

A longevidade na metrópole de São Paulo pelas notas de falecimento no Jornal da Tarde (2004-2005)*

Longevity in the city of São Paulo, Brazil, through the analysis of obituaries in the newspaper Jornal da Tarde (2004-2005)

Rodrigo Caetano Arantes^a
Beltrina Côrte^b
Marcelo Custódio Rubira^c

Resumo

Trata-se de estudo da longevidade na metrópole de São Paulo, Brasil, através da análise das notas de falecimento no Jornal da Tarde, um jornal local. Foram analisadas 665 notas de falecimento nos períodos de junho, julho e agosto de 2004 e 2005. Objetivou-se verificar a longevidade dos idosos moradores da metrópole de São Paulo e aspectos contidos nas notas de falecimento, como: faixa etária dos idosos, estado civil, prevalência de sexo (feminino ou masculino), se o idoso deixou familiares e os familiares deixados por ele. Utilizou-se o SPSS (versão 11.0) para tratamento estatístico dos dados, pois se trabalhou com perguntas fechadas, por meio de um questionário, elaboradas a partir dos próprios recortes de notas de falecimento. Os resultados obtidos mostram uma média de idade maior para o sexo feminino, de 87,4 anos com desvio padrão de 8,6 anos; para o sexo masculino, de 82,1 anos com desvio padrão de 9 anos. Em relação ao estado civil a grande maioria das idosas se enquadrava na categoria de viúvas e os homens na categoria de casados / vive junto. No estado marital sem companheiro (solteiro, viúvo, separado / divorciado), a maior frequência foi verificada no sexo feminino e com companheiro (casado / vive junto), no sexo masculino. Houve ainda resultado significativo em relação ao estado marital, sendo que o falecimento de idosos sem companheiros se concentrou em faixas etárias maiores e, com companheiros, em faixas etárias menores. Não foi encontrada associação significativa com relação aos familiares deixados e tipo de familiar deixado. O processo do aumento da longevidade no Brasil pode ser evidenciado pelas notas de falecimento de idosos. A longevidade é um fenômeno atual no país e é determinada pelo tempo de vida maior alcançado pelos idosos. Esse processo tem maior predominância no sexo feminino, sendo chamado de feminização da velhice.

Palavras-chave:

longevidade; estado civil ; identidade de gênero; mulheres; família São Paulo, SP

Correspondência / Correspondence

Rodrigo Caetano Arantes
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia
Rua Monte Alegre, 984 - Perdizes
05014-901 - São Paulo, SP - Brasil
E-mail: rcfisioterapia@yahoo.com.br

* Artigo baseado na Dissertação de Mestrado em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, defendida em julho de 2007.

Abstract

Study on longevity carried out in the city of São Paulo, Brazil, through the analysis of obituaries in *Jornal da Tarde*, a local newspaper. The 665 obituaries were analyzed throughout the periods of June, July and August of 2004 and 2005. The aim was to verify longevity of elderly residents in São Paulo metropolitan area and the aspects contained in the obituaries, such as: elderly's age group, marital status, gender prevalence (feminine or masculine), if the elderly left their families and families left by the elderly. The SPSS (version 11.0) was used to deal with statistical data, because of the multiple choice questions, through a questionnaire elaborated after obituary clippings. Results showed a greater range of age for females, of 87,4 years of age with the deviation standard of 8,6 years and, for males, 82.1 years with deviation standard of 9 years. In relation to marital status, most part of the elderly were widows and men were in the category of being married/living together. For marital status without a partner (single, widow, separated/divorced), a higher frequency of females was observed and with a partner (married/living together), a higher frequency for males was noticed. Another significant association was encountered in relation to marital status, given that obituaries of the elderly without partners concentrated in the highest age ranges and with partners in the lower ones. The research did not find significant association concerning relatives left and type of relative left. The process longevity increasing in Brazil can be evinced by obituaries of elderly people. Longevity is a current phenomenon in the country and is determined by the highest age reached by the elderly. This process is more predominant among the female gender, and is known as feminization of old age.

Key words: longevity; marital status; gender identity; women; family São Paulo, SP city

INTRODUÇÃO

A Gerontologia tem como um de seus pilares principais a Demografia e o estudo do envelhecimento populacional em todas as suas especificidades, tendo-se tornado ciência interdisciplinar.¹ O estudo da longevidade, por meio de um material pouco explorado por pesquisadores e com dados para tal, tornou-se foco deste trabalho.

O processo do aumento da longevidade no Brasil pode ser evidenciado pelas notas de falecimento de idosos. A longevidade é determinada pelos anos alcançados pelos ido-

sos, estabelecidos na coorte, sendo que esses dados enfatizam um fenômeno atual no país. Corte² pontua que na análise de jornais brasileiros, em relação a óbitos, grande parte ultrapassa os 90 anos de idade.

A análise de dados na qual se estabelece uma coorte e registram-se as mortes ocorridas dentro dela denomina-se tabelas de vida. O ponto final das tabelas de vida é a morte e não o envelhecimento. Os dados de morte na coorte monitorada, durante determinado tempo, resultam, segundo Hayflick,³ de aumento da vulnerabilidade, ou seja, pessoas vivendo mais, marca do envelhecimento. Isso funda-

menta a escolha de notas de falecimento para se mensurar longevidade.

Trabalhos científicos que enfocam a longevidade e o envelhecimento se tornam necessários, pois para a prática das leis existentes e para a melhoria dos serviços de saúde, é imprescindível frisar a magnitude da ocorrência do fato, para que projetos para idosos saiam do papel e se tornem realidade.

O aumento da longevidade na metrópole de São Paulo retrata um acontecimento que ocorre em todo o Brasil. Precisa-se entender melhor esse processo para que nós, os idosos de amanhã, vivamos em um país mais preparado, no qual as leis existentes sejam praticadas.

O conhecimento da situação da longevidade direcionando para o caso específico da metrópole de São Paulo é importante para contextualizar as temáticas abordadas, propondo a implantação de políticas públicas direcionadas para a população idosa. E para isso o fator socioeconômico, moradia e índices de violência devem ser investigados em estudos futuros.⁴ Os idosos na metrópole de São Paulo se vêem diante de situações de verdadeiro despreparo da cidade para acolhê-los – em consequência da notória existência de barreiras arquitetônicas, precariedade do transporte público e violência moral ou física sofridas.

Este trabalho teve como objetivo contribuir, mesmo que modestamente, dentro das possibilidades de uma pesquisa acadêmica, para o entendimento do aumento da longevidade vivida nestes tempos e todas as suas consequên-

cias. O material do banco de dados, notas de falecimento do Jornal da Tarde, é farto.

O objetivo foi pesquisar a longevidade na metrópole de São Paulo, identificando-se os aspectos demográficos contidos nas notas de falecimento do Jornal da Tarde, em um período de três meses consecutivos (junho, julho e agosto) em 2004 e em 2005. Analisou-se a prevalência do sexo, estado civil, média de idade ao morrer, frequência de centenários, o fato de o falecido ter deixado familiares e familiares deixados. Optou-se, então, pela quantificação dos falecimentos de idosos levantados durante os seis meses não-consecutivos de estudo, criando e alimentando o banco de dados. Utilizou-se o SPSS (versão 11.0) para tratamento estatístico dos dados, pois se trabalhou com perguntas fechadas, por meio de um questionário, elaboradas a partir dos próprios recortes de notas de falecimento (Apêndice).

O SPSS é um programa de computador utilizado para executar análises estatísticas, manipular dados e gerar tabelas e gráficos, a partir dos dados da pesquisa. Esse programa tem sido utilizado pelos centros de pesquisas com o objetivo de auxiliar as análises estatísticas dos dados.⁵

A análise dos dados teve início com a coleta dos textos e sua primeira organização, pois à medida que se recortaram as notas de falecimento, já se obtinha a percepção do fenômeno, e isso se deixa guiar pelas especificidades do material selecionado. Foram analisados 665 recortes de notas de falecimento de idosos: 288 recortes de notas de falecimento do ano de 2004, e 377 do ano de

2005, nos respectivos meses de junho, julho e agosto. Admite-se, tradicionalmente, no processo de clipagem, erro de até 10% na coleta das matérias.

Dos meios de comunicação, foram escolhidas as páginas do Jornal da Tarde como fonte de pesquisa e análise, especialmente pela expressividade local e grande circulação. O Jornal da Tarde é jornal da cidade, e as notas de falecimento são de pessoas que viveram na metrópole de São Paulo.

Inicialmente, as análises estatísticas das variáveis foram estudadas na estatística descritiva, por meio do cálculo de média, desvio padrão e freqüências. Para avaliar a diferença estatística entre as idades, utilizou-se o teste estatístico *t* de *Student*.

Os falecimentos de idosos, segundo faixas etárias, foram avaliados por meio do teste Qui-quadrado de tendência (Cochran Armitage), quando a tabela de contingência pôde ser resumida em duas categorias e, por

meio do Teste Exato de Fisher, quando não foi possível. A associação das variáveis ao sexo, exceto idade, foi realizada pelos testes de Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, quando uma das freqüências apresentadas fosse inferior a 25% do valor esperado. O nível de significância foi assumido em 5%.

O QUE AS NOTAS DE FALECIMENTO ACRESCENTAM NA LEITURA DEMOGRÁFICA

As notas de falecimento revelam que os dados demográficos dos idosos na metrópole de São Paulo são similares aos dados do Brasil, considerando-se todos os seus estados. Grande parte dos idosos do país está na metrópole de São Paulo. Segundo o Censo de 2000 do IBGE,⁶ São Paulo possuía 1.446.662 idosos em 2000, sendo 67% na capital. O estudo das notas de falecimento do Jornal da Tarde revelou que houve proporcionalidade de mortes dos sexos feminino e masculino nos períodos analisados (2004 e 2005), dado descrito na tabela 1.

Tabela 1 – Ano de publicação das notas de falecimento por sexo.

Ano da publicação das notas de falecimento	Sexo Feminino	Sexo Masculino
2004	143	145
2005	191	186
Total	334	331

Com relação à frequência de notas de falecimento de idosos do sexo feminino e masculino, por faixa etária, foram encontrados os dados descritos na tabela 2. A média de idade encontrada foi de 87,4 anos para o sexo feminino e 82,1 para o sexo masculino, com desvio padrão de 8,6 e 9,0 anos, respectivamente. Segundo o teste estatístico t Student, a diferença é significativa entre o sexo feminino e masculino, com $p < 0,0001$.

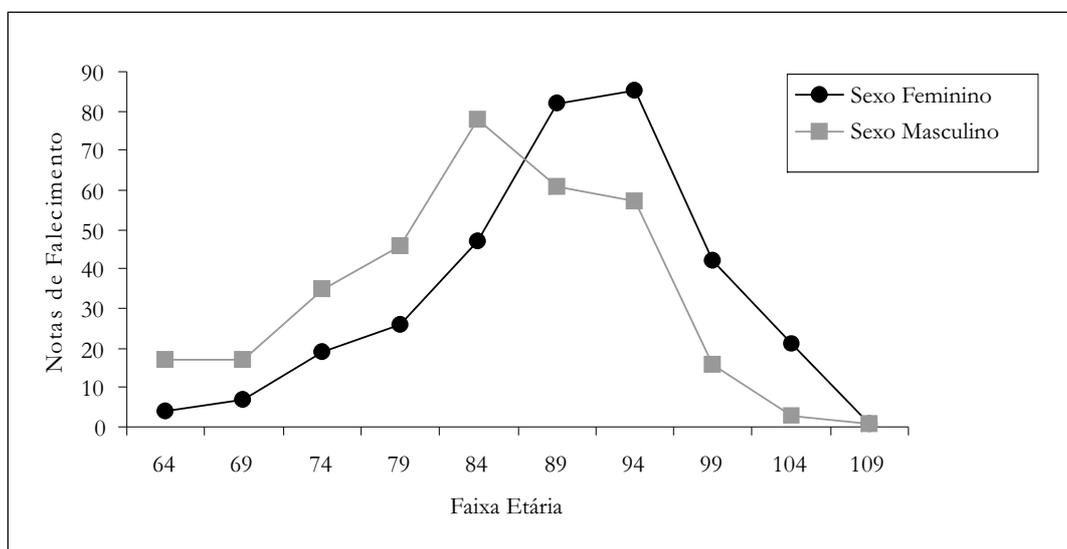
O teste estatístico Qui-quadrado revelou existir tendência na idade de falecimento de idosos entre o sexo feminino e masculino. A estatística Z é positiva. Pode-se afirmar que a idade aumenta significativamente no sexo feminino, e no masculino diminui para o falecimento do idoso. Ou seja: nas notas de falecimento estudadas, as mulheres morreram mais velhas do que os homens.

A expectativa de vida para pelo menos uma em cada duas meninas norte-americanas é de 100 anos. E para pelo menos um de cada dois meninos, é de provavelmente 95 anos, segundo Schirrmacher.⁷ Para o Brasil, a expectativa para cada menina que nasce hoje é de 80 anos; do menino são 72 anos, segundo Camarano.⁸ Os dados encontrados - o fato de a mulher viver mais - mostram similaridade aos dados referidos por essa autora.

Também há similaridade aos dados encontrados neste estudo, o já citado Censo de 2000,⁶ que ressalta maior número de mulheres centenárias do que homens. Em 2000, o Brasil possuía 10.423 homens centenários e 14.153 mulheres, representando 1,3% da população idosa. A prevalência de notas de falecimento de idosos do sexo feminino foi maior na faixa etária dos 90 aos 94 anos; para o sexo masculino, foi na faixa etária dos 80 aos 84 anos de idade.

Tabela 2 – Faixa etária por sexo.

Faixa etária do idoso (anos)	Sexo Feminino	Sexo Masculino
60 a 64 anos	4	17
65 a 69 anos	7	17
70 a 74 anos	19	35
75 a 79 anos	26	46
80 a 84 anos	47	78
85 a 89 anos	82	61
90 a 94 anos	85	57
95 a 99 anos	42	16
100 a 104 anos	21	3
105 a 109 anos	1	1
Total	334	331

Gráfico 1 – Faixa Etária por notas de falecimento.

Em relação ao mês da publicação das notas de falecimento, a frequência de idosos

do sexo feminino e masculino, respectivamente, está descrita na tabela 3.

Tabela 3 - Mês da publicação das notas de falecimento por sexo.

Mês da publicação das notas de falecimento	Sexo Feminino	Sexo Masculino
Junho	129	130
Julho	103	108
Agosto	99	96

Sobre o estado civil dos idosos, a frequência está listada na tabela 4. A grande maioria das idosas se concentrou na condição de viúva e, de homens, na classificação de casado/vive junto. A análise estatística, com o Teste Exato de Fisher, mostrou significância para os dados

com relação ao estado civil, com $p < 0,0001$. Dados mostram que 45% das mulheres idosas, no Brasil, são viúvas.⁹ Especificamente em São Paulo, pela análise dos dados, se mostrou também evidente a maior quantidade de viúvas em relação ao sexo feminino.

Tabela 4 – Estado civil por sexo.

Estado civil do idoso	Sexo Feminino	Sexo Masculino
Viúvo	217	85
Separado / Divorciado	2	0
Casado / Vive junto	55	199
Solteiro	17	18
Indeterminado	43	29
Total	334	331

As mulheres apresentam expectativa de vida maior do que a dos homens, e estes se casam mais tardiamente e têm maior facilidade de recasamento. Por isso é comum, entre os idosos, a predominância de homens casados e mulheres viúvas, de acordo com Lebrão.¹⁰

Dados apresentados pela pesquisa SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento), em São Paulo, comprovam que o número de idosos casados é praticamente o dobro entre os homens - 79,2% -, contra 41,3% entre as mulhe-

res. A proporção de idosos viúvos é quase quatro vezes maior entre as mulheres, 42,6%, contra 10,9%.¹⁰ O dado mostrou similaridade com resultados encontrados neste estudo.

Em relação ao estado marital, tabela 5, sem companheiro (viúvo, separado/divorciado, solteiro) mostrou maior frequência de falecimentos no sexo feminino; com companheiro (casado/vive junto), maior frequência no sexo masculino. O teste *t* de Student mostrou significância com $p < 0,0001$.

Tabela 5 – Estado marital segundo o sexo.

Estado marital	Sexo Feminino	Sexo Masculino
Sem companheiro	236	103
Com companheiro	55	199
Indeterminado	43	29
Total	334	331

Observou-se também que com relação aos idosos com e sem companheiros, o falecimento dos idosos sem companheiros se concentrou nas faixas etárias maiores. E, dos com compa-

nheiros, nas faixas etárias menores, como visto na tabela 6. O dado mostrou significância estatística no teste de Qui-quadrado de tendência (Cochran Armitage), com $p < 0,0001$.

Tabela 6 – Estado marital por faixa etária.

Estado Marital	Faixa etária				
	< 70	70 a 79	80 a 89	90 a 99	> = 100
Sem companheiro	9	40	131	139	20
Com companheiro	31	72	111	38	2
Indeterminado	5	14	26	23	4
Total	45	126	268	200	26

A frequência, segundo a menção nas notas de falecimento, com que o idoso deixou familiares (sexo feminino e masculino), quando dei-

xou, está listada na tabela 7. Na análise estatística, com o teste estatístico Qui-quadrado, o dado não apresentou significância $p = 0,6737$.

Tabela 7 – Familiares deixados segundo sexo.

O idoso deixou familiares	Sexo Feminino	Sexo Masculino
Sim	301	295
Não	33	36
Total	334	331

A frequência, segundo menção nas notas de falecimento dos familiares deixados pelo idoso (sexo feminino e masculino), está

listada na tabela 8. Na análise estatística, com o teste estatístico Qui-quadrado, o dado não apresentou significância, com $p = 0,1481$.

Tabela 8 – Tipo de familiar deixado segundo sexo.

Quem são os familiares deixados pelo idoso	Sexo Feminino	Sexo Masculino
Filho (s)	242	226
Irmão (s)	3	1
Sobrinho (s)	8	4
Neto (s)	41	57
Indeterminado	40	43
Total	334	331

LONGEVIDADE – CONTEXTUALIZAÇÃO

Longevidade é o termo utilizado para denominar o maior tempo de vida atingido pelas pessoas; refere-se ao número de anos vividos por um indivíduo ou ao número de anos que, em média, viverão as pessoas de uma mesma geração.¹¹

O tema sempre foi estudado por profissionais de saúde, teólogos, filósofos, todos os que se preocupam com a vida do ser humano, assunto tão antigo quanto a existência da humanidade.¹² A longevidade é consequência de mudanças no meio em que o homem vive, e inclui melhores condições de habitação, alimentação, práticas sociais e descobertas nas práticas científicas (vacinas, antibióticos, medicina preventiva).

Envelhecimento populacional é a alteração na estrutura etária da população, ou seja, o aumento do número de indivíduos acima de determinada idade – sendo essa idade a que o indivíduo é considerado idoso.*

O fenômeno do envelhecimento populacional ficou mais evidente no século XX, no qual houve queda da fecundidade e aumento da expectativa de vida ao nascer. A queda da fecundidade pode ser explicada pelo conhecimento e acesso aos métodos contraceptivos, além das conquistas da medicina. O aumento da expectativa de vida ao nascer se deve ao acesso também mais facilitado à assistência à saúde, às medidas de saneamento básico e à alimentação, entre outros.¹¹

* Segundo o Estatuto do Idoso, é considerada idosa toda pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (Lei nº 10.741, de 1/10/2003, Art. 1º).¹⁴

Os desafios são muitos. É necessário haver uma transformação no comportamento ante a nova realidade. Devendo partir do Estado, que regulamenta as leis e das pessoas que convivem diariamente com essa realidade - no trabalho, trânsito ou atividades de lazer. O estudo do aumento da longevidade, em números, é essencial para se dimensionar o fato.

Diversos estudos estatísticos confirmam que as maiores demandas no futuro serão por vagas em lares de idosos e aposentadorias. Conseqüentemente, grandes discussões serão levantadas.⁷

Segundo projeções das Nações Unidas, de 1999, o do Brasil é qualificado como um dos mais rápidos processos de envelhecimento demográfico, entre os 51 países que, em 2030, terão pelo menos 30 milhões de habitantes. De acordo com essas projeções, em 2050 a população brasileira será de 244 milhões de pessoas, sendo 49 milhões menores de 15 anos e 42,2 milhões maiores de 65 anos.¹³

O estudo do aumento da longevidade no Brasil se tornou imperativo para se estabelecer políticas públicas voltadas aos idosos, pois as atitudes ante o envelhecimento populacional se consolidam à medida que se tem consciência de que as pessoas estão vivendo mais.

A atenção para o estabelecimento e a concretização dessas políticas públicas se faz necessária. Afinal, as investigações na população envelhecida darão idéia da dimensão das condições de vida, arranjos familiares, saúde e rendimentos.

FEMINIZAÇÃO DA VELHICE

A expressão feminização da velhice é usada para caracterizar a existência de um número maior de mulheres idosas, em comparação a homens idosos. Explica-se pelo motivo de a mulher apresentar, na velhice, expectativa de vida maior que o homem. Para isso contribuem fatores diversos, como a proteção contra doenças cardiovasculares conferida pelos hormônios femininos (o estrógeno); a menor exposição das mulheres a acidentes de trabalho e de trânsito, homicídios e outros; menor consumo de álcool e tabaco – conseqüentemente, menor exposição a doenças cardiovasculares e câncer. Segundo Veras,¹⁵ também é fator importante a preocupação das mulheres com a assistência básica à saúde, havendo cuidado de prevenção desde a vida adulta.

Hayflick³ argumenta que ao se considerar a expectativa de vida a partir da concepção ou do nascimento, na adolescência os homens alcançam as mulheres. A partir dessa fase, a vantagem feminina em termos de expectativa de vida fica cada vez mais pronunciada.

O perfil das mulheres idosas deve ser mais bem averiguado para se ter conhecimento de como vivem, pois o comportamento, ao longo da vida, de homens e mulheres, é bastante heterogêneo.

Camarano⁸ relata que, em 2000, a expectativa de vida das mulheres aumentou para 8,7 anos. Essas mulheres idosas, em geral, vivem em situação de pobreza. Não trabalharam na vida adulta, por isso não têm aposen-

tadoria. Deve-se levar em consideração a maior chance de serem dependentes economicamente da família, pois o foram ao longo de toda a vida.

As mulheres de hoje, no processo de envelhecimento,^{*} mostram realidade diferente: trabalham, estudam, têm mais autonomia, maior liberdade e prazer. Elas estarão em outra perspectiva, diferentemente de suas avós, educadas para o cuidar. Essa é construção social ainda inominável.

Para as mulheres idosas atuais, se viver mais tem diferentes complicações, é maior a chance de solidão. Conseqüentemente, têm que viver em instituições asilares, pois às vezes ficam viúvas por muito tempo. A viuvez também pode ser fator decisivo na extensão do cuidado aos netos.¹⁷ Em contrapartida, Debert¹⁸ mostra que para muitas mulheres idosas, a velhice e a viuvez podem ser momento de independência e realização, a partir do papel cultural de submissão aos homens, desempenhado vida afora.

Entretanto, autores como Camarano⁸ e Camargos¹⁹ descrevem que as mulheres idosas têm maior chance de experimentar piores condições de saúde, pois vivem mais, expostas há mais tempo às doenças crônico-degenerativas. Em conseqüência, há demandas de saúde pública a serem promovidas pelo Estado. As mulheres idosas experimentam

doenças típicas da última fase da vida, como artrite ou reumatismo, diabetes, hipertensão, doença do coração, depressão e muitas outras, que geralmente dificultam as atividades diárias (vestir-se, comer, tomar banho etc.), causando incapacidade funcional,^{**} que resulta em dependência.^{***}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo das notas de falecimento reforça a magnitude do envelhecimento da população no Brasil. O impacto da longevidade e do envelhecimento da população tem efeitos sociais, psicológicos e econômicos, que repercutem em instituições como previdência social, seguros de vida, aposentadoria e assistência à saúde.

No contexto de assistência à saúde, Johnson²⁰ analisa que quanto maior a idade e menores os contatos sociais do idoso, mais intensa a vulnerabilidade ao agravo da saúde.

Observa-se novo cenário nos setores de atendimento à saúde da população. Antes, 40% das mortes eram por doenças infecto-contagiosas, que hoje representam somente 10%. O oposto ocorreu com as chamadas doenças crônico-degenerativas, características de populações envelhecidas, nas quais houve aumento significativo. Esse processo, segundo Gordilho,²¹ denomina-se transição

* Segundo Prata,¹⁵ a *envelhecimento* é o período compreendido entre os 45 e 60 anos de idade.

** Incapacidade funcional é a dificuldade de realizar uma ou mais atividades da vida diária, como vestir-se, comer, tomar banho, ir ao banheiro, deitar-se e levantar-se da cama, e atravessar um cômodo da casa.¹⁹

*** Dependência é a necessidade de auxílio para realizar pelo menos uma das atividades listadas no item acima.¹⁹

epidemiológica e tem causado muitas mortes e incapacidades na população idosa, morbimortalidades.

Os setores de atendimento à saúde não estão preparados em quantidade e qualidade para atender aos idosos.²² No estudo de Veras,²³ foi exposto que, pelo fato de a população idosa apresentar ao final da vida mais problemas de saúde por causa das doenças crônicas, houve ampliação no consumo de serviços de saúde, que se tornou de alto custo.

Lopes²⁴ também refere observações a esse respeito, assinalando que as causas de morte em idosos para ambos os sexos são doença cerebrovascular, doença isquêmica do coração, neoplasmas malignos, doenças da circulação pulmonar, do coração, do aparelho respiratório – fatores geradores de custos assistenciais.

Motta²⁵ comprovou esse dado em seu estudo, pois o índice de custo de internação hospitalar, representado pela hospitalização por habitante/ano, foi de R\$ 10,54 na faixa etária de 0 a 14 anos; para idosos, esse valor se estabeleceu em R\$ 59,40. Um dos fatores que contribuíram para tal aumento é o número de dias de internação gastos. Na faixa etária de 0 a 14 anos, o número de dias de internação em média correspondeu a 0,24 dias; para idosos, 1,27 dias.

Em decorrência do iminente crescimento da população idosa, percebe-se demanda crescente pela utilização dos leitos hospitalares e, conseqüentemente, pelos serviços de saúde. Verificou-se que o índice de internação

hospitalar de idosos foi de 31,78%.²⁵ Segundo Sugahara,¹⁵ entre os idosos é maior o número de homens que realizam internações hospitalares. Esse número é crescente com o avançar da idade.

A procura por serviços de saúde para exames de rotina ou de prevenção corresponde a 4,5% das pessoas de 5 a 44 anos; para tratamento de reabilitação, 1,9%; e por motivo de doença, 4,7%. Os percentuais elevam-se a partir dos 45 anos, atingindo respectivamente 13,0%, 5% e 14,6% da população com 75 anos ou mais de idade.¹³

Os setores de saúde estão mais voltados ao aspecto curativo, ou seja, níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Estão, na maioria das vezes, centrados na doença e não voltados ao idoso. Segundo Lopes,²⁴ o termo saúde implica todos os aspectos, como saneamento básico, educação, habitação, condição de trabalho e recreação. São medidas de promoção de saúde, antes do aparecimento da doença.

Segundo documentos da OMS (1982), citados por Jacob Filho,²⁶ a busca por melhores condições de envelhecimento é denominada de promoção da saúde do idoso, ou seja, ações que se manifestam por alterações no estilo de vida e que resultam em redução do risco de adoecer e morrer. Por causa dessa realidade, tornam-se importantes novas atitudes para direcionar os setores de atendimento à saúde ao aspecto preventivo, diminuindo os índices descritos de internação hospitalar. É muito mais caro cuidar de uma população envelhecida doente do que cuidar de uma população envelhecida saudável.²⁷

Os setores de saúde devem se organizar para o Cuidar.* Esse Cuidar envolve humanização do atendimento à saúde. A humanização, por sua vez, visa aos horizontes da felicidade humana associada às tecnociências da saúde. O profissional de saúde deve saber ouvir e interagir com os projetos de vida e os modos de ser dos humanos, para haver maior eficiência na recuperação.²⁸ As abordagens devem ser focadas na humanização. Tendo em vista esses fatores, a adoção de medidas preventivas no âmbito de atuação dos profissionais de saúde, direcionadas ao contexto da longevidade, se caracteriza como prioritária, para as pessoas envelhecerem de forma mais saudável e com melhor qualidade de vida.**

É importante criar novos modelos assistenciais ou de prevenção, como a assistência domiciliar, que levem em conta a influência do valor histórico, cultural e psicológico no envelhecimento e nas situações de dependência. O contato pessoal que os profissionais de saúde têm com o paciente idoso permite conhecer seu mundo e seus valores, fazendo com que sua voz seja incorporada à solução.

As pessoas devem ser educadas por meio de ações preventivas, que visem ao não-acometimento ou diminuição dos efeitos das doenças crônico-degenerativas, ao longo da vida. Várias medidas preventivas são realizadas somente quando se está com algum dos fatores agravantes para o acometimento das doenças crônico-degenerativas e quando já se é idoso. A mudança dessa prática se torna relevante.

NOTAS

- ^a Fisioterapeuta, professor no Departamento de Fisioterapia da Faculdade São Lucas - Porto Velho / RO. Mestre em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
E-mail: rcafisioterapia@yahoo.com.br
- ^b Jornalista, professora no Departamento de Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Doutora em Ciências da Comunicação pela Universidade de São Paulo.
E-mail: beltrina@uol.com.br
- ^c Fisioterapeuta, professor-coordenador do Curso de Fisioterapia da Faculdade São Lucas - Porto Velho / RO. Doutor em Ciências Nefrológicas pela Universidade Federal de São Paulo.
E-mail: rubiramc@terra.com.br

* Cf. Ayres²⁸ deve-se utilizar essa palavra como substantivo próprio quando faz referência ao Cuidado como designação de atenção à saúde.

** O termo qualidade de vida é mais geral e inclui variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.²⁹

REFERÊNCIAS

1. Rios-Neto ELG. Questões emergentes na demografia brasileira. Textos para discussão. Belo Horizonte: UFMG / CEDEPLAR; 2005. 51p.
2. Corte B. Biotecnologia e longevidade: o envelhecimento como um problema solucionável? In: Corte B, Mercadante EF, Arcuri IG, organizadores. Velhice envelhecimento complex(idade). São Paulo: Vetor; 2005. p. 241-63.
3. Hayflick L. Como e por que envelhecemos. Rio de Janeiro: Campus; 1997. 366 p.
4. Medeiros SR, Castro YPG. Mapeando a população idosa na Região Metropolitana de São Paulo. Revista Kairós 2004 jun; 7(1): 23-49.
5. Wagner MB, Motta VT, Dornelles C. SPSS passo a passo. Caxias do Sul: Educ; 2004. 172 p.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2000. [acesso 2006 mar 29]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br>
7. Schirrmacher F. A revolução dos idosos: o que muda no mundo com o aumento da população mais velha. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. 190 p.
8. Camarano AA. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? Estudos Avançados 2003 set./dez.; 17(49): 35-63
9. Berzins MAVS. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. Revista Serviço Social e Sociedade - Velhice e Envelhecimento 2003 set; 24(75): 19-34.
10. Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003. 255 p.
11. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saúde Pública 2003 maio-jun; 19(3): 725-33.
12. Pessini L, Ferrari MAC, Papaléo Netto MP. Os desafios da longevidade. O mundo da Saúde 2005 out/dez; 29(4): 469-70.
13. Sugahara GTL. O perfil do idoso brasileiro. Revista Kairós 2005 dez; 8(2): 51-75.
14. São Paulo (Estado). Decreto n°. 10.741, de 1 de Outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Governo do Estado de São Paulo: São Paulo, SP, 1 Out. 2003. p. 1.
15. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. Revista de Saúde Pública 1987 jun; 21(3): 225-33.
16. Prata M. Você é um Envelhescente? Gerontologia 1995; 3(1): 59.
17. Lopes A. Dependência, contratos sociais e qualidade de vida na velhice. In: Simson ORMV, Neri, AL, Cachioni M, organizadores. As múltiplas faces da velhice no Brasil. Campinas, SP: Alínea; 2003. p. 129-40.
18. Debert GG. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Edusp/Fapesp; 1999. 272 p.
19. Camargos MCS, Perpétuo IHO, Machado CJ. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica 2005; 17(5/6): 379-86.
20. Johnson CL. Sustaining community living of the very old: medical and service issues. Cad Saúde Pública 1994 abr./jun; 10(2): 149-163.

21. Gordilho A. et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI, UERJ; 2000. 90 p.
22. Lima AMM, Ayres JRCM, Litvoc J. Envelhecimento e práticas de saúde: o desafio de cuidar. In: Côrte B, Mercadante EF, Arcuri IG, organizadores. Envelhecimento e velhice: um guia para a vida. São Paulo: Vetor; 2006. p. 89-110. Coleção Gerontologia; v. 2.
23. Veras RP. A era dos idosos: os novos desafios. In: Anais da I Oficina de Trabalho sobre Desigualdades Sociais e de Gênero em Saúde de Idosos no Brasil, 2002, Ouro Preto, MG. Saúde de Idosos no Brasil; 2002. p. 89-96.
24. Lopes RGC. Saúde na velhice: as interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento. São Paulo: EDUC; 2000, 192 p.
25. Motta LB. Levantamento do perfil de idosos internados em um hospital geral: análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica. Textos sobre envelhecimento 2001; 3(6): 47-77.
26. Jacob Filho W. Atividade física e envelhecimento saudável. Revista brasileira de educação física e esporte 2006 set; 20: 73-7.
27. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 88-105.
28. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade* 2004; 13(3): 16-29.
29. Fleck MPA, Leal O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (Whoqol-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(1): 19-28

Recebido em: 09/10/2007

Aceito: 17/12/2007

APÊNDICE

Questionário para os recortes de notas de falecimento de idosos.

1. Jornal:

Jornal da Tarde	1
-----------------	---

2. Ano da publicação das notas de falecimento:

2004	1	2005	2
------	---	------	---

3. Mês da publicação das notas de falecimento:

Junho	1	Julho	2	Agosto	3
-------	---	-------	---	--------	---

4. Sexo do idoso:

F	1	M	2
---	---	---	---

5. Faixa etária do idoso:

60 a 64 anos	1
65 a 69 anos	2
70 a 74 anos	3
75 a 79 anos	4
80 a 84 anos	5
85 a 89 anos	6
90 a 94 anos	7
95 a 99 anos	8
100 a 104 anos	9
105 a 109 anos	10

6. Estado civil do idoso:

Viúvo(a)	1
Separado/Divorciado	2
Casado/Vive Junto(a)	3
Solteiro	4
Indeterminado(a)	98

7. O idoso deixou familiares:

Sim	1	Não	2
-----	---	-----	---

8. Quem são os familiares deixados pelo idoso:

Filho (s)	1
Irmão (s)	2
Sobrinho (s)	3
Neto (s)	4
Indeterminado	98