

TENDÊNCIAS NOS LOCAIS DE ÓBITO NO BRASIL E ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS DE 2002 A 2013

Trends in place of death in Brazil and analysis of associated factors in elderly populations from 2002 to 2013

Fernando Cesar Iwamoto Marcucci^a, Marcos Aparecido Sarria Cabrera^b,
John Patrick Rosenberg^c, Patsy Yates^d

RESUMO

INTRODUÇÃO: A distribuição dos locais de óbito (LDO) é influenciada por aspectos socioculturais, condições econômicas e políticas públicas. É a principal preocupação no suporte oferecido no fim da vida e para o gerenciamento do sistema de saúde, mas há dados limitados sobre os LDO em países de média renda, como o Brasil. **MÉTODO:** Foram utilizados dados populacionais do Sistema de Informação sobre Mortalidade para identificar as taxas de mortalidade nacional e regional, de 2002 a 2013. As distribuições dos LDO foram comparadas entre grupos etários (<60 e ≥60 anos), e para sexo e estado civil no grupo de idosos. Foram analisadas as diferenças entre as regiões nacionais. **RESULTADOS:** No Brasil, os LDO ocorreram principalmente nos hospitais, com média de 66,7%, seguidos pelo domicílio, com 21,4%. Outras instituições de saúde representam menos de 3% de todos os óbitos. O número de mortes nas idades avançadas aumentou. Houve diferenças da distribuição dos LDO entre as regiões. No Norte e no Nordeste, por exemplo, verificaram-se taxas mais altas de mortes em domicílio. Para a população idosa, houve pouca diferença entre os sexos na distribuição dos LDO, e ser casado aumentou a chance de óbito em ambiente hospitalar. **CONCLUSÃO:** Os óbitos no Brasil se limitam aos hospitais e domicílios. As taxas em hospitais aumentaram durante os últimos anos, enquanto houve redução de óbitos em domicílio, apesar do aumento do número de óbitos em idades avançadas e por doenças não transmissíveis. A distribuição dos LDO pode ser influenciada por fatores sociais e demográficos, mas políticas de saúde específicas para o suporte oferecido no fim da vida são limitadas no Brasil.

PALAVRAS CHAVE: idoso; estatísticas vitais; países em desenvolvimento; cuidados paliativos; políticas de saúde.

ABSTRACT

BACKGROUND: Place of death (POD) distribution is influenced by sociocultural aspects, economic conditions and public policies. It is a central concern in end-of-life support and for healthcare system management, but there is limited information about POD in middle-income countries such as Brazil. **METHODS:** Population data collected from the Brazilian Information about Mortality System were used to identify national and regional mortality rates, from 2002 to 2013. POD distribution was compared between age groups (<60 or ≥60 years old), and for gender and marital status in elderly population. Differences across national regions were analyzed. **RESULTS:** In Brazil, POD is mostly allocated in hospitals with mean of 66.7%, followed by 21.4% at home. Other health care facilities account for less than 3% of all deaths. The number of deaths in older ages has increased. There were differences in POD distribution among regions. The North and the Northeast, for example, reported higher rates of home deaths compared with other regions. For the elderly population, there was a little difference between gender in POD distribution, and being married increased the odds of dying in hospital settings. **CONCLUSION:** Deaths in Brazil is limited to hospital and at home occurrences. In-hospital rates are increasing over the last years, while deaths at home have decreased despite the increase in number of deaths in older ages and due non-communicable diseases. POD distribution may be influenced by social and demographic factors, but specific health policies to support end-of-life care is limited in Brazil.

KEYWORDS: aged; vital statistics; developing countries; palliative care; health policy.

^aPrograma de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Londrina – Londrina (PR), Brasil.

^bCurso de Medicina. Universidade Estadual de Londrina – Londrina (PR), Brasil.

^cInstituto de Saúde e Inovações Biomédicas, *Queensland University of Technology, Kelvin Grove* – Queensland, Austrália.

^dFaculdade de Enfermagem e Instituto de Saúde e Inovações Biomédicas, *Queensland University of Technology, Kelvin Grove* – Queensland, Austrália.

Dados para correspondência

Fernando Cesar Iwamoto Marcucci – Rua Henrique dos Santos, 62, apto. 701 – Jardim Higienópolis – CEP: 86015-150 – Londrina (PR), Brasil – E-mail: fcim@msn.com

Recebido em: 28/10/2016. Aceito em: 14/11/2016

DOI: 10.5327/Z2447-211520171600068

INTRODUÇÃO

No século passado, houve um crescimento dos desenvolvimentos científicos e técnicos nos sistemas de saúde com relação ao escopo e acesso a uma variedade de serviços fornecidos por clínicas e hospitais em diferentes países, com importantes consequências para a longevidade e distribuição de doenças. No entanto, em países de baixa e média renda, esses desenvolvimentos ocorreram de modo mais lento e mais tardio do que em países de alta renda. Consequentemente, a transição epidemiológica e o envelhecimento da população ocorreram mais tarde, ou ainda estão em processo de desenvolvimento. No Brasil, por exemplo, os desenvolvimentos sociais e econômicos das últimas décadas ampliaram o acesso a serviços especializados e a ambientes hospitalares, o que também teve um impacto na distribuição das causas de óbitos e no tratamento oferecido nas fases finais de vida para um grande número de pacientes, principalmente para a população de idade mais avançada.¹⁻⁴

Além disso, o aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em idosos, tais como câncer, falência de órgãos, doenças respiratórias e doença cerebrovascular, também fez com que tais doenças se tornassem as principais causas de óbito. Essas condições são frequentemente associadas com um processo de fim da vida progressivo e prolongado, o qual poderá resultar em sofrimento extenso pelos pacientes e alta carga para os cuidadores, principalmente na população idosa. O tratamento no fim da vida está relacionado com mudanças nas rotinas diárias tanto dos pacientes como dos cuidadores, com maior complexidade e mais custos associados aos cuidados de saúde, e desafios relacionados à tomada de decisões sobre a terminalidade, principalmente em relação à adoção de procedimentos invasivos e ao local preferido para morrer.^{3,4}

Uma revisão sistemática realizada por Gomes et al.⁵, que abrangeu 210 estudos de 34 países, analisou o local preferido de óbito de 100.307 pacientes, e encontrou maior preferência por morrer na própria residência, quando há disponível o suporte adequado para os pacientes. No entanto, apesar desta preferência, os

hospitais ainda se mantêm como o local de óbito (LDO) mais comum em muitos países, apresentando frequências que variam de 46 a 85%.^{2,3} Em adição, muitos países, além das ocorrências em domicílios, têm taxas consideráveis de LDO fora do ambiente hospitalar, como lar de idosos, *hospices* ou instituições de longa permanência (ILP).³ A distribuição dos LDO pode ter influência de condições econômicas, culturais e políticas, bem como de aspectos sociodemográficos pessoais, tais como estado civil, sexo e idade.^{6,7} Portanto, o LDO nem sempre se trata de uma escolha, mas depende dos riscos e das limitações das opções fornecidas pelo sistema de saúde.⁷

O LDO é uma preocupação fundamental no apoio no fim da vida e tem sido um importante ponto de atenção das pesquisas sobre cuidados paliativos, já que o LDO de uma pessoa é visto como importante para a qualidade de vida de pessoas com condições de vida limitantes.^{2,5} Apesar disso, há uma falta de pesquisas sobre este assunto em países menos desenvolvidos ou de média renda, como o Brasil. Ainda, ao considerar o amplo território brasileiro e as diferenças socioculturais e econômicas entre as regiões, a distribuição dos LDO por todo o Brasil pode variar.^{3,8} Algumas diferenças referentes aos recursos demográficos e do sistema de saúde entre as regiões são mostradas na Tabela 1.

O governo brasileiro oferece cobertura universal de saúde para todos os níveis de tratamento, embora isso possa causar disparidade na distribuição dos recursos entre setores distintos do sistema de saúde. A maior parte dos gastos com saúde é distribuída entre assistência hospitalar (63,7%) e sistema de atenção primária (24,6%). O programa de atenção primária brasileiro tem sido particularmente associado com diminuição das taxas de hospitalização gerais.¹¹ Há, no entanto, alguns estudos que analisaram a distribuição dos LDO no contexto brasileiro, mas os estudos brasileiros são limitados a um número reduzido de cidades.⁸ Desse modo, os objetivos deste estudo são analisar as tendências de LDO no Brasil – de 2002 a 2013; identificar as diferenças entre as regiões nacionais e entre populações mais jovens (<60 anos) e de idade mais avançada (≥60 anos), bem como

Tabela 1 Características demográficas e recursos de saúde das regiões brasileiras (2013).

Região	População (por milhão)	% de população	PIB <i>per capita</i> (atual US\$)	Expectativa de vida ao nascimento (anos)	Número de leitos hospitalares/1.000 habitantes	Médico/1.000 habitantes
Norte	16.983	8,4	4.918,09	73,2	2,8	1,0
Nordeste	55.794	27,8	3.701,37	71,8	2,7	1,2
Centro-Oeste	14.993	7,5	9.234,95	75,3	2,1	2,0
Sudeste	84.465	42,0	9.939,94	75,6	2,6	2,7
Sul	28.795	14,3	8.713,08	76,2	2,3	2,1
Brasil	201.030	100,0	7.301,49	74,4	2,5	1,8

PIB: Produto Interno Bruto.

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil⁹, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰.

identificar a influência do sexo e do estado civil na distribuição do LDO para a população idosa.

MÉTODOS

Realizou-se uma revisão de base de dados utilizando-se o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).¹² A revisão levou em conta as informações disponíveis sobre as taxas de mortalidade das cinco regiões nacionais (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), de 2002 a 2013. Por ser um banco de dados de acesso livre e público, não foi necessária a aprovação de um comitê de ética. Os dados brutos utilizados nas análises não possibilitam reconhecimento individual ou risco de problemas de confidencialidade. Todos os óbitos da população que vive nas cinco regiões nacionais foram considerados durante o período. Os dados sobre a mortalidade foram classificados conforme a causa do óbito (Classificação Internacional de Doenças – CID-10) e o local da ocorrência (hospital, domicílio, outras instituições de saúde — ILP, lar de idosos, *hospices* —, locais públicos, outros locais — que não sejam em ambientes hospitalares —, ou local desconhecido). Para a população idosa (>60 anos), considerou-se também o estado civil (casado, solteiro, separado, viúvo, entre outros).

A estatística descritiva foi aplicada para analisar a quantidade e o percentual de cada LDO e para demonstrar a progressão temporal durante o período analisado. As principais causas de óbito foram avaliadas e comparadas entre as regiões nacionais. Uma outra análise retrospectiva foi realizada na população idosa (≥ 60 anos), a fim de comparar a probabilidade de morrer em um hospital *versus* morrer na própria residência, considerando a exposição às variáveis dicotômicas das populações <60/ ≥ 60 anos, do sexo masculino/feminino e casado/não casado (solteiro, separado e viúvo). Aplicou-se uma análise de cálculo de *Odds Ratio* (OR) não ajustado para identificar essas condições e limitar essas influências para períodos recentes; foram considerados os óbitos que ocorreram nos últimos quatro anos (de 2010 a 2013). Para identificar as diferenças da distribuição entre hospital e

domicílio nessas condições de exposição às variáveis dicotômicas, o teste estatístico do χ^2 foi utilizado para comparar as regiões e a distribuição nacional. As análises estatísticas foram realizadas com os programas SPSS *Statistics* 20 (IBM Corporation) e Microsoft Excel (Microsoft Corporation). Considerou-se um nível de probabilidade de 5% ($p \leq 0,05$) para diferença estatística.

RESULTADOS

Durante o período investigado (de 2002 a 2013), houve um aumento de quase 23% no número total de óbitos (de 982.807 a 1.208.029 óbitos) na população brasileira, embora a extensão deste aumento tenha tido uma ampla variação entre as regiões. Ao comparar o início e o término deste período, o crescimento proporcional da quantidade de óbitos foi maior nas regiões Norte — aumento de 41% (de 50.330 a 70.952) — e Centro-Oeste — aumento de 35% (58.289 a 78.852) —, seguidas pelo Nordeste — aumento de 27% (248.980 a 314.961) — e Sul, com 22% (154.987 a 188.994). O Sudeste teve o maior número de ocorrências, mas o menor crescimento proporcional no final do período, com aumento de 18% na quantidade de óbitos (de 470.221 a 554.270 óbitos).

As principais causas de mortes no Brasil, durante o período analisado, foram doenças circulatórias (28%), neoplasias (15%), causas externas (13%) e doenças respiratórias (10%). Considerando as diferenças das causas de óbito entre as cinco regiões nacionais, causas externas foram a segunda principal causa nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, enquanto neoplasia foi a segunda principal causa no Sudeste e no Sul.

Local de óbito das populações brasileiras

O LDO mais frequente encontrado na sociedade brasileira foi o hospital, seguidos por óbitos em domicílios. Menos que 3% da distribuição nacional é relativa aos óbitos em outras instituições de saúde (Tabela 2). Locais públicos registraram 5,3% dos óbitos (intervalo de confiança de 95% [IC] 5,21–5,31); outros locais

Tabela 2 Percentual médio de óbitos em hospitais, domicílios e outras instituições de saúde em todas as regiões do Brasil (de 2002 a 2013).

Região	% de hospitais (IC95%)	% em domicílios (IC95%)	% de outras instituições de saúde (IC95%)
Norte	60,87 (60,02–61,72)	25,16 (24,08–26,24)	1,05 (1,12–0,98)
Nordeste	56,72 (55,39–58,05)	31,61 (29,91–33,31)	0,95 (0,83–1,07)
Centro-Oeste	68,38 (67,86–68,90)	18,95 (18,24–19,66)	1,36 (0,84–1,88)
Sudeste	72,11 (71,70–72,52)	15,87 (15,71–16,03)	4,85 (4,22–5,48)
Sul	68,01 (67,48–68,54)	21,38 (20,65–22,11)	1,66 (2,45–3,39)
Brasil	66,71 (66,24–67,18)	21,43 (20,75–22,11)	2,92 (2,54–3,31)

IC: Intervalo de confiança.

3,3% (IC95% 3,27–3,35); e casos com locais desconhecidos registraram menos de 0,37% (IC95% 0,26–0,47).

A quantidade de óbitos em hospitais aumentou de 646.874, em 2002, para 812.371, em 2013, mas a porcentagem proporcional permaneceu estável, com média de 66,7% (IC95% 66,23–67,17) de ocorrências de óbitos durante esse tempo. A quantidade de óbitos na própria residência também permaneceu relativamente estável durante o período inteiro (variando entre 222.915 e 240.132 óbitos), apesar da elevação no total de óbitos. Desse modo, o percentual proporcional de óbitos em casa teve uma queda progressiva de 23,5%, em 2002, para 19,8%, em 2013. Embora tenha ocorrido uma baixa proporção de óbitos totais, também houve um grande aumento no número de óbitos em outras instituições de saúde, de 14.979 (1,5%), em 2002, para 50.502 (4,2%), em 2013.

A região Sudeste teve a proporção mais elevada de óbitos em ambiente hospitalar e em outras instituições de saúde quando comparada com as outras regiões, mas o crescimento proporcional do número de óbitos nesta região foi relativamente inferior do que em outras regiões (Tabela 2).

Houve um aumento da quantidade de óbitos para a idade ≥60 anos, de 57 a 63% de todas as ocorrências (Gráfico 1), no período. As mortes em hospitais aumentaram de 66 a 70% durante o período para esta população. As mortes na própria residência tiveram uma queda de 29 para 23%, enquanto as mortes em outras instituições de saúde aumentaram de 1,5% para 4,3% (Gráfico 2).

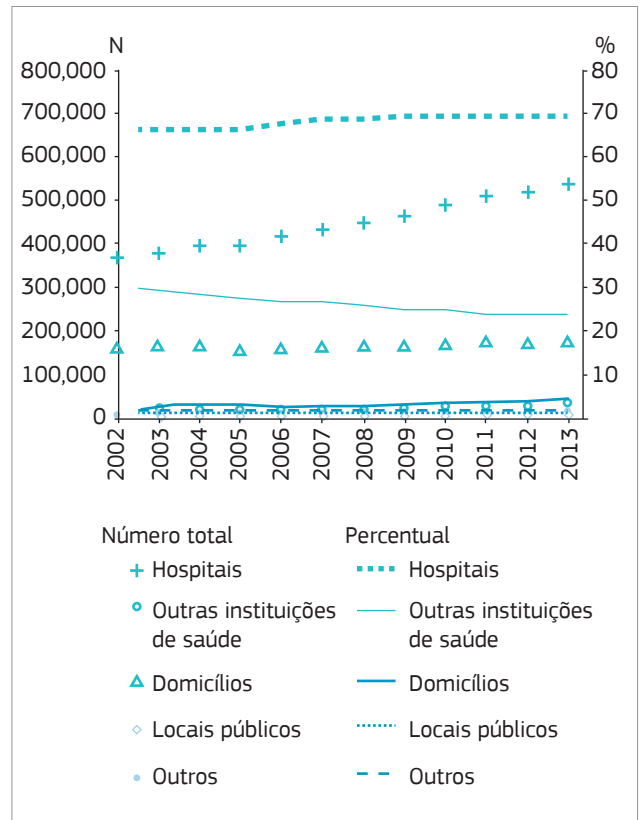


Gráfico 2 Número total e percentual de óbitos por local de ocorrência para a população idosa no Brasil (de 2002 a 2013).

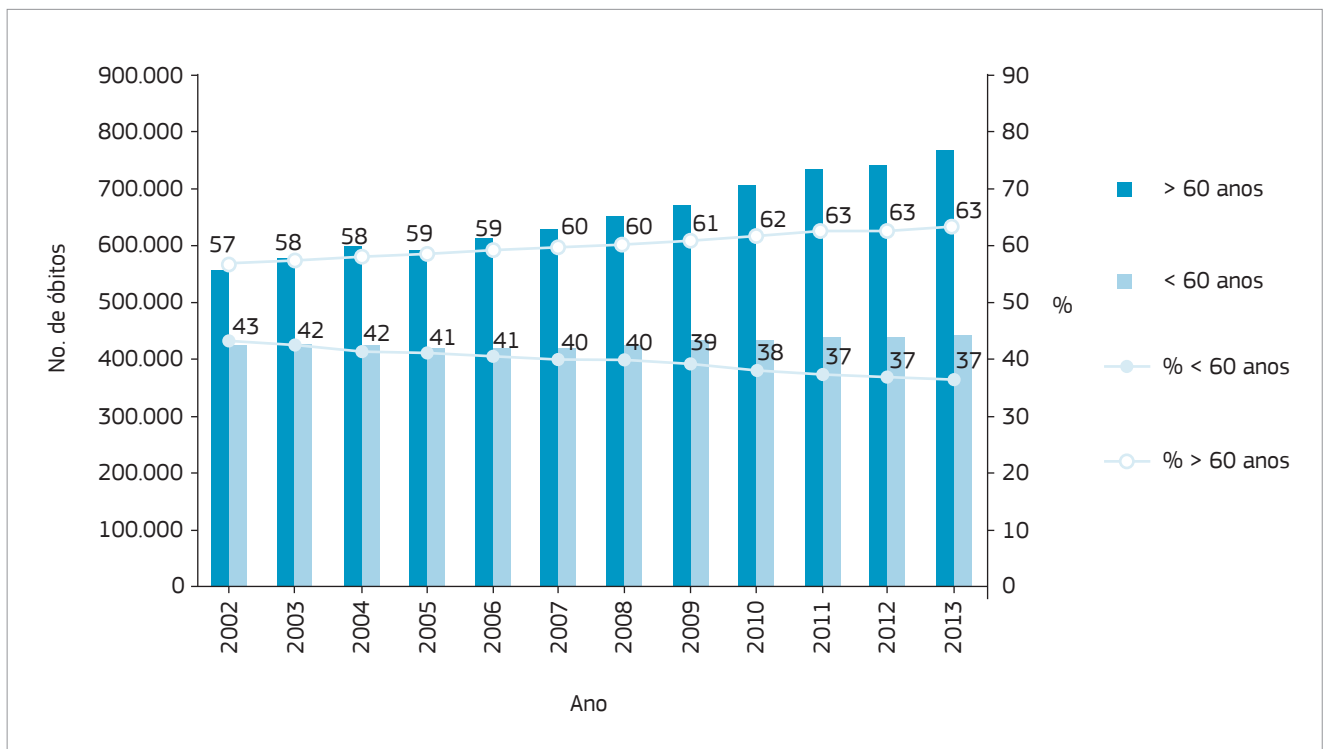


Gráfico 1 Número total e percentual de óbitos por idade (<60 e >60 anos) no Brasil (de 2002 a 2013).

Fatores associados com o local de óbito na população idosa

Uma comparação entre grupos etários (<60 ou ≥60 anos) identificou que pessoas mais jovens têm 60% maiores chances de morrerem em um hospital do que os idosos na população brasileira. A maior diferença foi encontrada nas regiões Norte e Nordeste, que eram estatisticamente diferentes da distribuição nacional, já que a diferença nestas regiões era pequena entre as faixas etárias (Tabela 3).

Para a população idosa, houve uma pequena diferença entre sexos na distribuição de LDO, sendo que as mulheres tinham uma probabilidade um pouco maior de morrer em hospitais quando

Tabela 3 Associação entre idade, sexo e estado civil com óbito em hospitais (*versus* em domicílios) e comparação da distribuição do Local de Óbito entre as regiões brasileiras (2010–2013).

Região	OR não ajustado de óbitos em hospitais (<i>versus</i> óbitos domiciliares)	Diferenças entre as regiões (em comparação com a distribuição nacional)
	Odds Ratio (IC95%)	Valor p (χ^2)
Influência da idade (< ou ≥60 anos) na distribuição do LDO		
Norte	2,10 (2,07–2,13)	0,000*
Nordeste	1,27 (1,26–1,28)	0,012*
Centro-Oeste	1,09 (1,07–1,10)	0,332
Sudeste	1,05 (1,05–1,06)	0,145
Sul	1,07 (1,06–1,08)	0,264
Brasil	1,61 (1,60–1,62)	
Influência do sexo (masculino ou feminino) na distribuição do LDO para a população ≥60 anos		
Norte	0,95 (0,92–0,97)	0,045*
Nordeste	0,96 (0,95–0,97)	0,003*
Centro-Oeste	0,86 (0,84–0,88)	0,284
Sudeste	0,96 (0,95 to 0,97)	0,125
Sul	0,97 (0,95–0,98)	0,711
Brasil	0,95 (0,94–0,95)	
Influência do estado civil (casado ou não casado) na distribuição do LDO para a população ≥60 anos		
Norte	1,28 (1,25–1,32)	0,056
Nordeste	1,29 (1,28–1,30)	0,002*
Centro-Oeste	1,27 (1,24–1,30)	0,463
Sudeste	1,26 (1,25–1,27)	0,107
Sul	1,27 (1,25–1,29)	0,598
Brasil	1,24 (1,24–1,25)	

*Diferença na probabilidade do χ^2 em comparação com a distribuição nacional do LDO.

OR: Odds Ratio; LDO: local de óbito; IC: intervalo de confiança.

comparadas aos homens nos dados nacionais. A maior diferença de sexos no LDO foi observada na região Centro-Oeste, na qual as mulheres tinham 14% maior probabilidade de morrerem em hospitais. Uma comparação entre as regiões brasileiras indicou que as regiões Norte e Nordeste foram estatisticamente diferentes da distribuição nacional, com percentuais de óbitos mais altos em domicílios para ambos os sexos (Tabela 3).

Comparou-se a influência de viver em uma relação conjugal no momento do óbito entre a população idosa solteira, separada e viúva. Pessoas casadas com mais de 60 anos têm 25 a 29% de chances maiores de morrerem em ambientes hospitalares do que na própria residência. Encontrou-se uma diferença estatística na distribuição nacional apenas para a região Nordeste (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A maioria dos óbitos na sociedade brasileira ocorrem em hospitais (67%) e nos domicílios (21%). Na realidade, de 2002 a 2013, as mortes em hospitais da população geral aumentaram 25%, e 45% para aqueles maiores de 60 anos. Embora 42% da população nacional esteja concentrada no Sudeste, esta região apresentou um crescimento proporcional menor da quantidade de óbitos quando comparada com outras regiões.¹¹ Enquanto o desenvolvimento social e a renda nacional aumentaram durante as décadas recentes, o Brasil ainda possui uma alta disparidade social de acesso à saúde entre as regiões. Essa circunstância poderia explicar algumas das diferenças referentes à distribuição do LDO entre as regiões encontradas no atual estudo, apesar do tamanho proporcional da população e do crescimento da quantidade de óbitos.^{11–13}

Taxas mais elevadas de mortes em domicílios não refletem necessariamente o melhor acesso aos cuidados de saúde, principalmente em localidades de baixa e média renda, nas quais o acesso ao sistema de saúde e aos recursos costumam ser limitados. No Brasil, por exemplo, as regiões Norte e Nordeste têm percentuais maiores de mortes em domicílios, porém apresentam Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e renda *per capita* inferiores.¹³ O Sul e o Sudeste, que são regiões com taxas mais elevadas nestes aspectos, têm uma proporção maior de óbitos em ambiente hospitalar e uma crescente, mas limitada, taxa de mortes em outras instituições de saúde, principalmente no Sudeste. Desse modo, neste contexto social e cultural, a morte em domicílio pode ser considerada um desfecho negativo.

Embora o óbito em domicílio tenha sido amplamente relatado como o LDO preferido pela maioria da população em diversos países, há informações limitadas a respeito desta preferência no contexto brasileiro.^{3,5,8} Uma análise mais aprofundada é necessária para investigar as preferências do LDO e o acesso em diferentes condições culturais, econômicas e de desenvolvimento social.

As principais causas de óbitos no Brasil, durante o período analisado, foram doenças circulatórias e neoplasias. Embora tenha sido observado envelhecimento populacional no Brasil, com frequências elevadas de óbito daqueles com idades ≥ 60 anos, as causas externas de óbito ainda são maiores em algumas regiões e podem estar associadas ao baixo desenvolvimento social. No Norte, Nordeste e Centro-Oeste, causas externas de óbito foram a segunda principal causa de óbito na população geral, sendo principalmente associadas com lesões por acidentes de trânsito e violências.¹⁴ Estudos realizados em outros países encontraram que pacientes com câncer têm maior probabilidade de morrerem em suas residências do que aqueles sem câncer.³ Uma comparação da distribuição do LDO por causa de óbito não foi avaliada neste estudo; portanto, mais investigações são necessárias para analisar tais associações no contexto brasileiro.

Estudos transnacionais anteriores encontraram alta variabilidade no LDO, embora os hospitais continuem sendo o LDO mais comuns em diversos países. Broad et al.² revisaram a distribuição de óbitos em instituições hospitalares e ILP em 36 nações e encontraram um percentual médio de 54% (46–60%) em hospitais, 12% (0–20%) em ILP e 32% (26–38%) em outros locais (inclusive nos domicílios). O Grupo Europeu Multidisciplinar e Intersetorial de Treinamento de Pesquisa sobre Cuidados Paliativos (Euroimpact) investigou a população identificada com necessidade de cuidados paliativos em 14 países e encontrou que a distribuição de óbitos em hospitais variou entre 28 e 85% e em domicílios, de 13 a 53%. Essa variação da distribuição se atribui à grande variação dos serviços de cuidados paliativos e de ILP nesses países.³ Em comparação com o estudo atual, o Brasil possui uma das taxas mais elevadas de óbito em hospitais, quando comparado a outros países. Tais tendências parecem ter aumentado, já que o desenvolvimento social e o acesso ao tratamento médico foram aprimorados, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, nas quais as frequências de óbitos no hospital estão aumentando nessas regiões, apesar de suas altas taxas de óbitos em domicílios.

A morte em ambiente hospitalar ainda é predominante, mas muitos países tentaram diminuir esta taxa através de políticas específicas para o final da vida para aprimorar a qualidade de morte e diminuir os custos envolvidos. Desde os anos 1980, os países economicamente desenvolvidos relatam uma queda nos óbitos hospitalares devido ao câncer e a outras causas. Essas mortes não se correlacionaram com o número elevado de mortes em domicílios, mas sim com um aumento no número de leitos disponíveis em ILP especializadas.^{6,15} Na Inglaterra, o percentual de óbitos em domicílios aumentou de 18,4 para 20,8%, de 2004 até 2010, embora o número total de óbitos tenha diminuído em 3,8%.^{5,16} A Suécia realizou uma reforma no seu sistema de saúde para pessoas idosas em 1992, e as mortes em hospitais reduziram

em 54,5% e as mortes fora dos hospitais aumentaram 150% nos anos seguintes.⁶

Em geral, as mudanças no LDO estão relacionadas às mudanças nas políticas do cuidado no fim da vida, incluindo o aumento do acesso a diferentes serviços de saúde, tais como atenção domiciliar, serviços de cuidados paliativos, *hospices* e ILP. Pesquisas futuras sobre este tópico poderiam explorar as políticas econômicas e de saúde que influenciam a distribuição do LDO e o papel dos aspectos culturais neste contexto. Além disso, as políticas de saúde pública brasileiras devem considerar a atual estrutura de seu sistema de saúde e avaliar a sustentabilidade financeira e estrutural do tratamento focado nos hospitais para as condições em final da vida.

Local de óbito das populações brasileiras idosas

O envelhecimento populacional resulta em um aumento do número de óbitos em idades avançadas e, conforme observado, isso ainda está em processo no Brasil. Quando comparado a outras nações, as taxas de óbito em hospitais para os idosos parecem ter sido maiores do que aquelas relatadas por estudos em diferentes países. No entanto, apesar dessas taxas superiores, as pessoas mais idosas têm maiores chances de morrerem fora do hospital, que, no contexto brasileiro, se limitam às ocorrências em domicílios, já que as taxas de óbito em outras instituições de saúde são baixas (4%), quando comparadas a outros países cujas frequências estão ao redor de 14 a 29%.² Estudos em outros países também identificaram esta maior probabilidade de óbito fora do hospital das pessoas mais idosas.^{2,6,15}

Óbitos de idosos estão mais comumente associados com DCNT, o que resulta em um processo prolongado de cuidados de saúde e de progressão da doença. Essas tendências populacionais no Brasil enfatizam um problema de saúde crescente, com desafios econômicos e sociais importantes para pessoas, as famílias e para as sociedades. A qualidade de morrer e da manutenção da qualidade de vida para aquelas pessoas identificadas com um processo de terminalidade e para seus cuidadores requer atenção dos formadores de políticas e profissionais de saúde.^{11,17}

Neste estudo, em função da frequência de outros locais não ter sido relevante, o paradigma dicotômico entre as ocorrências hospitalares e nos domicílios no contexto brasileiro foi utilizado na análise da associação. Os fatores de exposição para as condições de ter mais ou menos de 60 anos, sexo feminino ou masculino e casado ou não casado foram definidos após a coleta de dados. Uma análise de OR não ajustado foi aplicada levando-se em conta o formato das informações disponíveis acessadas no banco de dados nacional, embora esta abordagem limite a possibilidade de explorar os cofatores confundidores que possam influenciar a distribuição do LDO. Sessenta anos foi definido como ponte de corte para os grupos etários devido o banco de dados nacional sobre mortalidade dividir os dados de idades por décadas.

Embora a diferença no LDO tenha sido pequena entre os sexos para idosos, essa chance mais elevada de as mulheres morrerem em hospitais do que os homens se deve provavelmente à maior expectativa de vida e ao maior número de mulheres idosas. Além disso, encontrou-se que as mulheres são frequentemente as principais cuidadoras de idosos, então pode ser mais difícil manter mulheres idosas e viúvas em suas residências nos estágios finais de vida.

Estudos europeus encontraram que os homens têm maior probabilidade de morrerem em hospitais do que as mulheres.^{6,16} Broad et al.² encontraram que as mulheres possuem um percentual mais alto de óbitos ocorridos em ILP em uma comparação transnacional. No Reino Unido, há mais mulheres na faixa etária mais avançada do que homens, e muitas delas vivem sozinhas. Em 2007, para a idade de 75 anos, 61% das mulheres viviam sozinhas, contra 34% para os homens, o que é explicado pela maior expectativa de vida das mulheres.¹⁵

Estudos relatam que as pessoas escolheriam morrer em suas residências se houvesse disponível uma ajuda profissional, embora esta preferência possa ser influenciada por muitos fatores. A principal razão relatada de ficar na residência foi poder passar mais tempo com os familiares, e a razão de ficar em hospitais foi a preocupação de sobrecarregar a família e o quão apropriado seriam os cuidados fornecidos por estes. Independentemente do local em que as pessoas preferem passar seus últimos dias, alguns aspectos importantes dos cuidados no fim da vida incluem: o bom alívio dos sintomas, a privacidade adequada, não deixar a pessoa sozinha e estimular os familiares a permanecerem o mais próximo possível.^{2,6} Na sociedade brasileira, pessoas idosas casadas tinham maior probabilidade de morrerem em um hospital em comparação àquelas que não eram casadas. Uma hipótese seria a de que pessoas casadas têm maior probabilidade de serem levadas para um hospital, mas é necessário maior aprofundamento nesses resultados.

Políticas de saúde brasileiras e a distribuição do local de óbito

Durante as últimas duas décadas, houveram grandes avanços no acesso ao sistema de saúde no Brasil, que têm sido relacionados à uma redução no número de hospitalizações, especialmente devido a doenças crônicas.¹¹ Apesar disso, atualmente, o sistema público de saúde brasileiro não oferece opções complementares fora dos ambientes hospitalares para a população com condições limitantes de vida. Além disso, os óbitos em casa foram inferiores quando comparados a outros países, o que pode refletir a falta de um suporte adequado para pessoas em seus domicílios.

Para a população geral, houve um aumento dos óbitos em outras instituições de saúde (como ILP e *hospices*), mas ainda são modestos na sociedade brasileira (<3%). Nos últimos anos, uma alternativa à hospitalização promovida pelo setor público

para pacientes com doença em estágio avançado é o programa de atenção domiciliar. Em 2006, uma política nacional de saúde estabeleceu, primeiramente, o acesso ao cuidado domiciliar no sistema de saúde público universal, embora o plano sistemático tenha sido implementado apenas em 2013.^{18,19} Essa assistência profissional incluiu o suporte nos cuidados paliativos e pode, eventualmente, ter impacto na distribuição do LDO nos próximos anos.

No Brasil, o acesso à *hospices* ou serviços estruturados de cuidados paliativos se limita a instituições altamente especializadas de câncer ou em instituições privadas.²⁰ O suporte oferecido aos pacientes com condições oncológicas foi estabelecido através de políticas nacionais de saúde, tais como o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos e a Política Nacional de Atenção Oncológica.^{21,22} Tais políticas podem ter influenciado o processo de morrer para esta população, possibilitando que mais mortes ocorressem em ambiente domiciliar, com suporte profissional. No entanto, estudos complementares são necessários para diferenciar o LDO e o acesso a serviços de cuidados paliativos para as diferentes doenças.

Apesar dessas iniciativas, os cuidados paliativos não são amplamente acessíveis à população geral, principalmente no sistema público de saúde brasileiro.²⁰ Um importante aspecto do fornecimento de cuidados paliativos é a abordagem preventiva e de planejamento, o que inclui refletir sobre o local para o suporte adequado. Uma importante preocupação sobre morrer em um hospital é a prevalência de internações inadequadas ou tratamentos agressivos, os quais poderiam ser evitados com um suporte paliativo adequado.³ Levando-se em conta as elevadas taxas de óbitos em hospitais no Brasil e a crescente carga de DCNT no sistema de saúde, os cuidados paliativos devem ser abordados como uma necessidade de saúde pública e deveriam ser incluídos na assistência dos hospitais gerais a fim de oferecer suporte adequado no fim da vida para além das condições oncológicas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o aumento dos cuidados paliativos em todos os níveis de assistência em saúde para todos os países-membros, com uma abordagem de saúde pública focada na atenção primária, comunidade e serviços domiciliares.²³

Este estudo oferece uma visão geral da população com relação à distribuição do LDO em um país de média renda, preenchendo a lacuna existente nas pesquisas sobre este assunto. No entanto, sua análise é limitada a alguns fatores associados com alocações de distribuição dos LDO, portanto mais pesquisas são necessárias. Outra limitação metodológica deste estudo é a impossibilidade de controlar a qualidade dos dados utilizados. Apesar disso, este estudo se fundamenta em uma base de dados oficial do governo brasileiro. Algumas diferenças regionais no total de óbitos podem ser afetadas por diversos fatores, tais como taxas de nascimento, imigração e emigração entre as regiões nacionais, embora não

seja possível realizar uma confirmação neste estudo. Além disso, é necessária uma abordagem analítica específica para identificar a alocação de óbitos associada com as necessidades de cuidado paliativo e com os grupos de doença específicos neste contexto.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram predominância de óbitos em hospitais na sociedade brasileira, com frequências mais elevadas de mortes em hospital do que aquelas obtidas em outros países. Houve diminuição de mortes em domicílios, apesar do elevado número de óbitos em idades avançadas; o que se difere do que foi apresentado por muitos países em que os cuidados paliativos são mais acessíveis. Houve um número bem limitado de óbitos em outras instituições de saúde, o que indica que este ambiente não é comum ou não é acessível para a maioria da população.

Houve uma grande disparidade no LDO entre as regiões brasileiras. As regiões com baixo IDH e renda *per capita* possuem

taxas de óbitos mais elevadas em domicílios, o que indica que esses óbitos podem não ter o suporte para um cuidado de saúde adequado. Nos idosos, houve uma pequena diferença no LDO entre os sexos, e estar casado foi associado com uma chance elevada de morrer em ambientes hospitalares. Considerando esses resultados, mais investigações são necessárias para avaliar os aspectos sociais e culturais relacionados com as preferências de LDO neste contexto. Em adição, para oferecer uma melhor assistência de saúde, o sistema brasileiro de saúde deve considerar a implementação de políticas de saúde específicas para assistir as condições em fase final de vida e de cuidados paliativos, principalmente em hospitais e em ambientes domiciliares.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Este trabalho recebeu auxílio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do Brasil, sob número de aprovação 99999.006459/2015-03.

REFERÊNCIAS

- Laprega MR, Manço ARX. Tendência histórica da invasão de óbitos em município da Região Sul do Brasil: período de 1936 a 1982. *Cad Saúde Pública*. 1999;15:513-9.
- Broad J, Gott M, Kim H, Boyd M, Chen H, Connolly M. Where do people die? An international comparison of the percentage of deaths occurring in hospital and residential aged care settings in 45 populations, using published and available statistics. *Int J Public Health*. 2013;58(2):257-67.
- Pivodic L, Pardon K, Morin L, Addington-Hall J, Miccinesi G, Cardenas-Turanzas M, et al. Place of death in the population dying from diseases indicative of palliative care need: a cross-national population-level study in 14 countries. *J Epidemiol Comm Health*. 2015.
- World Health Organization. Palliative care for older people: better practices. In: Hall S, Petkova H, Tsouros AD, Costantini M, Higginson IJ, editors. Geneva: WHO; 2011.
- Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliative Care*. 2013;12(1):7.
- Åhsberg E. Changes in place of death among elderly in Sweden. Danish National Centre for Social Research (SFI). Transforming elderly care at local, national and transnational levels. Copenhagen. 2008.
- Muramatsu N, Hoyem RL, Yin H, Campbell RT. Place of death among older Americans: does state spending on home- and community-based services promote home death? *Medical Care*. 2008;46(8):829-38.
- Marcucci FCI, Cabrera MAS. Death in hospital and at home: population and health policy influences in Londrina, state of Paraná, Brazil (1996-2010). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20:833-40.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde com transparência. 2015 [cited 2016 Feb. 22]. Available from: <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2015 [cited 2016 Mar. 03]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/>
- Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PdF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Affairs*. 2010;29(12):2149-60.
- Brasil. Ministério da Saúde. TABNET – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). 2015 [cited 2015 Dec. 10]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/>
- United Nations Development Programme. Atlas of Human Development in Brazil 2013. 2013 [cited 2015 Sep. 9]. Available from: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/en/>
- Souza ER, Lima MLC. The panorama of urban violence in Brazil and its capitals. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11:363-73.
- National End of Life Care Intelligence Network. Deaths in older adults in England. United Kingdom: NHS (National Health Service); October 2010.
- National End of Life Care Intelligence Network. What do we know now that we didn't know a year ago? United Kingdom: NHS (National Health Service); 2012.
- Van den Block L, Albers G, Pereira S, Onwuteaka-Philipsen B, Pasman R, Deliens L. Palliative care for older people: a public health perspective. Oxford, UK: Oxford University Press; 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. Brasília: D.O.U.; 20 Oct 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.208, de 18 de junho de 2013. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Brasília: D.O.U.; 19 jun 2013.
- Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, et al. Atlas of palliative care in Latin America – ALCP. Houston, TX (USA): IAHPIC Press; 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 19/GM, de 3 de janeiro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Brasília: D.O.U.; 8 jan 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: D.O.U.; 9 dez 2005.
- World Health Organization. Sixty-seventh World Health Assembly, 134th session. A67/31 Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. WHO: Geneva; 2014 [cited 2016 Mar. 25]. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_31-en.pdf