



Congresso Internacional de Envelhecimento Humano

Avanços da ciência e das políticas públicas para o envelhecimento

ÍNDICE E CARACTERÍSTICAS DAS MORTES VIOLENTAS EM IDOSOS NO ANO DE 2012 EM CAMPINA GRANDE/PB.

Autores: Alice P. Ferreira (alicepereira293@hotmail.com- FCM-CG), Caríles S. de Oliveira (carilessol@hotmail.com-IPC), Marina S. de A. Vilar (peritaquimica@yahoo.com.br- IPC), Mayra A. de Medeiros (mayramedeiros5@hotmail.com- FCM/CG) e Yasmin O. de Carvalho (yasmincarvalho@globo.com- FCM/CG)

INTRODUÇÃO

Ainda não existe um consenso com relação à fronteira que limita a fase pré/pós-velhice, nem tampouco quais são os eventos que marcariam a chegada dessa fase. A Organização Mundial da Saúde classifica cronologicamente como idosos, nos países desenvolvidos, aqueles com mais de 65 anos de idade e, nos países em desenvolvimento, aqueles com mais de 60 anos, como é o caso do Brasil.¹ A Política Nacional do Idoso está de acordo com a OMS, e também define como idosa a pessoa com 60 anos ou mais.²

Segundo o IBGE, a taxa de expectativa de vida no Brasil ainda é menor que a da América Latina e do Caribe (73,9 anos), só ficando à frente da Ásia (69,6 anos) e da África (55 anos). Na América do Norte a taxa fica em 79,7 anos. De acordo com o CENSO, a expectativa de vida no País aumentou cerca de três anos entre 1999 e 2009, e atualmente é de 73,1 anos.³

O crescimento da população idosa justifica a necessidade de conhecer quais fatores têm colaborado para o aumento dessa expectativa de vida e ao mesmo tempo compreender quais as variáveis das mortes violentas em idosos.

O objetivo desse trabalho foi conhecer a realidade local quanto à morte violenta em idosos, quais as causas e as características dessas mortes e se esses dados se mantêm na curva nacional. Para isso foram analisados os

laudos cadavéricos do ano de 2012 no Instituto de Polícia Científica – Núcleo de Medicina e Odontologia Legal de Campina Grande.

METODOLOGIA

Realizou-se inicialmente uma pesquisa sobre o tema a ser estudado através da leitura de artigos científicos nos bancos de dados LILACS, BVS E Scielo, além da leitura do estatuto do idoso e da avaliação dos dados do CENSO 2010, que são disponibilizados via on line.

Em seguida, foi confeccionado um formulário de coleta de dados com as seguintes variáveis: faixa etária, subdividida em: de 60-65 anos, 66-70 anos, 71-75 anos, 76-80 anos e 80 ou mais; sexo, natureza do fato, subdividida em: homicídio, suicídio, acidente, morte natural e indefinido; causa da morte, subdividida em: politraumatismo, asfixia, doença, intoxicação, Traumatismo Crânio Encefálico, outros e indefinido, além do tópico instrumento, subdividido em: arma de fogo, arma branca, água, corda, veículo, outros e não identificado.

Posteriormente, foi realizada a coleta dos dados no Instituto de Polícia Científica – Núcleo de Medicina e Odontologia Legal de Campina Grande (IPC – NUMOL/ CG), localizado na Rua João Machado, 456, Prata, Campina Grande/PB, CEP 58.101-300. Esta coleta ocorreu entre os meses de fevereiro a abril de 2013 no sistema informatizado de laudos cadavéricos e foram analisados os laudos registrados nos meses de janeiro a dezembro de 2012. Após a coleta dos dados foi processada a análise estatística do tipo descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram coletados os dados de 159 vítimas de óbitos foram submetidos à necropsia no IPC – NUMOL/CG, durante o ano de 2012, sendo o tempo médio de seguimento um ano, e o período de realização da pesquisa de cerca de três meses. Após a coleta dos dados foi realizada a conversão em níveis



Congresso Internacional de Envelhecimento Humano

Avanços da ciência e das políticas públicas para o envelhecimento

percentuais de acordo com os critérios de inclusão pré-estabelecidos.

A faixa etária na qual as mortes foram mais frequentes incluía os idosos que tinham a partir de 80 anos, totalizando 29,12% das mortes, dado esse que condiz com o curso natural da vida humana no qual a morte deve ser mais frequente nas faixas etárias mais avançadas. O segundo grupo mais afetado foi o de 60-65 anos (28,30%), seguido do grupo de 66-70 anos (22,64%), 71-75 anos (17,61%) e 76-80 anos (11,32%). De acordo com Chaimowicz, a redução da reserva dos sistemas fisiológicos ocorre de forma progressiva, sendo determinada pelo efeito sinérgico do envelhecimento biológico, das condições crônicas e abuso nos hábitos de vida ou sedentarismo. ⁴ Tais fatores aumentam a susceptibilidade às doenças, a incapacidade e conseqüentemente à morte.

Quanto ao gênero, o mais afetado foi o masculino. Cerca de 85,53% das mortes foram de homens e apenas 14,47% do sexo feminino. De acordo com Laurenti, a presença feminina nos serviços de saúde pode contribuir para que os índices de morte sejam maiores em homens. Esse mesmo autor afirma que a saúde dos indivíduos é influenciada pelo aspecto comportamental, já que hábitos como o tabagismo, etilismo, a má alimentação e a ida pouco frequente ao médico podem justificar esse índice. ⁵

Verificou-se ainda que a causa de morte mais comum não estava incluída em nenhum dos grupos pré-estabelecidos; 38,99% das mortes foram por outras causas, sendo 19,35% dessas decorrentes de quedas, fato comum em idosos devido a dificuldade de deambulação, na maioria das vezes, decorrente de problemas como: osteoporose, doenças reumáticas, atrofia muscular, dentre outras. O trauma crânio-encefálico levou ao óbito 18,86% da amostra. Em terceiro lugar houve um empate entre os politraumatismos e as doenças (12,57%). A asfixia acometeu 10,69% da amostra, seguida das mortes



Congresso Internacional de Envelhecimento Humano

Avanços da ciência e das políticas públicas para o envelhecimento

de causas indefinidas, 4,40% e por fim as mortes por intoxicação, 1,86%.

Quanto à natureza do fato, os acidentes foram os mais comuns. Um número alarmante: 63,52% de todas as mortes. Gawryszewski *et al* diz que devido à maior vulnerabilidade física intrínseca ao idoso a letalidade nesse grupo sempre é maior, mesmo em acidentes em baixa velocidade.⁶ A morte natural, os homicídios e suicídios apresentaram números próximos, respectivamente: 11,95%; 10,06% e 8,81%. Familiares e médico devem atentar para a ocorrência de quadros depressivos, já que os idosos estão sujeitos ao abandono, perdas financeiras e de status, doenças crônicas e a proximidade da morte, fatores esses que podem levar ao suicídio.⁶ Os homicídios consistem em crimes e por isso esses números se tornam ainda mais relevantes. 5,66% das mortes foram agrupadas como de natureza indefinida.

O instrumento que causou o óbito também foi analisado. O maior dos índices foi 39,62%, representando as mortes que não tinham instrumentos específicos de acordo com os laudos cadavéricos. 35,22% das mortes tiveram como instrumento o veículo, seja ele: carro, moto ou até mesmo bicicleta. Apenas 8,18% das mortes foram por arma de fogo; 5,66% por água, comum nos acidentes em rios e açudes; 5,03% por corda, comum nos suicídios; 3,77% não tiveram instrumento identificado e 0,03% foram por arma branca. O Índice de mortes por arma branca é muito discreto, até irrisório quando comparado às outras variáveis. Por outro lado, os 8,18% das armas de fogo nos faz um alerta para a facilidade de acesso as armas e munições.

CONCLUSÃO

De posse dos dados obtidos através desta coleta, foi possível compreender as características da morte violenta em idosos em nossa cidade. A partir deste estudo observou-se que a maioria dos óbitos se deu por doença,



Congresso Internacional de Envelhecimento Humano

Avanços da ciência e das políticas públicas para o envelhecimento

porém, o que mais chamou atenção foi o alto índice de acidentes, além da incidência considerável de mortes por queda. Muitas dessas causas de morte poderiam ser evitadas a partir da tomada de providências simples, a exemplo dos cuidados com a locomoção dos idosos, que refletiriam diretamente nas estatísticas das causas de óbitos nesse grupo.

REFERÊNCIAS

1. **World Health Association**. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 10 de abril de 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Política nacional do idoso**. P. 1-102, 2007. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/politica-nacional-do-idoso/politica-nacional-do-idoso>>. Acesso em: 8 de abril de 2013.
3. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>.
4. Chaimowicz, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.31, n.2, p. 184-200, 1997.
5. Laurenti, R., Jorge, M.H.P.M; Gotlieb, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.35-46, 2005.
6. Gawryszewski, V. P.; Jorge, M. H. P. M.; Koizumi, M. S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Rev. Assoc. Med. Bras**. São Paulo, v. 50, n.1, p.97- 103, 2004.