

Doenças pré-existentes e causas de óbito em idosos com 80 anos ou mais necropsiados em um serviço de verificação de óbitos de Florianópolis (2012–2022)

Pre-existing diseases and causes of death in elderly people aged 80 or older performed in a death verification service in Florianópolis (2012–2022)

Paola Pissaia¹, Lalucha Mazzucchetti², Fernanda Cordeiro Gonçalves³,
Gabriela Cirimbelli Maragno⁴, Carlos Otávio Gonçalves⁵

Resumo

Objetivo: Analisar as doenças pré-existentes e causas de óbito de idosos com 80 anos ou mais, necropsiados em um Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) de Florianópolis, no período de 2012 a 2022, segundo o sexo. **Métodos:** Estudo transversal com dados obtidos por meio das Declarações de Óbito digitais, disponibilizadas pelo SVO. As doenças pré-existentes foram separadas em grupos e as causas de óbito pela significância no evento. **Resultados:** Foram analisados 2.402 prontuários, sendo 60,7% de mulheres. As mulheres, em comparação aos homens, mostraram maior média de idade (87,9 vs 86,1 anos) e frequência das seguintes doenças/condições pré-existentes: Diabetes Mellitus (DM) (24,0% vs 17,3%), excesso de peso (3,1% vs 1,7%), Doença de Alzheimer (12,7% vs 9,7%) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (51,5% vs 43,4%); a senilidade (2,3% vs 0,7%) prevaleceu como causa de morte B e o DM (1,8% vs 0,4%), como causa de morte D. Os homens mostraram maior frequência das doenças prévias, câncer (13,3% vs 7,5%), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (5,8% vs 3,3%) e congestão pulmonar (8,4% vs 6,2%); a congestão e edema pulmonar (10,7% vs 7,6%) prevaleceram como causa de morte A; a cardiomiopatia dilatada (5,6% vs 3,3%) como causa de morte B; e o edema e congestão pulmonar (1,8% vs 0,8%), como causa de morte D. **Conclusões:** as doenças crônicas não transmissíveis prevaleceram entre as pré-existentes e as causas de morte, nos idosos avaliados. Os homens foram mais acometidos por doenças pulmonares e cardiovasculares, do que as mulheres.

Palavras-chave: necrópsia; idosos; *causa mortis*; doenças crônicas não transmissíveis.

¹ Graduação em Medicina pela Universidade do Sul de Santa Catarina UNISUL, Tubarão, Santa Catarina, Brasil. *Orcid:* <https://orcid.org/0009-0002-1153-1977> *E-mail:* paolapissaia99@hotmail.com

² Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil. Nutricionista da Coordenadoria Regional de Educação de Criciúma, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. *Orcid:* <https://orcid.org/0000-0002-9649-5727> *E-mail:* laluchamazzucchetti@gmail.com

³ Graduação em Medicina pela Universidade do Sul de Santa Catarina, UNISUL, Tubarão, Santa Catarina, Brasil. *Orcid:* <https://orcid.org/0009-0004-5076-6431> *E-mail:* fernandacordeirog@gmail.com

⁴ Graduação em Medicina pela Universidade do Sul de Santa Catarina, UNISUL, Tubarão, Santa Catarina, Brasil. *Orcid:* <https://orcid.org/0009-0005-7881-333X> *E-mail:* gabrielamaragno01@gmail.com

⁵ Mestrado em Ciências Médicas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Professor Titular da Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, Santa Catarina, Brasil. *Orcid:* <https://orcid.org/0000-0002-0166-5245> *E-mail:* carlosotaviogoncalves@gmail.com

Abstract

Objective: To analyze pre-existing diseases and causes of death of elderly people aged 80 or over, autopsied at a Death Verification Service (SVO) in Florianópolis, from 2012 to 2022, according to sex. **Methods:** Cross-sectional study with data obtained through digital Death Certificates, made available by the SVO. Pre-existing diseases were separated into groups and the causes of death by significance in the event. **Results:** 2,402 medical records were analyzed, 60.7% of which were from women. Women, compared to men, demonstrated a higher mean age (87.9 vs 86.1 years) and frequency of the following pre-existing diseases/conditions: Diabetes Mellitus (DM) (24.0% vs 17.3%), overweight (3.1% vs 1.7%), Alzheimer's Disease (12.7% vs 9.7%) and Systemic Arterial Hypertension (SAH) (51.5% vs 43.4%); senility (2.3% vs 0.7%) prevailed as cause of death B and DM (1.8% vs 0.4%) as cause of death D. Men demonstrated a higher frequency of previous diseases, cancer (13.3% vs 7.5%), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (5.8% vs 3.3%) and pulmonary congestion (8.4% vs 6.2%); pulmonary congestion and edema (10.7% vs 7.6%) prevailed as cause of death A; dilated cardiomyopathy (5.6% vs 3.3%) as cause of death B; and pulmonary edema and congestion (1.8% vs 0.8%) as cause of death D. Men showed a higher frequency of previous diseases, cancer (13.3% vs 7.5%), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (5.8% vs 3.3%) and pulmonary congestion (8.4% vs 6.2%); pulmonary congestion and edema (10.7% vs 7.6%) prevailed as cause of death A; dilated cardiomyopathy (5.6% vs 3.3%) as cause of death B; and pulmonary edema and congestion (1.8% vs 0.8%) as cause of death D. **Conclusions:** chronic non-communicable diseases prevailed among pre-existing diseases and causes of death in the elderly evaluated. Men were more affected by pulmonary and cardiovascular diseases than women.

Keywords: autopsy; aged; cause of death; non-communicable diseases.

Introdução

O envelhecimento é caracterizado como um processo individualizado, cumulativo e irreversível, sendo assim, responsável pela deterioração do organismo. Esse declínio biofuncional favorece o aparecimento de muitas patologias⁽¹⁾, além de trazer, por muitas vezes, déficits cognitivos e limitações físicas, que podem afetar a gestão do autocuidado, bem como, a realização de atividades de vida diária, gerando como consequência maior, dependência e vulnerabilidade. Entre as comorbidades mais comuns dessa faixa etária estão as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus* (DM), doenças de coluna, reumatológicas, cardíacas, renais e pulmonares, além de patologias psíquicas como a depressão⁽²⁾.

De acordo com a Lei nº 14.423, conhecida como Estatuto do Idoso, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos são classificadas como idosos⁽³⁾. Em 2010, no Brasil, o total de pessoas com 65 anos ou mais era de 14.081,477, correspon-

do a 7,4% da população. Já em 2022, esse número ultrapassou os 22 milhões, equivalendo a 10,9% da população total do país⁽⁴⁾. Ademais, a esperança de vida ao nascer, que era de 69,8 nos anos 2000, subiu para 75,5 anos em 2022 (aumento de 8%). A região Sul do país, em 2014, possuía os maiores valores desse indicador sociodemográfico, sendo o estado de Santa Catarina o principal marcador, com expectativa média de vida de 78,4 anos - superior em 4,4% do índice nacional da época⁽⁵⁾. Sendo assim, dados estatísticos de suma relevância são gerados através das bases do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), utilizando registros das Declarações de Óbito (DO) para assegurar um monitoramento acerca da saúde pública, bem como a necessidade de políticas governamentais relacionadas. Portanto, o preenchimento da Declaração de Óbito pelo profissional médico é indispensável, não só para assegurar estatísticas vitais e epidemiológicas daquela região, mas também por possuir valor jurídico, já que, segundo a Lei dos Registros Públicos nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, é um documento hábil para lavratura da Certidão de

Óbito, registro obrigatório, regido pelos cartórios de Registro Civil⁽⁶⁾.

Posto isso, é por meio da necrópsia, procedimento que garante a acurácia do atestado de óbito, realizado por meio de análises microscópicas e histopatológicas de tecidos e/ou órgãos, e da história clínica prévia do paciente, que é estabelecida a causa *mortis*⁽⁷⁾. O encaminhamento ao Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) se dá quando não existe um esclarecimento diagnóstico, logo, sem causa *mortis* esclarecida. Sendo assim, pacientes com morte natural, sem quaisquer sinais violentos ou suspeita legal, que possuem ou não acompanhamento médico prévio, são encaminhadas para esse serviço público, integrante do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde para subsequente preenchimento da Declaração de Óbito⁽⁸⁾.

Considerando que as estatísticas vitais mostram o aumento expressivo da expectativa de vida da população idosa do país, sobretudo no estado de Santa Catarina, a relevância da necrópsia como método seguro na definição da *causa mortis* e também a importância da garantia de fontes consolidadas de informação para o entendimento das principais comorbidades presentes no público do estudo em voga justificou a realização desta pesquisa, que objetivou analisar as doenças pré-existentes e causas de óbito de idosos com 80 anos ou mais, necropsiados em um Serviço de Verificação de Óbitos de Florianópolis – Santa Catarina, no período de 2012 a 2022, segundo o sexo. Para mais, a escolha etária da pesquisa se fez pela escassez literária acerca do público com mais de 80 anos, visto que segundo os dados epidemiológicos supracitados na pesquisa, a esperança de vida nacional está paulatinamente maior, indagando uma necessidade de um cuidado ativo de saúde pública para a população idosa.

Material e Método

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, com delineamento do tipo transversal analítico. Os dados secundários foram obtidos através das Declarações de Óbito e de prontuários ne-

croscópicos disponibilizados pelo SVO de Florianópolis-SC, no período de 2012 a 2022, emitidos pela Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina e fornecidos de forma eletrônica. A população alvo da pesquisa consistiu em todos os idosos, com 80 anos ou mais, encaminhados ao Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) de Florianópolis-SC, para a realização do exame necroscópico, no período compreendido entre 2012 e 2022.

Foram analisados um total de 2.477 Declarações de Óbito e prontuários de idosos. Deste total, foram excluídos 75 (3,03%) pela ausência de informações sobre a idade, o sexo ou a *causa mortis* definida pelo médico patologista através da necrópsia; ou por serem de indivíduos cujos os corpos foram enviados ao Instituto Médico Legal (IML), por morte não natural, violenta, suspeita ou em casos onde não há identificação prévia do indivíduo.

O desfecho primário do presente estudo objetivou identificar o histórico de comorbidades prévias dos indivíduos, e o secundário, reconhecer as principais causas de óbito. A listagem das causas de óbito foi organizada de acordo com sua significância no evento. Portanto, nas causas de morte classificadas como “A” estão todas as doenças, estados mórbidos ou lesões que cursaram diretamente a morte; nas causas denominadas como “B” são os eventos ou doenças que cursaram de forma intermediária o processo de morte; por fim, nas causas de morte descritas como “C” e “D”, estão as doenças básicas ou lesões que podem ter iniciado a cadeia de acontecimentos patológicos, que conduziram a morte, preenchidas pelo médico patologista.

O processo de coleta de dados foi realizado por estudantes de medicina, previamente capacitados. Os dados foram disponibilizados de forma digital e a identificação dos indivíduos foi realizada por meio da numeração da Declaração de Óbito. Os avaliados (ou seus familiares) foram expostos a riscos mínimos de natureza moral e não receberam benefícios diretos oriundos da participação neste estudo. O processo de pesquisa foi aprovado pelo

Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade em que estava vinculado.

Na descrição dos dados foram utilizadas frequências absolutas (n) e relativas (%) para variáveis qualitativas, medidas de tendência central e dispersão para as quantitativas. A normalidade foi identificada pelo teste de Shapiro-Wilk. A existência de associação foi avaliada por meio do teste de qui-quadrado de Pearson. Nos casos das tabelas de contingência maiores que 2 x 2, em que se verificou significância estatística ($p < 0,05$), utilizou-se o *post hoc*, análise de resíduos, para identificar as categorias com diferenças. Para a comparação dos valores médios foi utilizado o teste *t de Student*. O nível de significância usado na pesquisa foi de 5% ($p < 0,05$). O programa Excel foi empregado para elaboração do banco de dados e o *software* Stata 16.1, para análise dos dados.

Resultados

Nesta pesquisa, foram avaliados um total de 2.402 prontuários de necrópsias de indivíduos idosos, com 80 anos ou mais, oriundos de um SVO de Florianópolis no período de 2012 a 2022. Destes, 1.457 (60,7%) foram de mulheres e 945 (39,3%), de homens. A média de idade dos avaliados foi de 87,2 anos (Desvio-padrão – DP: 5,4 anos), variando entre 80 e 110 anos, sendo a média de idade das mulheres (87,9 anos; DP: 5,5 anos), sendo estatisticamente maior ($p < 0,001$), do que a média apresentada pelos homens (86,1 anos; DP: 5,0 anos).

Na Tabela 1, verifica-se que 94,7% dos avaliados foram classificados como brancos e 68,1% tiveram como procedência do óbito o domicílio. As mulheres evidenciaram frequência estatisticamente maior ($p < 0,05$) do estado civil classificado como solteiro (9,4% vs 5,8%) e viúvo (74,5% vs 33,2%), do que os homens. Estes, em contrapartida mostraram maior prevalência do estado civil casado (52,1% vs 9,3%), do que as mulheres.

Tabela 1 – Descrição do número e porcentagem de prontuários de necrópsias (n=2.402) de indivíduos idosos (≥ 80 anos), avaliados no SVO de Florianópolis no período de 2012 a 2022, segundo as variáveis sociodemográficas e sexo. Tubarão, 2024.

Variáveis	<u>Feminino</u>		<u>Masculino</u>		Valor de p [¥]	<u>Total</u>	
	N	%	N	%		N	%
Cor*(n=2.304)							
Branco	1,313	94,1	869	95,7	0,188	2,182	94,7
Preto	40	2,9	21	2,3		61	2,7
Pardo	35	2,5	17	1,9		52	2,3
Outro	8	0,5	1	0,1		9	0,4
Estado civil*(n=2,343)							
Casado	132	9,3 ^a	480	52,1 ^b	<0,001	612	26,1
Solteiro	133	9,4 ^a	53	5,8 ^b		186	7,9
Viúvo	1,060	74,5 ^a	306	33,2 ^b		1,366	58,3
Separado/outro	97	6,8	82	8,9		179	7,6
Procedência do óbito*(n=2,379)							
Domicílio	993	68,6	626	67,2	0,752	1,619	68,1
Hospitais e outros estabelecimentos de saúde	326	22,5	221	23,7		547	23,0
Via pública e outros locais	128	8,9	85	9,1		213	9,0

Legenda: N: número; %: porcentagem; *: os números variam em função da ausência de informações; ¥: relativo ao teste de qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$). **Fonte:** Dados dos autores.

Na Tabela 2, estão apresentadas as doenças prévias e o estado nutricional, os quais foram descritos na história clínica da Declaração de Óbito, dos avaliados. As mais frequentes foram a HAS (48,3%); DM (21,3%); baixo peso e caquexia (16,2%); Doença de Alzheimer (11,5%); e câncer (9,8%). Na análise segundo o sexo, as mulhe-

res mostraram frequência estatisticamente maior ($p < 0,05$) de DM (24,0% vs 17,3%); excesso de peso (3,1% vs 1,7%); Doença de Alzheimer (12,7% vs 9,7%); e HAS (51,5% vs 43,4%), do que os homens. Estes, em contrapartida mostraram maior prevalência de câncer (13,3% vs 7,5%); DPOC (5,8% vs 3,3%); e congestão pulmonar (8,4% vs 6,2%), do que as mulheres.

Tabela 2 – Descrição do número e porcentagem de prontuários de necrópsias ($n=2,402$) de indivíduos idosos (≥ 80 anos), avaliados no SVO de Florianópolis no período de 2012 a 2022, segundo as doenças prévias e sexo, Tubarão, 2024,

Variáveis	Feminino		Masculino		Valor de p [¥]	Total	
	N	%	N	%		N	%
Doenças crônicas não transmissíveis e estado nutricional							
Câncer							
Não	1,348	92,5	819	86,7	<0,001	2,167	90,2
Sim	109	7,5	126	13,3		235	9,8
Diabetes Mellitus							
Não	1,108	76,0	782	82,8	<0,001	1,890	78,7
Sim	349	24,0	163	17,2		512	21,3
Excesso de peso							
Não	1,412	96,9	929	98,3	0,034	2,341	97,5
Sim	45	3,1	16	1,7		61	2,5
Baixo peso/caquexia							
Não	1,217	83,5	797	84,3	0,598	2,014	83,8
Sim	240	16,5	148	15,7		388	16,2
Neurológicas							
Outras demências							
Não	1440	98,8	930	98,4	0,380	2370	98,7
Sim	17	1,2	15	1,6		32	1,3
Doença de Alzheimer							
Não	1,272	87,3	853	90,3	0,026	2,125	88,5
Sim	185	12,7	92	9,7		277	11,5
Doença de Parkinson							
Não	1,444	99,1	933	98,7	0,373	2,377	99,0
Sim	13	0,9	12	1,3		25	1,0
Acidente vascular cerebral							
Não	1,331	91,4	860	91,0	0,769	2,191	91,2
Sim	126	8,6	85	9,0		211	8,8

(Continua)

(Continuação)

Variáveis	Feminino		Masculino		Valor de p [‡]	Total	
	N	%	N	%		N	%
Trauma							
Queda da própria altura							
Não	1,436	98,6	932	98,6	0,894	2,368	98,6
Sim	21	1,4	13	1,4		34	1,4
Fratura de fêmur							
Não	1,440	98,8	940	99,5	0,109	2,380	99,1
Sim	17	1,2	5	0,5		22	0,9
Clínica							
Acamado							
Não	1,360	93,3	885	93,6	0,765	2,245	93,5
Sim	97	6,7	60	6,4		157	6,5
Cardiovascular							
Hipertensão arterial sistêmica							
Não	707	48,5	535	56,6	<0,001	1,242	51,7
Sim	750	51,5	410	43,4		1,160	48,3
Insuficiência cardíaca							
Não	1,449	99,5	939	99,4	0,787	2,388	99,4
Sim	8	0,5	6	0,6		14	0,6
Arritmias							
Não	1,445	99,2	939	99,4	0,600	2,384	99,2
Sim	12	0,8	6	0,6		18	0,8
Cardiomegalia							
Não	1,378	94,6	888	94,0	0,528	2,266	93,4
Sim	79	5,4	57	6,0		136	5,6
Cardiopatía isquêmica							
Não	1,334	91,6	862	91,2	0,771	2,196	91,4
Sim	123	8,4	83	8,8		206	8,6
Aterosclerose							
Não	1,331	91,4	853	90,3	0,365	2,184	90,9
Sim	126	8,6	92	9,7		218	9,1
Hipertrofia do ventrículo esquerdo							
Não	1,372	94,2	886	93,8	0,680	2,258	94,0
Sim	85	5,8	59	6,2		144	6,0

(Continua)

(Continuação)

Variáveis	Feminino		Masculino		Valor de p ^y	Total	
	N	%	N	%		N	%
Pulmonar							
Doença pulmonar não especificada							
Não	1,420	97,5	908	96,1	0,057	2,328	96,9
Sim	37	2,5	37	3,9		74	3,1
Doença pulmonar obstrutiva crônica							
Não	1,409	96,7	890	94,2	0,003	2,299	95,7
Sim	48	3,3	55	5,8		103	4,3
Congestão pulmonar							
Não	1,367	93,8	866	91,6	0,041	2,233	93,0
Sim	90	6,2	79	8,4		169	7,0
Derrame pleural							
Não	1,406	96,5	914	96,7	0,772	2,320	96,6
Sim	51	3,5	31	3,3		82	3,4
Pneumonia							
Não	1427	97,9	935	98,9	0,061	2,362	98,3
Sim	30	2,1	10	1,1		40	1,7

Legenda: N: número; %: porcentagem; *: os números variam em função da ausência de informações; ¥: relativo ao teste de qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$). **Fonte:** Dados dos autores.

De acordo com as os grupos de causas de morte A, B, C e D encontrados nas Declaração de Óbito, percebeu-se que as principais causas de morte foram: Causa de morte A: cardiopatia isquêmica (34,2%) e a congestão pulmonar (8,9%); Causa de morte B: aterosclerose (19,1%) e a cardiopatia isquêmica (13,8%); Causa de morte C: aterosclerose (13,4%) e a hipertrofia de ventrículo esquerdo (3,8%); Causa de morte D: nefrosclerose (3,5%) e a HAS (1,6%) (Tabela 3).

Adicionalmente, na Tabela 3, estão apresentadas as cinco causas de morte prevalentes, segundo o tipo específico e sexo. As mulheres mostraram frequência estatisticamente maior ($p < 0,05$) de senilidade (2,3% vs 0,7%), na causa de morte B; e DM (1,8% vs 0,4%), na causa de morte D, do que os homens. Os homens mostraram frequência estatisticamente maior de congestão e edema pulmonar (10,7 vs 7,6%) na causa de morte A; de cardiomiopatia dilatada (5,6% vs 3,3%) na causa de morte B; e de edema e congestão pulmonar (1,8% vs 0,8%), na causa de morte D, do que as mulheres.

Tabela 3 - Descrição do número e porcentagem de prontuários de necrópsias (n=2,402) de indivíduos idosos (≥ 80 anos), avaliados no SVO de Florianópolis no período de 2012 a 2022, segundo as causas de morte e sexo, Tubarão, 2024.

Variáveis	Feminino		Masculino		Valor de p [¥]	Total	
	N	%	N	%		N	%
Causa de morte A							
Cardiopatia isquêmica							
Não	961	66,0	620	65,6	0,860	1,581	65,8
Sim	496	34,0	325	34,4		821	34,2
Congestão e edema pulmonar							
Não	1,346	92,4	843	89,3	0,007	2,189	91,1
Sim	111	7,6	102	10,7		213	8,9
Pneumonia lombar							
Não	1,426	97,9	930	98,4	0,345	2,356	98,1
Sim	31	2,1	15	1,6		46	1,9
Hipertrofia de ventrículo esquerdo							
Não	1,395	95,7	901	95,4	0,640	2,296	95,6
Sim	62	4,3	44	4,6		106	4,4
Coronarioesclerose							
Não	1,431	98,2	925	97,8	0,562	2,356	98,1
Sim	26	1,8	20	2,2		46	1,9
Causa de morte B							
Aterosclerose							
Não	1,182	81,3	762	80,6	0,765	1,944	80,9
Sim	275	18,7	183	19,4		458	19,1
Cardiopatia isquêmica							
Não	1,271	87,3	800	84,6	0,073	2,071	86,2
Sim	186	12,7	145	15,4		331	13,8
Cardiopatia hipertrófica							
Não	1,331	91,3	857	90,7	0,577	2,188	91,1
Sim	126	8,7	88	9,3		214	8,9
Cardiopatia dilatada							
Não	1,409	96,7	892	94,4	0,006	2,301	95,8
Sim	48	3,3	53	5,6		101	4,2
Senilidade							
Não	1,423	97,7	938	99,3	0,003	2,361	98,3
Sim	34	2,3	7	0,7		41	1,7

Variáveis	Feminino		Masculino		Valor de p [¥]	Total	
	N	%	N	%		N	%
Causa de morte C							
Aterosclerose							
Não	1,267	87,0	813	86,0	0,514	2,080	86,6
Sim	190	13,0	132	14,0		322	13,4
Hipertrofia de VE							
Não	1,402	96,2	909	96,2	0,965	2,311	96,2
Sim	55	3,8	36	3,8		91	3,8
Nefroesclerose							
Não	1,409	96,7	923	97,7	0,169	2,332	97,1
Sim	48	3,3	22	2,3		70	2,9
Cardiopatía isquêmica							
Não	1,422	97,6	916	96,9	0,322	2,388	97,3
Sim	35	2,4	29	3,1		64	2,7
Hipertensão arterial sistêmica							
Não	1,416	97,2	929	98,3	0,078	2,345	97,6
Sim	41	2,8	16	1,7		57	2,4
Causa de morte D							
Nefroesclerose							
Não	1,409	96,7	909	96,2	0,502	2,318	96,5
Sim	48	3,3	36	3,8		84	3,5
Hipertensão arterial sistêmica							
Não	1,435	98,5	928	98,2	0,584	2,363	98,4
Sim	22	1,5	17	1,8		39	1,6
Coronarioesclerose							
Não	1,439	98,8	931	98,5	0,607	2,370	98,7
Sim	18	1,2	14	1,5		32	1,3
Diabetes mellitus							
Não	1,431	98,2	941	99,6	0,003	2,372	98,7
Sim	26	1,8	4	0,4		30	1,3
Edema e congestão pulmonar							
Não	1,445	99,2	928	98,2	0,033	2,373	98,8
Sim	12	0,8	17	1,8		29	1,2

Legenda: N: número; %: porcentagem; *: os números variam em função da ausência de informações; ¥: relativo ao teste de qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$). **Fonte:** Dados dos autores.

Discussão

Os dados de média etária identificados na pesquisa são compatíveis com os índices numéricos da pirâmide etária disponibilizada pelo Censo Demográfico de 2022, em que os indicadores etários femininos se sobressaem em relação aos valores masculinos⁽⁹⁾. Dessa forma, a expectativa de vida das mulheres, na presente pesquisa, se fez maior em cerca de 2% quando comparada a dos homens (87,9 vs 86,1 anos). Isso, provavelmente, pode se justificar devido ao fato de que as mulheres mantêm uma maior assiduidade no seguimento médico quando comparadas aos homens⁽¹⁰⁾.

Tendo isso em vista, torna-se evidente que, quando não há um acompanhamento assistencial de saúde, as medidas preventivas tornam-se ineficientes ou até mesmo ausentes, garantindo, por sua vez, apenas o manejo de doenças já instaladas. Entre elas, destacam-se as DCNT, que incluem DM, câncer, doenças respiratórias, cardíacas e entre outras, as quais representam cerca de 70% das mortes globais^(11,12).

Um estudo alemão avaliou as principais DCNTs de 840 mil idosos com idade superior a 80 anos e as mais prevalentes no sexo feminino foram: insuficiência cardíaca, AVC, insuficiência renal crônica e doença coronariana, ao passo que insuficiência cardíaca e renal crônica, osteoporose e AVC predominaram no sexo masculino⁽¹³⁾. No presente estudo, observam-se diferentes quadros, todavia, com iguais níveis de interesse epidemiológico.

Estimativas citam que mais de 65% da população idosa (acima dos 60 anos) possui HAS⁽¹⁴⁾, doença essa que pode ser agravada quando associada a outros fatores de risco como diabetes, dislipidemia e obesidade. Seu descontrole pode cursar com eventos graves de acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca e doença renal crônica (DRC), implicando em um maior risco de vida, sobretudo, da população idosa⁽¹⁵⁾. No presente estudo, os números também foram significativos, visto que 1.160 indivíduos, mais de 48% dos avaliados, apresentavam HAS, sendo o sexo feminino o mais

acometido (51,5% vs 43,4%), corroborando a relevância da prevenção dessa doença como medida prioritária de saúde pública.

Já a DM, defeito metabólico relacionado à hiperglicemia, também pode cursar com muitas complicações agudas ou até mesmo crônicas no sistema cardiovascular, renal e neurológico, culminando com elevadas taxas de hospitalização e óbito, principalmente quando presente em idosos^(16,17). De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2019, cerca de 21,1% dos idosos com idade superior a 75 anos apresentavam DM⁽¹⁸⁾. No vigente estudo, os dados corroboram a pesquisa nacional, uma vez que 512 indivíduos possuíam DM, correspondendo a 21,3% da população amostral. À vista disso, houve uma maior prevalência de mulheres acometidas (24,0% vs 17,2%). Este dado pode estar novamente associado à maior periodicidade no seguimento em saúde desse público, ao passo que, há maior carência no diagnóstico dessas doenças no sexo masculino.

No tocante ao estado nutricional dos indivíduos, foram avaliadas as condições de baixo peso, a caquexia e a obesidade. De acordo com os dados da PNS, em 2013, as prevalências de obesidade em indivíduos com mais de 50 anos foram de 24,4% e 16,8% em mulheres e homens, respectivamente⁽¹⁹⁾. No presente estudo, a prevalência desse quadro metabólico foi de 45 mulheres (3,1%) e 16 homens (1,7%), reforçando os valores já divulgados por meio da pesquisa nacional, tendo em vista que as mulheres apresentam maiores índices de obesidade. A prevalência de baixo peso e caquexia também foi maior no público feminino (16,5% vs 15,7%). Portanto, evidenciou-se que em ambos os extremos de massa corporal – baixo peso/caquexia e obesidade –, os valores obtidos em mulheres sobressaíram aos constatados em homens.

Já as comorbidades pulmonares mais prevalentes no sexo masculino encontradas neste são: a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e a congestão pulmonar. A DPOC é caracterizada por um quadro enfisematoso e de bronquite crônica que pode culminar em uma incapacidade funcional

dos pulmões⁽²⁰⁾. Pode ser provocada por vários fatores, até mesmo os ocupacionais, quando há uma exposição de resíduos e poeira biológica, todavia, o tabagismo ainda é considerado o principal causador dessa patologia⁽²¹⁾. De acordo com a literatura nacional, os homens têm um índice maior de tabagismo quando comparado às mulheres⁽²²⁾. Dessa maneira, os elevados números de DPOC podem ser justificados devido à essa nociva prática. Esta pesquisa observou que 55 homens (5,8%) e 48 mulheres (3,3%) apresentaram essa doença.

De acordo com a linha A da Declaração de Óbito, as cinco doenças mais prevalentes que causaram diretamente o óbito foram as de origem cardíaca e pulmonar. Salienta-se que a cardiopatia isquêmica, condição essa responsável por acarretar um estreitamento arterial, ocasiona uma redução no fluxo sanguíneo e, por consequência direta, uma isquemia⁽²³⁾. Essa condição patológica, assim como todas as outras doenças cardiovasculares (DCV) podem ser instituídas ou até mesmo agravadas devido a uma sobreposição de fatores de risco como: obesidade, DM, dislipidemia e até mesmo em função do sedentarismo. Logo, compreende-se sua elevada frequência no público idoso⁽²⁴⁾.

Uma pesquisa nacional, realizada em 2019, por meio de ligações telefônicas, avaliou a presença de DCV em 88.531 indivíduos. Um a cada 20 pessoas referiram DCVs. As mulheres com idade superior a 18 anos obtiveram maior prevalência (5,6%), sendo esse número maior na senescência⁽²⁵⁾. No atual estudo, os valores também foram elevados, fortalecendo os achados da pesquisa nacional, uma vez que esteve presente em 34,2% dos avaliados. Além disso, por meio desta pesquisa, verificou-se que as DCVs foram responsáveis pela morte de 496 mulheres. Já nos homens esse valor foi inferior. Sendo elas responsáveis por 325 mortes no sexo masculino.

Já a linha B da Declaração de Óbito, destacou a cardiopatia dilatada, doença de evolução crônica, por muitas vezes subnotificada, responsável por gerar uma disfunção sistólica após a dilatação ventricular. Pesquisas referem serem mais fre-

quentes no sexo masculino, principalmente, entre a terceira e quarta década de vida^(26,27). No presente estudo, os números estão de acordo com esse dado, uma vez que foi mais prevalente nos homens (5,6% vs 3,3%). Diferentemente das outras DCVs, citadas no presente estudo, em que as mulheres possuíam maior frequência estatística. Além das comorbidades cardíacas, a senilidade também se fez presente em 1,7% dos avaliados, principalmente, no sexo feminino (2,3% vs 0,7%). Essa condição é determinada devido a um declínio dos mecanismos fisiopatológicos e apresenta certa frequência no público idoso⁽²⁸⁾. Visto isso, em necrópsias, cujo diagnóstico não é definido pela análise geral do cadáver e por meio dos exames anatomopatológicos, são considerados o histórico do indivíduo e suas características físicas e etárias, a fim de constatar a senilidade como causa mortis.

Nas linhas C e D da Declaração de Óbito, há a presença de doenças básicas, ou seja, comorbidades que podem cursar indiretamente o início do processo de morte. Além das DCVs, destacou-se também a nefroesclerose, uma DRC, que pode ser gerada devido ao ineficaz ou ausente manejo de outras comorbidades como a HAS, DM e dislipidemia⁽²⁹⁾.

A mortalidade por DRC no país, de acordo com o sexo, no período de 2009 a 2020 segundo a literatura foi maior no sexo masculino, sendo a faixa etária de 75 anos a mais acometida⁽³⁰⁾. Já no presente estudo, 2,9% dos avaliados apresentaram essa doença, sendo mais prevalente no sexo feminino do que no masculino (3,3% vs 2,3%). Visto isso, somado ao aumento da população idosa no Brasil, torna-se evidente e necessária a implementação de medidas preventivas e intervencionistas, principalmente de forma precoce, para que haja menor comprometimento funcional renal e, por consequência, garantia maior de sobrevida e melhor qualidade de vida do público idoso^(31,32).

Como limitante desta pesquisa, pode-se citar a carência de dados epidemiológicos e científicos acerca do público etário da pesquisa em voga, dificultando análises comparativas. Como pontos

positivos, está a relevância da necropsia, como fornecedora de dados estatísticos, com o objetivo de garantir maior conhecimento da temática e, por consequência, promover intervenções em âmbitos preventivos de saúde pública. Menciona-se ainda o fato da pesquisa ter tido como base o censo das Declarações de Óbito no período da pesquisa. Fator este que proporcionou maior fidedignidade aos dados apresentados. O fato de oferecer informações sobre os idosos longevos ainda poderá ser útil para a prática clínica dos profissionais de saúde.

Conclusão

Com a presente pesquisa, verificou-se elevada frequência de DCNTs, seja como causa de morte, seja como doença pré-existente. As mulheres foram as que mais apresentaram as seguintes comorbidades prévias: DM, obesidade, Doença de Alzheimer e HAS; enquanto que os homens, evidenciaram câncer, DPOC e congestão pulmonar. As doenças cardiopatia isquêmica e congestão e edema pulmonar foram as comorbidades mais prevalentes no desfecho direto (Causa de morte A da Declaração de Óbito) do evento morte. As mulheres apresentaram prevalentemente mais doenças cardiovasculares e metabólicas, enquanto que os homens manifestaram as doenças pulmonares.

Os resultados evidenciam a necessidade de ações de prevenção e recuperação das doenças crônicas ao longo da vida. Medidas de saúde pública que promovam o acesso aos sistemas de saúde de forma regular. Entende-se que políticas de alimentação, nutrição adequada e práticas de atividade física devem ser estimuladas desde a infância, para que, no futuro, os resultados verificados nesta pesquisa possam ser minimizados e a qualidade de vida seja ampliada.

Referências

1. Ciosak SI, Braz E, Costa MFBNA, Nakano NGR, Rodrigues J, Alencar RA, et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 dez;45(spe2):1763–8.
2. Krug RR, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, Confortin SC, Mazo GZ, et al. Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21:e180004.
3. Brasil. Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências [Internet]. Brasília: Planalto; 2022. [citado 2024 maio 21]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [citado 2024 maio 21]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980>
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). SIDRA. Indicadores de desenvolvimento sustentável. Tabela 1174 – Esperança de vida ao nascer [Internet]. s.d. [citado 2024 maio 21]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1174#resultado>
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde. Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Death certificate: instruction manual for completion*. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
7. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Departamento de Patologia. Autopsia ou necropsia [Internet]. Rio de Janeiro: UFRJ [citado 2024 maio 21]. Disponível em: <http://patologia.medicina.ufrj.br/index.php/metodos-de-estudo>

8. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Instruções para preenchimento de Declaração de Óbito. [citado 2024 maio 21]. Disponível em: https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/epidemiologia_e_informacao/mortalidade/5565
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: população por idade e sexo: pessoas de 60 anos ou mais de idade: resultados do universo: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. [citado 2024 mai 21]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102038>
10. Ministério da Saúde (BR). O estigma social que envolve a saúde masculina. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2024 mai 21]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-exercitar/noticias/2022/o-estigma-social-que-envolve-a-saude-masculina>
11. World Health Organization. Monitor de progresso de doenças não transmissíveis. Relatório global. 2020 [citado 2024 maiO 21]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-progress-monitor-2020>
12. Roth GA, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018 nov 10 [citado 2024 maio 21];392(10159):1736–88.
13. Jacob L, Breuer J, Kostev K. Prevalence of chronic diseases among older patients in German general practices. *Ger Med Sci*. 2016 mar 3 [citado 2024 maio 21].
14. Vasquez LM. Comportamento clínico-epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica em idosos [trabalho de conclusão de curso]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015.
15. Malachias MVB, Plavnik FL, Machado CA, Malta D, Scala LCN, Fuchs S. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. *Arq Bras Cardiol*. 2016 set;107(3):1–6.
16. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2017/2018. [citado 2024 maio 21]. Disponível em: <https://diabetes.org.br/e-book/diretrizes-da-sociedade-brasileira-de-diabetes-2017-2018/>
17. American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care*. 2015 jan 1 [citado 2024 maio 21];38(Suppl 1):S8–16.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
19. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diabetes e saúde do coração: qual é a conexão?. [citado 2024 maio 21]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/noticias/3737-diabetes-e-saude-do-coracao-qual-e-a-conexao>
20. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e da hipertensão no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003 a 2008. *Epidemiol Serv Saude*. 2012 [citado 2024 maio 21];21(1):7-19.
21. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa - Hipertensão. 2023 [citado 2024 mai 21]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hipertensao>
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006
23. Ramos LR, Tavares NU, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA, Luiza VL, et al. Polifarmácia e polidoença em idosos: um desafio em saúde pública. *Rev Saude Publica*. 2016;50(supl 2):9s.

24. Lima MG, Silva SM, Stopa SR, Oliveira MM, Macinko J, Medina MG. Uso de serviços de saúde por adultos com e sem doenças crônicas, Brasil, 2013. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Supl 1):1–10.
25. Muniz RMP, Souza-Silva VR. Percepção de idosos sobre o envelhecimento e a longevidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(1):55-66.
26. Santana JSS, Jorge MSB, Queiroz AAR, Albuquerque RA, Moreira ACA, Santos MCS. Apoio social e rede social: estratégia de cuidado às pessoas idosas no cotidiano da atenção primária. *Saúde Debat*. 2021;45(129):803-16.
27. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Colet [Internet]*. 2010;15(5):2297-305.
28. Santos JLG, Pestana AL, Guerrero P, Meirelles BHS, Erdmann AL. Coordenação do cuidado e a integralidade na atenção à saúde do idoso. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):1-10.
29. Knihs NS, Silva LAA, Heidemann ITSB, Wosny AM, Monticelli M. A integralidade no cuidado de enfermagem à pessoa idosa na atenção primária à saúde. *Esc Anna Nery*. 2020;24(2):e20190263.
30. Lima AP, Souza ER. Concepções de profissionais de saúde sobre os serviços e o cuidado à pessoa idosa em um centro de atenção psicossocial. *Physis (Rio J.)*. 2020;30(2):e300205.
31. Santos WJ, Neves EB, Rosa C, Oliveira DR, Fonseca RB. A saúde do idoso na atenção básica: um estudo da produção científica brasileira. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(3):354-64.
32. Vieira FS. Qualificação da gestão do SUS: condicionantes e estratégias de fortalecimento. *Cienc Saude Colet*. 2009;14(Supl 1):1601-10.

Recebido em: 10 mar. 2025

Aceito em: 26 maio 2025