonia são atribuídas ao tabagismo e alcoolismo, respectivamente (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1990, 1993).

A pneumonia tem sua maior incidência durante os meses de inverno e se apresenta comumente em pessoas de terceira idade, tendo um alto grau de mortalidade. A doença pulmonar obstrutiva crônica, representada pelo enfisema pulmonar, também afeta indivíduos nas últimas décadas de vida. Quanto à sua origem, relatam-se diversos agentes agressores derivados da contaminação ambiental e fundamentalmente o fumo. A gravidade do enfisema pulmonar está em relação direta com a idade (ALCÁNTARA-VÁZQUEZ e cols., 1993). Neste estudo somente no sexo masculino a proporção de óbitos por doença do aparelho respiratório foi maior com o avançar da idade.

As doenças do aparelho digestivo foram a terceira causa de óbito no

sexo masculino, onde houve predomínio da cirrose alcoólica e da hemorragia digestiva alta, ocasionada pela úlcera péptica gastroduodenal. Várias pesquisas têm colocado a contribuição do álcool em aproximadamente 60% a 90% das mortes por cirrose. Em nosso País, a causa mais incidente de cirrose também é o alcoolismo. Estima-se que a ingestão de 170 gramas de álcool por um período de 25 anos determina cirrose hepática em 50% dos casos (ALCÁNTARA-VÁZQUEZ e cols., 1993).

A úlcera gástrica é uma doença comum nos pacientes idosos. Os indivíduos de 40 anos têm o dobro da incidência com relação aos indivíduos de 20 anos, e os de 60 anos têm o dobro dos indivíduos de 40 anos. Em contraposição, o mesmo não ocorre com a úlcera duodenal. O idoso apresenta certo grau de atrofia gástrica refletido pela diminuição na secreção gástrica. No entanto, mesmo com a secreção de ácido clorídrico diminuída, ainda é suficiente para produzir úlceras, principalmente a gástrica, à qual se associa a acloridria. As úlceras representam a causa mais comum de hemorragia do aparelho digestivo (NARAYANAN & STEINHEBER, 1976; FUENTES, 1979).

A mortalidade por doença infecciosa e parasitária tem decrescido desde a década de 30, através da aplicação de várias medidas sanitárias baseadas em noções elementares de higiene e através do avanço dos conhecimentos médico-sanitários e sua acessibilidade ao conjunto da população. Neste estudo, observamos uma considerável proporção de óbitos pela AIDS, com predomínio no sexo masculino e em faixa etária inferior a 50 anos. Isto se deve a razões comportamentais e biológicas. Os homens têm sido mais vulneráveis que as mulheres à infecção pelo HIV, em parte porque os homens têm maior probabilidade a ter comportamento de risco e devido às diferenças anatômicas

que contribuem para maior vulnerabilidade sobretudo do homem homossexual (WALDRON, 1993).

A tuberculose pulmonar foi a segunda causa básica de óbito referente às doenças infectoparasitárias. A taxa de mortalidade por tuberculose tem aumentado nos estratos mais idosos da população. A maior mortalidade por tuberculose em idosos tem sua explicação na diminuição da efetividade da resposta imune e, por ser freqüentemente um quadro subclínico nesta faixa etária, conseqüentemente a infecção pode avançar até o grau em que o tratamento clínico fracassa (FUENTES, 1979). A partir do surgimento da epidemia de *Micobacterium tuberculosis* multirresistente, há possibilidade do aumento da tuberculose nesta década (JEREB e cols., 1991).

Neste estudo, observamos que a proporção de óbitos por causas externas foi maior, como esperado, no sexo masculino. A maior freqüência de alcoolismo entre os homens, maior uso de armas e hábito de dirigir de modo mais arriscado contribuem para a maior mortalidade masculina por acidentes e outras causas de violência. Há uma pequena tendência de decréscimo na mortalidade por acidentes em homens comparativamente às mulheres, mas isto é inconsistente nas diferentes faixas etárias e países (WALDRON, 1993). Os acidentes automobilísticos podem estar associados a múltiplos fatores, incluindo o abuso do álcool, falha no uso dos sistemas de proteção aos passageiros, as más condições das estradas e ao inadequado cumprimento das leis de trânsito (McGINNIS & FOEGE, 1993). É importante destacar a contribuição do alcoolismo nos acidentes de trânsito em 40% a 50% dos casos (WEST e cols., 1984; McCOY e cols., 1989).

Essas análises adicionais indicam que a mulher tem tendência à mortalidade menos favorável que o homem em relação a acidentes de trânsito, e não por outros acidentes, sendo esta a categoria que inclui acidentes relacionados ao trabalho. Estes dados sugerem que, em geral, o aumento do número de mulheres que trabalham tem menor impacto na tendência de mortalidade por acidentes devido ao tipo de trabalho, que não envolve exposição ao risco de acidentes fatais (WALDRON, 1991). Também há grande proporção de óbitos por homicídio no sexo masculino e abuso do consumo do álcool em 16% a 67% dos casos (MILIO, 1981; WEST e cols., 1984; SMITH & FALK, 1987).

A proporção de óbitos ocasionados por queda e conseqüente fratura provavelmente osteoporótica não variou segundo o sexo, mas foi mais comum na faixa etária mais idosa. As taxas de fratura normalmente são maiores entre as mulheres nos Estados Unidos e Europa e são menores em países em desenvolvimento. Em países desenvolvidos, as taxas de fratura em homens são freqüentemente a metade das taxas de fraturas em mulheres, mas em países em desenvolvimento esta proporção é próxima de 1:1 (CHESNUT, 1990).

A redução da massa óssea não é responsável, isoladamente, pelo aumento exponencial de fraturas entre os idosos. Queda e outros fatores, como a perda dos reflexos de proteção, amortecimento da queda pelos tecidos moles e diminuição da visão, também têm papéis determinantes (HAYES, PIAZZA, ZYSSET, 1991). Não obstante algumas fraturas de quadril poderem ocorrer espontaneamente, mais de 90% resultam, certamente, de uma queda (SLEMENDA & JOHNSTON JR., 1994). A natureza da queda pode ser o ponto crítico em determinar a ocorrência da fratura. Queda lateral e aquelas resultantes de um impacto sobre o quadril aumentam o risco de fratura em mais de dez vezes.

Quedas para a frente ou para trás têm um risco de fratura menor, e a queda para frente associa-se mais à fratura da parte distal do rádio (HAYES, PIAZZA, ZYSSET, 1991).

O tabagismo e o alcoolismo também têm influência negativa sobre o esqueleto, provavelmente ambos por diminuir o pico de massa durante os estágios tardios do crescimento ósseo e também por acelerar a perda óssea. Tanto a dieta como o exercício parecem influenciar a taxa de perda óssea durante todos os períodos da vida, mas os efeitos dos esteróides sexuais são melhor observados na época da menopausa. Em idosos, quando a maioria das fraturas osteoporóticas ocorrem, os fatores de risco para a perda da massa óssea e o aumento de exposição aos traumas devem ser considerados. Novamente, dieta (incluindo cálcio, proteína e talvez outros nutrientes) e atividade física parecem ser fatores importantes na manutenção do esqueleto. Não há estudos mostrando se a atividade física aumenta o risco de traumas ou o reduz, por manter a habilidade funcional (SLEMENDA & JOHNSTON JR., 1994).

As doenças endócrinas e nutricionais constituíram a quarta causa de mortalidade no sexo feminino e sua proporção de óbitos aumentou com a idade, porque possivelmente houve maior tendência dos indivíduos em desenvolver obesidade à medida em que aumentou a idade. Destaca-se que 80% dos diabéticos são diagnosticados depois dos 40 anos e que a incidência do diabetes tem aumentado, chegando a acometer até 25% dos indivíduos maiores de 75 anos. Estima-se que metade de todos os diabetes tipo II (diabetes mellitus não insulino dependente) seja prevenível pelo controle de obesidade (HERMAN, TEUTSCH, GEISSM, 1987). Outros estudos têm associado fatores dietéticos ou vida sedentária com 50% a 80% dos casos de diabetes mellitus (MILIO, 1981;

HERMAN, TEUTSCH, GEISSM, 1987; MANSON e cols., 1992b), incluindo nestes casos 30% de mortes por diabetes (GORI & RICHTER, 1978; MILIO, 1981).

O aumento da proporção de óbitos por diabetes em idosos atribuía-se ao deficiente tratamento e prevenção oferecidos no passado, de tal forma que muitos pacientes morriam prematuramente. A situação atual da terapêutica e prevenção do diabetes tem mudado. Portanto, muitos pacientes atingem a senilidade. Dentre as complicações por diabetes, encontra-se a aterosclerose, que é a causa mais importante de óbito nos diabéticos, e aproximadamente 50% morrem de infarto do miocárdio, sendo mais freqüente e mais grave em diabéticos (FUENTES, 1979; GREENSPAN & FORSHSM, 1988).

As causas mal-definidas de óbito corresponderam a aproximadamente 6%, não havendo diferença entre os sexos. No Brasil, em 1985, cerca de 20% das declarações de óbitos foram sem causa definida, sendo que, neste ano, apenas 75% dos óbitos foram registrados (AQUINO, 1989).

No sexo feminino houve um maior predomínio de óbitos por causa mal-definida em idade superior a 65 anos. Este dado concorda com a literatura, onde as causas mal-definidas de óbito afetam particularmente os menores de 15 anos e os maiores de 65 anos. Pensamos que a polipatologia que os pacientes idosos apresentam cria certa dificuldade ao médico em definir o diagnóstico da causa básica da morte e, por isso, usam-se com tanta freqüência os diagnósticos mal-definidos e de senilidade. A este respeito, sugere-se que os médicos recordem que só poderão fazer diagnóstico de senilidade quando o falecimento ocorrer em um paciente idoso que não apresente nenhuma patologia. É possível morrer de senilidade na medida em que as pessoas vivam livres das

enfermidades até a "morte natural", determinada por seu potencial biológico, todavia este não parece ser o caso da maioria das pessoas nas quais se diagnostica "senilidade" como a causa básica de morte (CORNEJO, KIRSCHBAUM, CASTILLO, 1990).

Se consideramos que a política sanitária orienta-se nas estatísticas de mortalidade resultantes dos diagnósticos que aparecem nas declarações de óbitos, compreenderemos melhor a importância de reduzir, o quanto seja possível, este grupo de diagnósticos mal-definidos, que desvia a atenção de outros grupos de causas, sobre as quais é possível realizar ações preventivas eficazes e que não sejam factíveis sobre este grupo mal-definido de óbitos.

Nos currículos das Escolas Médicas, o fato de nem sempre se dar atenção ao correto preenchimento da causa do óbito é freqüentemente invocado como justificativa ao preenchimento incorreto da declaração de óbito. Realmente, não raro, ocorre que o médico depara-se, pela primeira vez, com a declaração de óbito, no momento em que se vê na contingência real de preenchê-la. Passa então a ver este documento somente como uma exigência legal, com vistas à finalidade de sepultamento. Poucas vezes compreende a importância que as informações nele registradas têm para a Saúde Pública, constituindo em instrumento de grande valor em epidemiologia, demografia e administração sanitária (LAURENTI & JORGE, 1987).

Os dados deste estudo basearam-se em estatística hospitalar de estrutura terciária e que presta assistência a todas as regiões de Campinas, que incluem por volta de 100 municípios. Portanto, este perfil de morbimortalidade pode não ser representativo da população de indivíduos de 40 anos ou mais do

município de Campinas. Porém, os pacientes atendidos no complexo hospitalar da UNICAMP são provavelmente representativos da população geral, por pertencerem a um estrato social numericamente predominante no País, em analogia ao relatado por ALCÁNTARA-VÁZQUEZ (1993), em Hospital Geral da Secretaria de Saúde do México.

Além dessa limitação, por ser uma estrutura hospitalar terciária, há drenagem e concentração de casos mais complexos e que necessitam de maiores recursos diagnósticos e terapêuticos, e, como decorrência, há grande proporção de óbitos por neoplasias, já que o coeficiente de mortalidade proporcional para as neoplasias foi de aproximadamente 1/3 de todos os óbitos. Por outro lado, as informações oriundas de Hospitais são mais precisas, pois envolvem técnicas mais padronizadas para a obtenção de dados, maior uso de recursos complementares de diagnóstico e o apoio do exame necroscópico, que aumentam a eficácia dos diagnósticos (PINTO-NETO e cols., 1993).

Um outro aspecto referente a esse assunto é que, apesar deste estudo ter sido descritivo de um segmento da população e que tratou da mortalidade exclusivamente hospitalar, as causas básicas de óbito foram semelhantes às divulgadas por outras fontes. Este fato demonstra que um estudo menor e institucional como este pode fornecer bons dados sobre mortalidade, inclusive aprofundando a qualidade da informação, o que via de regra é impossível de se fazer em nível populacional.

Nesse sentido, LEBRÃO e cols. (1993) discorreram sobre as limitações de estudos que utilizam estatísticas hospitalares, enfatizando o fato inegável que os Hospitais hoje são de longe a parte mais dispendiosa do sistema de

atendimento à população, em especial quando este é um Hospital de grande porte como o complexo hospitalar da UNICAMP, de alto investimento tecnológico. Entretanto, os mesmos autores revelaram que tais estudos são sempre alvo de críticas, por apresentarem interações seletivas, ou seja, atenderem geralmente casos graves; pela influência que podem sofrer de políticas que favorecem ou não estas interações; e pela falta de oportunidade ao apresentar os dados muito tempo depois de ocorridos os eventos.

Apesar dessas considerações, o uso que se pode fazer dessas estatísticas são vários e importantes. Frequentemente são referidos os usos administrativo, clínico e epidemiológico. O uso destas estatísticas para fins administrativos seria para previsão orçamentária, planejamento de recursos materiais e humanos e cobrança dos serviços prestados. O uso clínico tem sido pequeno, por serem restritos no seu alcance. Do ponto de vista epidemiológico, estas estatísticas permitem estudar a distribuição por sexo e idade das pessoas hospitalizadas, tendo sempre presente que falta a elas a dimensão de tempo e espaço com base populacional (LEBRÃO e cols., 1993).

Se considerarmos que o envelhecimento é um processo que dura toda a vida, devem-se pôr em prática ações necessárias para integrar políticas que abranjam fatores físicos, culturais, psicológicos, econômicos e de saúde. É consenso na literatura que, para implementar políticas de saúde eficientes, é necessário conhecer as enfermidades que mais levam a óbito os idosos em nosso meio, e daí a importância deste estudo.

KATZ e cols. (1983) consideraram que um objetivo a ser alcançado é ter idosos saudáveis e independentes, que mantenham suas funções físicas e

cognitivas por maior tempo possível e, assim, maximizar a "expectativa de vida ativa", a duração do bem-estar funcional e a manutenção da independência nas atividades do dia-a-dia.

Por tudo isso e considerando as finalidades do presente estudo, nossa intenção foi a de traçar um panorama geral da questão, abordando os problemas mais relevantes de morbimortalidade em idosos nesta Instituição de ensino. Estes problemas são ainda escassamente tratados na literatura específica, a qual tem se concentrado majoritariamente em aspectos relacionados à mortalidade infantil e materna. Em especial é o enfoque do ginecologista à mortalidade em mulheres acima de 40 anos, considerando a maior expectativa de vida e o grande predomínio do sexo feminino na longevidade. Desta forma, torna-se essencial a atenção ao período climatérico, visando à prevenção do câncer ginecológico e mamário e ao conhecimento e prevenção do fenômenos endócrino-metabólicos próprios deste período, para agir efetivamente na prevenção das doenças crônico-degenerativas.

As doenças crônicas estão aumentando devido ao envelhecimento global da população e devido à prevenção de mortes precoces através de ações da saúde. Portanto, o maior problema de saúde está agora também concentrado na população mais idosa e, assim, faz sentido direcionar ações de promoção da saúde à terceira idade. O propósito primário da promoção da saúde é melhorar a qualidade de vida. Isto está sendo alcançado em países desenvolvidos pelos programas de Medicina Preventiva, tendo um grande impacto na morbidade e mortalidade (FRIES, GREEN, LEVINE, 1989).

Os programas preventivos com intervenções sobre a população podem

ser bem-sucedidos em melhorar o estado de saúde e diminuir os gastos na utilização dos serviços médico-hospitalares. Em estudos controlados, intervenções simples, mas bem estabelecidas na promoção de saúde, têm diminuído a utilização do serviço médico em 7% a 37% (VICKERY e cols., 1983; LORIG e cols., 1985). A prevenção pode agir mesmo que tardiamente e, portanto, pequenas mudanças nos hábitos desta população causam grandes e rápidas diferenças na saúde e economia (FRIES, GREEN, LEVINE, 1989). Infelizmente, pequenos esforços na promoção de saúde têm sido dirigidos a esta população (GREEN & GOTTLIEB, 1989), onde os custos e a chance de desenvolver a doença são muito maiores.

A contribuição de fatores etiológicos externos na causa básica de morte podem ser preveníveis. Os quatro maiores fatores de morte são o tabagismo, a dieta, o perfil da atividade física e o álcool, sendo todos estes originados nos padrões de comportamento. Mudanças no comportamento são motivadas não só pelo conhecimento, mas também pelo apoio do ambiente social e pela facilidade do acesso a serviços de saúde.

HAHN e cols. (1990) também ressaltaram que, apesar de haver fatores não preveníveis para muitas doenças (como o fator genético por exemplo), há fatores que podem ser mudados na população para se obter menor taxa de mortalidade por doenças crônicas e, portanto, aumentar a longevidade, sendo estes razoavelmente bem estabelecidos. Para estes autores as exposições evitáveis compreendem o tabagismo, a hipertensão arterial, a obesidade, a hipercolesterolemia, a inatividade física, o alcoolismo e a não utilização de técnicas de "screening", como a mamografia e o esfregaço de Papanicolaou. Tanto a diminuição na exposição aos já conhecidos fatores de risco e o aumento

na utilização dos métodos de "screening" são medidas essenciais ao controle das doenças crônicas, porém o desafio permanece na implementação dos conhecimentos já estabelecidos para aumentar a consciência e a motivação para uma vida mais saudável, e providenciar recursos para um maior acesso aos serviços de assistência médica. O objetivo central de uma política para o envelhecimento deve ser o de manter na comunidade o maior número de idosos, vivendo de modo integrado e ativo, mantendo o mais alto nível de autonomia pelo maior tempo alcançável.

GUIMARÃES (1987) reconheceu que os problemas dos idosos têm natureza específica, sendo que as soluções devem ser encontradas, sempre que possível, na própria comunidade. A rede de saúde primária deve estar equipada para prestar atendimento de alta qualidade aos idosos e seus familiares, visando à manutenção ou ao aprimoramento da qualidade de vida. Em vista disto, faz-se necessária, do ponto de vista de Saúde Pública, a priorização de políticas de saúde para o combate ao fumo e álcool e a criação de programas de alimentação e educação nutricional, em nível formal (acadêmico) e informal (comunitário), e de programas de incentivo e orientação de atividade física para a promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde. Programas de prevenção a agravos de saúde do idoso devem incluir detecção precoce e controle de fatores de risco para as neoplasias, doenças cardiocirculatórias, respiratórias e metabólicas.

Consideramos que a assistência à saúde do idoso poderia ser realizada em nível de serviços básicos de saúde por um médico generalista, de acordo com um programa específico de atendimento, sendo estes serviços referenciados em Ambulatórios com especialistas em Geriatria, integrados a uma equipe multiprofissional, com infra-estrutura para a realização de exames

complementares, capacidade de atendimento domiciliar, programas de reabilitação, articulados a Hospitais gerais. A criação de unidades geriátricas nos Hospitais gerais e de apoio (retaguarda) com uma equipe multiprofissional especializada seria de grande valor na assistência ao idoso. Além disso, propõe-se a inclusão da disciplina de Geriatria em cursos de graduação e pós-graduação da área da Saúde e também de noções de Gerontologia nos currículos dos cursos profissionalizantes.

Em vista dos dados obtidos neste estudo, na literatura nacional e na internacional revisada, acreditamos que se faz imperativo um redirecionamento da assistência à saúde à terceira idade, que inclui a formação de pessoal técnico familiarizado com o atendimento aos mais idosos, motivado à prevenção, à detecção precoce, à identificação dos fatores de risco para as doenças mais prevalentes e, sobretudo, instrumentalizado para intervir nas condições de risco ou de doenças passíveis de modificação, através de estratégias locais que promovam a correção dos hábitos dietéticos e de vida, da atividade física e do conhecimento, no sentido de acrescentar mais anos de vida com mais saúde para os idosos.

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

- 6.1.** A média etária ao óbito de pacientes de 40 anos ou mais atestados no complexo hospitalar da UNICAMP foi de 61,44 (\pm 12,24) anos para o sexo masculino e de 65,18 (\pm 12,53) anos para o sexo feminino.
- 6.2.** Os coeficientes de mortalidade proporcional das cinco principais causas básicas de óbito foram de 28,26% para as neoplasias, 25,45% para as doenças do aparelho cardiocirculatório, 10,46% para as doenças do aparelho respiratório, 9,42% para as doenças do aparelho digestivo e de 6,67% para as causas externas.
- 6.3.** As principais causas básicas de óbito no sexo feminino foram as neoplasias e as doenças do aparelho cardiocirculatório, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório, doenças endócrinas, nutricionais e do sistema imunitário e doenças do aparelho digestivo.
- 6.4.** As principais causas básicas de óbito no sexo masculino foram as doenças do aparelho cardiocirculatório e as neoplasias, seguidas pelas doenças do aparelho digestivo, respiratório e causas externas.

- 6.5.** As neoplasias e as doenças do sistema endócrino, nutricional e sistema imunitário tiveram proporção de óbitos significativamente maior no sexo feminino. As doenças do aparelho digestivo e as causas externas como causas básicas de óbito foram significativamente mais freqüentes no sexo masculino.
- 6.6.** As causas básicas de óbito no sexo feminino por faixa etária mostraram que a proporção de mortes por neoplasia diminuíram com o avançar da idade, ao contrário das mortes por doença do aparelho circulatório, doença endócrina, nutricional e sistema imunitário e sinais e sintomas mal-definidos, que aumentaram significativamente com o avançar da idade.
- 6.7.** No sexo masculino, houve aumento da proporção de mortes com o avançar da idade por doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório, ao contrário das mortes por doenças do aparelho digestivo, causas externas e doenças infectoparasitárias, que tiveram maior proporção de óbitos em homens mais jovens.
- 6.8.** As neoplasias como causa básica de óbito no sexo feminino foram predominantemente a ginecológica e a mamária, e no sexo masculino as neoplasias pulmonares e gástricas. Dentre as doenças do aparelho circulatório, as patologias com maior proporção de óbitos foram a doença cerebrovascular e isquêmica do coração em ambos os sexos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

ACHUTTI, A. - Informe preliminar: Reunião para o controle do hábito de fumar para os países do Cone Sul e Brasil. Buenos Aires, OPS, 1985.

ALCÁNTARA-VÁZQUEZ, A.; AMANCIO-CHASSIN, O.; GONZÁLEZ-CHÁVEZ, A.; HERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, M.; CARRILLO-VILLA, H. - Mortalidad en pacientes geriátricos del Hospital General de México. **Salud Publica Mex.**, **35**:368-75, 1993.

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL: 1981 (**Fundação IBGE**), Rio de Janeiro, 1981.

ANZOLA-PEREZ, E. - El envejecimiento en America Latina y el Caribe. Hacia el bienestar de los ancianos. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - Publicación Científica nº 492, 1985. p.9-24.

AQUINO, E.M.L. - Saúde da mulher no Brasil: antigas e novas necessidades. In: ENCONTRO INTERNACIONAL: SAÚDE DA MULHER - UM DIREITO A SER CONQUISTADO. Ministério da Justiça, Brasília, 1989. p.13-21. (mimeo).

BARRETT-CONNOR, E. & BUSH, T.L. - Estrogen and coronary heart disease in women. **JAMA**, **265**:1861-7, 1991.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Controle das doenças não transmissíveis no Brasil. Brasília, 1986. 231p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Divisão Nacional de Epidemiologia. Estatística de Mortalidade no Brasil, 1985. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1988. 361p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Divisão Nacional de Epidemiologia. Brasília, CENEP/FNS/MS. 1992. Informe Epidemiológico do SUS, 151p.

BUSH, T.L.; BARRETT-CONNOR, E.; COWAN, L.D.; CRIQUI, M.H.; WALLACE, R.B.; SUCHINDRAN, C.M.; TYROLER, H.A.; RIFKIND, B.M. - Cardiovascular mortality and noncontraceptive use of estrogen in women: results from the Lipid Research Clinics Program Follow-up Study. **Circulation**, **75**:1102-9, 1987.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - Alcohol - related mortality and years of potential life lost - United States, 1987. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.**, **39**:173-8, 1990.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - Cigarette smoking - attributable mortality and years of potential life lost - United States, 1990. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.**, **42**:645-9, 1993.

- CHESNUT, C.H.III - Osteoporosis: a world-wide problem? In: CHRISTIANSEN, C. & OVERGAARD K., eds. - **Osteoporosis**. 1990. vol. 1. Copenhagen, Osteopress, 1990. p.33-5.
- CORNEJO, E.; KIRSCHBAUM, A.; CASTILLO, P. - Causas de muerte mal definidas en senescentes. **Rev. Med. Chile**, **118**:92-8, 1990.
- CURTO DE CASAS, S.I. - Geographical inequalities in mortality in Latin America. **Soc. Sci. Méd.**, **36**:1349-55, 1993.
- DICZFALUSY, E. - Menopause, developing countries and the 21st century. **Acta Obstet. Gynecol. Suppl.**, **134**:45-57, 1986.
- DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; POLANCZYK, C.A.; MENGUE, S.S. - Altos coeficientes de mortalidade em populações adultas brasileiras - uma comparação internacional. **Rev. Ass. Med. Brasil**, **38**:138-44, 1992.
- ERNSTER, V.L. - Mixed messages for women: a social history of cigarette smoking and advertising. **N.Y. State J. Med.**, (july):335-40, 1985.
- FRIES, J.F. & CRAPO, L.M. - The rectangularization of life. In: BYYNY, R.L. & SPEROFF, L. - **A Clinical Guide for the Care of Older Women**. Baltimore, Williams & Wilkins ed. 1990. p. 1-28.
- FRIES, J.F.; GREEN, L.W.; LEVINE, S. - Health promotion and the compression of morbidity. **Lancet**, **1**:481-3, 1989.
- FUENTES, A. - Temas de geriatría. México, D.F. **Editorial Edamex**, 19-27, 1979.

- GORI, G.B. & RICHTER, B.J. - Macroeconomics of disease prevention in the United States: prevention of major causes of mortality would alter life table assumptions and economic projections. **Science**, **200**:1124-30, 1978.
- GREEN, L.M. & GOTTLIEB, N.H. - Health promotion for the aging population: approaches to extending active life expectancy. In: HOGRESS, J.R., ed. **Health care for an aging society**. New York, Churchill Livingstone, 1989. p.139-54.
- GREENSPAN, F.S. & FORSHSM, P.H. - Endocrinologia básica y clínica. México, D.F. **El Manual Moderno**, 533-70, 1988.
- GUIMARÃES, R.M. - Proteção e Saúde do Idoso. **Rev. Saúde Públ.**, **21**:274-5, 1987.
- HAHN, R.A.; TEUTSCH, S.M.; ROTHENBERG, R.B.; MARKS, J.S. - Excess deaths from nine chronic diseases in the United States, 1986. **JAMA**, **264**:2654-9, 1990.
- HAYES, W.C.; PIAZZA, S.J.; ZYSSET, P.K. - Biomechanics of fracture risk prediction of the hip and spine by quantitative computed tomography. **Radiol. Clin. North Am.**, **29**:1-18, 1991.
- HAYFLICK, L. - The cell biology of human aging. **Scient. Am.** , **242**:58, 1980.
- HAZZARD, W.R. - Biological basis of the sex differential in longevity. **J. Am. Geriatrics Soc.**, **34**:455-71, 1986.

- HERMAN, W.H.; TEUTSCH, S.M.; GEISSM, L.S. - Diabetes Mellitus. **Am. J. Prev. Med.**, 3(suppl): 72-82, 1987.
- HOHN, C. & POLLARD, J. - Mortality in the two Germanies in 1986 and trends 1976-1986. **Eur. J. Pop.**, 1:1-28, 1991.
- IMHOF, A.E. - Mortality problems in Brazil and in Germany: past-present-future. Learning from each other? **Rev. Saúde Públ.**, 19:233-50, 1985.
- JEREB, J.A.; KELLY, G.D.; DODLEY, S.W, CANTHEN, G.M.; SNIDER, D.E. - Tuberculosis morbidity in United States: final data, 1990. **MMWR**, 40:23-7, 1991.
- JOYNER, S. - Aceitação e continuidade da terapia de reposição hormonal - Palestra proferida no 2º Congresso Brasileiro de Climatério e Menopausa. São Paulo, junho, 1994.
- KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. - O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev. Saúde Públ.**, 21:200-10, 1987.
- KATZ, S., BRANCH, L.G.; BRANSON, M.H.; PAPSIDERO, J.A.; BECK, J.C.; GREER, D.S. - Active life expectancy. **New Engl. J. Med.**, 309:1218-24, 1983.
- KESTLOOT, M.; YUAN, X.Y.; JOOSSENS, J.U. - Changing mortality patterns in men. **Acta Cardiol.**, 43:133-9, 1988.

- LAURENTI, R. - A medida das doenças. In: FORANTINI, O.P. - **Epidemiologia Geral**. São Paulo, Edgard Blücher Ltda. - Editora da Universidade de São Paulo, 1976. p.64-85.
- LAURENTI, R. & JORGE, M.H.P.M. - O atestado de óbito. Centro da OMS para Classificação das Doenças em Português. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças MS/USP/OPAS - OMS. 2ed., São Paulo, 1987. 35p.
- LAURENTI, R. - Morbidade e Mortalidade Feminina. - In: ENCONTRO INTERNACIONAL: SAÚDE DA MULHER - UM DIREITO A SER CONQUISTADO. Ministério da Justiça, junho, Brasília, 1989. p.5-6. (mimeo).
- LEBRÃO, M.L.; LITVOC, J.; FIGUEIREDO, G.M.; LEITE, R.M. - Estudo da morbidade dos pacientes internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - 1989. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo**, **48**:189-98, 1993.
- LESSA, I. - Hipertensão arterial e acidente vascular encefálico em Salvador-Bahia. **Rev. Ass. Med. Bras.**, **31**:232-5, 1985.
- LORIG, K.; KRAINES, R.C.; BROWN JR., B.W.; RICHARDSON, N. - A workplace health education program. That reduces outpatient visits. **Med. Care**, **23**:1044-54, 1985.
- LOTUFO, P.A. & LOLIO, C.A. - Tendência da mortalidade por doença cerebrovascular no Estado de São Paulo: 1970 a 1989. **Arq. Neuropsiquiatr.**, **51**:441-6, 1993a.

- LOTUFO, P.A. & LOLIO, C.A. - Tendência da mortalidade por doença isquêmica do coração no Estado de São Paulo: 1970 a 1989. **Arq. Bras. Cardiol.**, **61**:149-53, 1993b.
- LOWENSTEIN, S.R. & SCHRIER, R.W. - Social and political aspects of aging. In: SCHRIER, R.W., ed. - **Clinical Internal Medicine in the Aged**. Philadelphia, Saunders C.O., 1982. p.1-23.
- MADIGAN, F.C. - Are mortality differentials biologically caused? **Milbank Memorial Fund Quartley**, **35**:203-23, 1957.
- MANSON, J.E.; NATHAN, D.M.; KROLEWSKI, A.S.; STAMPFER, M.J.; WILLETT, W.C.; HENNEKENS, C.H. - A prospective study of exercise and incidence of diabetes among US male physicians. **JAMA**, **268**:63-7, 1992a.
- MANSON, J.E.; TOSTESON, H.; SATTHERFIELD, S.; HEBERT, P.; O'CONNOR, G.T.; BURING, J.E.; HENNEKENS, C.H. - The primary prevention of myocardial infarction. **New Engl. J. Med.**, **326**:1406-16, 1992b.
- McCOY, G.F.; JONHSTONE, R.A.; NELSON, I.W.; DUTHIE, R.B. - A review of fatal road accidents in Oxfordshire over a 2-year period. **Injury**, **20**:65-8, 1989.
- McFARLAND, K.F.; BONIFACE, M.E.; HORNUNG, C.A.; EARNHARDT, W.; HUMPHRIES, J.O.N. - Risk factors and noncontraceptive estrogen use in women with and without coronary disease. **Am. Heart J.**, **117**:1209-14, 1989.

McGINNIS, J.M. & FOEGE, W.H. - Actual causes of death in the United States.

JAMA, 270:2207-12, 1993.

MILIO, N. - Promoting Health Through Public Policy. Philadelphia, FA Davis Co.

Publishers, 1981.

NARAYANAN, M. & STEINHEBER, F.U. - The changing face of peptic ulcer in the

elderly. **Med. Clin. North Am.**, 60:1159-72, 1976.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças.

9ª Revisão 1975. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. São Paulo, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Epidemiologic Information, version 5.0.

Geneve, WHO PRESS, 1990.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - Tabaco o salud: situación en

las Américas. Publicación Científica nº 536, 1992. p. 67-84.

OTTOSSON, U.B.; JOHANSSON, B.G.; von SCHOULTZ, B. - Subfractions of high-

density lipoprotein cholesterol during estrogen replacement therapy: a

comparison between progestogens and natural progesterone. **Am. J. Obstet.**

Gynecol., 151:746-50, 1985.

- PAFFENBARGER, R.S.; HYDE, R.T.; WING, A.L. - Physical activity and physical fitness as determinants of health and longevity. In: BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.J.; STEPHENS, T.; SUTTON, J.R.; MCPHERSON, B.D., eds. **Exercise, Fitness and health**. Champaign, Human Kinetics Books, 1990.
- PERIODICAL ON AGEING 84. (United Nations). New York, 1(1), 1985.
- PERSSON, I.; FALKEBORN, M.; LITHELL, H. - The effect on myocardial infarction risk of estrogens and estrogen-progestin combinations (abstract). In: SIXTH INTERNATIONAL CONGRESS ON THE MENOPAUSE. Bangkok. Thailand: The Parthenon Publishing Group: 223, 1990.
- PINTO-NETO, A.M.; COSTA-PAIVA, L.H.S.; PERROTI, M.A.; BORGES, M.H.B.; LANE, E. - Basic causes of death in women over forty years. In: FOURTH ANNUAL MEETING OF THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, San Diego, California, Estados Unidos, setembro, 1993.
- POWELL, K.E.; THOMPSON, P.D.; CASPERSEN, C.J.; KENDRICK, J.S. - Physical activity and the incidence of coronary heart disease. **Ann. Rev. Public. Health**, 8:253-87, 1987.
- RADIS/DADOS - A mulher brasileira: estatística de saúde. 4:1, 1986.
- RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE, A. - Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Públ.**, 21:211-24, 1987.

ROWE, J.W.; BECK, J.C.; BEESON, P.B.; BUTLER, R.N.; KELLEY, W.N.; OLSEN, E.J.; STEEL, R.K.; WILLIAMS, T.F. - Academic geriatrics for the year 2000. **New Engl. J. Med.**, **316**:1425-8, 1987.

SACHER, G.A. - Biological prospects for life extension. In: DANON, D.; SHOCK, N.W.; MAROIS, M., ed. - **Aging: a challenge to science and society: biology**. Oxford, Oxford Medical Publications, 1981. p.59-79.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS - LAB. APLICAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA/DMPS/FCM/UNICAMP. Informe trimestral do projeto de monitorização dos óbitos no Município de Campinas. BOLETIM Nº 1, 2, 3 e 4, 1991.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS - LAB. APLICAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA/DMPS/FCM/UNICAMP. Informe trimestral do projeto de monitorização dos óbitos no Município de Campinas. BOLETIM Nº 6, 7 e 8, 1992.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS - LAB. APLICAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA/DMPS/FCM/UNICAMP. Informe trimestral do projeto de monitorização dos óbitos no Município de Campinas. BOLETIM Nº 9, 10, 11 e 12, 1993.

SHERLOCK, P. - Neoplasias do estômago. In: CECIL, R.L. - **Tratado de Medicina Interna**. 16ª ed. Rio de Janeiro, Editora Interamericana, 1984. p. 661-5.

SICHERI, R.; LOLIO, C.A.; CORREIA, V.R.; EVERHART, J.E. - Geographical patterns of proportionate mortality for the most common causes of death in Brazil. **Rev. Saúde Públ.**, **26**:424-30, 1992.

SIEGEL, S.J. & HOOVER, L.S. - Demographic aspects of the health of the elderly to the year 2000 and beyond. **Wld Hlth Stat**, **35**:133-202, 1982.

SLEMENDA, C.W. & JOHNSTON JR., C.C. - Epidemiology of osteoporosis. In: LOBO, R.A., ed. - **Treatment of the postmenopausal woman: basic and clinical aspects**. New York, Raven Press, 1994. p.161-8.

SMITH, G.S. & FALK, H. - Unintention injuries. **Am. J. Prev. Med.**, **3(suppl)**:143-63, 1987.

STAMPFER, M.J. & COLDITZ, G.A. - Estrogen replacement therapy and coronary heart disease: a quantitative assessment of the epidemiologic evidence. **Prev. Med.**, **20**:47-63, 1991.

SULLIVAN, J.M.; ZWAAG, R.V.; LEMP, G.F.; HUGHES, J.P.; MADDOCK, V.; KROETZ, F.W.; RAMANATHAN, K.B.; MIRVIS, D.M. - Postmenopausal estrogen use and coronary atherosclerosis. **Ann. Intern. Med.**, **108**:358-63, 1988.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE - Aborto clandestino: uma realidade Latino-Americana. **The Alan Guttmacher Institute**. New York, 1994.

- TOSTESON, A.N.A.; WEINSTEIN, M.C.; SCHIFF, I. - Cost-Effectiveness analysis of hormone replacement therapy. In: LOBO, R.A. - **Treatment of postmenopausal woman: basic and clinical aspects**. New York, Raven Press, 1994. p.405-13, 1994.
- US DEPT HEALTH AND HUMAN SERVICES - The health benefits of smoking cessation, a report of the surgeon general. DHHS, Centers for Disease Control, office on smoking and health, DHHS Publ. No (CDC), 90-8416, 1990.
- VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. - Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Públ.**, **21**:225-33, 1987.
- VESSEY, M. & HUNT, K. - The menopause, hormone replacement therapy and cardiovascular disease: epidemiological aspects. In: STUDD J.W.W. & WHITEHEAD M.I., eds. - **The menopause**. Oxford, Blackwell Scientific., 1988. p.190-6.
- VICKERY, D.M.; KALMER, H.; LOWRY, D.; CONSTANTINE, M.; WRIGHT, E.; LOREN, W. - Effect of self-care education program on medical visits. **JAMA**, **250**:2952-6, 1983.
- WAHL, P.; WALDEN, C.; KNOPP, R.; HOOVER, J.; WALLACE, R.; HEISS, G.; RIFKIND, B. - Effect of estrogen/progestin potency on lipid/lipoprotein cholesterol. **New Engl. J. Med.**, **308**:862-7, 1983.
- WALDRON, I. - The contribution of smoking to sex differences in mortality. **Publ. Health Rep.**, **101**:163-73, 1986.

WALDRON, I. - Effects of labor force participation on sex differences in mortality and morbidity. In: FRANKENHAEUSER M; LUNDBERG, U., ed. - **Women, Work and Health**. New York, Plenum Press, 1991. p.17-38.

WALDRON, I. - Recent trends in sex mortality ratios for adults in developed countries. **Soc. Sci. Med.**, **36**:451-62, 1993.

WEST, L.J.; MAXWELL, D.S.; NOBLE, E.P.; SOLOMON, D.H. - Alcoholism. **Ann. Intern. Med.**, **100**:405-16, 1984.

WILLIAMS, T.F. - El desafío científico: la atención de la salud y el anciano. Hacia el bienestar de los ancianos. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - Publicación Científica nº 492, 1985. p.30-4.

* HERANI, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses. São Paulo, BIREME, 1990.

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE CAUSA BÁSICA DE MORTE

IDADE [][]

SEXO []

CAUSA DA MORTE

PARTE I

a _____

b _____

c _____

PARTE II

ANEXO 2

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS NEOPLASIAS GENITAIS E MAMÁRIA COMO CAUSAS BÁSICAS DE MORTE FEMININA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N = 246)

NEOPLASIAS	FAIXA ETÁRIA (ANOS)			p*
	40-49	50-64	≥65	
Mamária	61,2	44,7	42,2	NS
Colo uterino	26,5	36,8	27,7	NS
Corpo uterino	6,1	8,8	13,3	NS
Ovário	4,1	7,0	8,4	NS
Vulva	2,0	2,6	6,0	#
Vagina	0	0	2,4	#
(N)	(49)	(114)	(83)	

NS= Não-Significativo

* Teste Qui-Quadrado

Teste Qui-Quadrado inaplicável

ANEXO 3

**DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS NEOPLASIAS DO APARELHO
DIGESTIVO COMO CAUSA BÁSICA DE MORTE FEMININA, SEGUNDO A
FAIXA ETÁRIA (N = 61)**

NEOPLASIAS	FAIXA ETÁRIA (ANOS)			TOTAL
	40-49	50-64	≥65	
Intestino grosso	40,0	43,8	22,5	29,5
Estômago	20,0	18,8	27,5	24,6
Fígado e vias biliares	0	12,5	20,0	16,4
Pâncreas	0	6,0	20,0	14,0
Outras	40,0	18,9	10,0	14,7
N	(5)	(16)	(40)	(61)

ANEXO 4

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS COMO CAUSA BÁSICA DE MORTE FEMININA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N = 41)

NEOPLASIAS	FAIXA ETÁRIA (ANOS)			TOTAL
	40-49	50-64	≥65	
Leucemia	100,0	57,9	57,9	61,0
Linfoma	0	42,1	31,6	34,1
Mieloma	0	0	10,5	4,9
N	(3)	(19)	(19)	(41)

ANEXO 5

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS NEOPLASIAS RESPIRATÓRIAS COMO CAUSA BÁSICA DE MORTE FEMININA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N = 23)

NEOPLASIAS	FAIXA ETÁRIA (ANOS)			TOTAL
	40-49	50-64	≥65	
Pulmão	66,7	77,8	81,8	78,3
Fossa nasal	0	11,1	9,1	8,7
Outras	33,3	11,1	9,1	13,0
N	(3)	(9)	(11)	(23)

ANEXO 6

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS NEOPLASIAS GASTROINTESTINAIS COMO CAUSA BÁSICA DE MORTE MASCULINA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N = 138)

NEOPLASIAS	FAIXA ETÁRIA (ANOS)			TOTAL
	40-49	50-64	≥65	
Estômago	40,0	26,7	41,4	35,0
Fígado/vias biliares	0	23,4	19,0	18,0
Esôfago	10,0	18,3	3,4	11,1
Língua	15,0	11,7	6,9	10,4
Pâncreas	5,0	10,0	10,3	8,9
Intestino grosso	10,0	3,4	12,1	8,1
Outras	20,0	6,5	6,9	8,5
N	(20)	(60)	(58)	(138)

ANEXO 7

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS NEOPLASIAS RESPIRATÓRIAS COMO CAUSA BÁSICA DE MORTE MASCULINA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N = 120)

NEOPLASIAS	FAIXA ETÁRIA (ANOS)			TOTAL
	40-49	50-64	≥65	
Pulmão	60,0	80,0	84,6	79,3
Laringe	30,0	8,9	9,2	10,7
Traquéia	0	6,7	6,2	5,8
Outras	10,0	4,4	0	4,2
N	(10)	(45)	(65)	(120)

ANEXO 8

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS COMO CAUSA BÁSICA DE MORTE MASCULINA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N = 78)

NEOPLASIAS	FAIXA ETÁRIA (ANOS)			TOTAL
	40-49	50-64	≥65	
Leucemia	33,3	65,5	57,1	52,0
Linfoma	57,2	31,0	42,9	43,0
Mieloma	9,5	3,5	0	5,0
N	(21)	(29)	(28)	(78)

ANEXO 9

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS NEOPLASIAS UROGENITAIS COMO CAUSA BÁSICA DE MORTE MASCULINA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N = 25)

NEOPLASIAS	FAIXA ETÁRIA (ANOS)			TOTAL
	40-49	50-64	≥65	
Próstata	0	28,5	87,4	64,0
Bexiga	100,0	28,5	6,3	20,0
Rim	0	28,5	0	8,0
Outras	0	14,5	6,3	8,0
N	(2)	(7)	(16)	(25)

ANEXO 10

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO COMO CAUSA BÁSICA DO ÓBITO, SEGUNDO O SEXO (N = 312)

CAUSAS	MASCULINO	FEMININO	p*
Infecção respiratória	76,2	65,9	NS
D pulmonar obstrutiva crônica	20,1	22,9	NS
Outras	3,7	12,2	0,0083
(N)	(189)	(123)	

* Teste Qui-Quadrado

ANEXO 11

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO COMO CAUSA BÁSICA DE MORTE FEMININA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N = 123)

CAUSAS	FAIXA ETÁRIA (ANOS)			p*
	40-49	50-64	≥65	
Infecção respiratória	66,7	52,5	73,6	NS
D pulmonar obstrutiva crônica	20,0	30,0	17,6	NS
Outras	13,3	17,5	8,8	#
N	(15)	(40)	(68)	

NS = Não-Significativo

* Teste Qui-Quadrado

Teste Qui-Quadrado não aplicável

ANEXO 12

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO COMO CAUSA BÁSICA DE MORTE MASCULINA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N = 189)

CAUSAS	FAIXA ETÁRIA (ANOS)			p*
	40-49	50-64	≥65	
Infecção respiratória	84,6	77,6	72,4	NS
D pulmonar obstrutiva crônica	11,5	19,7	23,0	NS
Outras	3,8	2,6	4,5	#
N	(26)	(76)	(87)	

NS = Não-Significativo

* Teste Qui-Quadrado

Teste Qui-Quadrado não aplicável

ANEXO 13

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO COMO CAUSA BÁSICA DO ÓBITO, SEGUNDO O SEXO (N = 281)

CAUSAS	MASCULINO	FEMININO	p
Cirrose hepática	51,5	31,3	0,0062*
Úlcera péptica	17,3	23,9	NS*
Trombose mesentérica	8,4	11,3	NS*
Colite	7,9	11,9	NS*
Pancreatite	8,4	6,6	NS*
Colelitíase	4,2	12,0	0,0350**
Outras	2,3	3,0	NS**
(N)	(214)	(67)	

* Teste Qui-Quadrado

** Teste Exato de Fisher

ANEXO 14

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO COMO CAUSA BÁSICA DE MORTE FEMININA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N = 67)

DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	FAIXA ETÁRIA (ANOS)			p*
	40-49	50-64	≥65	
Cirrose hepática	18,2	33,3	34,3	NS
Úlcera péptica	18,2	42,9	14,3	0,0466
Trombose mesentérica	18,2	9,5	11,4	#
Colelitíase	9,1	4,8	17,2	#
Outras	36,3	9,5	22,8	#
N	(11)	(21)	(35)	

NS = Não-Significativo

* Teste Qui-Quadrado

Teste Qui-Quadrado não aplicável

ANEXO 15

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO COMO CAUSA BÁSICA DE MORTE MASCULINA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N = 214)

DOENÇAS APARELHO DIGESTIVO	FAIXA ETÁRIA (ANOS)			p*
	40-49	50-64	≥65	
Cirrose hepática	61,7	54,5	38,0	0,0211
Úlcera péptica	15,0	18,2	18,2	NS
Pancreatite	13,3	8,0	4,5	NS
Trombose mesentérica	1,7	5,7	18,2	0,0018
Colite	1,7	10,2	10,6	NS
Outras	6,6	3,4	10,5	#
N	(60)	(88)	(66)	

NS = Não-Significativo

* Teste Qui-Quadrado

Teste Qui-Quadrado não aplicável

ANEXO 16

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS CAUSAS EXTERNAS COMO CAUSA BÁSICA DO ÓBITO, SEGUNDO O SEXO (N=199)

CAUSAS	MASCULINO (%)	FEMININO (%)	p
Trauma	31,3	21,2	NS*
Acidente de trânsito	27,7	27,3	NS*
Queda	24,7	39,4	NS*
Homicídio	11,4	0	0,0265**
Intoxicação	3,0	3,0	NS**
Suicídio	0,6	9,1	0,0149**
Queimadura	1,2	0	NS**
(N)	(166)	(33)	

NS = Não-Significativo

* Teste Qui-Quadrado

** Teste Exato de Fisher

ANEXO 17

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS CAUSAS EXTERNAS COMO CAUSA BÁSICA DE MORTE FEMININA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N = 33)

CAUSAS	FAIXA ETÁRIA (ANOS)		
	40-49	50-64	≥65
Queda	20,0	22,2	52,6
Acidente de trânsito	20,0	22,2	31,6
Trauma	20,0	33,3	15,8
Suicídio	40,0	11,1	0
Intoxicação	0	11,1	0
N	(5)	(9)	(19)

Obs.: Não foi realizado análise estatística devido ao pequeno número de casos

ANEXO 18

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS CAUSAS EXTERNAS COMO CAUSA BÁSICA DE MORTE MASCULINA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N = 166)

CAUSAS	FAIXA ETÁRIA (ANOS)			p*
	40-49	50-64	≥65	
Trauma	32,3	39,3	20,0	NS
Acidente trânsito	36,9	28,6	13,3	0,0245
Queda	13,8	17,9	48,9	0,0001
Homicídio	16,9	8,9	6,7	NS
Outras	0	5,3	11,1	NS
N	(65)	(56)	(45)	

NS = Não-Significativo

* Teste Qui-Quadrado

ANEXO 19

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS DOENÇAS INFECTOPARASITÁRIAS COMO CAUSA BÁSICA DE MORTE, SEGUNDO O SEXO (N = 147)

CAUSAS	MASCULINO (%)	FEMININO (%)	p
AIDS	34,3	10,4	0,0039*
Tuberculose	16,2	12,5	NS**
Doença de Chagas	12,1	14,6	NS**
Tétano	2,0	2,1	NS**
Outras	35,4	60,4	0,0070*
(N)	(99)	(48)	

NS = Não-Significativo

* Teste Qui-Quadrado

** Teste Exato de Fisher

ANEXO 20

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS DOENÇAS INFECTOPARASITÁRIAS COMO CAUSA BÁSICA DE MORTE FEMININA SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N = 48)

CAUSAS	FAIXA ETÁRIA (ANOS)		
	40-49	50-64	≥65
Doença de Chagas	18,2	11,8	15,0
Tuberculose	18,2	11,8	10,0
AIDS	36,4	5,8	0
Tétano	9,0	0	0
Outras	18,2	70,6	75,0
N	(11)	(17)	(20)

Obs.: Não foi possível análise estatística devido ao pequeno número de casos

ANEXO 21

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS DOENÇAS INFECTOPARASITÁRIAS COMO CAUSA BÁSICA DE MORTE MASCULINA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (N = 99)

CAUSAS	FAIXA ETÁRIA (ANOS)			p*
	40-49	50-64	≥65	
AIDS	62,8	29,3	0	0,0001
Tuberculose	8,6	22,0	17,4	NS
Doença de Chagas	8,6	9,7	21,8	#
Outras	20,0	39,0	60,8	0,0067
N	(35)	(41)	(23)	

NS = Não-Significativo

* Teste Qui-Quadrado

Teste Qui-Quadrado não aplicável