

A velhice não contemplada: invisibilidade das demandas sociais da pessoa idosa em Fernando de Noronha – Nordeste do Brasil

Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva

Eduardo Maia Freese de Carvalho

Carlos Feitosa Luna

RESUMO: o objetivo geral deste trabalho é apresentar informações epidemiológicas e reflexões sobre os padrões e as desigualdades no processo de envelhecimento. Os resultados da pesquisa sobre o perfil socioeconômico e epidemiológico da população idosa do Distrito Estadual de Fernando de Noronha (DEFN), PE, e uma leitura crítica analisando o IDH, a prevalência de déficit cognitivo, as taxas de envelhecimento e as condições de vida encontradas na ilha reforçam o tom de invisibilidade e negligência das demandas sociais do segmento mais velho da população no conteúdo das políticas públicas do país.

Palavras-chave: processo de envelhecimento; desigualdade social; saúde do idoso.

ABSTRACT: *The main overall aim of this study is to present epidemiological information and reflections on patterns of aging and inequalities relating to this process. The State of Pernambuco has the tenth best human development index (HDI) in Brazil, according to the ranking of cities in the country. The results of research on the “socioeconomic and epidemiological profile” of the elderly population of the State District of Fernando de Noronha (DEFN) – PE, together with a critical reading that analyses the HDI, the Prevalence of Cognitive Deficit, the Rates of Aging and the living conditions found on the island, corroborate the invisibility and negligence regarding the social needs of the elderly sector of the population in the public policy of the State of Pernambuco.*

Keywords: *aging process; social inequality; elderly health; invisibility.*

Introdução

Historicamente, ao longo dos seus cinco séculos, desde e após a ocupação portuguesa, o Brasil, além da tão propagada dimensão continental, compreendendo uma extensa área geográfica e territorial com suas imensas riquezas naturais, caracteriza-se também por sua diversidade étnica e cultural, por grandes diferenças inter-regionais e acentuadas desigualdades sociais, determinadas por um processo contínuo de concentração de riqueza e renda. Esse processo histórico, de exclusão social, traz no seu bojo inúmeras contradições políticas e socioeconômicas entre as classes sociais e suas várias frações, impedindo um desenvolvimento equânime da sociedade brasileira. Nessa compreensão, verifica-se no país, atualmente, um complexo e heterogêneo perfil epidemiológico, historicamente configurado, que espelha o cotidiano e a qualidade de vida das diferentes comunidades/populações que conformam contemporaneamente a sociedade brasileira (Carvalho, 1991, 2003).

Portanto, conhecer o Brasil significa viajar na história, pisar no chão de cada lugar onde exista uma determinada população, encontrar as pessoas e ouvir o que elas têm para contar, principalmente quando quem fala é alguém que já viveu muitos anos. Nas últimas décadas, a partir da ampliação considerável da proporção de pessoas idosas entre a população geral, embora estas venham sendo gradativamente incluídas na pauta da agenda acadêmica e das políticas públicas, ainda são escassos os estudos sobre as condições de vida e de saúde das populações minoritárias, vivendo em situação especial. Esse é o caso dos ilhéus idosos de Fernando de Noronha, indígenas e quilombolas, por exemplo, no estado de Pernambuco. Sem levar em consideração as demandas sociais específicas de uma determinada população, o conteúdo dessas políticas públicas carece de legitimidade, não servindo à proposta de enfrentamento das desigualdades existentes nem causando impactos verdadeiramente positivos na realidade em que se pretende intervir.

Analisando as características dos processos de envelhecimento ocorridos em países desenvolvidos e em desenvolvimento, tendo como

referência o Brasil, observa-se que os processos de transição demográfica e epidemiológica em nada se assemelham, por exemplo, aos ocorridos nos países capitalistas europeus. Estes implementaram políticas de industrialização conjuntamente com políticas de Welfare State, e ali as mudanças ocorreram ao longo dos anos, principalmente do século passado. Esse chamado Estado de “bem-estar social” decorreu das políticas públicas implantadas, principalmente, nas áreas de educação, saúde e seguridade social, associadas a políticas de expansão econômica, assegurando trabalho e renda (Carvalho et alii, 1998; Gordilho et alii, 2001).

Em países como o Brasil, a expectativa de vida começou a aumentar a partir de meados do século XX, de forma acelerada, em decorrência do emprego de tecnologias como imunização e ampliação da cobertura assistencial pelos serviços de saúde, reduzindo drasticamente a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIPs). Vale ressaltar que não necessariamente tenha ocorrido uma acentuada melhoria na qualidade de vida do conjunto da população brasileira.

O Brasil registra um dos maiores índices de desigualdades do mundo. Em 2002, os 50% mais pobres detinham 14,4% da renda nacional e o 1% mais rico concentrou 13,5% (Brasil, 2004). Tal realidade irá marcar também as diferenças no envelhecimento das populações nas diversas regiões do país. No Sul e Sudeste, verificam-se padrões diferenciados, sendo a expectativa de vida mais elevada que a das regiões Norte e Nordeste. Entretanto, esses padrões ainda estão cerca de 8 a 12 anos abaixo, quando consideramos a expectativa de vida dos países desenvolvidos.

Atualmente, a população brasileira com idade a partir dos 60 anos é estimada em torno de 16 milhões de pessoas, representando taxa de envelhecimento (TE) igual a 9,3% (ibid.). A expectativa de vida estimada para a população brasileira é de 71,3 anos (IBGE, 2004), sendo desigual entre os de raça asiática – que têm a maior esperança de vida, 75,75 anos –, os de raça caucasiana (européia) – 73,99 anos – e os descendentes afro-brasileiros (pretos e pardos) – com expectativa de viver em média 67,87 anos (Pardini, 2004).

Envelhecer é inerente ao próprio ser humano, porém, o contexto em que ocorre é ponto fundamental de diferenciação na vida das pessoas que atingem a sexagésima idade. Embora a discussão sobre o tempo de ser idoso seja ampla e polêmica, atravessando historicamente os campos da filosofia e da ciência, não se deve conceber o processo de envelhecimento associado unicamente à *dimensão tempo*.

Entretanto, a idade cronológica é uma referência quantitativa dos anos vividos por um indivíduo e o envelhecimento é um processo determinado por fatores biopsicossociais e culturais, iniciado antes da velhice, que é uma fase da vida humana, assim como infância, adolescência e fase adulta.

Apesar de, nas últimas décadas, a discussão científica sobre o envelhecimento populacional ter sido ampliada, percebe-se nitidamente que o aparato jurídico e as políticas sociais destinadas ao segmento idoso da população adotam a idade cronológica como critério absoluto e inviolável, negligenciando os determinantes e as desigualdades no processo de envelhecimento.

Para efeito de contextualização, vale salientar que, em Pernambuco, existem 704.886 idosos, numa população geral de 7.918.344 habitantes, representando uma taxa de envelhecimento (TE) igual a 8,9% e IDH de 0,705 ocupando o décimo oitavo lugar no *ranking* nacional. Recife é a terceira capital do país em números relativos de população idosa, com uma TE de 9,4% (IBGE, 2000, 2004).

Pernambuco abrange no seu território, ao mesmo tempo, Manari, município de menor IDH do estado e o décimo melhor no *ranking* nacional, encontrado na ilha de Fernando de Noronha. O IDH, entretanto, por não ser um indicador específico para idosos, não permite dar visibilidade à situação vivida pelo segmento mais velho da população. Além disso, são escassas as políticas destinadas à melhoria na qualidade de vida do segmento mais velho das populações, principalmente nas áreas de saúde, educação, segurança e lazer.

Com base nos resultados da pesquisa sobre o perfil socioeconômico e epidemiológico da população idosa do DEFN, serão destacados alguns

aspectos negligenciados do processo de envelhecimento ao se adotar o IDH como referência para o planejamento das políticas direcionadas ao referido segmento.

Material e método

O DEFN foi instituído pela Lei nº 11.304, de 28 de dezembro de 1995, que também aprovou a sua Lei Orgânica. Fernando de Noronha também é o nome da ilha principal do arquipélago, onde a pesquisa foi realizada, tendo sido presídio comum (1737/1938); presídio político da União (1938/1942); destacamento misto durante a Segunda Guerra Mundial (1942/1945); Território Federal (1942/1988); e reintegrado ao estado de Pernambuco (1988). É a única ilha habitada, dista 545 km da cidade do Recife e possui uma área de 17 km². No momento da pesquisa em Fernando de Noronha, existia uma população fixa estimada em 2.051 habitantes, entre os quais 88 idosos (IBGE, 2000).

O estudo sobre o perfil da população idosa insular foi realizado entre os anos 2003 e 2004, caracterizando-se pelo desenho epidemiológico, de corte transversal, descritivo, em população especial. Censitário, incluiu todas as pessoas idosas residentes no DEFN, com idade a partir dos 60 anos. Do universo de 88 ilhéus idosos, foram entrevistados 80. O instrumento utilizado durante as entrevistas foi o Brazil Old Age Schedule (BOAS), questionário multidimensional para estudos comunitários na população idosa.

Foi realizada uma análise descritiva, para mensurar a associação entre as variáveis, sendo utilizados Odds Ratio e o teste qui-quadrado de independência, sendo o nível de significância de 5%.

Neste artigo, foram selecionados: TE (taxa de envelhecimento), IDH, os indicadores de alfabetização, escolaridade, renda nominal mensal, média de idade e prevalências de déficit cognitivo, hipertensão arterial (diagnóstico auto-referido) e diabetes mellitus (diagnóstico auto-referido) da população idosa insular.

Para identificação de suspeição de casos de síndrome cerebral orgânica (SCO), cujo rastreamento comunitário fornece os sintomas

fundamentais da demência, tais como a desorientação e a deficiência de memória recente, foi considerada a escala de SCO, contendo uma série de testes que fornecem uma prevalência pontual da deficiência cognitiva. O ponto de corte utilizado na escala do BOAS foi 3 e acima.

Resultados

Quadro 1 – Perfil da população idosa do Distrito Estadual de Fernando de Noronha

Indicadores	Valores
IDH	0,862
TE	4,3%
Média de idade (anos)	69
Esperança de vida ao nascer	70,5
Longevidade	0,761
Não sabe ler nem escrever	36,2%
Renda nominal mensal de até 05 S.M.	51,3%
Desenvolve atividade remunerada	66,3%
Presta ajuda financeira à família	70%

Fonte: Perfil socioeconômico e epidemiológico da população idosa do Distrito Estadual de Fernando de Noronha – PE/NESC-CPqAM-Fiocruz, 2004.

Constata-se, no Quadro 1, alto IDH e inexistência de população envelhecida; a média de idade dos ilhéus idosos fica em torno dos 69 anos; 36,2% são analfabetos; a maioria, ou seja, 51,3%, possui renda de até 5 S.M.; 66,3% desenvolve atividade remunerada; e 70% presta ajuda financeira à família.

Destaca-se, do total de respostas, que 39,7% desenvolve atividade produtiva remunerada; 35,1% tira o sustento da aposentadoria e 17,6% da pensão ou ajuda do cônjuge (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da frequência dos idosos do DEFN em relação à fonte de onde tira o sustento para sobrevivência. Fernando de Noronha, 2003

Informações gerais	SCO				OR	IC 95%	p-valor
	Suspeição de casos		Negativo				
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	9	56,3	30	46,9	1,00	-	-
Masculino	7	43,8	34	53,1	0,69	0,20 – 2,34	0,5022
Faixa etária							
60 -- 69	10	62,5	37	57,8	1,00	-	-
70 -- 79	5	31,3	24	37,5	0,77	0,20 – 2,88	0,6676
80 e +	1	6,3	3	4,7	1,23	0,00 – 16,31	0,6343
Sabe ler e escrever							
Sim	4	25,0	47	73,4	1,00	-	-
Não	12	75,0	17	26,6	8,29	2,07 – 35,88	0,0003
Escolaridade							
Nenhuma	3	75,0	12	25,5	-	-	-
Primário	1	25,0	25	53,2	-	-	-
Ginásio ou 1º grau	0	-	3	6,4	-	-	-
2º grau completo	0	-	2	4,3	-	-	-
Superior	0	-	5	10,6	-	-	-
Estado civil							
Viúvo/ Sozinho	5	31,3	22	34,4	1,00	-	-
Casado	11	68,7	42	65,6	0,87	0,23 – 3,19	0,8139
Número de filhos							
Ate 7	10	62,5	46	71,9	1,00	-	-
Mais de 7	6	37,5	18	28,1	1,53	0,42 – 5,53	0,3278
Trabalho							
Sim	7	46,7	44	69,8	1,00	-	-
Não	8	53,3	19	30,2	2,65	0,73 – 9,69	0,0899
Renda							
Ate 2	6	42,9	17	28,3	2,47	0,51 – 12,51	0,1749
Mais de 2 a 4	4	28,6	15	25,0	1,87	0,33 – 10,7	0,3332
Mais de 4	4	28,6	28	46,7	1,00	-	-

Tabela 2 – Distribuição da população idosa do Distrito Estadual de Fernando de Noronha, por suspeição de caso de síndrome cerebral orgânica (déficit cognitivo) e associação entre sexo, faixa etária, alfabetização, escolaridade, estado civil, número de filhos, trabalho e renda. Fernando de Noronha, 2003

Informações gerais	SCO				OR	IC 95%	p-valor
	Suspeição de casos		Negativo				
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	9	56,3	30	46,9	1,00	-	-
Masculino	7	43,8	34	53,1	0,69	0,20 – 2,34	0,5022
Faixa etária							
60 -- 69	10	62,5	37	57,8	1,00	-	-
70 -- 79	5	31,3	24	37,5	0,77	0,20 – 2,88	0,6676
80 e +	1	6,3	3	4,7	1,23	0,00 – 16,31	0,6343
Sabe ler e escrever							
Sim	4	25,0	47	73,4	1,00	-	-
Não	12	75,0	17	26,6	8,29	2,07 – 35,88	0,0003
Escolaridade							
Nenhuma	3	75,0	12	25,5	-	-	-
Primário	1	25,0	25	53,2	-	-	-
Ginásio ou 1º grau	0	-	3	6,4	-	-	-
2º grau completo	0	-	2	4,3	-	-	-
Superior	0	-	5	10,6	-	-	-
Estado civil							
Viúvo/ Sozinho	5	31,3	22	34,4	1,00	-	-
Casado	11	68,7	42	65,6	0,87	0,23 – 3,19	0,8139
Número de filhos							
Ate 7	10	62,5	46	71,9	1,00	-	-
Mais de 7	6	37,5	18	28,1	1,53	0,42 – 5,53	0,3278
Trabalho							
Sim	7	46,7	44	69,8	1,00	-	-
Não	8	53,3	19	30,2	2,65	0,73 – 9,69	0,0899
Renda							
Ate 2	6	42,9	17	28,3	2,47	0,51 – 12,51	0,1749
Mais de 2 a 4	4	28,6	15	25,0	1,87	0,33 – 10,7	0,3332
Mais de 4	4	28,6	28	46,7	1,00	-	-

A Tabela 2 apresenta a análise de associação entre a síndrome cerebral orgânica (déficit cognitivo) e sexo, faixa etária, capacidade de leitura (alfabetização), escolaridade, estado civil, número de filhos, trabalho e renda. Os dados revelam que apenas a leitura (analfabetismo) está estatisticamente associada com a síndrome cerebral orgânica, sendo assim, o risco de ter a referida síndrome é cerca de oito vezes maior para as pessoas que não sabem ler e escrever (p -valor=0,0003).

Tabela 3 – Distribuição da população idosa do DEFN, por suspeição de caso de síndrome cerebral orgânica (déficit cognitivo) e associação entre hipertensão arterial e diabetes mellitus. Fernando de Noronha, 2003

Doenças crônicas	SCO				OR	IC 95%	p-valor
	Suspeição de casos		Negativo				
	N	%	N	%			
HAS							
Sim	5	31,3	24	37,5	0,76	0,20 – 2,77	0,6418
Não	11	68,8	40	62,5	1,00	-	-
Diabetes mellitus							
Sim	3	18,8	11	17,2	1,11	0,21 – 5,28	1,000
Não	13	81,3	53	82,8	1,00	-	-

Na Tabela 3, de modo geral, verifica-se que tanto a hipertensão arterial quanto a diabetes mellitus não estão associadas com a SCO (p -valores $>0,05$), ou seja, os percentuais de pessoas com HAS e DM não diferem entre os dois grupos avaliados. Vale ressaltar, embora não seja significativo, que ter HAS pode ser visto como um fator de proteção no desenvolvimento de SCO.

Discussão

Considerada a melhor área do Nordeste, com base no cálculo do IDH, Fernando de Noronha ocupa positivamente o décimo lugar no *ranking* das cidades brasileiras, acompanhando os níveis das regiões

Sul e Sudeste do país, superando cidades como Caxias do Sul (RS) e Curitiba (PR), conforme registrado no *Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil* (IPEA, 2004).

A ilha apresenta diversas peculiaridades, comparadas ao que foi estabelecido como realidade geral do perfil da população idosa do país. No DEFN, a taxa de 4,3% indica não ocorrer o processo de envelhecimento populacional verificado no Brasil (8,6%), em Pernambuco (8,9%) e no Recife (9,4%) (IBGE, 2000). A população idosa do DEFN, com maior concentração no intervalo dos 60 aos 69 anos de idade (58,8%), pode ser considerada, segundo os critérios de Hazzard (1990), como constituída majoritariamente por idosos ainda jovens, possuindo a maior esperança de vida ao nascer, ou seja, 70,65 anos, e a maior longevidade (0,761) em Pernambuco, superando inclusive a média estadual (IPEA, 2004).

Apesar desses aspectos positivos, quando analisados alguns indicadores utilizados no cálculo do IDH, dando visibilidade ao perfil do ilhéu idoso, segmento minoritário numa comunidade onde prevalece o peso da população jovem, algumas observações devem ser feitas. Em primeiro lugar, considerando a renda nominal mensal do ilhéu idoso, a exemplo do que ocorre no continente brasileiro, as principais fontes de sustento são: o trabalho, a aposentadoria e a pensão e/ou ajuda do(a) esposo(a)/companheiro(a). A maioria dos idosos (51,3%) possui renda própria, no valor de até cinco salários mínimos, superior aos encontrados entre a população idosa brasileira geral, cuja renda dos 20,2 milhões de aposentados não chega a dois salários mínimos, com base nos dados da Previdência Social (Berzins, 2003).

Além disso, é importante considerar o alto custo de vida em Fernando de Noronha, inclusive para os ilhéus, que são obrigados a pagar preços elevados, em relação à média do continente, por produtos essenciais à sobrevivência, tais como água potável, gás de cozinha, alimentos, combustível, entre outros, cujos preços são, no mínimo, o dobro dos verificados em Recife, capital do estado. Existe, curiosamente, alusão a uma moeda fictícia, de domínio popular na ilha, ilustrando bem a situação, ou seja, “um noronha (N\$ 1,00) equivale a dois reais

(R\$ 2,00)". Sendo assim, a exemplo de outras sociedades, para sobreviver na ilha, a maioria da população idosa (66,3%) desenvolve atividade produtiva remunerada e 70% dos idosos prestam ajuda de ordem financeira à família.

Outro indicador das desigualdades no processo de envelhecimento diz respeito à situação educacional: a média de anos de estudo dos "Idosos Responsáveis pelos Domicílios" é bastante diferenciada entre as unidades da Federação, variando de 6,0 no Distrito Federal a 2,5 anos de estudo no estado de Pernambuco. No Norte e Nordeste, onde a população rural tem maior expressão, a média de estudo nas capitais é bastante superior. No conjunto do estado de Pernambuco, a escolaridade média dos idosos é bem inferior à média encontrada para a capital, Recife: 2,5 contra 5,6 (IBGE, 2000).

Relacionada à escolaridade, no Brasil, onde, mesmo havendo um aumento significativo no indicador de alfabetização na última década, quando a proporção de idosos alfabetizados passou de 55,8% (1991) para 64,8% (2000), o contingente de idosos analfabetos é expressivo, representando cerca de 5,1 milhões de pessoas (ibid.). No DEFN, apesar do alto IDH, a taxa de analfabetismo, de 36,2%, acompanha a média nacional, de 35,2%. Entre os ilhéus idosos, alguns aprenderam a ler e escrever sem freqüentar escola, poucos concluíram os ensinos médio e fundamental, sendo bastante reduzido o número de pessoas com nível superior. Vale salientar que os baixos níveis de educação e alfabetização associam-se ao maior risco de perda de capacidade funcional e morte entre as pessoas, à medida que envelhecem, bem como aos maiores índices de desemprego. A educação, nos primeiros anos de vida, junto com oportunidades de aprendizagem durante toda vida podem ajudar as pessoas a desenvolverem as aptidões e a confiança que necessitam para se adaptarem e seguirem sendo independentes à medida que envelhecem (OMS, 2002).

A capacidade cognitiva é um indicador da qualidade de vida do segmento idoso. Segundo Veras (1994), nas populações em envelhecimento, a cognição deficiente assume importância crescente com o avanço da idade. O impacto da demência sobre a autonomia de um

indivíduo e a capacidade de cuidar de si mesmo é muito significativo, e é fundamental que os planejadores locais de assistência à saúde e os serviços de assistência social possam tomar decisões racionais sobre a necessidade de serviços.

No DEFN, a prevalência pontual de deficiência cognitiva encontrada foi de 20%, valor relativamente alto, comparado aos percentuais registrados no estudo de Veras (ibid.) envolvendo populações de idosos dos distritos de Copacabana, Méier e Santa Cruz, no estado do Rio de Janeiro, onde os valores encontrados foram 5,95%, 9,84% e 29,75%, respectivamente. Com base nesses resultados, mais uma vez, é observado que, apesar do alto IDH, o segmento idoso da população insular acompanha os indicadores de municípios com baixo IDH, como é o caso de Santa Cruz no Rio de Janeiro.

Tal realidade, a título de hipótese, deve-se ao fato de os ilhéus idosos possuírem o mesmo nível educacional formal dos idosos de Santa Cruz, ou seja, elevada taxa de analfabetismo, significando risco para desenvolver déficit cognitivo, como foi indicado nos testes estatísticos.

Considerações finais

Os padrões diferenciados de envelhecimento atingem tanto as dimensões do indivíduo quanto da população, devendo-se levar em conta seus determinantes históricos, biopsicossociais e culturais no momento em que se pretende estudar uma realidade. Em Fernando de Noronha, o processo de envelhecimento não acompanha os padrões observados no estado de Pernambuco, na capital Recife e no contexto nacional.

O perfil socioeconômico revela a existência de uma população privilegiada, quando comparada a outras, do continente, muito embora, em alguns aspectos, como, por exemplo, no nível de alfabetização e no grau de escolaridade, acompanhe os mesmos padrões observados no país. Apesar da boa qualidade de vida e do IDH ser um dos melhores, quando comparado a outros municípios do país, o alto custo de vida na ilha, acima dos padrões observados no continente, é uma realidade

vivenciada pelo ilhéu idoso. Esse fato o faz manter-se ativamente no mercado de trabalho, como estratégia de sobrevivência para incrementar a renda própria e a familiar.

A prevalência pontual de deficiência cognitiva rastreada na ilha também indica a real necessidade de planejamento e desenvolvimento de ações básicas de saúde, no sentido de preservar, manter e recuperar a capacidade cognitiva, prevenindo, diagnosticando e tratando alguns idosos com quadro de demência, e, dessa forma, evitando impactos negativos sobre a autonomia e capacidade de autocuidado do idoso.

Merecem ser respeitados e conhecidos os espaços onde vivem populações minoritárias e isoladas, seja do ponto de vista geográfico, étnico ou cultural, visando a maior aproximação com o cotidiano de seus hábitos de vida, condições socioeconômicas e situação de saúde. Suas peculiaridades e demandas específicas devem ser contempladas, mediante o estudo de seus indicadores locais, na agenda das políticas públicas, fazendo prevalecer o princípio da equidade social.

Independentemente da idade que se utilize nos diferentes contextos, é importante reconhecer que a idade cronológica não é um indicador exato das mudanças que acompanham o envelhecimento. Existem variações consideráveis no estado de saúde, na participação e nos níveis de independência entre as pessoas idosas da mesma idade. Os responsáveis políticos e técnicos devem ter isso em conta ao traçarem políticas e programas para populações de idosos. Promulgar amplas políticas sociais baseadas unicamente na idade cronológica pode ser discriminatório e contraproducente para o bem-estar das pessoas de idade avançada (OMS, 2002).

Referências

- BERZINS, M. A. V. S. (2003). Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. *Serviço Social e Sociedade*, n. 75 (out.), pp. 19-34.
- BRASIL – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2004). *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília, novembro.
- CARVALHO, E. F. (1991). Perfil epidemiológico e a IX Conferência Nacional de Saúde: um século de desafios da Peste à Sida. *Saúde em Debate*, n. 33, pp. 43-49.
- CARVALHO, E. F. et alii (1998). O processo de transição epidemiológica e iniquidade social: o caso de Pernambuco. *RASPP*, v. 1, n. 2, pp. 107-119.
- _____(2003). Ciências sociais e saúde na América Latina: visões contemporâneas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, pp. 26-30.
- GORDILHO, A. et alii (2001). Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. *Análise & Dados*, v. 10 (mar.), n. 4, pp. 138-153.
- HAZZARD, W. R. (1990). "The sex differential in longevity". In: *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. New York, McGraw-Hill.
- IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000). *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil*. Rio de Janeiro.
- _____(2002). *Censo demográfico, 2000*. Rio de Janeiro.
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2004). *Atlas de desenvolvimento humano no Brasil*. Disponível em: www.ipea.gov.br. Acesso em: 18 jan. 2004.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. Madrid.
- PAIVA, S. de O. C. (2004). *Perfil socioeconômico e epidemiológico da população idosa do Distrito Estadual de Fernando de Noronha – PE*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife, Fundação Oswaldo Cruz.

- PARDINI, F. (2004). Pacientes invisíveis. *CartaCapital*, ano X, n. 304, pp. 36-37.
- VERAS, R. P. (1994). *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro, Relume Dumará.
- (2002). *Terceira idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro, Relume Dumará.

Data de recebimento: 13/8/2007; Data de aceite: 27/8/2007.

Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva – Assistente social, mestre em Saúde Pública pelo Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Hospital Universitário Oswaldo Cruz/Universidade de Pernambuco. Coordenadora do Núcleo de Articulação e Atenção à Saúde e Cidadania do Idoso (NAISCI). E-mail: salvea@oi.com.br

Eduardo Maia Freese de Carvalho – Doutor em Ciências Socio sanitárias pela Universidad Complutense de Madrid. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz. Vice-Diretor de Ensino, coordenador da Pós-Graduação. E-mail: freese@cpqam.fiocruz.br

Carlos Feitosa Luna – Bacharelado em Estatística e mestre em Estatística pela Universidade Federal de Pernambuco. Atua como Tecnologista no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: carlosluna@cpqam.fiocruz.br