

Revista de Saúde Pública

Journal of Public Health

Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar* Epidemiology of ageing in Northeastern Brazil: results of a household survey

João Macedo Coelho Filho e Luiz Roberto Ramos

Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE - Brasil (JMCF), Centro de Estudos sobre Envelhecimento da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil (LRR)

COELHO FILHO João Macedo, e Luiz Roberto Ramos *Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar** Rev. Saúde Pública, 33 (5), 1999 www.fsp.usp.br/rsp

Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar*

Epidemiology of ageing in Northeastern Brazil: results of a household survey

João Macedo Coelho Filho e Luiz Roberto Ramos

Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE - Brasil (JMCF), Centro de Estudos sobre Envelhecimento da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil (LRR)

Descritores

Envelhecimento da população. Saúde do idoso. Idoso, estatística e dados numéricos. Epidemiologia.

Resumo

Objetivo

Identificar o perfil multidimensional de idosos residentes em um centro urbano do Nordeste do Brasil.

Métodos

Uma amostra de 667 idosos (60 anos ou mais) da cidade de Fortaleza, Ceará, foi selecionada por amostragem estratificada por nível socioeconômico, aleatória, em múltiplos estágios e sistemática, sendo entrevistada no domicílio através de questionário de avaliação multidimensional.

Resultados

A maioria dos idosos foi do sexo feminino (66%) e residia em domicílio multigeracional (75,3%). Mais da metade (51,9%) vivia sem cônjuge; 92,4% referiram pelo menos uma doença; 26,4% foram classificados como casos psiquiátricos e perda da autonomia foi observada em 47,7%; 6,6% foram internados e 61,4% procuraram serviços de saúde nos últimos seis meses. Nas áreas mais pobres houve maior prevalência de domicílio multigeracional, perda de autonomia e morbidade psiquiátrica.

Conclusões

Os idosos da cidade de Fortaleza, em sua maioria, residem em domicílios multigeracionais, e apresentam morbidade física e mental particularmente alta em áreas mais pobres, uma realidade preocupante em termos de seu progressivo impacto sobre os serviços de saúde nas próximas décadas.

Abstract

Introduction

The population of Brazil is ageing very rapidly, and the care of the elderly is an emerging priority. Up to this date, there is no comprehensive study addressing the profile of the elderly in Northeastern Brazil. The objective is to compile the multidimensional profile of the elderly residents in a metropolitan area of Northeastern Brazil.

Keywords

Demographic aging. Aging health. Aged, statistics. Epidemiology.

Methods

Six hundred sixty-seven elderly (60 years and over), residents in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil, constituting a multistage random sample stratified by socioeconomic status. The data was gathered by household survey using a multidimensional functional assessment questionnaire.

Results

The majority of the elderly were living in multigenerational households (75,3%). More than half (51,9%) lived without the spouse; 92,4% mentioned at least one disease; 26,4% were considered psychiatric cases; 47,7% showed loss of autonomy; 6,6% were hospitalized, and 61,4% used health services within the twelve and six months preceding the interview, respectively. The prevalence of multigenerational households, loss of autonomy and psychiatric morbidity were higher in the poorest areas.

Conclusions

The elderly population in the city of Fortaleza lives mainly in multigenerational households, with physical and mental morbidity rates particularly high in poor areas, they represent special concern in terms of burden for the social and health services in the next decades.

INTRODUÇÃO

O processo rápido de envelhecimento da população brasileira vem sendo ultimamente enfatizado, particularmente no que se refere a suas implicações sociais e em termos de saúde pública^{11,15}. No período de 1980 ao ano 2000, paralelamente a um crescimento da população total de 56%, estima-se um aumento da população idosa no Brasil de mais de 100%. A faixa etária com 60 anos ou mais passará de 5% da população total, em 1960, para 14% em 2025, quando então o Brasil figurará com uma proporção de idosos semelhante ao que é hoje registrado em países desenvolvidos¹¹.

Apesar de o envelhecimento ser mais freqüentemente relatado em regiões mais desenvolvidas do País, um aumento expressivo e rápido da população idosa pode também já ser percebido, nas últimas décadas, em áreas com indicadores socioeconômicos mais desfavoráveis e cujas estruturas etárias apresentam caracteristicamente maior proporção de jovens. Na região Nordeste, por exemplo, a população com 60 anos de idade ou mais era da ordem de 3% da população total em 1970⁵, passando para aproximadamente 6% em 1991⁶. Nesse mesmo período, a população com idade abaixo de 15 anos decresceu de 45% para 39%. Tomando como base a cidade de Fortaleza, observa-se um percentual de idosos de quase 8%, sendo, deste modo, similar ao registrado na cidade de São Paulo e superior à média nacional. Esta transformação demográfica no Nordeste pode ser atribuída tanto à migração de pessoas em idade produtiva, como também a declínios nas taxas de mortalidade e fecundidade².

Aproximadamente 75% dos idosos do Brasil vivem nas regiões Sudeste e Nordeste do País. As marcantes diferenças entre essas regiões, em termos de indicadores socioeconômicos e situação de saúde, são bem conhecidas. A região Nordeste, por exemplo, apresentava em época recente taxas de mortalidade infantil 72% maiores do que a região Sudeste, e as doenças infecciosas e parasitárias ainda ocupavam, no período de 1984 a 1994, a segunda causa de internação. A taxa de analfabetismo no Nordeste (33,74%) representava, em 1991, mais do dobro da região Sudeste (13,07%) e a renda per capita, pouco mais de um terço dessa região⁶. Por fim, as precárias condições de vida e oportunidades de emprego têm motivado a migração de muitos jovens do Nordeste para outras regiões do País, acarretando efeitos sobre a rede de suporte familiar a idosos de nível socioeconômico mais baixo.

O envelhecimento da população tende a proporcionar, nas próximas décadas, desafios cada vez maiores aos serviços de saúde, particularmente em regiões onde a polarização epidemiológica* se faz mais presente¹. O delineamento de políticas específicas para pessoas idosas vem sendo apontado como altamente necessário, sendo imprescindível o conhecimento das necessidades e condições de vida desse segmento etário.

Os estudos de base comunitária, visando a traçar as características multidimensionais da população idosa no Brasil^{10,13,17}, foram todos realizados na região Sudeste, não se dispondo atualmente de infor-

* O termo "polarização epidemiológica", bastante representativo de nossa realidade, refere-se ao perfil de morbidade e mortalidade onde há concomitância de doenças do subdesenvolvimento e doenças ditas da modernidade.

mações mais detalhadas oriundas de outras regiões, como Nordeste, onde, dadas as suas características socioeconômicas, supõe-se haver importantes peculiaridades quanto ao envelhecimento da população.

O presente trabalho é o primeiro inquérito domiciliar com o objetivo de traçar o perfil multidimensional dos idosos de uma área urbana no Nordeste, procurando compará-lo aos dados obtidos em outro estudo realizado com metodologia semelhante na cidade de São Paulo¹³.

MÉTODOS

Amostragem

Foram estudados indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na cidade de Fortaleza, Ceará. Para a obtenção da amostra, levou-se em consideração a heterogeneidade da cidade, procurando apreender as condições de vida dos idosos em seus diferentes estratos socioeconômicos^{12,16}. Teve-se como ponto de partida a divisão de Fortaleza, segundo o IBGE, em cinco distritos: Fortaleza, Parangaba, Messejana, Mondubim e Antônio Bezerra, os quais foram ordenados de acordo com os seguintes indicadores: renda do chefe da família; porcentagem de casas com saneamento; nível educacional; habitação (número de cômodos do domicílio) e proporção de pessoas com 60 anos ou mais. Uma ordenação final foi obtida a partir da soma da posição de cada distrito segundo tais indicadores¹², o que possibilitou a identificação do distrito com melhor, intermediário e pior nível socioeconômico (Fortaleza, Antônio Bezerra e Parangaba, respectivamente).

Em seguida, foram identificados os bairros de cada distrito e, por sua vez, selecionados três, ou seja, o de pior, intermediário e de melhor nível socioeconômico nos distritos, respectivamente, de cada nível. Dentro dos bairros, procedeu-se à identificação dos setores censitários*, sendo excluídas as chamadas áreas especiais**. Os setores censitários de cada bairro foram selecionados através de processo aleatório e proporcional ao número de domicílios de cada setor.

Seleção dos Domicílios

Em cada setor foram numerados todos os quarteirões e suas respectivas faces (ruas e vilas). Iniciou-se o processo de seleção dos domicílios a partir de um ponto na área, que era estabelecido de forma padronizada. Após percorrido um determinado número de domicílios (que era definido conforme o número total de domicílios do setor), realizavam-se sistematicamente as entrevistas dos idosos, através de equipe de campo previamente treinada. Caso não houvesse morador no domicílio com 60 anos ou mais, o entrevistador deslocava-se ao próximo domicílio até identificação de um idoso, refazendo-se posteriormente a busca sistemática.

Frente à ocorrência de mais de um idoso residindo no domicílio, fazia-se a escolha aleatória de um a ser entrevistado. Quando, ao se percorrer um determinado setor censitário, não se conseguia perfazer o número de entrevistas previsto para o distrito, passava-se ao próximo setor sorteado. A Figura 1 mostra esquematicamente as várias etapas do processo de amostragem utilizado nesse estudo.



Figura 1 - Amostragem sistemática em múltiplos estágios estratificada por nível socioeconômico.

Tamanho da Amostra

O distrito de Fortaleza apresentava uma população de 744.000 habitantes, sendo 7,0% representados por idosos (60 anos ou mais), enquanto os distritos de Parangaba e Antônio Bezerra apresentavam, respectivamente, uma população de 268.080 (6,4% de idosos) e 193.914 (5% de idosos) habitantes. Com base nos recursos disponíveis, optou-se por estudar aproximadamente 0,5%, 1,5% e 2,0% do total de idosos, respectivamente, dos distritos de Fortaleza, Parangaba e Antônio Bezerra. A maior proporção de idosos incluídos do distrito de Antônio Bezerra deveu-se a dois fatores. Primeiro, ao objetivo da investigação em estudar particularmente as condições de vida dos idosos residentes em estratos mais pobres e, segundo, ao fato de a entrevista domiciliar de indivíduos de classe social alta ser operacionalmente mais difícil (tome-se, como exemplo, a dificuldade de acesso a edifícios e residências com forte aparato de segurança), resultando em maiores custos financeiros e tempo.

Instrumento

Para permitir a comparabilidade dos dados foi adotada, com pequenas modificações, a versão brasileira do questionário OARS para avaliação multidimensional do estado funcional (BOMFAQ), utilizado em inquérito domiciliar realizado em São Paulo¹⁰. Continha questões sobre situação socioeconômica, estrutura familiar, condições de saúde física e

* "Setores censitários" representam uma área contínua, situada em um único quadrante urbano ou rural, definida pelo IBGE como unidade territorial de coleta de dados.
** "Áreas especiais" são aquelas com características discrepantes da maioria dos setores censitários do distrito ao qual pertencem. Constituem: favelas; vilas militares; conventos e outros.

mental e grau de autonomia no cotidiano dos idosos. As perguntas sobre saúde mental (aspectos emocionais e afetivos) consistiram de um instrumento com 15 questões, previamente validado no Brasil através de entrevista psiquiátrica³, sendo considerados “casos” indivíduos com sete ou mais respostas positivas para morbidade mental.

Análise Estatística

Foi utilizado teste de qui-quadrado para proporções e, quando apropriado, teste de qui-quadrado para análise de tendência linear¹⁴. A probabilidade (**p**) de cometer erro tipo I foi assinalada em cada teste realizado, considerando-se estatisticamente significantes valores de **p** menores de 0,05. As prevalências da amostra total foram apresentadas com intervalos de confiança (IC de 95%).

RESULTADOS

Um total de 676 idosos foram elegíveis para o estudo, sendo 667 efetivamente entrevistados, dos quais 228, 233 e 206 pertenceram, respectivamente, às áreas com melhor (central), intermediário e pior (periférica) nível socioeconômico. Nove idosos foram excluídos do estudo devido a problemas técnicos no preenchimento de questionários ou por não terem sido posteriormente localizados. As características gerais desses idosos não foram diferentes daquelas do restante da amostra.

A idade variou de 60 a 96 anos, sendo a média de 70 anos. Pouco mais da metade (53%) apresentava idade abaixo de 70 anos e 15%, acima de 80 anos. O percentual de idosos abaixo de 70 anos foi maior na

área periférica em comparação com a central (55% versus 46%), diferença não estatisticamente significativa. Inversamente, o percentual acima de 80 anos foi maior na área central, embora também sem significância estatística (Tabela 1). A maioria (66%) pertencia ao sexo feminino, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os idosos dos três diferentes estratos (Tabela 1).

Um total de 320 (48,1%) idosos eram casados ou estavam em união consensual e pouco mais da metade (51,9%) era composta por separados ou solteiros (15,1%), ou viúvos (36,8%). Não houve diferença estatisticamente significativa, quanto ao estado conjugal, entre as diferentes áreas (Tabela 1). Os idosos do sexo feminino viviam em sua maioria (67,2%) sem cônjuge (separados; solteiros ou viúvos), ocorrendo o contrário com os do sexo masculino, uma vez que 77,5% eram casados ou viviam em união consensual (dados não mostrados em tabela).

Os idosos da área periférica moravam há menos tempo em Fortaleza do que os da área central. A proporção de idosos da área periférica (12,3%) apresentando, no máximo, 10 anos de tempo de residência em Fortaleza representou mais do dobro daquela observada com os idosos da região central (5,7%). Entretanto, quase a totalidade dos idosos entrevistados, de uma maneira geral, residia há mais de 10 anos em Fortaleza (dados não mostrados em tabela).

Tabela 1 - Características sociodemográficas de 667 idosos das áreas central, intermediária e periférica do Município de Fortaleza.

Características sociodemográficas	Área central n=228	Área intermediária n=233	Área periférica n=206	Geral n=667	
	%	%	%	%	IC 95%
Faixas etárias[*]					
60-69 anos	46,0	58,0	55,0	53,0	(48,9-56,6)
70-79 anos	35,0	31,0	29,0	32,0	(28,4-35,6)
80 + anos	19,0	11,0	16,0	15,0	(12,6-18,2)
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	
Sexo^{**}					
Masculino	36,0	30,0	37,0	34,0	(30,4-37,7)
Feminino	64,0	70,0	63,0	66,0	(62,2-69,5)
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	
Estado civil^{***}					
Casado	47,7	48,5	48,1	48,1	(44,2-52,0)
Separado/solteiro	15,9	14,2	15,1	15,1	(12,5-18,0)
Viúvo	36,4	37,3	36,8	36,8	(33,0-40,5)
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	

*Qui-quadrado: $X^2 = 8,93$; GL=4; $p=0,062$

**Qui-quadrado: $X^2 = 3,16$; GL=2; $p=0,206$

***Qui-quadrado: $X^2 = 0,24$; GL=4; $p=0,993$

A grande maioria dos idosos, 502 (75,3%), morava em domicílio multigeracional: 40,3% com esposo(a), e/ou filhos, e/ou genros ou noras (domicílio de duas gerações), e 35% com filhos e/ou genros, ou noras e netos (domicílio de três gerações). Uma minoria (10%) morava somente com o cônjuge e 6,3% moravam sozinhos. Houve diferenças significantes quanto a arranjos familiares nas diferentes áreas, na medida em que o idoso residente no domicílio de três gerações predominou marcadamente na região periférica (56,7% contra 13,2% da central e 35,1% da intermediária), havendo na região central, por outro lado, predomínio de idosos morando sozinhos (9,6% contra 4,3% da periférica e 4,3% da intermediária), ou em domicílios de duas gerações (47,8% contra 27,2% da periférica e 46% da intermediária) (Tabela 2). Na amostra estudada, 26,4%

co-habitavam com pelo menos uma criança com 10 anos de idade ou menos. Esta proporção foi significativamente maior na área periférica: 41,3% dos idosos moravam com pelo menos uma criança e quase 20% com duas ou mais crianças (Tabela 2).

Somente 7,6% não referiram qualquer um dos seguintes problemas de saúde: reumatismo, asma/bronquite, hipertensão, má circulação (varizes), diabetes, derrame, prisão de ventre, insônia, incontinência urinária, catarata, problema de coluna, obesidade e opção "outras doenças". A proporção, neste tocante, foi maior na área central (11,8% dos residentes da área central; 5,2% da área intermediária e 5,8% da área periférica). A proporção, por sua vez, de idosos referindo mais de cinco doenças crônicas na área pe-

Tabela 2 - Arranjos domiciliares de 667 idosos das áreas central, intermediária e periférica do Município de Fortaleza.

Arranjos domiciliares*	Área central n=228	Área intermediária n=233	Área periférica n=206	Geral n=667	
	%	%	%	%	IC 95%
Mora sozinho	9,6	4,3	4,9	6,3	(4,5-8,4)
Uma geração	17,1	6,0	6,8	10,0	(7,8-12,5)
Dois gerações	47,8	46,0	27,2	40,3	(36,5-44,1)
Três gerações	13,2	35,1	56,7	35,0	(31,3-38,6)
Parentes/amigos	12,3	8,6	4,4	8,4	(6,4-10,7)
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	
Nº de crianças residindo com idoso**					
Nenhuma	90,0	70,8	58,7	73,6	(70,0-76,9)
Uma	6,5	18,5	22,3	15,6	(12,9-18,5)
Dois ou mais	3,5	10,7	19,0	10,8	(8,5-13,4)
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	

*Qui-quadrado: $X^2 = 96,66$; GL=6; $p=0,000$.

**Qui-quadrado: $X^2 = 57,62$; GL=4; $p=0,000$.

Tabela 3 - Saúde física e grau de autonomia de 667 idosos das áreas central, intermediária e periférica do Município de Fortaleza.

Saúde e autonomia	Área central n=228	Área intermediária n=233	Área periférica n=206	Geral n=667	
	%	%	%	%	IC 95%
Doenças crônicas*					
Nenhuma	11,8	5,2	5,8	7,6	(5,7-9,9)
Uma a cinco	79,4	78,5	76,2	78,1	(74,7-81,1)
Mais de cinco	8,8	16,3	18,0	14,3	(11,6-17,1)
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	
Autonomia**					
Autonomia Total	67,9	43,8	44,6	52,3	(48,4-56,1)
Ajuda para até 3 AVD	25,5	45,5	34,0	35,0	(31,3-38,6)
Ajuda para 4 a 6 AVD	5,3	8,2	17,0	9,9	(7,7-12,4)
Ajuda para 7 + AVD	1,3	2,5	4,4	2,8	(1,7-4,4)
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	

*Qui-quadrado para tendência linear (escores de 0 a 2): área central vs. periférica: $X^2 = 11,4$; $p=0,000$; central vs. intermediária: $X^2 = 11,18$; $p=0,000$; intermediária vs. periférica: $X^2 = 0,05$; $p=0,824$.

**Qui-quadrado para tendência linear (escores de 0 a 2): área central vs. periférica: $X^2 = 7,94$; $p=0,004$; central vs. intermediária: $X^2 = 1,91$; $p=0,166$; intermediária vs. periférica: $X^2 = 2,25$; $p=0,133$.

Qui-quadrado: $x^2 = 49,46$; GL=6; $p=0,000$

AVD - Atividades da vida diária

riférica chegou a ser mais de duas vezes superior à da área central (18,0% versus 8,8%) (Tabela 3). Entre aqueles do sexo feminino, 18,7% referiram mais de cinco doenças, sendo esta proporção mais de três vezes a apresentada pelos do sexo feminino (5,8%) (dados não mostrados em tabela).

Um total de 435 (65,2%) idosos classificaram sua acuidade visual como muito comprometida (péssima ou ruim), sendo estatisticamente significativa a diferença entre as regiões central (59,3%), intermediária (67,4%) e periférica (69,4%). A acuidade auditiva, por sua vez, foi referida como ruim por 26,8% dos entrevistados, havendo diferença estatisticamente significativa entre as áreas (21,5% na área central; 31,7% na intermediária e 27,2% na periférica) (dados não mostrados em tabela).

Ausência total de dentes foi referida por metade (51,4%) dos entrevistados, sendo esta proporção, na área periférica, de 58,7%; na área intermediária, 60% e na central, de 35,9%, diferenças estatisticamente significantes entre as áreas central e periférica. O número de idosos usando algum tipo de prótese dentária foi 474 (71%); 176 (77,1%) na área central; 165 (70,8%) na área intermediária e 133 (64,5%) na área periférica (dados não mostrados em tabela).

Quase um terço dos idosos apresentou pelo menos um episódio de queda nos últimos doze meses, ocorrendo com maior frequência nos residentes da região periférica (34,3% na região periférica; 29,9% na região intermediária e 26,2% na região central). Quando analisado o número de quedas sofridas, observou-se que 136 (20,3%) apresentaram somente um episódio e 64 (9,6%), dois ou mais. Os idosos da área periférica apresentaram maior número de episódios de queda: 31 (14,9%) dos idosos da área periférica haviam sofrido pelo menos duas quedas nos últimos doze meses, contra 9,3% da área intermediária e 5,2% da central (dados não mostrados em tabela).

Um pouco mais da metade (52,3%) dos idosos entrevistados relatou autonomia total para realização das atividades da vida diária (AVD), ou seja, preparar refeições, realizar limpeza da casa, tomar remédios, pentear cabelos, andar no plano, comer, tomar banho, vestir-se, deitar/levantar da cama, ir ao banheiro em tempo, cortar unhas dos pés, subir um lance de escada, andar para um local perto de casa, fazer compras e tomar condução. Uma proporção de 35% referiu necessitar de ajuda total ou parcial para realizar até três atividades; 9,9%, quatro a seis e 2,8%, sete ou mais

atividades. Na área central, 67,9% dos idosos estudados referiram autonomia total, contra 43,8% da área intermediária e 44,6% da área periférica. Nesta última, a proporção de idosos referindo necessidade de ajuda para realizar sete ou mais atividades (4,4%) foi significativamente maior do que na área intermediária (2,5%), e mais de três vezes superior à da área central (1,3%) (Tabela 3).

No rastreamento de saúde mental, 26,4% dos entrevistados foram identificados como "casos", sendo o percentual destes significativamente maior na região periférica (37,9%) em comparação com a intermediária (28,4%) e central (13,7%) (dados não mostrados em tabela).

A maioria (61,4%) informou ter procurado serviço de saúde em pelo menos uma ocasião nos últimos seis meses e 37,4%, por mais de uma vez. A proporção de entrevistados que referiu não ter em nenhum momento procurado serviço médico nos últimos seis meses foi maior na área periférica. Por outro lado, a proporção de idosos com relato de mais de cinco visitas a serviços médicos nos últimos seis meses foi maior na região periférica em comparação com a central (10,4% versus 4,8%) (Tabela 4).

Um total de 44 (6,6%) idosos referiram pelo menos um internamento nos últimos seis meses, sendo mais freqüente na área periférica (9,7%) do que na intermediária (4,3%) e central (6,1%), diferenças não estatisticamente significantes (Tabela 4).

DISCUSSÃO

O presente estudo levou em conta a heterogeneidade da cidade de Fortaleza, procurando analisar a situação de idosos de diferentes estratos socioeconômicos. Entretanto, por ter incluído maior proporção de idosos de nível socioeconômico mais desfavorecido, é provável que seus resultados gerais reflitam particularmente a situação de saúde daqueles mais pobres, os quais representam o segmento com, potencialmente, maiores demandas para os serviços de saúde.

A amostra entrevistada constituiu-se basicamente de idosos pertencentes a faixas etárias "mais jovens". Mesmo assim, a proporção com idade de 80 anos ou mais (15%) foi ligeiramente superior à nacional, que é em torno de 13%, e não muito inferior a 20%, que é a encontrada em países desenvolvidos⁸.

A predominância de idosos pertencentes ao sexo feminino refletiu a maior longevidade das mulheres

Tabela 4 - Utilização de serviços de saúde entre 667 idosos das áreas central, intermediária e periférica do Município de Fortaleza.

Utilização de serviços	Área central n=228	Área intermediária n=233	Área periférica n=206	Geral n=667	
	%	%	%	%	IC 95%
Visita a serviços de saúde[*]					
Nenhuma	35,2	38,6	42,3	38,6	(34,8-42,3)
Uma	34,6	20,6	16,6	24,0	(20,7-27,4)
Duas a cinco	25,4	31,7	30,7	29,3	(25,8-32,8)
Mais de cinco	4,8	9,1	10,4	8,1	(6,1-10,4)
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	
Internamento hospitalar^{**}					
Sim	6,1	4,3	9,7	6,6	(4,8-8,7)
Não	93,9	95,7	90,3	93,4	(91,2-95,1)
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	

*Qui-quadrado: $X^2 = 24,25$; GL=6; $p=0,000$.

**Qui-quadrado: $X^2 = 5,32$; GL=2; $p=0,069$.

em relação aos homens, fenômeno que tem sido atribuído a: menor exposição a determinados fatores de risco, notadamente no trabalho; menor prevalência de tabagismo e uso de álcool; diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades e, por último, maior cobertura da assistência gineco-obstétrica.¹⁵

A observação de um percentual maior, na área periférica, de idosos com no máximo 10 anos de residência no Município de Fortaleza sugere uma ocupação neste estrato por idosos que provavelmente migraram em passado recente para a zona urbana. A evolução do quadro demográfico no Estado do Ceará – a exemplo do País como um todo, nas últimas décadas – mostra um acelerado processo de deslocamento para áreas urbanas. Em 1950, 22,5% de sua população concentravam-se na zona urbana, elevando-se em 1991 para 65,4%⁷. Os fluxos migratórios de pessoas do Nordeste, não só internamente, da zona rural para regiões metropolitanas, mas também em direção a outras regiões do Brasil, têm implicações óbvias nas condições de vida dos idosos, na medida em que enfraquecem a rede de suporte da família, bem como contribuem para o aumento proporcional da população com idade avançada, dada a maior migração de pessoas jovens. As capitais nordestinas experimentam atualmente rápido aumento de suas populações, tornando-se envoltas por aglomerados urbanos onde seus habitantes envelhecem sob condições de vida extremamente adversas, conforme demonstrado aqui através dos dados referentes aos idosos da área periférica.

A proporção de domicílio multigeracional em nossa amostra mostrou-se maior do que em São Paulo¹³ (75% versus 59%). Embora mais marcante na área periférica, foi também bastante expressiva mesmo entre os idosos

de maior nível socioeconômico. Chama atenção o dado de que 41,3% dos idosos da área periférica co-residiam com criança com 10 anos de idade ou menos. Se a co-residência favoreceria a priorização de cuidados para a criança em detrimento do velho, ou vice-versa, é uma questão importante que poderia ser explorada em outros estudos. De qualquer modo, considerando a alta dependência de ajuda para realização de AVD entre esses dois extremos etários, pode-se inferir que, para grande parte das famílias no Nordeste, notadamente as de menor poder aquisitivo, cuidar do idoso é uma tarefa particularmente árdua.

Mais da metade da amostra total, bem como a grande maioria dos idosos do sexo feminino, vivia sem cônjuge. A percentagem de pessoas idosas residindo sozinhas, por outro lado, foi de somente 6,3%, elevando-se para 9,6% na área central. Em São Paulo, um número maior (10%) foi encontrado morando sozinho, sendo 21% na área central, 8% na intermediária e 10% na periférica¹⁵. Essas proporções, no entanto, são relativamente baixas se tomarmos como comparação aquelas encontradas em países desenvolvidos, onde mais de 30% dos idosos vivem sozinhos⁹.

Na América Latina, idosos que moram em domicílios multigeracionais tendem a ser mais pobres e com maior grau de dependência, conforme observado nesse estudo. Por sua vez, idosos com melhor nível socioeconômico tendem a morar mais em domicílios unigeracionais ou sozinhos, ter menor grau de dependência e ser mais teoricamente preparados a não dependerem de outros. Assim, o domicílio multigeracional, antes de ser uma opção cultural, de bem-estar ou humanitária, pode ser simplesmente um arranjo de sobrevivência, capaz, muitas vezes, de se

contrapor às vantagens que teoricamente teria a vida em família.¹³ Uma vez que a maioria da população vive em condição desfavorável, o domicílio multigeracional torna-se, pois, o espaço onde vivem predominantemente os idosos do Nordeste. O cuidado intergeracional (filhos e netos, por exemplo, cuidando de pais e avós) representa uma espécie de institucionalização comunitária do idoso – notadamente na ausência de sistemas formais de cuidados para essa faixa etária – que poderá rapidamente colapsar, na medida em que o número de idosos aumenta, as famílias tornem-se mais nucleares e as mulheres participem mais da força de trabalho.

Somente 7,6% referiram estar livres de alguma doença crônica. Entre os idosos da área periférica, a proporção que referiu mais de cinco doenças crônicas representou o dobro da área central. Esses achados são similares aos encontrados em São Paulo¹³, demonstrando maior morbidade entre o segmento de menor nível socioeconômico.

O maior relato de doenças crônicas entre mulheres idosas é também similar ao encontrado em outros estudos¹⁷. O fato de a mulher ter maior longevidade do que o homem, tender a morar mais sozinha ou sem cônjuge e apresentar mais doenças crônicas coloca o envelhecimento como processo fortemente associado ao sexo feminino, um aspecto importante a ser levado em conta no delineamento de programas de promoção da saúde do idoso.

A maior morbidade auto-referida encontrada entre a população idosa mais pobre encontra-se compatível com as altas taxas de mortalidade por doenças crônicas encontradas em países em desenvolvimento, as quais chegam a superar as de países industrializados. Fortaleza apresenta coeficientes de mortalidade entre os homens semelhantes aos dos Estados Unidos e mais elevados que os da maioria dos países da Europa Ocidental. Os mesmos coeficientes situaram-se entre os maiores entre uma série de 33 países, em sua maioria, europeus⁴. As doenças crônicas não representam, portanto, marca exclusiva de sociedades industrializadas, e tendem a se tornarem ainda mais prevalentes em qualquer região cuja população envelhece.

Uma proporção observada de 12,7% de idosos necessitando de ajuda para realização de pelo menos 4 AVD representa o contingente de idosos em situação crítica de dependência, e que necessita de assistência constante e relativamente especializada. A área periférica apresentou 21,4% de idosos nessa situação, en-

quanto a área central, somente 6,6%. Os idosos de Fortaleza e São Paulo¹³ apresentaram-se, em geral, com graus de autonomia total similares (52,3% versus 53%, respectivamente). Em relação à avaliação mental, os residentes da área periférica novamente apresentaram-se em posição mais desfavorável, representando um terço dos classificados como “casos”.

A elevada demanda de pessoas idosas para os serviços de saúde tornou-se bem caracterizada no presente estudo. A tendência em ocorrer, na região periférica, maior percentual de idosos que nunca procuraram serviço de saúde pode refletir, antes de melhores condições de saúde, uma maior iniquidade frente a acesso às facilidades de saúde. Pode-se supor que idosos de classe social mais alta procuram os serviços de saúde com maior antecipação e de forma mais sistemática, enquanto os demais o fazem predominantemente em situações agudas ou de morbidade extrema. Neste último caso, seria comum o retorno sistemático aos serviços, devido à sua baixa resolutividade frente aos complexos problemas apresentados pela população idosa.

Os idosos de Fortaleza apresentaram-se, portanto, com características bastante heterogêneas quando se levou em conta os diferentes estratos socioeconômicos da cidade, ocorrendo na área mais pobre proporção mais expressiva de idosos com sérias demandas sociais e maior morbidade física e mental. Em relação aos idosos de São Paulo, o perfil apresentou-se, em geral, bastante similar, havendo no entanto, uma maior prevalência de domicílios multigeracionais.

Este estudo descreve especificamente a realidade de idosos de uma capital nordestina, de modo que novas investigações seriam fundamentais para apreender também a situação daqueles residentes em outros contextos, urbanos e rurais, da região. Ademais, dadas as conhecidas limitações de um desenho transversal, estudos longitudinais são recomendados para testarem as hipóteses aqui levantadas e oferecerem informação que possam melhor subsidiar o desenvolvimento de programas e intervenções no campo da saúde do idoso.

À luz das transformações demográficas projetadas para as próximas décadas, as condições dos idosos aqui reveladas, suas desigualdades e seus potenciais impactos sobre os serviços de saúde permitem sugerir que a organização de forma abrangente da atenção à saúde do idoso é hoje também prioridade emergente na região Nordeste do Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. *Inf Epidemiol SUS* 1992;2:5-16.
2. BEMFAM. *Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil no Nordeste, Brasil, 1991*. Rio de Janeiro: 1994. (Demography and Health Surveys).
3. Blay S, Ramos LR, Mari JJ. Validity of a Brazilian version of the Older American Resources and Services (OARS) mental health screening questionnaire. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:687-92.
4. Duncan BB, Schmidt MI, Polanczyk CA, Mengue SS. Altos coeficientes de mortalidade em populações adultas brasileiras: uma comparação internacional. *Rev Assoc Med Bras* 1992;38:138-44.
5. Fundação IBGE. *Censo demográfico*. Rio de Janeiro: 1973. [8º Recenseamento Geral do Brasil, 1970].
6. Fundação IBGE. *Censo demográfico de 1991: análises preliminares*. Rio de Janeiro; 1992.
7. Fundação Instituto de Planejamento do Ceará (IPLANCE). *A dinâmica do movimento populacional no Ceará: 1950-1991*. Fortaleza; 1994.
8. Kinsella K. Ageing and health care: demographic aspects. In: Ebrahim S, Kalache A, editors. *Epidemiology in old age*. London: BMJ / WHO; 1996. p. 32-40.
9. Myers GC. Demographic aging and family support for older persons. In: Kendig H, Hashimoto A, Coppard, L, editors. *Family support for the elderly: the international experience*. New York: Oxford University Press; 1992. p. 31-68.
10. Ramos LR. *Growing old in São Paulo, Brazil: assessment of health status and social support of elderly people from different socioeconomic strata living in the community* [dissertation]. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1987.
11. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Pública* 1987;21:211-24.
12. Ramos LR, Góhman S. Geographical stratification by socio-economic status: methodology from a household survey with elderly people in S. Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública* 1989;23:478-92.
13. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FR. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1993;27:87-94.
14. Rosner B. *Fundamentals of biostatistics*. Belmont: Duxbury Press; 1995.
15. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev Saúde Pública* 1987; 21:225-33.
16. Veras RP, Silva SD, Souza CAM, Milioli R, Ventura F. Proposta metodológica para inquérito domiciliar com populações idosas em um centro urbano do Estado do Rio de Janeiro (Brasil). *Rev Saúde Pública* 1989;23:429-38.
17. Veras RP. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.