

## Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional

Profile of the elderly population in two poor municipalities in North and Northeast Brazil: the results of a cross-sectional population-based survey

Juraci A. Cesar <sup>1,2</sup>  
 Joel A. Oliveira-Filho <sup>1</sup>  
 Grasielle Bess <sup>1</sup>  
 Rafael Cegielka <sup>1</sup>  
 Joel Machado <sup>1</sup>  
 Tatiane S. Gonçalves <sup>3</sup>  
 Nelson A. Neumann <sup>4</sup>

### Abstract

*This study aimed to determine the profile of the elderly population ( $\geq 60$  years) in two poor municipalities in North and Northeast Brazil in 2005. Using a cross-sectional survey with a systematic sample, previously trained interviewers applied a standard household questionnaire on demographic characteristics, socioeconomic status, household conditions, physical activity, immunization status, health problems, and expenditures on medicines. Of the total sample ( $n = 1,013$ ), 528 lived in Caracol, Piauí State, and 478 in Garrafão do Norte, Pará State. 56% were 60-69 years old, 10% lived alone, 69% were illiterate, 8% had a family income less than the minimum wage, 24% of the households had a flush toilet, 60% had a radio, television, and refrigerator, 88% reported at least one chronic disease, 47% had to purchase all their medicines out-of-pocket, 84% had received influenza vaccination, and 90% were able to perform normal activities of daily living. Elderly people included in this study showed poor household conditions, inadequate access to health care, and high levels of morbidity.*

*Health of the Elderly; Aging; Socioeconomic Factors*

### Introdução

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, sobretudo nos países em desenvolvimento. Nesses países, a população idosa cresce vertiginosamente, resultado da queda nas taxas de fecundidade, mortalidade infantil e, também, da mortalidade nas idades mais avançadas <sup>1</sup>. No Brasil, a população idosa cresceu 36% na última década <sup>2,3,4,5</sup>. Atualmente somam 18 milhões, o que corresponde a 10% de toda a população <sup>6</sup>. Estima-se que em 2025 supere a casa dos 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais de idade, tornando o Brasil o sexto país com o maior número de idosos em todo o mundo <sup>7</sup>.

Apesar do crescente interesse pelo bem-estar do idoso, estudos representativos sobre esta população são escassos no Brasil, sobretudo em municípios de pequeno porte. Excetuando-se Bambuí, Minas Gerais, onde uma coorte de idosos foi constituída em 1997 e, desde então, sete acompanhamentos já foram realizados, não se encontrou um único estudo representativo sobre essa população em municípios com esse perfil <sup>8</sup>. O conhecimento das condições de sobrevivência dessa população nesses locais, na maioria das vezes muito distantes dos grandes centros urbanos e com enormes carências em infra-estrutura básica, pode contribuir para o estabelecimento de programas que possibilitem conceder-lhes melhor educação em saúde e assistência preventiva

<sup>1</sup> Departamento Materno-Infantil, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Brasil.

<sup>2</sup> Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

<sup>3</sup> Secretaria de Assistência Social, Prefeitura Municipal de Paulo Afonso, Paulo Afonso, Brasil.

<sup>4</sup> Coordenação Nacional, Pastoral da Criança, Curitiba, Brasil.

#### Correspondência

J. A. Cesar  
 Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas,  
 Rua Marechal Deodoro 1100,  
 sala 313, Pelotas, RS  
 96020-220, Brasil  
 jacesar@terra.com.br

e curativa e, conseqüentemente, melhorar sua qualidade de vida.

A Pastoral da Pessoa Idosa (ou Pastoral do Idoso) foi criada em 2004 pela Confederação Nacional dos Bispos do Brasil, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de pessoas com 60 anos ou mais de idade por meio da promoção de ações junto às famílias e à comunidade. Para tanto, líderes voluntários visitam, em média, 10-12 idosos a cada mês em seus domicílios oferecendo cuidados básicos em saúde, educação e integrando-os a famílias e à comunidade. Durante essas visitas, os líderes utilizam um questionário denominado *Folha de Acompanhamento Domiciliar do Idoso* (FADI), que é posteriormente enviado à coordenação nacional para abastecer o Sistema de Informação da Pastoral do Idoso (SIPI). No primeiro trimestre de 2007, a Pastoral do Idoso contava com 9.158 líderes, em 23 estados brasileiros, acompanhando mensalmente 82.367 idosos<sup>9</sup>.

Em virtude da implantação da Pastoral do Idoso nesses pequenos municípios decidiu-se por realizar, como linha de base, o presente estudo em dois deles, sendo um na Região Norte e outro na Região Nordeste do Brasil. O objetivo era determinar o perfil de pessoas com 60 anos ou mais de idade ali residentes. Os resultados desse estudo são apresentados neste artigo.

## Metodologia

O presente estudo foi conduzido nos municípios de Caracol, Estado do Piauí, e Garrafão do Norte, Estado do Pará. Caracol localiza-se na região sul do estado e dista cerca de 650km da capital Teresina, enquanto Garrafão do Norte está situado na região norte, próximo à divisa com o Maranhão, a uma distância aproximada de 280km de Belém. A Tabela 1 resume alguns dos principais indicadores desses municípios.

Foram incluídas neste estudo todas as pessoas com 60 anos ou mais de idade residentes nos domicílios visitados. Utilizou-se delineamento transversal pelo fato de ser o mais apropriado para medir diversas exposições e desfechos de forma simultânea, rápida e a um custo relativamente baixo<sup>10</sup>.

A coleta de informações foi realizada com base em dois questionários padronizados e previamente testados. Um desses questionários buscava informações sobre o idoso e o outro sobre sua família. Sempre que possível tentou-se aplicá-los diretamente ao idoso. No caso de este encontrar-se impossibilitado de responder, eram aplicados à pessoa que lhe prestava cuidados. No questionário sobre a sua família investigou-se o

número de moradores no domicílio, condições de habitação e saneamento, presença de equipamentos domésticos, renda familiar, recebimento de aposentadoria e de auxílio de programas governamentais. No questionário sobre o idoso inquiriu-se sobre suas características demográficas, grau de escolaridade, se vivia sozinho ou acompanhado, atividades físicas realizadas nas últimas quatro semanas, recebimento de vacinas contra gripe, habilidade para realizar algumas tarefas de rotina no domicílio, ocorrência de quedas e fraturas, se portador de alguma doença ou problema de saúde, se consumia algum medicamento, gastos com medicamentos e se recebia aposentadoria.

Seis candidatos com nível superior completo foram selecionados e treinados durante cinco dias úteis. Quatro deles foram escolhidos para realizar entrevistas e os outros mantidos como suplentes para eventuais substituições. A coordenadora (T. S. G.) já havia sido previamente definida em virtude de sua ampla experiência neste tipo de trabalho. O estudo-piloto foi realizado na periferia de Aracaju, Sergipe, e teve por objetivo testar a aplicabilidade e adequação das perguntas, familiarizar o entrevistador com o questionário e tentar reproduzir as mesmas condições em que o entrevistador iria atuar.

As estimativas para este estudo foram feitas com base no nível de significância de 95%, exposição variando de 15% a 40%, poder de 80% e erro máximo de 3,6 pontos percentuais. Baseando-se nesses parâmetros, este estudo deveria incluir pelo menos 739 idosos.

Tomando por base os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), visitando 50% dos domicílios em Caracol e 33% em Garrafão do Norte seria possível obter, respectivamente, 370 e 390 idosos, número suficiente para alcançar o tamanho mínimo de amostra desejado.

A coleta de dados em cada um desses municípios foi realizada em cerca de oito semanas, entre os meses de maio e setembro de 2005. Ao final de cada dia de trabalho, cada entrevistador revisava os questionários aplicados e os entregava ao coordenador para revisão inicial e envio à Universidade Federal do Rio Grande (Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil), para codificação das questões abertas, revisão final e digitação.

O controle de qualidade dessas entrevistas foi feito pela coordenadora do estudo e consistiu na revisão imediata dos questionários e repetição de cerca de 10% das entrevistas ou de partes dela. Essas entrevistas foram escolhidas de forma aleatória ou quando alguma informação parecia destoante em relação às demais.

Os dados foram duplamente digitados, comparados e corrigidos usando-se o programa Epi

Tabela 1

Principais indicadores dos municípios do estudo.

Indicadores	Caracol/PI	Garrafão do Norte/PA
População total em 2004	9.061	25.739
População com 60 anos ou mais de idade	743	1.193
Grau de urbanização (%)	37,5	29,0
Taxa de analfabetismo (%)	42,1	41,7
Domicílios com abastecimento de água (%)	43,0	8,8
Domicílios conectados à rede de esgoto (%)	14,2	0,2
Proporção de partos domiciliares (%)	7,5	36,0
Coefficiente de mortalidade infantil (por 1.000)	32,3	30,5
Mortalidade por causas mal definidas (%)	15,8	69,7
Cobertura do Programa Saúde da Família (%)	77,0	0,0
Postos de saúde	1	1
Pronto-atendimento/Leitos disponíveis	1/32	0/0

Fonte: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Indicadores básicos de saúde: Indicadores municipais – 2004 (<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/indicadores/para/GARRAFAO%20DO%20NORTE.pdf> e <http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/indicadores/piaui/CARACOL.pdf>, acessados em 09/Abr/2007).

Info versão 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). A análise de consistência, categorização de variáveis, obtenção da listagem de frequências e avaliação das diferenças entre os municípios foram realizadas utilizando-se o pacote estatístico Stata versão 9.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

## Resultados

Nos 3.405 domicílios visitados nos dois municípios foram identificadas 1.041 pessoas com 60 anos ou mais de idade, sendo 533 em Caracol e 498 em Garrafão do Norte. Desse total, foram obtidas informações sobre 1.023 deles, totalizando 1,7% de perdas, sendo de 1% em Caracol e 2,6% em Garrafão do Norte.

Oitenta e oito por cento dos questionários foram respondidos pelo próprio idoso, sendo este percentual ligeiramente maior em Caracol (90%) do que em Garrafão do Norte (85%). Essa diferença foi estatisticamente significativa ( $p = 0,032$ ).

A Tabela 2 refere-se às características demográficas e condições sócio-econômicas da população estudada. A maioria dos idosos residia em área urbana, era do sexo masculino, possuía entre 60 e 69 anos, era de cor da pele parda, casado ou vivia junto com companheiro/a. Todas essas categorias ocorreram em maior porcentual no Município de Caracol, sendo essas diferenças estatisticamente significativas. Chama a atenção o fato de, em Garrafão do Norte, haver cerca de

duas vezes mais indivíduos com 80 anos ou mais de idade, de cor da pele preta, solteiros e vivendo sozinhos em relação a Caracol. Cerca de 70% dos idosos amostrados não sabiam ler nem escrever e somente 10% possuíam quatro anos ou mais de escolaridade. Em relação à renda familiar, verificou-se que esta era ligeiramente melhor entre idosos residentes no Município de Garrafão do Norte. No entanto, 8% de todas as famílias possuíam renda inferior a 1 salário mínimo mensal, sendo esta proporção 42% maior em Caracol do que em Garrafão do Norte. Nove em cada dez entrevistados estavam recebendo aposentadoria em ambos os municípios, em geral equivalente a 1 salário mínimo mensal (Tabela 2).

A Tabela 3 mostra que praticamente todos os idosos eram proprietários de suas moradias, dois terços residiam em casa construída de tijolos com piso de cimento. Essas moradias possuíam, em média, seis compartimentos e dois quartos de dormir; somente 25% dos domicílios possuíam água encanada e 60% consumiam água proveniente de cisterna ou poço na comunidade, sendo isto mais comum no Município de Caracol. Sanitário com descarga foi identificado em apenas um quarto de todos os domicílios estudados. Cerca de 30% não possuíam qualquer tipo de sanitário, sendo este percentual significativamente maior em Garrafão do Norte. Praticamente nenhum domicílio estava conectado à rede de esgotos nesses municípios, enquanto que 85% estavam ligados à rede de energia elétrica. Praticamente metade dos domicílios era assistida por

Tabela 2

Características demográficas e condições sócio-econômicas de pessoas com 60 anos ou mais de idade residentes em dois municípios brasileiros, 2005.

Características	Caracol/PI (%)	Garrafão do Norte/PA (%)	Total (%)
Área de residência (p = 0,006)			
Urbana	58,7	50,1	54,6
Rural	41,3	49,9	45,4
Sexo (p = 0,002)			
Masculino	67,4	57,9	62,9
Feminino	32,6	42,1	32,1
Cor da pele (p = 0,000)			
Branca	16,3	16,3	16,3
Parda	78,0	69,1	73,7
Preta	5,7	14,6	10,0
Grupos de idades em anos (p = 0,000)			
60-69	59,3	52,6	56,1
70-79	30,9	28,9	29,9
80 ou mais	9,8	18,6	14,0
Média (desvio-padrão)	69,3 (7,3)	71,0 (8,3)	70,1 (7,8)
Estado civil (p = 0,004)			
Solteiro	2,3	6,2	4,1
Casado/Vive junto	68,0	64,3	66,2
Viúvo	22,3	24,7	23,5
Desquitado/Divorciado	7,4	4,7	6,10
Com quem mora (p = 0,001)			
Sozinho	7,6	12,2	9,8
Somente com a esposa	14,2	20,2	17,1
Com outros familiares	78,2	67,6	73,1
Número de moradores no domicílio			
Média (desvio-padrão)	4,2 (2,5)	3,5 (2,1)	3,8 (2,3)
Escolaridade em anos completos (p = 0,000)			
Nenhuma	65,4	73,6	69,3
1-3	24,0	12,8	18,7
4 ou mais	10,6	13,6	12,0
Média (desvio-padrão)	1,0 (2,0)	1,0 (2,3)	1,0 (2,1)
Renda familiar em salários mínimos mensais (p = 0,014)			
Menos de 1	9,4	6,6	8,0
1-1,9	38,7	32,0	35,4
2-2,9	35,2	39,4	37,2
3 ou mais	16,7	22,1	19,3
Média (desvio-padrão)	2,2 (1,9)	2,5 (2,4)	2,3 (2,1)
Recebem aposentadoria (p = 0,035)			
	89,2	93,0	91,0
<b>Total</b>	100,0 (528)	100,0 (485)	100,0 (1.013)

algum programa governamental, sendo mais comum o Vale Gás (21%), seguido pelo Bolsa Escola (16%) e pelo Bolsa Família (10%).

A Tabela 4 mostra que 88% afirmaram sofrer de pelo menos uma doença ou problema de saúde, enquanto um terço disse sofrer três ou mais. Dentre os que sofriam de algum problema de saúde, dois terços tomavam remédio para pe-

lo menos um destes problemas, enquanto cerca de 10% tomavam remédio para três ou mais deles. Para aqueles que tomavam algum tipo de medicamento, praticamente metade tinha de comprá-los, enquanto cerca de 30% os recebiam gratuitamente. Dentre os que compravam medicamentos, cerca de 80% gastaram menos de um quarto do salário mínimo mensal e 7% pelo me-

Tabela 3

Condições de habitação e saneamento para pessoas com 60 anos ou mais de idade residentes em dois municípios brasileiros, 2005.

Características	Caracol/PI (%)	Garrafão do Norte/PA (%)	Total (%)
Tipo de construção da moradia (p = 0,000)			
Tijolos	34,8	95,5	63,9
Madeira	34,5	0,2	18,1
Taipa	19,5	3,3	11,7
Outro	11,2	1,0	6,3
Reside em casa própria (p = 0,097)	95,1	95,6	93,9
Tipo de piso do domicílio (p = 0,000)			
Cerâmica	8,1	17,1	12,4
Cimento	77,5	61,4	69,8
Chão/Terra batida	14,4	21,4	17,8
Número de cômodos			
No domicílio: média (desvio-padrão)	5,3 (2,0)	6,2 (2,3)	5,7 (2,2)
Usados para dormir: média (desvio-padrão)	2,1 (1,0)	2,2 (1,0)	2,2 (1,0)
Tem água encanada (p = 0,001)			
Sim, dentro de casa	25,4	23,3	24,4
Sim, no pátio	21,2	13,4	17,5
Não	53,4	63,3	58,1
Origem da água usada para beber (p = 0,000)			
Rede pública	31,2	1,0	16,8
Cisterna/Poço	65,1	54,6	60,1
Rio/Lago/Lagoa/Açude	31,2	44,3	23,1
Tipo de sanitário (p = 0,000)			
Com descarga	20,1	28,2	24,0
Sem descarga	15,3	29,3	22,0
Casinha/Fossa negra	40,1	9,5	25,5
Não tem	24,4	33,0	28,5
Domicílio conectado à rede de esgotos (p = 0,013)	0,2	1,6	0,9
Possui energia elétrica no domicílio (p = 0,000)	90,0	81,4	85,9
Posse de eletrodomésticos			
Rádio (p = 0,000)	55,1	69,1	61,8
Televisão (p = 0,001)	68,6	58,8	63,9
Geladeira (p = 0,000)	66,7	52,0	59,6
Fogão a gás (p = 0,022)	89,0	84,1	86,7
Fogão a lenha (p = 0,000)	27,1	63,3	44,4
Se tem carro ou moto no domicílio (p = 0,029)			
Nenhum dos dois	85,2	82,9	84,1
Somente carro	3,2	6,6	4,8
Somente moto	11,0	9,1	10,1
Carro e moto	0,6	1,4	1,0
Programa			
Vale gás (p = 0,018)	22,5	18,6	20,6
Bolsa escola (p = 0,015)	18,4	12,8	15,7
Bolsa família (p = 0,009)	12,1	7,2	9,8
Outros (p = 0,010)	1,6	4,5	4,0
<b>Total (%/n)</b>	<b>100,0/528</b>	<b>100,0/485</b>	<b>100,0/1.013</b>

Tabela 4

Problemas de saúde, consumo e gastos com medicamentos no último mês, ocorrência de quedas e fraturas e imunizações entre pessoas com 60 anos ou mais de idade residentes em dois municípios brasileiros, 2005.

Características	Caracol/PI (%)	Garrafão do Norte/PA (%)	Total (%)
Número doenças referidas (p = 0,774)			
0	12,1	12,8	12,4
1	27,6	27,4	27,5
2	28,4	26,0	27,2
3 ou mais	31,8	33,8	32,8
Número de doenças para as quais toma algum medicamento (p = 0,014)			
	(n = 260)	(n = 352)	(n = 612)
1	65,8	54,0	59,0
2	24,6	32,9	29,4
3	9,6	13,1	11,6
Como conseguiu esses medicamentos no último mês (p = 0,072)			
Teve de comprar todos	43,4	49,5	46,9
Comprou alguns e ganhou outros	21,9	24,9	23,7
Ganhou todos	34,6	25,6	29,4
Quanto gastou (em salários mínimos) na compra desses medicamentos (p = 0,519)			
Menos de 25%	83,1	79,9	81,1
25% a 49%	9,9	13,8	12,3
50% ou mais	7,0	6,2	6,6
Tiveram alguma queda nas últimas quatro semanas (p = 0,039)			
	9,5	13,6	11,4
Se já teve alguma fratura depois que completou 60 anos (p = 0,388)			
	6,8	8,2	7,5
Se já tomou vacina contra influenza (p = 0,001)			
	80,2	88,1	84,1
<b>Total</b>	100,0 (528)	100,0 (485)	100,0 (1.013)

nos metade dele. Pouco mais de 10% dos idosos tiveram alguma queda nas últimas quatro semanas, sendo mais freqüente entre aqueles residentes no Município de Garrafão do Norte (14%) do que em Caracol (9%). Sete por cento de todos os idosos tiveram pelo menos uma fratura depois de completar 60 anos de idade. Finalmente, pelo menos 80% afirmaram ter recebido vacina contra gripe, sem diferença importante entre os municípios (Tabela 4).

A realização de algumas atividades físicas e de autocuidado são apresentadas na Tabela 5. Nas últimas quatro semanas, 80% dos idosos de ambos os municípios fizeram pelo menos uma caminhada, 40% saíram para fazer compras e cerca de um terço para passear. Praticamente todos disseram ser capazes de alimentar-se e vestir-se por conta própria, enquanto pouco mais de 90% afirmaram-se aptos a caminhar e 80% a realizar as tarefas da casa sozinhos.

## Discussão

Os resultados obtidos mostram que os idosos estudados possuem baixo nível sócio-econômico, precárias condições de moradia, elevado número de doenças e/ou problemas de saúde e consumo contínuo de medicamentos, o que lhes consome boa parte dos rendimentos. Apresentam ainda elevada ocorrência de quedas, mas baixa freqüência de fraturas, e alta taxa de vacinação contra gripe; são fisicamente ativos, capazes de cuidar-se e de realizar as tarefas da casa, mas pouco se divertem. Observa-se ainda que, mesmo entre municípios pobres, há diferenças importantes para vários dos indicadores estudados.

A proporção de idosos vivendo sozinhos vem aumentando no Brasil. Em 1999 eram 2%, em 2001 somavam 13% e em 2007 alcançavam 15%<sup>6,11</sup>. Um dos principais determinantes de viver sozinho é a renda familiar. Estudo realizado em São Paulo mostrou que a prevalência de idosos vivendo sozinhos era de 9,2% entre aqueles com renda de até 1 salário mínimo mensal e de 41,8% para

Tabela 5

Realização de atividades físicas e autocuidado entre pessoas com 60 anos ou mais de idade residentes em dois municípios brasileiros, 2005.

Características	Caracol/PI (%)	Garrafão do Norte/PA (%)	Total (%)
Se nas últimas quatro semanas			
Fez alguma caminhada (p = 0,320)	79,2	81,6	80,4
Saiu para fazer compras (p = 0,202)	42,6	46,6	44,5
Saiu para dançar (p = 0,000)	0,8	1,9	1,3
Saiu para passear (p = 0,906)	31,8	32,2	32,0
Se sozinho consegue			
Alimentar-se (p = 0,453)	98,9	98,1	98,5
Vestir-se (p = 0,259)	96,4	94,2	95,4
Caminhar (p = 0,001)	93,6	90,3	92,0
Fazer as tarefas da casa (p = 0,002)	86,9	78,6	82,9
<b>Total</b>	100,0 (528)	100,0 (485)	100,0 (1.013)

Fonte: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Indicadores básicos de saúde: Indicadores municipais – 2004 (<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/indicadores/para/GARRAFAO%20DO%20NORTE.pdf> e <http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/indicadores/piaui/CARACOL.pdf>, acessados em 09/Abr/2007).

aqueles com renda superior a 3 salários mínimos mensais<sup>12</sup>; na periferia de São Carlos, São Paulo, 12,2% viviam sozinhos<sup>13</sup>. Neste estudo, cerca de 10% dos idosos estudados viviam sozinhos, sendo este percentual significativamente maior em Garrafão do Norte, onde a renda familiar média era maior e havia maior proporção de indivíduos aposentados.

O grau de escolaridade revela importantes desigualdades no Brasil. Enquanto 20% dos brasileiros com 60 anos ou mais de idade não sabem ler nem escrever<sup>11</sup>, na periferia de São Carlos são 56%<sup>13</sup> e em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 10%<sup>14</sup>. Neste estudo, 69% não eram alfabetizados. Isso confirma a enorme disparidade regional e a maior necessidade de investimentos nesta área, sobretudo em municípios como os aqui estudados.

A renda do idoso é um dos principais determinantes do seu estado de saúde. Em geral, idosos com renda mais baixa apresentam piores condições de saúde, função física e menor uso de serviços de saúde<sup>15</sup>. Neste estudo, a renda média dos idosos foi bastante baixa. Considerando-se que havia em média quatro pessoas nos domicílios onde eles residiam e que a renda mensal média foi de 2,2 salários mínimos, cada idoso dispunha de cerca de US\$ 3,00 por dia para sua manutenção. No Brasil como um todo, o terço mais pobre das famílias com idosos apresenta renda *per capita* também de US\$ 3,00 por dia<sup>11</sup>. Ou seja, a renda média de todos os idosos de Garrafão e Caracol é ainda inferior à média do terço pior dos idosos brasileiros. Isso é compatível com

o quadro de precariedade em que sobrevive essa população nessas duas localidades.

A aglomeração familiar é uma das características da pobreza. Estudos conduzidos na periferia das cidades de São Paulo<sup>16</sup>, Fortaleza (Ceará)<sup>17</sup> e São Carlos<sup>13</sup>, revelaram prevalência de famílias multigeracionais entre idosos de 59%, 75% e 85%, respectivamente. Em Caracol e Garrafão do Norte, não foi diferente. Três de cada quatro idosos viviam com familiares. Nesses municípios, que estão entre os mais pobres do Brasil, a presença de um idoso no domicílio significa aumento da renda familiar, visto que 90% deles estavam recebendo aposentadoria. Para se ter uma idéia, nessas mesmas localidades, enquanto 35% das famílias com idosos apresentavam renda mensal inferior a 1 salário mínimo, nas famílias com crianças menores de cinco anos isto ocorria para 68% delas. Parece, portanto, possível sugerir que o idoso funciona, também, como uma fonte geradora de recursos às famílias nesses dois municípios.

As condições de moradia da população estudada mostraram-se bastante inadequadas, sobretudo no que se refere ao saneamento básico. A presença de eletrodomésticos também ficou aquém do poder de compra das famílias. Estudo sobre saúde infantil nesses municípios mostrou que famílias com muito menor renda apresentavam maior disponibilidade de eletrodomésticos em relação aos domicílios onde há idosos. Possivelmente, a renda por eles auferida destina-se, sobretudo, à aquisição de alimentos e de medi-

camentos, como será discutido mais adiante. Chama a atenção ainda o fato de estudos que tratam do perfil do idoso não descreverem suas condições de moradia, como se isto não fosse um determinante importante do seu bem-estar e, por conseguinte, do seu padrão de morbimortalidade.

Os programas de assistência social do governo federal têm contribuído para a melhoria do poder de compra das famílias<sup>18</sup>. Em Caracol e Garrafão do Norte, praticamente metade dos domicílios dos idosos era assistido por algum programa governamental, sendo mais comum o Vale Gás, seguido pelo Bolsa Escola e, por último, pelo Bolsa Família. Nos últimos anos, a renda *per capita* de famílias com idosos foi a que mais aumentou. No grupo com 60 anos ou mais, a renda sofreu um incremento real de 43%, enquanto que para aqueles indivíduos de 20 a 29 anos de idade, por exemplo, a variação foi de 19,3%. Isso, segundo os autores, contribuiu para uma melhora diferenciada no estado de saúde de pessoas idosas, principalmente entre as de baixa renda<sup>19</sup>.

Como era de se esperar, a prevalência de doenças crônico-degenerativas é alta entre idosos. Segundo a *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) de 1998, 69% dos entrevistados com 60 anos ou mais disseram-se portadores de pelo menos uma doença crônica<sup>15</sup>; em São Paulo<sup>16</sup>, foram 86%, em São Carlos<sup>13</sup>, 75% e em Fortaleza<sup>17</sup>, 92%. Cerca de nove em cada dez idosos estudados em Caracol e Garrafão do Norte referiram algum problema de saúde. Esta prevalência não é diferente de outras localidades. O agravante é que, diferente de outras localidades, os idosos desses dois municípios, sobretudo os de Garrafão do Norte, não dispunham de serviços de saúde suficientes para atender às suas necessidades, inclusive no que diz respeito a medicamentos básicos, como mostrado a seguir.

O consumo de remédios é extremamente alto entre idosos. No Rio de Janeiro, nove em cada dez mulheres estudadas consumiam diariamente pelo menos um medicamento. Em média, o consumo diário era de quatro remédios, sendo 17% deles totalmente inadequados ao uso<sup>20</sup>. Em Belo Horizonte, Minas Gerais, o gasto mensal médio por aposentados e pensionistas do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) chegava a US\$ 39<sup>21</sup>. Em Caracol e Garrafão do Norte, 60% dos idosos disseram tomar medicamentos para pelo menos uma doença. No entanto, somente 30% deles os conseguiam gratuitamente. Os demais tinham de comprá-los, o que consumia boa parte da sua renda.

Quedas representam um sério problema aos idosos e estão associadas a elevados índices de morbimortalidade, redução da capacidade

funcional e institucionalização precoce<sup>22,23</sup>. As quedas resultam principalmente da instabilidade postural, decorrente de doenças, uso de medicamentos, ambiente físico inadequado, entre outros. A taxa de queda entre idosos é da ordem de 30% ao ano, aumentando para 40% entre aqueles com 80 anos ou mais de idade<sup>22</sup>. No Município de São Paulo, 31% dos idosos disseram ter caído nos 12 meses anteriores ao inquérito. Nesse mesmo estudo verificou-se que, quanto maior a incapacidade para as atividades da vida diária, maior o risco de quedas<sup>24</sup>. Entre idosos atendidos em um hospital público de Ribeirão Preto, as quedas foram mais comuns naqueles de maior idade e decorrentes de ambiente físico inadequado e conseqüente à doença e uso de medicamentos<sup>24</sup>.

Neste estudo, cerca de 10% dos idosos tiveram alguma queda nas últimas quatro semanas, sendo mais freqüente entre aqueles residentes no Município de Garrafão do Norte (14%) do que em Caracol (9%). Além das causas já mencionadas, sobretudo, em Garrafão do Norte, o idoso tem de realizar tarefas que aumentam a exposição a quedas e, conseqüentemente, a probabilidade de vir a cair como, por exemplo, apanhar água fora do domicílio e auxiliar na atividade agrícola da família. Apesar de freqüentes, essas quedas não foram graves visto que somente 7% deles disseram ter sofrido alguma fratura após completar 60 anos de idade.

A vacinação contra influenza é a principal forma de prevenir e reduzir a morbimortalidade entre idosos<sup>22</sup>. São poucos os estudos de base populacional que investigam a cobertura vacinal contra influenza entre idosos. Em 2001-2002, essa cobertura vacinal em três municípios da região metropolitana de São Paulo alcançou 67%<sup>25</sup> e em Botucatu 63%<sup>26</sup>. Neste último, a proporção de vacinados variou consideravelmente conforme a idade. Entre aqueles com 60 a 64 anos, a cobertura foi de 41% contra 80% naqueles com 75 anos ou mais.

Em Caracol e Garrafão do Norte, pelo menos oito em cada dez idosos disseram ter recebido pelo menos uma dose de vacina contra influenza no passado. Esta maior cobertura em relação a municípios mais desenvolvidos pode ser explicada pelo tempo de recordatório referido – nos estudos conduzidos nos municípios paulistas o período referido foi de 12 meses, enquanto neste estudo foi em qualquer momento no passado – e do tempo decorrido desde a coleta de dados que, neste estudo, foi realizada em 2005 e nos outros em 2001-2002, quando havia grande resistência por parte dos idosos e quase nenhum incentivo à sua realização por parte dos médicos<sup>27</sup>. Editorial recente sobre o assunto sustenta que há neces-

cidade de aumentar e homogeneizar a cobertura vacinal entre idosos. Para tanto é necessário priorizar idosos de menor idade, de maior escolaridade, residentes em zona rural e portadores de doença crônica<sup>28</sup>. Acrescentaria também como prioridade, idosos residentes nos pequenos municípios onde a estrutura em saúde é muito deficiente ou quase inexistente, como é o caso de Garrafão do Norte.

A avaliação das atividades de vida diária, que incluem a realização de autocuidado tal como banhar-se, vestir-se e deambular, entre outros, é freqüentemente utilizada como indicadores de incapacidade física refletindo o nível de comprometimento dos idosos<sup>22</sup>. Em Bambuí, cerca de um quarto da população idosa mostrava-se incapaz de autocuidar-se. Mostrou também que, quanto maior a renda familiar, o grau de escolaridade e melhor estado geral de saúde, menor a necessidade de cuidador<sup>29</sup>. Tanto em São Paulo<sup>16</sup> quanto em São Carlos<sup>13</sup>, cerca de metade dos entrevistados referiu a necessidade de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa da vida diária.

Em Caracol e Garrafão do Norte, praticamente todos os entrevistados disseram-se capazes de realizar as avaliações das atividades de vida diária. Além disso, pelo menos oito em cada dez disseram-se aptos a fazer as tarefas da casa e a realizar caminhada sem o auxílio de outras pessoas. Ao mesmo tempo em que as dificuldades de viver em um município pobre levam a população idosa a freqüentes quedas pela maior exposição como anteriormente mencionado, eles também propiciam maior atividade física, o que pode refletir na capacidade funcional muito superior à observada em outras localidades. A dependência é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função do idoso, da família e da equipe de saúde.

Este estudo mostrou as precárias condições em que sobrevivem os idosos nesses municípios. Excetuando-se a realização de atividades da vida diária e a ocorrência de quedas, para a grande maioria dos indicadores estudados (renda familiar, aglomeração domiciliar, grau de escolaridade, condições de habitação e saneamento, imunizações, prevalência de doenças crônico-degenerativas e acesso a medicamentos) os idosos de Caracol e Garrafão do Norte estiveram em des-

vantagem em relação a indicadores observados em outras localidades como Bambuí, cidade de São Paulo, São Carlos e Botucatu e Fortaleza. Isso mostra, além da evidente necessidade de programas em atenção a essa população, as múltiplas realidades sociais e de saúde existentes no país que precisam ser levadas em conta quando do estabelecimento de programas em nível nacional. Por exemplo, nos dois municípios estudados, a ocorrência de quedas, de fraturas e a realização de avaliação das atividades de vida diária não se mostraram tão prevalentes quanto em Bambuí, São Paulo ou em São Carlos. No entanto, o acesso a bens e serviços foi extremamente precário nos dois municípios, sobretudo em Garrafão do Norte. Essas diferentes realidades requerem diferentes necessidades que devem ser consideradas quando do estabelecimento de programas nacionais.

A atenção à saúde do idoso é um dos mais importantes desafios a serem enfrentados pela sociedade brasileira nos próximos anos. Há urgente necessidade de estabelecer programas específicos em atenção a essa população. Esses programas deveriam incluir desde a reintegração social do idoso até o manejo adequado dos seus problemas, passando pela adaptação da infra-estrutura existente às suas necessidades e limitações. Nesse sentido não somente o poder público deveria estar mais atuante como também o setor privado e as organizações não-governamentais poderiam contribuir de forma mais efetiva, como é o caso da Pastoral do Idoso recentemente criada. Essa contribuição poderia se dar no sentido de evitar o isolamento social dessa população por meio da promoção de atividades comunitárias, prestar assistência continuada a idosos que vivem sozinhos, prevenir a ocorrência de incapacidades, facilitar o acesso a bens e serviços que lhes permitam vida digna e tratamento apropriado e continuado aos seus problemas de saúde, monitorar e garantir cuidados adequados àqueles institucionalizados, priorizar o idoso em maiores necessidades, que são os de menor poder aquisitivo, os de maior idade, os que vivem sozinhos, os institucionalizados, os que residem nos pequenos municípios, entre outros. Do contrário, será mais um desafio coletivo não vencido com importantes repercussões em nível individual.

## Resumo

*Determinar o perfil de pessoas com 60 anos ou mais de idade residentes em dois municípios pobres nas regiões Norte e Nordeste do Brasil em 2005. Por meio de delineamento transversal e amostragem sistemática, aplicou-se a idosos questionário padronizado domiciliar buscando informações sobre suas características demográficas, nível sócio-econômico, condição de habitação e saneamento, realização de atividades físicas, estado vacinal, problemas de saúde e consumo de medicamentos. Dentre os 1.013 idosos identificados, 528 residiam no Município de Caracol, Piauí, e 487 em Garrafão do Norte, Pará. Cinquenta e seis por cento possuíam entre 60 e 69 anos de idade, 10% viviam sozinhos, 69% não eram alfabetizados, 8% tinham renda familiar inferior a 1 salário mínimo; em somente 24% dos seus domicílios havia sanitário com descarga e 60% possuíam rádio, televisão e geladeira; 88% referiram pelo menos uma doença crônica, 47% tinham de comprar todos os medicamentos consumidos, 84% foram vacinados contra influenza e pelo menos 90% disseram-se capazes de realizar atividades da vida diária. Entre os idosos estudados, as condições de moradia mostraram-se inadequadas, o acesso a bens e serviços insuficiente e elevado padrão de morbidade.*

*Saúde do Idoso; Envelhecimento; Fatores Socioeconômicos*

## Colaboradores

J. A. Cesar delineou o estudo, coordenou a coleta de dados, realizou as análises de consistência e final e redigiu o artigo. J. A. Oliveira-Filho preparou o banco de dados e auxiliou nas análises de consistência e final e na redação do artigo. G. Bess, R. Cegielka e J. Machado contribuíram na revisão e digitação de questionários e auxílio na análise de dados e na redação do artigo. T. S. Gonçalves supervisionou a coleta de dados e auxiliou na redação final do artigo. N. A. Neumann auxiliou no delineamento do estudo, análise de dados e redação final do artigo.

## Referências

1. Lima-Costa MF. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida-Filho N, organizadores. *Epidemiologia & saúde*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi; 2003. p. 499-513.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1960.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1980.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1991.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2000.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2006.
7. World Health Organization. *Population aging: a public health challenge*. Geneva: World Health Organization Press Office; 1988.
8. Lima-Costa MF, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JO, Vidigal PG, Barreto SM. The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:126-35.
9. Pastoral da Pessoa Idosa, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. *Extrato do Brasil*. Curitiba: Pastoral da Pessoa Idosa, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil; 2007.
10. Silva IS. *Cancer epidemiology: principles and methods*. Lyon: World Health Organization/International Agency for Research on Cancer; 1999. p. 213-29.
11. Fundação Perseu Abramo/SESC São Paulo. *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/SESC São Paulo; 2007.
12. Camargos MCS, Machado CJ, Rodrigues RN. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos: 2000. *Rev Bras Estud Popul* 2007; 24:37-51.

13. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1575-85.
14. Flores LM. Caracterização dos medicamentos utilizados por idosos em uma região do Município de Porto Alegre [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
15. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:745-57.
16. Ramos LR, Rosa TE, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1993; 27:87-94.
17. Coelho-Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1999; 33:445-53.
18. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Avaliação do componente de saúde do Programa Bolsa Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 (Série C: Projetos, Programas e Relatórios).
19. Néri MC, Soares WL. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:1845-56.
20. Mosegui GBG, Rozenfeld S, Veras RP, Vianna CMM. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Rev Saúde Pública* 1999; 33:437-44.
21. Lima MG, Ribeiro AG, Acurcio FA, Rozenfeld S, Klein CH. Composição dos gastos privados com medicamentos utilizados por aposentados e pensionistas com idade igual ou superior a 60 anos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:1423-30.
22. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 19).
23. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa-Junior ML. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:93-9.
24. Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:709-16.
25. Francisco PMSB, Donalisio MR, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M. Vacinação contra influenza em idosos por área de residência: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol* 2006; 9:162-71.
26. Donalisio MR, Ruiz T, Cordeiro R. Fatores associados à vacinação contra influenza em idosos em município do Sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:115-9.
27. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de São Paulo. Pesquisas indicam pequena participação dos médicos no incentivo à vacina contra influenza. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:607-8.
28. Donalisio MR. Política brasileira de vacinação contra a *influenza* e seu impacto sobre a saúde do idoso. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:494-5.
29. Giacomim KC, Uchoa E, Firmo JO, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:80-91.

---

Recebido em 03/Set/2007

Versão final rerepresentada em 19/Nov/2007

Aprovado em 21/Dez/2007