

A mortalidade de idosos no Recife: quando o morrer revela desigualdades

doi: 10.5123/S1679-49742011000200007

Mortality Among Elderly People in Recife, State of Pernambuco, Brazil: When Death Reveals Inequalities

Ana Paula Regazzi Magalhães

Secretaria Municipal de Saúde, Recife-PE, Brasil
Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco, Recife-PE, Brasil

Sálvea Campelo e Paiva

Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco, Recife-PE, Brasil

Luiz Oscar Cardoso Ferreira

Departamento de Medicina Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco, Recife-PE, Brasil

Terezinha de Almeida Aquino

Secretaria Municipal de Saúde, Recife-PE, Brasil

Resumo

Objetivo: caracterizar a mortalidade dos idosos segundo estratos de condição de vida (CV) em residentes do Recife, no triênio 2004-2006. **Metodologia:** estudo ecológico exploratório utilizando-se de informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e da fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e a classificação de Guimarães para definir estratos. **Resultados:** os maiores riscos foram encontrados nos estratos de baixa CV, comparados com os de intermediária e elevada CV, independentemente do sexo, faixa etária, causa básica e local de ocorrência; mulheres e idosos (60-69) apresentaram riscos maiores nos estratos de baixa CV, em relação ao de elevada; na comparação de estratos, os riscos para cardiovasculares, respiratórias e neoplasias foram de 1,55, 1,58 e 1,13 respectivamente. **Conclusão:** a partir dos indicadores observados, o estudo aponta a necessidade de intervenção na fase adulta, mediante a responsabilização do poder público em promover melhores condições de vida e, conseqüentemente, o direito de envelhecer com dignidade.

Palavras-chave: idoso; mortalidade; desigualdade; condição de vida.

Summary

Objective: the aim of the study was to characterize mortality among elderly people living in the City of Recife, State of Pernambuco, Brazil over the three-year period 2004-2006. **Methodology:** exploratory ecological study using data from the Mortality Information System (SIM) and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) foundation, and the Guimarães classification to define strata. **Results:** the higher risks were found among individuals who suffer from poor living conditions, as compared to those with better and good living conditions, regardless of sex, age group, underlying cause or place of occurrence; women and elderly people (60-69) also presented greater or lower risks, according to their living conditions; comparing different population groups, the risk for cardiovascular, respiratory and neoplastic disease was of 1.55, 1.58 and 1.13 respectively. **Conclusion:** considering the observed indicators, this study points out the need of interventions by public authorities focused on adults, in order to promote better living conditions and consequently to enable the general population to grow older with dignity.

Key words: elderly people; mortality; inequality; living conditions.

Endereço para correspondência:

Rua Francisco Xavier Paes Barreto, 204, Apto 201, Casa Caiada, Olinda-PE, Brasil. CEP: 53130-240
E-mail: ana7magalhaes@yahoo.com.br

Introdução

Nas últimas décadas, o envelhecimento da população, em escala mundial, tem sido considerado um fenômeno relevante por parte do poder público e da sociedade civil de países desenvolvidos e em desenvolvimento. Segundo projeções, a população mundial atingirá 9,15 bilhões de pessoas em 2050, enquanto a de idosos aumentará em torno de três vezes, passando de 759 milhões em 2010 para cerca de dois bilhões.¹ Espera-se que no mesmo ano, os idosos na Europa representem 34,2% da população geral e na América Latina, 25,5%.¹

No Brasil, também vem se observando um crescimento da população de 60 anos e mais. Entre os anos de 1940 e 2000, essa população passou de 4,1% para 8,6% e espera-se que em 2050, corresponda a 25% da população geral.² Tal realidade representa um grande desafio, principalmente devido à acentuada desigualdade social do país.³

Nos últimos anos, tanto em países considerados desenvolvidos como em subdesenvolvidos, os padrões de mortalidade da população idosa se assemelham, sendo a primeira causa de óbito as doenças cardiovasculares e a segunda, as neoplasias.

Com o processo de envelhecimento populacional, vem se observando uma maior participação do sexo feminino nesse segmento, fenômeno denominado 'feminização do envelhecimento'.^{2,4-6} Em 2007 a razão de sexos foi de 82,1 homens/100 mulheres, semelhante à da América Latina.⁶ A partir dos 60 anos, as mulheres representam 55% da população idosa e, na faixa de 80 e mais, 64%. Valores semelhantes são encontrados, para o Brasil.^{2,6}

Com relação à mortalidade, em 1990, a taxa encontrada por 100 mil idosos foi de 3.874,5 no Brasil e de 3.080,8 no Nordeste. Em 2000 observou-se uma redução mais acentuada nas taxas do país como um todo (3.591,0), tendência não observada no Nordeste (3.031,6).⁷

Nos últimos anos, tanto em países considerados desenvolvidos como em subdesenvolvidos, os padrões de mortalidade da população idosa se assemelham, sendo

a primeira causa de óbito as doenças cardiovasculares e a segunda, as neoplasias.^{8,9} Essa realidade também é observada no Brasil, onde em terceiro lugar aparecem as doenças do aparelho respiratório, correspondendo, as três causas, a mais de 60% do total dos óbitos.^{8,10}

O Município do Recife-PE abrange áreas com realidades sociais visivelmente desiguais, onde o IDH dos bairros de melhores condições de vida se assemelha ao de países como Finlândia, Noruega e Japão, enquanto os bairros com baixa condição de vida apresentam valores equivalentes aos de países africanos e asiáticos, tais como Mongólia e São Tomé e Príncipe.¹¹

Um estudo realizado sobre desigualdades, espaço e condição de vida concluiu que as maiores diferenças nos padrões de mortalidade são observadas para as populações residentes em áreas com as piores condições de vida.¹² Outro estudo realizado no Recife mostrou que os maiores coeficientes de mortalidade para doenças cerebrovasculares na população acima de 30 anos de idade ocorreram naquelas localidades em piores condições de vida.¹³ Analogamente, em estudo sobre 'Condição de Vida e Mortalidade Infantil no Recife',¹⁴ foi observado que a heterogeneidade social do espaço urbano produz diferentes padrões e riscos de adoecer e morrer.

Esses estudos, realizados no Recife e em outras localidades, vêm demonstrando, em síntese, que as condições de vida entre grupos populacionais exercem um efeito importante na situação de saúde desses grupos; eles apontam desigualdades que incidem negativamente onde são mais precárias essas condições.^{4,12-14} Considerando-se a existência de poucos estudos sobre padrão de mortalidade e condições de vida em idosos no Recife, o objetivo do presente estudo foi caracterizar a mortalidade da população idosa no município, no período de 2004 a 2006, descrevendo as desigualdades ao morrer segundo os estratos de condição de vida.

Metodologia

O estudo foi realizado no Recife, capital de Pernambuco, que ocupa uma área de 219km² e apresenta densidade demográfica de 6,4 mil habitantes/km². Totalmente urbano, o município distribui-se em 94 bairros que contam com ambientes completamente diversificados.^{15,16}

Em 2006,⁷ sua população foi estimada em 1.515.051 habitantes, 18% da população do Estado. Quanto à faixa

etária, 9,4% eram idosos – ou seja, com 60 anos de idade e mais –, dos quais 63,0% eram mulheres. Recife, no *ranking* das capitais brasileiras, ocupa o terceiro lugar em número relativo de idosos.^{7,15} Realizou-se um estudo ecológico exploratório em que se avaliou a mortalidade na população idosa residente no município, a partir dos óbitos registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), buscando correlacionar indicadores de condição de vida e de situação de saúde no período entre 2004 e 2006.

Foram utilizadas como unidades de análise, grupos de bairros com condição de vida semelhante, agrupados por estratos. A condição de vida foi classificada segundo sistema proposto por Guimarães,¹⁴ mensurada mediante análise fatorial a partir de seis indicadores: domicílios com abastecimento adequado de água; domicílios com esgotamento sanitário adequado; domicílios com coleta direta do lixo pelo serviço de limpeza urbana (saneamento); população de 10 a 14 anos de idade analfabeta; responsáveis pelos domicílios com três anos ou menos de estudo (educação); e responsáveis pelos domicílios com renda mensal igual ou menor a dois salários mínimos (renda). Gerou-se um indicador sintético denominado Índice de Condição de Vida (ICV), o qual foi submetido a uma técnica de agrupamento e identificação de quatro estratos de condição de vida semelhante.¹⁴

Em decorrência do número de eventos do estrato de muito baixa condição de vida e da similaridade entre este e o estrato de baixa condição de vida, fez-se necessário agrupá-los com a finalidade de obter taxas estáveis e viabilizar sua análise. Isso permitiu que os bairros fossem reunidos em três estratos homogêneos de condição de vida, a saber: estrato I (elevada condição de vida); estrato II (intermediária condição de vida); e estrato III (baixa condição de vida).

As variáveis estudadas foram as faixas etárias de 60 a 69, 70 a 79 e 80 e + anos, sexo, local de ocorrência e as três principais causas básicas do óbito, descritas segundo os capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10).¹⁷

Os óbitos foram agrupados no triênio. Para a construção dos indicadores, o cálculo da população utilizou-se do método geométrico, a partir da Contagem Populacional de 1996 e do último Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),^{2,15} projeção que vem sendo utilizada pelos

técnicos do Município do Recife.¹⁸ O cálculo dos coeficientes de mortalidade (CM) utilizou-se, no numerador, da soma do número de óbitos do triênio 2004-2006; e no denominador, da soma da população dos três anos, em que, para faixa etária e sexo, foi possível aplicar ao denominador a população específica, enquanto para as variáveis local de ocorrência e causa, adotou-se como denominador a população geral de idosos. Para a descrição das desigualdades intraurbanas, foi calculada a razão de taxas (RT), dividindo-se o CM do estrato de baixa e intermediária condição de vida (CV) pelo CM do estrato de elevada CV.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco (UPE), com o registro n° 151/08 e CAAE n° 0142.0.097.000-08, em setembro de 2008.

Resultados

No triênio de 2004 a 2006, foram registrados 17.450 óbitos em idosos residentes no Recife, com idade mínima de 60 e máxima de 111 anos. A média foi de 77,0 anos com desvio-padrão de 9,8 e percentis 25, 50 e 75, com valores de 69, 77 e 84 anos respectivamente. O risco de morrer foi de 4.122,1/100 mil idosos, sendo menor na faixa de 60 a 69 anos (1.972,1/100 mil), aumentando nas faixas mais elevadas até atingir 12.510,7/100 mil na faixa de 80 e mais anos (Tabela 1).

Em relação ao sexo, 56,1% dos óbitos ocorreram em mulheres (Tabela 1), embora o risco de morte encontrado tenha sido maior no sexo masculino, representado pela razão de sexo de 1,34 vezes. Observando-se, entretanto, a razão de mortalidade entre os sexos nas faixas 60 a 69, 70 a 79 e 80 e + anos, os riscos foram de 1,75, 1,54 e 1,26 respectivamente. Para o sexo masculino, os óbitos se concentraram na faixa de 60 a 69 anos (52,5%), e no feminino, na faixa de 80 e + anos (64,1%) (Tabela 1).

Os três principais grupos de causa, em ordem decrescente de mortalidade, foram aparelho circulatório, neoplasia e respiratório, correspondendo, juntos, a 71,6% de todos os óbitos. O maior risco de morte (1.784,4/100 mil idosos) foi o encontrado para as doenças do aparelho circulatório, que ocupam o primeiro lugar nas três faixas de idade, com neopla-

Tabela 1 - Distribuição do número, percentual e coeficiente de mortalidade (CM, por 100 mil idosos) por faixa etária, segundo sexo, causa-capítulo (CID-10^a) e local de ocorrência no Município do Recife-PE. Brasil, 2004 a 2006

Variável	60-69			70-79			80+			Total		
	N	%	CM	N	%	CM	N	%	CM	N	%	CM
Sexo												
Masculino	2.369	52,5	2.673,3	2.776	46,8	5.510,5	2.518	35,9	14.561,6	7.663	43,9	4.903,2
Feminino	2.141	47,5	1.528,5	3.150	53,2	3.571,6	4.496	64,1	11.596,0	9.787	56,1	3.665,0
Total	4.510	100,0	1.972,1	5.926	100,0	4.276,5	7.014	100,0	12.510,7	17.450	100,0	4.122,1
Causa capítulo (CID-10)^b												
Doenças do aparelho circulatório	1.885	58,7	824,3	2.570	60,2	1.854,6	3.099	61,7	5.527,6	7.554	60,4	1.784,4
Neoplasias	1.024	31,9	447,8	1.118	26,2	806,8	882	17,6	1.573,2	3.024	24,2	714,3
Doenças do aparelho respiratório	303	9,4	132,5	580	13,6	418,6	1.041	20,7	1.856,8	1.924	15,4	454,5
Total	3.212	100,0	1.404,5	4.268	100,0	3.080,0	5.022	100,0	8.957,6	12.502	100,0	2.953,3
Local de ocorrência^c												
Hospital	3.706	82,2	1.620,5	4.847	81,8	3.497,8	5.292	75,5	9.439,2	13.845	79,4	3.270,5
Domicílio	726	16,1	317,5	1.013	17,1	731,0	1.654	23,6	2.950,2	3.393	19,5	801,5
Via pública	3	0,1	1,3	5	0,1	3,6	7	0,1	122,5	15	0,1	3,5
Demais	71	1,6	31,0	58	1,0	41,9	55	0,8	98,1	184	1,1	43,5
Total	4.506	100,0	1.970,4	5.923	100,0	4.274,3	7.008	100,0	12.500,0	17.437	100,0	4.119,0

a) CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão

b) O total se refere à seleção dos três principais grupos de causa.

c) Foram excluídos 13 casos com local de ocorrência ignorado e correspondeu a 0,07.

sia em segundo lugar – exceto na faixa de 80 e mais anos, em que o aparelho respiratório ocupa a segunda posição (Tabela 1).

Em relação à faixa etária, em todos os três grupos de doenças, o risco de morte aumenta na medida em que se eleva a idade, com maior velocidade de incremento nas doenças do aparelho respiratório (Tabela 1).

Em relação à faixa etária, em todos os três grupos de doenças, o risco de morte aumenta na medida

em que se eleva a idade, com maior velocidade de incremento nas doenças do aparelho respiratório (Tabela 1).

Quanto ao local de ocorrência o risco de morte concentrou-se nos hospitais (3.270,5/100 mil idosos), seguido das ocorrências no domicílio (801,5/100 mil idosos) (Tabela 1). Na distribuição total dos óbitos segundo estratos de condições de vida, observou-se um aumento gradativo do risco de morte ao se passar

do estrato de elevada (3.475,2/100 mil idosos) para os de intermediária (3.719,3/100 mil idosos) e baixa condição de vida (5.558,6/100 mil idosos) (Tabela 2).

Em todas as faixas etárias observou-se que quanto mais baixa a condição de vida, maior o risco de morte. Destaca-se que, dos residentes nos estratos de baixa condição de vida, o grupo de 60 a 69 anos foi o que apresentou maior risco de morrer, duas vezes maior quando comparado ao mesmo grupo etário de elevada condição de vida (Tabela 2).

Observou-se, também, aumento dos coeficientes de mortalidade para ambos os sexos à medida que a condição de vida piora, com o risco de morte para o masculino e feminino de 1,56 vezes e 1,62 vezes maior em relação ao estrato de elevada condição de vida (Tabela 2). Quanto aos grupos de causas, houve predomínio das doenças do aparelho circulatório em todos os estratos, com maior risco para os residentes no estrato de baixa condição de vida, 1,55 vezes maior quando comparado ao de elevada condição de vida. Na mesma comparação entre esses estratos, o risco de morrer pelas neoplasias e pelas doenças do aparelho respiratório também foi maior no estrato de baixa condição de vida, com razão de taxas de 1,13 e 1,58 respectivamente (Tabela 2).

Quanto ao local de ocorrência dos óbitos, o maior risco de morte foi observado nos hospitais, principalmente para os residentes no estrato de baixa condição de vida, quando comparado com os estratos de elevada e intermediária condição de vida. Nestes dois estratos, o risco é semelhante. Observou-se o mesmo fenômeno para a mortalidade ocorrida no domicílio e na via pública (Tabela 2).

Quando analisados os óbitos por faixa etária e sexo, observou-se que o sexo feminino é mais vulnerável à condição de vida que o masculino, em todas as faixas de idade. Por exemplo, o risco de óbito entre os estratos de baixa e elevada condição de vida na faixa etária de 60 a 69 é de 1,85 no sexo masculino e de 2,21 no feminino (Tabela 3).

Discussão

A relação entre mortalidade e condição de vida vem sendo amplamente estudada. Entretanto, o recorte em relação ao segmento idoso da população é incipiente e, para tanto, são necessários estudos que possam melhor elucidar se residir em áreas com condições de

vida precárias pode apontar maiores riscos de morrer. Estudos sobre a qualidade do sistema de informação em saúde no Brasil têm mostrado melhorias, sobretudo no SIM. Um estudo sobre a causa básica de óbito em idosos observou redução no percentual de causas mal definidas em quase todos os estados brasileiros entre 1992 e 1998, refletindo uma melhor qualidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil.¹⁰ Essa redução, porém, não ocorreu homogeneamente entre os Estados e nas regiões brasileiras. Em Pernambuco, neste estudo, observou-se uma das maiores reduções no percentual das causas mal definidas entre os estados.¹⁰ No Recife, segundo dados da Secretaria de Saúde do município, as causas mal definidas representavam apenas 0,89% das causas de óbito em 2004.¹⁹

As taxas de mortalidade geral para o Estado de Pernambuco e para a população brasileira foram, respectivamente, de 6,21 e 5,50 por mil habitantes para o ano de 2007.⁷ A taxa de mortalidade da população idosa do Recife – 4.122,1/100 mil idosos (41,22/1000) – indica um risco de morrer seis a sete vezes maior que o das populações de Pernambuco e do Brasil respectivamente.

Nas três faixas etárias estudadas, o risco de morrer com 80 anos e mais foi 2,9 vezes e 6,4 vezes maior que nas faixas de 70 a 79 anos e 60 a 69 anos respectivamente. No ano de 2006, no Rio Grande do Sul e na Paraíba, os resultados mantêm o mesmo padrão do Recife, com uma tendência de aumento do risco de morrer com o aumento da idade.⁷ Outros estudos corroboram os achados aqui apresentados.^{3,8,20-22}

Identificou-se uma mortalidade proporcional maior entre as mulheres (56,1%), embora o risco de morrer seja menor entre elas, independentemente da idade. Este fenômeno também tem sido observado em outros estudos.⁸ Pesquisa realizada em São Paulo sobre fatores de risco para a mortalidade em idosos³ observou que esse risco é 2,7 vezes maior entre os homens quando comparado ao das mulheres. Constatou-se que a sobremortalidade masculina reduz-se à medida que aumenta a idade, fato também observado em três estudos realizados com bancos de dados nacionais.^{8,9,21}

Os dados encontrados neste estudo em relação aos principais grupos de causas, onde se identificaram as doenças do aparelho circulatório como a primeira causa de óbito entre todas as faixas etárias, também

Tabela 2 - Distribuição do número, percentual, coeficiente de mortalidade (CM, por 100 mil idosos) e razão de taxas (RT) entre os estratos segundo faixa etária, sexo, causa-capítulo (CID-10^a) e local de ocorrência no Município do Recife-PE. Brasil, 2004 a 2006^b

Variável	Estrato									RT ^b	
	I (elevada)			II (intermediária)			III (baixa)			II/I	III/I
	N	%	CM	N	%	CM	N	%	CM		
Total	4.845	100,0	3.475,2	6.423	100,0	3.719,3	6.182	100,0	5.558,6	1,07	1,60
Faixa etária											
60-69	1.023	21,1	1.424,6	1.667	26,0	1.784,5	1.820	29,4	2.867,7	1,25	2,01
70-79	1.533	31,6	3.246,2	2.209	34,4	3.894,0	2.184	35,3	6.308,5	1,20	1,94
80 e +	2.289	47,2	11.231,0	2.547	39,7	11.292,9	2.178	35,2	16.589,2	1,01	1,48
Sexo											
Masculino	2.080	42,9	4.109,8	2.869	44,7	4.533,2	2.714	43,9	6.403,1	1,10	1,56
Feminino	2.765	57,1	3.113,6	3.554	55,3	3.248,5	3.468	56,1	5.038,6	1,04	1,62
Causa capítulo (CID-10)^d											
Doenças do aparelho circulatório	2.314	60,1	1.659,8	2.764	60,1	1.600,5	2.857	64,5	2.568,9	0,96	1,55
Neoplasias	996	25,9	714,4	1.134	24,7	656,6	894	20,2	803,8	0,92	1,13
Doenças do aparelho respiratório	541	14,0	388,0	702	15,3	403,5	680	15,3	611,4	1,05	1,58
Local de ocorrência^e											
Hospital	3.774	77,9	2.707,0	5.143	80,1	2.978,1	4.928	79,8	4.431,1	1,10	1,64
Domicílio	981	20,3	703,6	1.212	18,9	701,8	1.200	19,4	1.079,0	1,00	1,53
Via pública	26	0,5	18,6	28	0,4	16,2	31	0,5	27,9	0,87	1,49
Demais	61	1,3	43,8	34	0,5	19,7	19	0,3	17,1	0,45	0,39

a) CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde — Décima Revisão

b) Utilizou-se a soma dos três anos.

c) Razão de taxas: CM II/I e CM III/I.

d) O total se refere à seleção dos três principais grupos de causa.

e) Foram excluídos 13 casos com local de ocorrência ignorado e correspondeu a 0,07.

Tabela 3 - Distribuição do número, percentual, coeficiente de mortalidade (CM, por 100 mil idosos) e razão de taxas por estrato segundo faixa etária e sexo no Município do Recife-PE, Brasil, 2004 a 2006^a

Faixa etária	Sexo	Estrato									RT ^b	
		I (elevada)			II (intermediária)			III (baixa)			II/I	III/I
		N	%	CM	N	%	CM	N	%	CM		
Total		4.845	100,0	3.475,2	6.423	100,0	3.719,3	6.182	100,0	5.558,6	1,07	1,60
60-69	M	555	54,3	1.980,7	906	54,3	2.531,4	907	49,8	3.656,4	1,28	1,85
	F	468	45,7	1.068,7	761	45,7	1.320,7	913	50,2	2.361,6	1,24	2,21
Total		1.023	100,0	1.424,6	1.667	100,0	1.784,5	1.820	100,0	2.867,7	1,25	2,01
70-79	M	742	48,4	4.475,8	1.013	45,9	4.928,5	1.022	46,8	7.716,1	1,10	1,72
	F	791	51,6	2.581,1	1.196	54,1	3.306,2	1.162	53,2	5.436,3	1,28	2,11
Total		1.533	100,0	3.246,2	2.209	100,0	3.894,0	2.184	100,0	6.308,5	1,20	1,94
80 e +	M	783	34,2	13.024,0	952	37,4	13.707	782	35,9	18.039,2	1,05	1,39
	F	1.506	65,8	10.480,9	1.595	62,6	7	1.396	64,1	15.874,5	0,97	1,51
Total		2.289	100,0	11.231,0	2.547	100,0	10.218,5	2.178	100,0	16.589,2	1,01	1,48

a) Utilizou-se a soma dos três anos.

b) Razão de taxas: CM II/I e CM III/I.

foram observados por diversos autores.^{8-10,13,21-23} Chama a atenção o aumento vertiginoso da mortalidade a partir dos 70 anos de idade, o que significa que uma atenção especial deve ser dada nas faixas etárias mais elevadas. Um estudo⁹ com dados do Brasil, realizado entre 1991 e 2001, mostrou um declínio de cerca de 20% nas doenças do aparelho circulatório, especialmente nos idosos mais velhos.

O mesmo fenômeno de incremento da mortalidade em relação à idade foi observado por Maia e colaboradores³ em relação às doenças respiratórias. Aqui, as ações de políticas e programas podem refletir resultados mais imediatos, já que as causas são de natureza aguda e infecciosa. Observa-se que as doenças do aparelho respiratório representam a segunda causa de internações e a terceira causa de óbito, exceto na faixa mais elevada onde elas assumem a segunda posição.³

Condições de vida e condições de saúde têm sido objeto de estudos desde o final do século XIX. A carta de Ottawa, assinada em 1986, mantém um marco de referencia na promoção da saúde, como campo conceitual e de práticas, em como movimento político.²⁴ Estudos recentes apontam o risco de adoecimento e morte de segmentos da população conforme sua inserção econômica e social.^{13,14,23-29}

Estudos e pesquisas sobre as desigualdades sociais e saúde, como os realizados no Recife e em Salvador-BA,^{13,14,25,26} indicam: mais precárias as condições de vida, maiores as taxas de mortalidade – relação direta que reforça os resultados encontrados no presente estudo.

Dois fatos chamaram a atenção nesses resultados. O primeiro diz respeito à faixa etária: os idosos de 60 a 69 anos são mais vulneráveis às condições do estrato que os idosos mais velhos, pois os riscos

entre os estratos de baixa condição de vida, quando comparados aos que contam com melhor condição de vida, foram maiores.

O segundo achado mostrou que as mulheres sofrem mais ação das condições sociais dos estratos que os homens. O cálculo do risco entre os estratos extremos apontou que o risco de morrer para os homens foi menor que o das mulheres, nas faixas estudadas. Sugere-se a realização de estudos com ênfase nestes achados, que não tem sido descritos na literatura.

A ocorrência de um maior risco de morrer nos hospitais, para alguém inserido em estrato de baixa condição de vida, possivelmente, deve-se ao cuidado ineficiente durante o estágio inicial da doença, conduzindo-os ao serviço hospitalar tardiamente e tornando mais difícil sua recuperação.

Relativo ao grupo de causas, as doenças do aparelho circulatório apresentaram maior risco para o estrato de baixa condição de vida, evidenciando que os fatores econômicos e sociais continuam – todavia – a influenciar a mortalidade de idosos por essas doenças.

Estudando apenas as doenças cardiovasculares, Souza³⁰ encontrou que as condições sociais estão associadas à mortalidade por doença isquêmica do coração. Outro estudo, realizado no Recife, ao desagregar as doenças do aparelho circulatório em doenças

isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares, não encontrou diferenças de mortalidade e estratos de condição de vida a partir dos 65 anos de idade.¹³ A ocorrência de um maior risco de morrer nos hospitais, para alguém inserido em estrato de baixa condição de vida, possivelmente, deve-se ao cuidado ineficiente durante o estágio inicial da doença, conduzindo-os ao serviço hospitalar tardiamente e tornando mais difícil sua recuperação.

Nesse estudo, algumas limitações encontradas, como, por exemplo, o pequeno número de óbitos em alguns bairros, foram minimizadas ao serem agrupados três anos e, da mesma forma, os bairros com condição de vida muito baixa e baixa, de características semelhantes que tornavam viáveis as análises.

Diante dos resultados apresentados, é possível concluir sobre a importância do estímulo à utilização dos dados gerados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade, SIM, sua disponibilidade, acesso fácil e possibilidade de diversas análises. A realidade encontrada no estudo aponta alternativas de intervenção no início da fase adulta, quando as ações de prevenção e promoção à saúde podem viabilizar resultados favoráveis nos anos subsequentes, a exemplo da redução das taxas de mortalidade, do número de internações, maior independência e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida. A apropriação desses indicadores pelo poder público se faz urgente, necessária para garantir intervenções capazes de operar sobre as iniquidades em saúde, permitindo a todo cidadão condições dignas de vida e o exercício do direito de envelhecer.

Referências

1. United Nations Organization. World Population Prospects: the 2008: revision [internet]. New York: United Nations Organization; 2008 [acessado em 8 maio. 2009]. Disponível em http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2008/wpp2008_text_tables.pdf
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 1980-2050 - Revisão 2008 [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2008 [acessado em 8 maio. 2009]. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/default.shtm
3. Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos JLE. Fatores de risco para mortalidade em idosos. Revista de Saúde Pública 2006; 40(6):1049-1056.
4. Veras RP. A longevidade da população: desafios e conquistas. Revista Serviço Social e Sociedade 2003; (75):5-18.
5. Berzins MAS. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. Revista Serviço Social e Sociedade 2003; (75):19-34.
6. United Nations Organization. World Population Ageing 2007 [Internet]. Washington, D.C.: United Nations Organization; 2007 [acessado em 19 jun. 2009].

- Disponível em <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2007/wpp%2020072htm>.
7. Ministério da Saúde. Informação em Saúde [internet]. Brasília: DATASUS; 2007 [acessado em 22 set. 2009]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popuf.def>
 8. Costa MFL, Peixoto SV, Giatti L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2004; 13(4): 217-228.
 9. Vasconcelos AMN. Causas de morte em idosos no Brasil. In: Anais do 4º Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2004; Caxambu, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2004. p. 1-11.
 10. Simões CCS. Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus componentes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
 11. Bitoun J. O que revelam os Índices de Desenvolvimento Humano [CD-ROM]. Recife (PE). Desenvolvimento Humano no Recife: atlas municipal; 2005.
 12. Silva LMV, Paim JS, Costa MCN. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. *Revista de Saúde Pública* 1999; 33(2):187-197.
 13. Ferraz SS. Mortalidade por doenças do aparelho circulatório e condição de vida na cidade do Recife [Dissertação de Mestrado]. Recife (PE): Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
 14. Guimarães MJB, Marques NM, Melo Filho DA, Szwarcwald CL. Condição de vida e mortalidade infantil: diferenciais intra-urbanos no Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(5):1413-1424.
 15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000: resultados do universo relativo às características da população e dos domicílios (bairro do Recife) [CD-ROM]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2002.
 16. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2006-2009: Recife saudável: inclusão social e qualidade no SUS [Internet]. Recife: Secretaria Municipal de Saúde; 2005 [acessado em 14 jun. 2009]. Disponível em <http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/227.pdf>
 17. Organização Mundial de Saúde. CID - 10 / Tradução Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. 8ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2000.
 18. Secretaria Municipal de Saúde. População do Recife: censo demográfico-2000 e projeções-2001 a 2006. Recife: Secretaria Municipal de Saúde; 2002.
 19. Oliveira CM, Guimarães MJB, Santos S, Lyra T, Melo N, Carvalho P, et al. Redução da proporção de óbitos por causas mal definidas no SIM: estratégias desenvolvidas pela Secretaria de Saúde do Recife. In: Anais da 5ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; 2004; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 89.
 20. Secretaria Municipal de Saúde. Perfil Epidemiológico do Idoso 2001 - 2006. Recife: Secretaria Municipal de Saúde; 2007.
 21. Costa MFFL, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000; 9(1):23-41.
 22. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Mortalidade no Brasil e Regiões. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
 23. Alleyne GAO, Castillo-Salgado C, Schneider MC, Loyola E, Vidaurre M. Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches. *Revista Panamericana de Salud Publica* [Serial on the internet]; 12(6): 12 telas 2002 [acessado em 14 jun. 2009]; Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n6/a07v12n6.pdf>
 24. World Health Organization 1986. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. [acessado durante ano de 2010]. Disponível em <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>
 25. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* 2007; 17(1):77-93.
 26. Silva JB, Barros MBA. E. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2002; 12(6):375-383.

27. Organización Panamericana de La Salud. Desigualdades em salud. Boletín Epidemiológico [Internet]. 2004; 25(4):9-13 [acessado 21 jun. 2009]. Disponível em http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/EB_v25n4.pdf
28. Guimarães ZA, Costa MCN, Paim JS, Silva LMV. Declínio e desigualdades sociais na mortalidade infantil por diarreia. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2001; 34(5):473-478.
29. Costa MCN, Azi AP, Paim SJS, Silva LMV. Mortalidade infantil e condições de vida: a reprodução das desigualdades sociais em saúde na década de 90. Cadernos de Saúde Pública 2001; 17(3):555-567.
30. Souza MC. Modelos de regressão ecológica: aplicação em doença isquêmica do coração [Dissertação Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

Recebido em 27/10/2009
Aprovado em 03/05/2010