

DIFERENCIAL DE MORTALIDADE NA POPULAÇÃO IDOSA EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL, 1979-2004

Thais Aidar de Freitas Mathias¹
Tirza Aidar²

RESUMO

A mortalidade em idosos residentes em Maringá-PR foi analisada de 1979 a 2004 segundo sexo, idade e causas de óbito. Os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade foram analisados por triênios, utilizando-se coeficientes de mortalidade e variação relativa. A mortalidade proporcional para idosos passou de 43% no primeiro triênio para 65,9% no último, e a diferença relativa dos coeficientes entre os triênios foi de 19,2% e 20,3% para o sexo masculino e o feminino, respectivamente. A sobremortalidade masculina por todas as causas permaneceu 1,4, mas para as doenças do aparelho circulatório aumentou de 1,1 no primeiro triênio para 1,3 no último. A maior longevidade da população idosa e o aumento da sobremortalidade masculina de residentes no município de Maringá, observados neste estudo, são resultados coerentes com a literatura. É necessário enfatizar a abordagem da saúde masculina, dar visibilidade aos fatores que fragilizam a saúde do homem e fomentar neste a utilização dos serviços de saúde, assim como administrar a falta de equidade e as desigualdades no processo de envelhecimento.

Palavras-chave: Coeficiente de Mortalidade. Idoso. Registros de mortalidade. Saúde do Homem. Causas de Morte.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento na população vem ocorrendo de forma rápida, principalmente nos países menos desenvolvidos. Segundo o censo 2000, a população de 60 anos ou mais de idade, no Brasil, era de 14.536.029 pessoas, contra 10.722.705 em 1991. O percentual da população idosa no início da década de 90 era de 7,3%, enquanto em 2000 essa proporção chegou a 8,6%. Nesse período o número de idosos aumentou em quase 4 milhões de pessoas, com tendência de crescimento nos próximos anos⁽¹⁾. Para a América Latina, onde em 1955 a esperança de vida ao nascer era de 51,2, em 2005 será de 72,8 anos, ou seja, 21,6 anos a mais⁽¹⁾.

Somado ao maior crescimento da população com mais de 60 anos de idade existe o aumento da longevidade na população idosa. Verifica-se que no país a esperança de vida elevou-se de 66,9 anos em 1991 para 72,1 anos em 2005, com maior sobrevida para as mulheres⁽²⁾.

Estudos têm mostrado que existe sobremortalidade masculina para a maioria das causas de óbito e em praticamente todas as

faixas de idade, e que a esperança de vida ao nascer é sempre menor entre os homens⁽³⁾. À medida que a população envelhece aumentam as diferenças da mortalidade entre os sexos e, segundo algumas projeções, existem evidências de que essa desvantagem para os homens vem aumentando⁽⁴⁾. Dessa forma, as maiores mudanças na estrutura etária populacional devem ocorrer para o estrato da população com mais de 65 anos, que representará 19,4% em 2050, quando o número de mulheres idosas será ainda maior do que o número de homens idosos. Para cada grupo de 100 mulheres com 80 anos ou mais o número de homens deverá cair, entre 2000 e 2050, de 71 para 61⁽⁵⁾.

Até pouco tempo atrás, a maior fragilidade masculina evidenciada pela menor esperança de vida e maior mortalidade parece ter sido aceita sem muitos questionamentos, sendo também pouco abordada e discutida, porém o foco específico que relaciona população masculina com saúde e população masculina com o uso de serviços vem ocorrendo nos últimos anos, tanto nos meios acadêmicos como nos próprios serviços de saúde⁽⁶⁾.

Tendo-se em vista o exposto, para subsidiar as discussões sobre a saúde do homem são

¹Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Coordenadora do Mestrado em Enfermagem da UEM. E-mail: tafmathias@uem.br

²Estatística. Doutor em Demografia. Professor Adjunto do Núcleo de Estudos de População (NEPO). Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). E-mail: tirza@nepo.unicamp.br

necessários estudos dos perfis epidemiológicos de populações residentes em regiões e municípios brasileiros que evidenciem as diferenças no adoecer e morrer entre homens e mulheres, observando as causas de óbito e as faixas etárias. Assim, as diferenças no perfil de mortalidade entre os sexos e suas tendências no tempo devem ser exploradas tanto em relação à sua intensidade quanto em relação às principais causas de óbito. O presente estudo teve como objetivo analisar o comportamento da mortalidade em idosos residentes em Maringá-PR, de 1979 a 2004, segundo sexo, idade e principais causas de óbito.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva da mortalidade em idosos residentes em Maringá-PR, de 1979 a 2004. Maringá, com população estimada para 2007 de 325.968 habitantes⁽¹⁾, está situada na Região Noroeste do Paraná, a 434km de Curitiba, capital do Estado. Tem localização estratégica como importante corredor de importação e exportação, movimentando negócios para várias regiões do país, e apresenta uma agricultura diversificada e mecanizada de soja, algodão, cana-de-açúcar e milho. No setor terciário, destacam-se atividades econômicas importantes como o comércio varejista e a prestação de serviços.

Os dados de óbitos de residentes em Maringá aos 60 anos e mais de idade foram obtidos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM-Ministério da Saúde). As informações sobre população, assim como as estimativas para os anos intercensitários para o cálculo de coeficientes, foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), censos demográficos e contagem populacional, estratificadas por idade, disponíveis no site eletrônico do DATASUS.

A análise da mortalidade proporcional foi feita agrupando-se os óbitos em cinco triênios: 1979-1981, 1990-1992, 1995-1997, 1999-2001 e 2002-2004. Para análise dos coeficientes de mortalidade e da sobremortalidade masculina os dados foram agrupados em três triênios, utilizando os anos censitários: 1979-1981, 1990-1992 e 1999-2001, buscando com isso atenuar as possíveis flutuações aleatórias nos óbitos e

variações nas estimativas de população.

A idade foi desagregada em intervalos de cinco anos (60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, 80 a 84 e 85 anos e mais de idade) e dez anos (60 a 69, 70 a 79 e 80-89 e 90 anos e mais de idade). O índice de sobremortalidade significa o quociente do coeficiente no sexo masculino e feminino, por faixas de idade, triênio e causas de óbito. As causas de óbito foram analisadas conforme o Capítulo da Classificação Internacional de Doenças, 9^a e 10^a Revisões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

À medida que na população aumenta o número de pessoas com mais de 60 anos, os óbitos também são deslocados para as idades cada vez mais avançadas. A figura 1 e a tabela 1 ilustram o fenômeno do envelhecimento populacional no município de Maringá. Durante o período a mortalidade proporcional entre idosos mostrou elevação crescente, passando de 43% no primeiro triênio (1979/1981) para 65,9% no último (2002/2004), comportamento mais acentuado no sexo feminino.

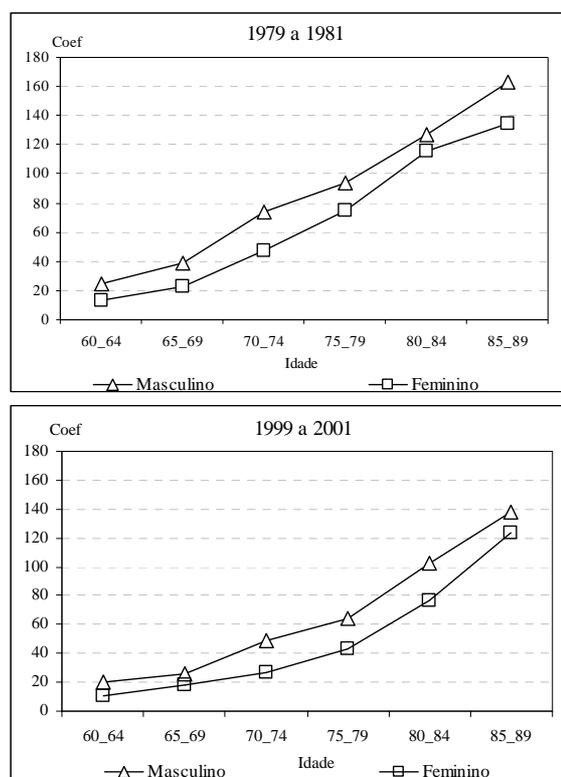


Figura 1. Coeficientes de mortalidade em idosos (por 1.000 hab.) segundo sexo e idade, por triênios, Maringá-PR, 1979-2001.

No último triênio, 61% dos óbitos de residentes em Maringá do sexo masculino e 72,5% do feminino ocorreram em pessoas de 60 anos e mais de idade. A mortalidade proporcional teve maior acréscimo a partir de 80 anos de idade, com aumentos relativos maiores para o sexo masculino de 118,2% e 261,8% de 80 a 89 e 90 anos e mais de idade, respectivamente (Tabela 1).

Houve queda de 19,2% e 20,3% nos coeficientes de mortalidade para o sexo

masculino e o feminino, respectivamente. Os coeficientes de mortalidade para o sexo masculino foram, em todo o período, mais elevados do que para o feminino, em todos os grupos etários, exceto no grupo de 90 anos e mais e para o triênio 1990/92. A queda no coeficiente de mortalidade foi maior para a faixa etária de 70 a 74 anos, de 34,1% para o sexo masculino e de 44,1% para o feminino (tabela 2).

Tabela 1. Mortalidade proporcional em idosos, segundo sexo e idade, por triênios. Maringá-PR, 1979 a 2004.

Triênios						
IDADE (anos)	1979/81	1990/92	1995/97	1999/01	2002/04	Varição (%) 1979/81 a 2002/04
Masculino						
60 a 69	15,2	19,3	19,3	18,8	18,4	21,3
70 a 79	17,1	18,1	20,0	22,1	23,6	38,2
80 a 89	6,9	10,9	12,1	13,9	15,1	118,2
90 e mais	1,1	1,9	2,4	3,1	3,8	261,8
60 e mais	40,3	50,3	53,7	57,9	61,0	51,5
Média de óbitos no triênio	567	746	838	861	940	65,8
Feminino						
60 a 69	14,1	16,2	17,7	18,4	16,0	13,2
70 a 79	19,6	23,0	23,6	24,1	24,3	24,3
80 a 89	11,3	17,4	19,6	22,6	24,2	114,7
90 e mais	2,3	4,7	4,8	7,1	8,0	248,5
60 e mais	47,3	61,3	65,7	72,2	72,5	53,5
Média de óbitos no triênio	361	479	567	599	684	89,4
Percentual dos óbitos com 60 anos ou mais						
Maringá	43,0	54,6	58,6	63,8	65,9	53,3
Paraná	36,9	51,2	54,7	57,8	59,7	61,5

Tabela 2. Coeficiente de mortalidade em idosos (por 1.000 hab.) segundo idade, sexo, triênios e respectiva variação. Maringá-PR, 1979-2001.

Idade	Masculino			Feminino			Varição (%) 1979/81 a 1999/01	
	1979/81	1990/92	1999/01	1979/81	1990/92	1999/01	M	F
60-64	24,3	22,2	20,3	13,6	10,8	10,5	-16,5	-22,8
65-69	38,7	39,4	26,1	23,1	19,9	18,0	-32,7	-21,8
70-74	73,9	49,7	48,7	47,4	36,1	26,5	-34,1	-44,1
75-79	93,4	79,6	63,8	75,2	52,6	43,4	-31,7	-42,3
80-84	126,8	124,2	102,3	115,4	83,0	77,1	-19,3	-33,2
85-89	162,6	194,5	137,6	134,7	158,4	123,7	-15,3	-8,1
90 e mais	206,9	233,9	267,4	143,6	251,8	154,4	29,3	7,6
60 e mais	52,4	48,3	42,3	38,6	33,6	30,7	-19,2	-20,3
Paraná (60 anos e mais)	51,53	48,9	45,3	39,6	36,9	34,3	-12,0	-13,5

A figura 2 mostra que conforme avança a idade diminui a sobremortalidade masculina, que, de 60 a 64 anos em 1999/01, foi de 1,9 e

para a faixa de 90 anos de idade foi de 1,73. Houve aumento da sobremortalidade masculina entre os triênios extremos, exceto para a faixa de

65 a 69 anos, em que era 1,6 em 1979/81 e diminuiu para 1,45 em 1999/01.

A distribuição dos coeficientes de mortalidade em idosos segundo o sexo e os principais grupos de causa mostrou queda no risco de óbito para as doenças do aparelho circulatório, doenças infecciosas e parasitárias, doenças maldefinidas e de causas externas, mas

apresenta risco sempre maior para os homens (tabela 3). A sobremortalidade masculina por doenças do aparelho circulatório passou de 1,1 no primeiro triênio para 1,3 no último. Embora o risco de mortalidade por doenças do aparelho respiratório seja maior para os homens, a sobremortalidade masculina diminuiu de 2,1 para 1,9 no período (tabela 3).

Tabela 3. Coeficientes de mortalidade em idosos por principais causas (por 1.000 hab.), segundo sexo e triênios, Maringá-PR, 1979-2001.

Causas de óbito	Triênios						Sobremortalidade masculina		Variação (%) 1979/81 a 1999/01	
	1979/1981		1990/1992		1999/2001		1979/81	1999/01	M	F
	M	F	M	F	M	F				
I. Doenças infecciosas	2,4	1,8	1,2	1,1	1,3	1,1	1,3	1,2	-45,83	-38,89
II. Neoplasias	7,0	4,4	8,2	4,6	9,0	5,4	1,6	1,6	28,57	22,73
IV. Doenças endócrinas	0,9	1,3	1,5	2,0	2,0	2,7	0,7	0,7	122,22	107,69
VI Sistema nervoso	0,7	0,2	0,3	0,3	0,7	0,4	3,0	1,5	-	-
IX. Apar. circulatório	26,8	23,4	21,5	15,7	16,9	13,3	1,1	1,3	-36,94	-43,16
X. Apar. respiratório	3,7	1,7	5,4	3,4	5,9	3,1	2,1	1,9	59,46	82,35
XI. Apar. digestivo	3,7	1,4	1,5	1,4	1,9	1,4	2,7	1,4	48,65	-
XVIII. Mal definidas	3,7	2,6	5,0	3,2	1,8	1,4	1,4	1,3	-51,35	-46,15
XX. Causas externas	2,4	1,2	2,6	1,2	2,0	0,9	2,0	2,4	-16,67	-25,0
TOTAL	52,4	38,6	48,3	33,6	42,3	30,7	1,36	1,38	-19,27	-20,47

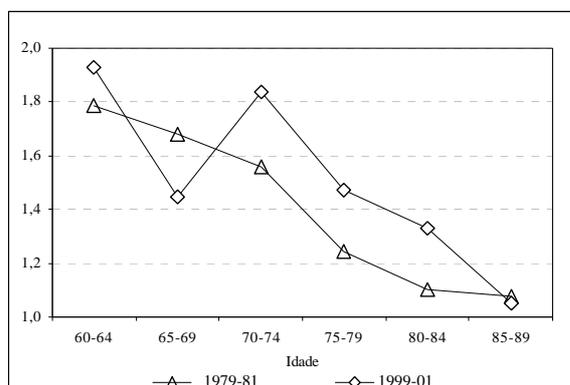


Figura 2. Índice de sobremortalidade masculina nos triênios extremos, Maringá-PR, 1979-2001.

Os resultados apresentados neste estudo, para o município de Maringá, são coerentes com a literatura, tanto os relativos às variações da mortalidade proporcional, que mostram a população mais envelhecida e maior longevidade da população idosa, como os referentes às variações dos coeficientes de mortalidade por idade, sexo e causa básica, que revelaram queda nos riscos de morte e aumento da sobremortalidade masculina. A dinâmica de declínio da mortalidade em idosos e a não uniformidade de queda em todas as idades nos dois sexos concordam com outros estudos⁽⁷⁾.

O número de idosos na população brasileira também aumentou, pois entre 1980 e 1995 a proporção de óbitos em idosos aumentou 68% para o sexo masculino e 75% para o feminino⁽⁸⁾.

A maior queda no risco de óbitos em idosos residentes em Maringá ocorreu nas idades de 70 a 79 anos, resultado também coerente com a constatação de maior longevidade da população brasileira, pois entre 1991 e 2000 o segmento que mais cresceu foi o das pessoas de 75 anos ou mais de idade (49,3%), o que alterou a composição interna do próprio grupo, revelando diferenças de características deste segmento populacional⁽¹⁾. O adiamento da morte para idades cada vez mais avançadas foi verificado em estudo realizado em Maringá entre 1995 e 1998⁽⁹⁾, de forma mais acelerada para o sexo feminino. Mesmo nesse curto espaço de tempo a média da idade ao morrer para o sexo feminino, acima de 60 anos de idade, foi de 75,7 anos de idade em 1995 e chegou a 77,4 anos em 1998. Para o sexo masculino a média foi de respectivamente 73,5 e 74,4 anos de idade nos dois anos⁽⁹⁾.

A desaceleração da mortalidade em pessoas idosas pode refletir a heterogeneidade das características da população em geral, já que aqueles que são mais vulneráveis aos riscos

tendem a morrer em idades mais jovens e os sobreviventes tendem a ser mais saudáveis, "pressionando" os coeficientes de mortalidade das idades avançadas para valores decrescentes. Essa hipótese da heterogeneidade é consistente com a queda nos coeficientes de mortalidade para todas as principais causas de morte⁽⁴⁾.

Uma possibilidade que pode explicar, em parte, a queda nos coeficientes de mortalidade para pessoas idosas é apresentada em estudo realizado nos Estados Unidos, com dados do início da década de 1980⁽¹⁰⁾. O estudo mostrou diferença significativa no risco de óbito de acordo com a escolaridade, mesmo controlado o fator socioeconômico; ou seja, ocorre uma relação inversa entre o grau de escolaridade e o coeficiente de mortalidade, mais importante em homens do que em mulheres e na idade adulta economicamente ativa. Assim, à medida que essa coorte da população adulta com maior nível educacional substitua a coorte de 65 anos ou mais de idade, menos escolarizada, a mortalidade tende a diminuir, já que o nível de escolaridade é "fator protetor" contra o óbito⁽¹⁰⁾.

O diferencial no declínio dos coeficientes de mortalidade segundo idade e sexo, neste estudo, resultou em variação nos índices de sobremortalidade masculina, e a figura 2 mostra alguns aspectos importantes dessa variação. O primeiro é a queda na sobremortalidade masculina à medida que avança a idade, tendência observada nos dois triênios extremos. Outro aspecto foi o aumento da sobremortalidade masculina em todas as idades, exceto no segmento de 65 a 69 anos, para o qual houve queda de 14,7%. Em relação ao Estado do Paraná, Maringá apresentou melhores indicadores, observados durante todo o período, pois, além dos menores coeficientes de mortalidade, foi também registrada maior queda relativa para ambos os sexos.

A ocorrência de sobremortalidade masculina existe em praticamente todas as idades, com exceção, quase sempre, das idades mais avançadas, acima de 75 ou 80 anos, e para a quase totalidade das causas de óbito⁽³⁾. Com isso, independentemente da causa, a maior mortalidade no sexo masculino resulta em um excesso de população feminina nas idades mais avançadas, fazendo com que a sobremortalidade masculina seja menor entre os idosos mais

velhos⁽⁴⁾.

A tendência da razão dos coeficientes de mortalidade por sexo e a diferença desse indicador entre os triênios 1955-1957 e 1987-1989 foram analisadas para 30 países⁽¹¹⁾, tendo-se verificado aumento da sobremortalidade masculina na grande maioria deles, mesmo naqueles com crescimento do coeficiente geral de mortalidade, como a Hungria, ou com declínio, como o Japão. De acordo com o estudo, esse aumento não está necessariamente correlacionado com a magnitude do coeficiente geral de mortalidade e seu comportamento em determinada região⁽¹¹⁾. Os riscos de morte para homens e mulheres são similares em uma determinada população, mas tais riscos atuam de diferentes formas, ou seja, sempre que mudanças na mortalidade ocorrem, elas são mais favoráveis para as mulheres do que para os homens⁽¹⁾.

Em relação às causas de óbito, os maiores aumentos nos diferenciais de mortalidade, em Maringá, poderiam ser atribuídos às doenças do aparelho circulatório e às neoplasias, causas com o maior número de óbitos na população idosa. No último triênio, por volta de 60% do total de óbitos em ambos os sexos ocorreram por doenças do aparelho circulatório e neoplasias, e o aumento do risco de óbito por neoplasias foi maior para o sexo masculino (28,57%, contra 22,73% nas mulheres), assim como o declínio no risco de óbito por doenças do aparelho circulatório foi maior para as mulheres (43,16%, contra 36,94% para os homens). As tendências de queda na mortalidade por doenças do aparelho circulatório, mais favoráveis para as mulheres, podem ser um dos fatores do aumento da sobremortalidade masculina observada neste estudo.

Existem diferenças na distribuição das doenças crônicas entre homens e mulheres devido a fatores biológicos e fatores de comportamento ou sociais⁽¹¹⁾. Mulheres são mais vulneráveis a alguns tipos de doença, como artrite e dores de cabeça, que resultam em maior morbidade autorreferida e consequente maior busca e utilização de serviços de saúde. Tais condições de saúde contribuem relativamente pouco para o risco de mortalidade, enquanto os homens tendem a ser mais propensos às doenças cardiovasculares e

respiratórias, que contribuem para efeitos mais nocivos e graves ao estado de saúde e provocam maior probabilidade de morte.

Homens e mulheres estão expostos às mesmas condições ambientais como poluição do ar, nutrição e atenção médica e à saúde, todos fatores externos que influenciariam de maneira similar a ocorrência de doenças e de óbitos para ambos os sexos; mas ser homem ou ser mulher é um dos determinantes mais importantes da inserção dos indivíduos no mundo, que é construída ao longo da vida por meio dos valores sociais e culturais, estabelecendo modos de vida distintos e afetando a forma e o momento em que homens e mulheres adoecem e morrem⁽⁶⁾.

Outra constatação é a de que condições graves de saúde, presentes igualmente nos homens e nas mulheres, são mais ameaçadoras e matam mais homens do que mulheres, provavelmente por condições de exposição mais longas a fatores de risco, principalmente ao hábito de fumar⁽¹¹⁾. A diferença no hábito de fumar, entre homens e mulheres, foi considerada surpreendente em resultado de inquérito realizado nos Estados Unidos de 1997 a 2001. Esse resultado mostrou que entre as pessoas de 75 anos e mais os homens reportaram uma média de 25 anos de hábito de fumar, enquanto as mulheres reportaram menos de 15 anos⁽¹¹⁾. Essas constatações podem não responder por que mulheres e homens apresentam diferentes distribuições nas condições de saúde, mas podem explicar pelo menos parte importante nos diferenciais na mortalidade entre os sexos, mundialmente observados.

CONCLUSÃO

O uso das estatísticas de mortalidade vem aumentando devido às crescentes demandas de conhecimento da dinâmica demográfica e de saúde da população, além da necessidade de avaliação das diferentes realidades nas regiões geográficas do país. Ao analisar os resultados deste estudo, devem ser considerados os fatores relacionados à qualidade e quantidade dos dados de óbito contidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde. Outra consideração necessária diz respeito à dinâmica demográfica, ao envelhecimento populacional

observado neste estudo. As diferenças no comportamento das principais causas de morte entre idosos, responsáveis pelo aumento do diferencial de óbitos por sexo, analisadas pela ótica das estatísticas oficiais de mortalidade, dão ideia do processo de envelhecimento que vem ocorrendo no município de Maringá. Os resultados trazem à discussão aspectos importantes do envelhecimento da população, principalmente devido à sobremortalidade masculina, que leva ao predomínio de mulheres na faixa etária idosa. A isso se somam as mortes por causas violentas, que aumentaram sensivelmente e incidem principalmente na população masculina.

A maior fragilidade masculina mostra a necessidade de melhor compreender esse fenômeno para buscar ações voltadas aos principais fatores de risco à morbimortalidade masculina, além da maior procura pelos serviços de saúde por parte dos homens.

É preciso lembrar também que, embora a população do sexo masculino e a população idosa estejam entre as de maior risco de morbimortalidade por doenças cardiovasculares e neoplasias, é imprescindível que políticas públicas assegurem a qualidade na vida adulta e no envelhecimento e que o impacto das mudanças comportamentais sobre os indicadores de saúde seja avaliado para toda a população.

Finalmente, reconhece-se que o processo de envelhecimento ocorre em ritmos e qualidades diferenciados entre os diferentes municípios, regiões e países, além da heterogeneidade que representa a população idosa. O mito de que “todas as pessoas idosas são iguais” é contestado. Existem muitas diferenças entre homens e mulheres, desde aquelas de origem étnica e cultural, de residência em regiões mais ou menos desenvolvidas, na zona urbana ou na rural, até as diferenças de hábitos na infância ou idade adulta, nível socioeconômico e de escolaridade. Esses fatores influenciam tanto a expectativa de vida da comunidade como a qualidade de vida e de saúde na velhice, o que reforça a necessidade de aprofundar a compreensão das conexões entre saúde e gênero. Neste sentido, é necessário enfatizar a abordagem da saúde masculina na agenda de prioridades, dar visibilidade aos fatores que fragilizam a saúde do homem, assim como

administrar a falta de equidade e as desigualdades no processo de envelhecimento.

A tendência de aumento de idosos na sociedade, o aumento da longevidade nas idades avançadas e a feminilização da velhice impõem um verdadeiro desafio aos profissionais de saúde e aos gestores de políticas públicas no Brasil. É necessário oferecer serviços e benefícios de previdência social, de saúde, incluindo o

atendimento aos potenciais cuidadores, muitas vezes pessoas também acima de 60 anos de idade. Decisões e atividades relacionadas ao planejamento e investimento em instalações e equipamentos, além de rede de proteção social, são algumas das providências indispensáveis para garantir qualidade de vida aos cidadãos com mais de 60 anos de idade.

MORTALITY DIFFERENCES IN ELDERLY POPULATION IN A MUNICIPALITY OF SOUTHERN BRAZIL, 1979-2004

ABSTRACT

Mortality for the elderly residents in the municipality of Maringá (Paraná State) was analyzed from 1979 to 2004 according to sex, age and causes of death. The data obtained from the national Information System of Mortality was analyzed by three-year periods, using the mortality rate and the relative variation. The proportional mortality for the elderly increased from 43% in the first three-year period to 65.9% in the last, and the relative variation for death rates decreased 19.2% and 20.3% for male and female, respectively. The overall male ratio mortality remained the same during the period (1.4), but for the circulatory system diseases increased from 1.1 in the first three-year period, to 1.3 in the last. The increase of longevity of the elderly population in Maringá and the increase of the male ratio mortality by age are the main results of this study, and they are consistent with the literature. It is necessary to emphasize the approach on male health, give visibility to the factors that weaken men's health, and encourage the use of health services by the male population, as well as deal with inequity and inequalities in the aging process.

Key words: Mortality Rate. Aged. Mortality Registries. Men's Health. Causes of Death.

DIFERENCIAL DE MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN ANCIANA EN MUNICIPIO DE LA REGIÓN SUR DE BRASIL, 1979-2004

RESUMEN

La mortalidad para ancianos residentes en Maringá-PR, fue analizada de 1979 a 2004 según edad, sexo y causa de óbito. Los datos del Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM) fueron analizados por trienios, utilizando coeficientes de mortalidad y la variación relativa. La mortalidad proporcional para ancianos pasó de 43% en el primer trienio para 65,9% en el último, y la diferencia relativa de los coeficientes entre los trienios fue de 19,2% y 20,3% para el sexo masculino y femenino, respectivamente. La sobremortalidad masculina, por todas las causas, permaneció 1,4, pero para las enfermedades del aparato circulatorio aumentó de 1,1 en el primer trienio para 1,3 en el último. La mayor longevidad de la población anciana y el aumento de la sobremortalidad masculina de residentes en el municipio de Maringá, observados en este estudio, son resultados coherentes con la literatura. Es necesario enfatizar el abordaje de la salud masculina, dar visibilidad a los factores que fragilizan la salud del hombre y fomentar, en éste, la utilización de los servicios de salud, así como administrar la falta de equidad y las desigualdades en el proceso de envejecimiento.

Palabras clave: Tasa de Mortalidad. Anciano. Registros de Mortalidad. Salud del Hombre. Causas de Muerte.

REFERÊNCIAS

1. IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro; 2002. (Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 9).
2. Jorge MHPM, Laurenti R, Lima-Costa MF, Gotlieb SLD, Chiavegatto ADP Filho. A mortalidade de idosos no Brasil: a questão das causas mal definidas. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008;17(4):271-81.
3. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Cienc Saude Colet*. 2005;10(1):35-46.
4. Case A, Paxson C. Sex differences in morbidity and mortality. *Demography*. 2005;42(2): 189-214.
5. Rede Intergenerencial de Informações para a Saúde. Informe apresenta situação e tendências em demografia e saúde [Internet]. [update 2008 jul 1; acesso 2008 jul 5]. Disponível em: http://cv-ripsa.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=20.
6. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Cienc Saude Colet*. 2005;10(1):7-17.
7. Abreu DMX, Rodrigues RN. Diferenciais de mortalidade entre as regiões metropolitanas de Belo Horizonte e Salvador, 1985-1995. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(5):514-21.
8. Jorge MHPM, Gotlieb SLD. As condições de saúde no Brasil: retrospecto de 1979 a 1995. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000.

9. Mathias TAF, Jorge MHPM. Hospitalização e mortalidade em idosos: um exercício de análise comparativa. *Cienc Cuid Saúde*. 2005;4(1):25-36.
10. Elo IT, Preston SH. Educational differentials in

mortality. *Soc Sci Med*. 1996;42:47-57.

11. Zhang XH, Sasaki S, Kesteloot H. The sex ratio of mortality and its secular trends. *Int J Epidemiol*. 1995;24:720-9.

Endereço para correspondência: Thais Aidar de Freitas Mathias. Av. Colombo, 5790, CEP: 87020-900, Maringá, Paraná, Telefone: (044) 3011-4318. E-mail: tafmathias@uem.br

Data de recebimento: 09/06/2009

Data da aprovação: 23/11/2009