ReGeo ISSN: 2177-3246

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE ENTRE IDOSOS URBANOS E RURAIS NO MARANHÃO: DIFERENÇAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE ESTILO DE VIDA E DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

SELF-PERCEIVED HEALTH AMONG URBAN AND RURAL OLDER ADULTS IN MARANHÃO: SOCIODEMOGRAPHIC, LIFESTYLE, AND HEALTH-CONDITION DIFFERENCES

AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD ENTRE PERSONAS MAYORES URBANAS Y RURALES EN MARANHÃO: DIFERENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE ESTILO DE VIDA Y DE CONDICIONES DE SALUD

https://doi.org/10.56238/revgeov17n9-186

Data de submissão: 28/08/2026 **Data de publicação:** 28/09/2026

João Victor da Silva Bezerra
Acadêmico de Fisioterapia
Instituição: Universidade Ceuma
E-mail: joaovictorsbzr@gmail.com

Amanda de Sousa Lima Rodrigues
Acadêmica de Fisioterapia
Instituição: Universidade Ceuma
E-mail: amandalima.rod06@gmail.com

Sofia Vitória da Silva
Acadêmica de Fisioterapia
Instituição: Universidade Ceuma
E-mail: sofiaanavt@gmail.com

Tarcila da Costa
Bacharela em Publicidade e Propaganda
Instituição: Universidade Cesumar
E-mail: tarcilandimmm@gmail.com

Pedro Lucas Froz Serra
Acadêmico de Fisioterapia
Instituição: Universidade Ceuma
E-mail: pedrofroz18@gmail.com

Karolainy Alves dos Santos
Acadêmica de Fisioterapia
Instituição: Universidade Ceuma
E-mail: karolainysant12@gmail.com

Ronald Ferreira Pinheiro
Acadêmico de Fisioterapia
Instituição: Universidade Ceuma
E-mail: ronypinheiro1313@gmail.com

ReGeo

ISSN: 2177-3246

Karla Virgínia Bezerra de Castro Soares
Doutora em Odontologia
Instituição: Universidade Ceuma
E-mail: karla1441@yahoo.com.br

RESUMO
Introdução: o envelhecimento populacional impõe desafios diferenciados conforme o território de residência, enquanto a literatura brasileira sobre desigualdades urbano-rurais em saúde do idoso ainda é escassa na região Nordeste. Objetivo: verificar se existem diferenças na autopercepção de saúde entre idosos urbanos e rurais no Maranhão quando consideradas questões sociodemográficas, de estilo de vida e de condições de saúde. Método: estudo transversal, descritivo-comparativo, com amostra de conveniência de 60 idosos (38 urbanos, vinculados a um centro de convivência para idosos, e 22 rurais, abordados por meio de um grupo pastoral em município do interior do estado), entrevistados face a face por meio de questionário estruturado. As comparações entre grupos foram realizadas por teste qui-quadrado ou exato de Fisher (nível de significância de 5%). Resultados: idosos rurais apresentaram menor escolaridade e renda, maior proporção de sedentarismo e tabagismo, pior autopercepção geral e física de saúde, e maior dificuldade em atividades instrumentais de vida diária (AIVD), especialmente uso de transporte e gerenciamento de finanças, quando comparados aos idosos urbanos ($p<0,05$ para a maioria das variáveis). Conclusão: os achados evidenciam uma desigualdade territorial expressiva na saúde e nas condições de vida do idoso maranhense, reforçando a necessidade de políticas públicas de envelhecimento diferenciadas e adaptadas às especificidades do meio rural.

Palavras-chave: Idoso. Saúde do Idoso. População Rural. Disparidades em Saúde. Política de Saúde.

ABSTRACT
Introduction: population aging poses different challenges depending on the territory of residence, and the Brazilian literature on urban-rural inequalities in older adults' health is still scarce in the Northeast region. Objective: to verify whether differences exist in self-perceived health between urban and rural older adults in the state of Maranhão, considering sociodemographic, lifestyle, and health-condition factors. Method: a cross-sectional, descriptive-comparative study with a convenience sample of 60 older adults (38 urban, linked to an elderly day center, and 22 rural, approached through a parish pastoral group in a municipality in the state's interior), interviewed face-to-face using a structured questionnaire. Group comparisons were performed using the chi-square or Fisher's exact test (5% significance level). Results: rural older adults showed lower education and income, a higher proportion of sedentary behavior and smoking, worse general and physical self-perceived health, and greater difficulty in instrumental activities of daily living (IADL), especially using transportation and managing finances, compared to urban older adults ($p<0.05$ for most variables). Conclusion: the findings reveal a substantial territorial inequality in the health and living conditions of older adults in Maranhão, reinforcing the need for differentiated aging public policies adapted to the specificities of rural areas.

Keywords: Aged. Health of the Elderly. Rural Population. Healthcare Disparities. Health Policy.

RESUMEN
Introducción: el envejecimiento poblacional plantea desafíos diferenciados según el territorio de residencia, y la literatura brasileña sobre las desigualdades urbano-rurales en la salud de las personas mayores aún es escasa en la región Nordeste. Objetivo: verificar si existen diferencias en la autopercepción de salud entre personas mayores urbanas y rurales en Maranhão, considerando aspectos sociodemográficos, de estilo de vida y de condiciones de salud. Método: estudio transversal,

descriptivo-comparativo, con una muestra de conveniencia de 60 personas mayores (38 urbanas y 22 rurales), entrevistadas cara a cara mediante un cuestionario estructurado. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante la prueba de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher (nivel de significancia del 5%). Resultados: las personas mayores rurales presentaron menor escolaridad e ingresos, mayor proporción de sedentarismo y tabaquismo, peor autopercepción general y física de salud, y mayor dificultad en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), en comparación con las personas mayores urbanas ($p<0,05$ para la mayoría de las variables). Conclusión: los hallazgos evidencian una desigualdad territorial expresiva en la salud de las personas mayores de Maranhão, reforzando la necesidad de políticas públicas de envejecimiento diferenciadas y adaptadas a las especificidades del medio rural.

Palabras clave: Anciano. Salud del Anciano. Población Rural. Disparidades en el Estado de Salud. Política de Salud.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem sinalizado uma curva de crescimento sem precedentes, decorrente do aumento da expectativa de vida e da queda da taxa de fecundidade, fenômeno que já não é exclusivo de países ricos e que impõe decisões urgentes em todos os setores[1,2]. Movimentos internacionais como a Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030), liderada pela Organização Pan-Americana da Saúde, e nacionais, como a Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa, buscam responder a esse desafio promovendo comunidades favoráveis às pessoas idosas e cuidados de saúde integrados[3,4].

Estudos nacionais mostram que o acesso e a utilização dos serviços de saúde permanecem desiguais entre áreas urbanas e rurais no Brasil, com a população rural historicamente mais vulnerável em razão do menor poder aquisitivo, da menor cobertura de planos de saúde e da maior dependência do Sistema Único de Saúde[5]. Pesquisas mais recentes reforçam que idosos rurais utilizam menos os serviços de saúde e apresentam perfil socioeconômico mais desfavorável do que seus pares urbanos[6,7].

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa enfrenta barreiras adicionais de implementação no meio rural, relacionadas à distância, ao transporte e à escassez de profissionais[8], refletindo-se na falta de acesso e nas trajetórias mais longas e fragmentadas de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros[9,] enquanto que estudos de base rural realizados no Sul do país identificaram prevalência de dependência em atividades instrumentais de vida diária (AIVD) superior à observada em amostras urbanas, sobretudo em tarefas de gestão financeira e deslocamento[10,11].

A autopercepção de saúde já é reconhecida como um indicador subjetivo que sintetiza condições clínicas, socioeconômicas e de estilo de vida[12,13]. Dados do estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) sugerem que o isolamento social e a solidão respondem por parte importante do risco à saúde mental do idoso, mesmo em contextos de maior vulnerabilidade socioeconômica[14,15].

No Maranhão, estado com ampla extensão territorial e forte contraste entre a capital e o interior, essa desigualdade pode ser ainda mais pronunciada, mas permanece pouco documentada na literatura de geriatria e gerontologia.

Este estudo parte de uma base de dados coletada junto a idosos vinculados a um centro de convivência para idosos em contexto urbano e a idosos rurais abordados por meio de um grupo pastoral em um município do interior do estado. Diante disso, este estudo teve como objetivo verificar se existem diferenças na autopercepção de saúde entre idosos urbanos e rurais no Maranhão quando consideradas questões sociodemográficas, de estilo de vida e de condições de saúde.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo-comparativo, de abordagem quantitativa., constituída de amostra não probabilística, composta por 60 idosos com 60 anos ou mais, entrevistados face a face por aplicadores previamente identificados e treinados, mediante questionário estruturado abordando dados sociodemográficos, estilo de vida, condições de saúde (incluindo indicadores de fragilidade baseados no fenótipo de Fried), capacidade funcional (Atividades de Vida Diária-AVD, escala de Katz; e Atividades Instrumentais de Vida Diária-AIVD, escala de Lawton e Brody) e autopercepção de saúde (item geral, físico, mental/emocional e comparativo a um ano, com dicotomização em Positiva/Negativa conforme critério do próprio instrumento).

Para os fins deste estudo, os participantes foram classificados em dois grupos conforme o contexto de abordagem: (a) Urbano: idosos vinculados a um centro de convivência para idosos, em contexto urbano (n=38); e (b) Rural: idosos residentes em município do interior maranhense, abordados por meio de um grupo pastoral local (n=22). Optou-se por não identificar nominalmente a instituição urbana nem os municípios envolvidos, resguardando a identidade dos serviços e comunidades participantes.

As comparações entre os dois grupos foram realizadas por meio do teste qui-quadrado de Pearson ou do teste exato de Fisher (para tabelas 2x2 ou com frequências esperadas baixas), adotando-se nível de significância de 5% ($p<0,05$).

O estudo principal do qual este recorte deriva foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Ceuma, sob o parecer nº 5.498.949, tendo sido conduzido em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com obtenção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes e garantia de sigilo e anonimato das informações coletadas.

Limitações metodológicas devem ser destacadas: trata-se de amostra de conveniência e de tamanho reduzido, sobretudo no grupo rural (n=22, distribuído em quatro localidades), o que confere caráter exploratório aos resultados e recomenda cautela na generalização. Adicionalmente, o grupo urbano concentra a quase totalidade dos frequentadores de grupos de convivência para idosos da amostra (35 dos 36 frequentadores atuais), de modo que a comparação urbano-rural aqui apresentada deve ser interpretada como um retrato da desigualdade no acesso a esses equipamentos sociais, e não como uma avaliação do efeito da participação nesses grupos sobre a saúde do idoso.

3 RESULTADOS

3.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos dois grupos nas variáveis com diferença estatisticamente significativa ou com relevância direta para a discussão: sexo, escolaridade, renda familiar per capita e arranjo domiciliar.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos idosos urbanos e rurais. Maranhão, Brasil, 2026. (n=60)

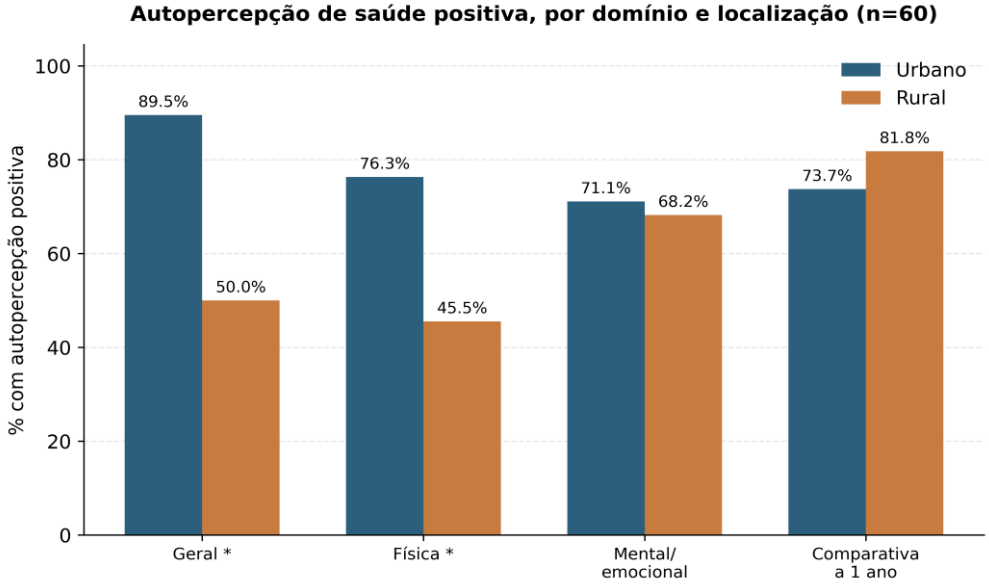
Variável / Categoria	Urbano n=38	Rural n=22	p
Sexo			0,009*
Feminino	34 (89,5%)	13 (59,1%)	
Masculino	4 (10,5%)	9 (40,9%)	
Escolaridade			<0,001*
Nenhuma escolaridade	0 (0,0%)	5 (22,7%)	
Fundamental incompleto	1 (2,6%)	7 (31,8%)	
Fundamental completo	0 (0,0%)	3 (13,6%)	
Médio completo/incompleto	10 (26,3%)	6 (27,3%)	
Superior completo/incompleto	27 (71,1%)	1 (4,5%)	
Renda familiar per capita			<0,001*
Até 1 salário-mínimo	2 (5,3%)	19 (86,4%)	
Mais de 1 a 3 salários-mínimos	11 (28,9%)	2 (9,1%)	
Mais de 3 salários-mínimos	25 (65,8%)	1 (4,5%)	
Arranjo domiciliar			0,067
Mora com cônjuge/companheiro(a)	13 (34,2%)	4 (18,2%)	
Mora com filhos/familiares	18 (47,4%)	17 (77,3%)	
Mora sozinho(a)	7 (18,4%)	1 (4,5%)	

Fonte: dados da pesquisa. *p<0,05 (teste qui-quadrado ou exato de Fisher).

3.2 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

A autopercepção geral e física de saúde foi significativamente mais positiva entre os idosos urbanos, sem diferença estatisticamente significativa nos domínios mental/emocional e comparativo a um ano (Figura 1).

Figura 1 - Autopercepção de saúde positiva, por domínio e localização. Maranhão, Brasil, 2026. (n=60)

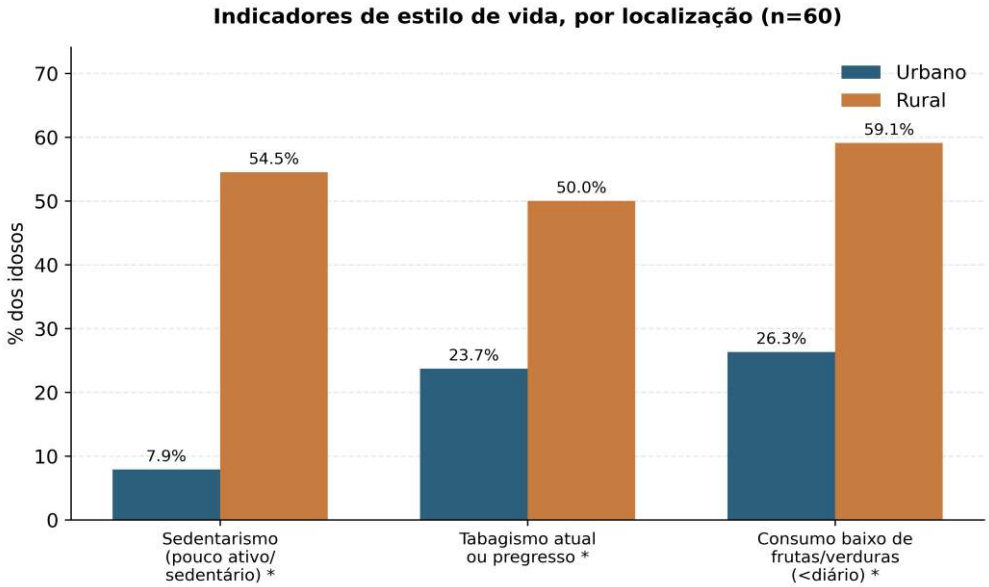


Fonte: dados da pesquisa. *p<0,05.

3.3 ESTILO DE VIDA

Idosos rurais apresentaram menor prática de atividade física regular, maior sedentarismo autorreferido, menor consumo diário de frutas, verduras e legumes, e maior prevalência de tabagismo atual ou pregresso (Figura 2).

Figura 2 - Indicadores de estilo de vida, por localização. Maranhão, Brasil, 2026. (n=60)



Fonte: dados da pesquisa. *p<0,05.

3.4 CONDIÇÕES DE SAÚDE E CAPACIDADE FUNCIONAL

Não houve diferença significativa na prevalência de doença crônica, uso de medicamentos, polifarmácia, quedas ou medo de cair. A autoavaliação da capacidade física geral foi significativamente pior no grupo rural (Tabela 2). Entre as condições crônicas específicas investigadas, a hipertensão arterial foi a mais prevalente em ambos os grupos (65,8% no urbano e 50,0% no rural), sem diferença estatística relevante entre eles.

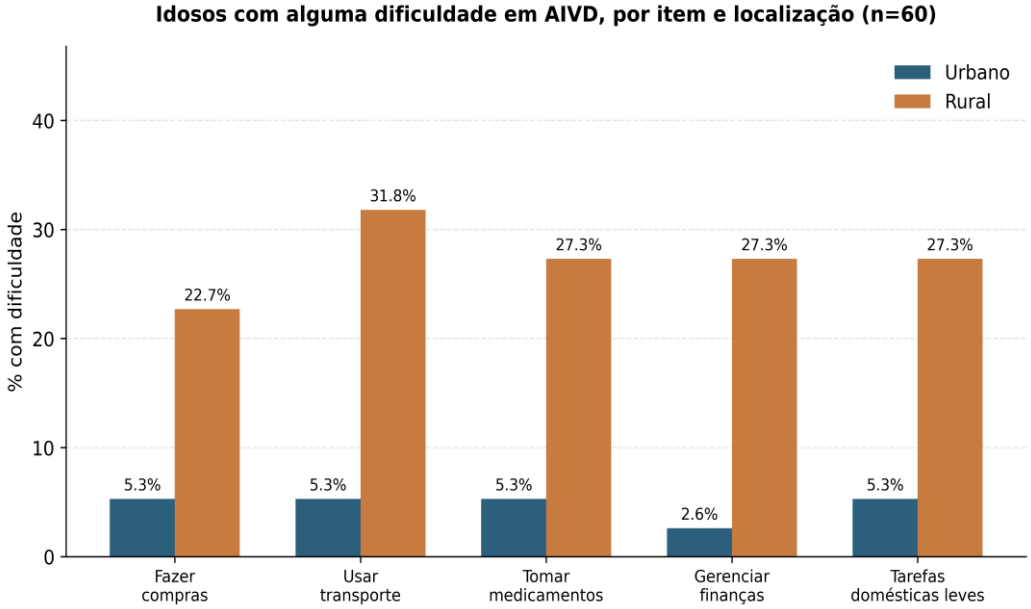
Tabela 2 - Condições de saúde e capacidade funcional dos idosos urbanos e rurais, exceto AIVD. Maranhão, Brasil, 2026. (n=60)

Variável / Categoria	**Urbano n=38**	**Rural n=22**	**p**
Possui doença crônica diagnosticada (Sim)	34 (89,5%)	19 (86,4%)	0,700
Uso contínuo de medicamentos (Sim)	33 (86,8%)	16 (72,7%)	0,189
Polifarmácia (≥5 medicamentos)	3 (7,9%)	1 (4,5%)	1,000
Quedas nos últimos 12 meses (Sim)	8 (21,1%)	10 (45,5%)	0,141
Medo de cair (Sempre)	21 (55,3%)	16 (72,7%)	0,272
Necessita algum auxílio para locomoção	2 (5,3%)	2 (9,1%)	0,479
Autoavaliação da capacidade física geral			0,044*
Boa/Muito boa	33 (86,8%)	13 (59,1%)	
Regular/Ruim	5 (13,2%)	9 (40,9%)	

Fonte: dados da pesquisa. *p<0,05.

Nas atividades instrumentais de vida diária, a proporção de idosos com alguma dificuldade foi de três a dez vezes maior no grupo rural em todos os itens avaliados, com destaque para uso de transporte e gerenciamento de finanças (Figura 3). Devido às frequências esperadas muito baixas em algumas células, o teste estatístico não foi calculado individualmente para esses itens, sendo os valores apresentados de forma descritiva.

Figura 3 - Idosos com alguma dificuldade em atividades instrumentais de vida diária, por item e localização. Maranhão, Brasil, 2026. (n=60)



Fonte: dados da pesquisa.

4 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam um padrão consistente de desvantagem social e de saúde entre os idosos residentes no meio rural do Maranhão, em comparação aos idosos vinculados a um centro de convivência em contexto urbano. Essa desigualdade atravessa a renda, a escolaridade, o estilo de vida, a capacidade funcional instrumental e a própria autopercepção de saúde[5,7].

A diferença de renda e escolaridade entre os grupos ($p<0,001$ em ambas) replica achados nacionais que apontam menor capacidade aquisitiva e menor escolaridade entre idosos rurais brasileiros, fatores historicamente associados a menor utilização de serviços de saúde e a piores desfechos[6]. Esse achado reforça a relevância de mecanismos de proteção social já existentes, a exemplo do Benefício de Prestação Continuada e a aposentadoria rural, mas também sinaliza a necessidade de fortalecer estratégias de geração de renda e educação continuada específicas para essa população.

O maior sedentarismo, o maior tabagismo e o menor consumo de frutas e verduras no meio rural sugerem uma lacuna na oferta de espaços de convivência, lazer e educação em saúde nesses territórios, consistente com a constatação de que apenas 1 dos 22 idosos rurais desta amostra frequenta algum grupo de convivência, contra 35 dos 38 idosos urbanos. Essa ausência quase completa de equipamentos sociais estruturados no interior indica que políticas de envelhecimento ativo centradas em grupos de convivência, tão disseminadas nos centros urbanos, ainda não alcançam a população idosa rural maranhense.

A maior dificuldade em AIVD no grupo rural, sobretudo usar transporte, gerenciar finanças e tomar medicamentos de forma autônoma é particularmente relevante para o planejamento de políticas públicas, pois esses itens dependem diretamente de infraestrutura territorial e não apenas de capacidade física individual, o que converge com estudos que apontam a distância até os centros urbanos como barreira adicional ao idoso rural[8,9] e é consistente com estudos anteriores de base rural no Sul do país[10,11].

A pior autopercepção geral e física de saúde no meio rural (50,0% vs. 89,5% de autopercepção positiva) sintetiza essas desvantagens objetivas, alinhando-se ao referencial de que a autopercepção de saúde reflete não apenas condições clínicas, mas também fatores socioeconômicos e de estilo de vida[12,13].

Chama atenção que a autopercepção mental/emocional não tenha diferido entre os grupos, sugerindo que a desvantagem rural se concentra nos domínios físico-funcional e socioeconômico, dissociação compatível com achados do ELSI-Brasil, segundo os quais o isolamento social e a solidão respondem por parte importante do risco à saúde mental do idoso, mesmo em contextos de maior vulnerabilidade socioeconômica[14,15]; ainda assim, trata-se de uma hipótese que merece investigação qualitativa mais aprofundada em estudos futuros.

Do ponto de vista de política pública, os achados reforçam recomendações já presentes na literatura nacional sobre garantia de direitos e políticas públicas para a população idosa rural brasileira[16], incluindo o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família com equipes itinerantes no meio rural, a ampliação do transporte público/sanitário para idosos e a articulação intersetorial entre saúde, assistência social e infraestrutura de transporte, pontos convergentes com análises que situam essa desigualdade territorial no envelhecimento como uma dimensão pouco explorada, mas central, do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 10 no cenário brasileiro[17].

5 CONCLUSÃO

Os idosos rurais do Maranhão apresentaram, nesta amostra, perfil sociodemográfico mais vulnerável, pior autopercepção de saúde física e geral, maior sedentarismo e tabagismo, e maior dificuldade funcional instrumental do que os idosos urbanos vinculados a um centro de convivência para idosos. Esses resultados, ainda que exploratórios dado o tamanho amostral, evidenciam uma desigualdade territorial expressiva no envelhecimento maranhense e reforçam a necessidade de políticas públicas de saúde e assistência social que reconheçam as especificidades do meio rural. Estudos futuros, com amostras probabilísticas e maior representatividade do interior do estado, são

necessários para consolidar esses achados e subsidiar políticas de envelhecimento territorialmente equitativas.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção e desenho do estudo: Karla Virgínia Bezerra de Castro Soares. Elaboração dos instrumentos de coleta e divulgação do estudo na comunidade e nos centros de convivência participantes: Tarcila da Costa. Coleta de dados: todos os autores. Revisão crítica do manuscrito: todos os autores. Orientação e revisão final: Karla Virgínia Bezerra de Castro Soares.

FINANCIAMENTO

Este estudo não recebeu financiamento de agências de fomento públicas, comerciais ou sem fins lucrativos.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados que fundamentam os resultados deste estudo estão sob a guarda dos autores e podem ser disponibilizados pelo autor correspondente mediante solicitação justificada.

REFERÊNCIAS

1. Carneiro JL, et al. Older adult health and primary care: autonomy, vulnerabilities and challenges of care. Rev Saude Publica. 2021;55.

2. Souza EM, Silva DPP, Barros AS. Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa. Cien Saude Colet. 2021;26(4):1355-68.

3. Trintinaglia V, Bonamigo AW, De Azambuja MS. Políticas públicas de saúde para o envelhecimento saudável na América Latina: uma revisão integrativa. Rev Bras Promoç Saúde. 2022;35:15.

4. De Oliveira Reis A, Martins S, Pinto TRGS. Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa em governos locais brasileiros. GIGAPP Estud Working Pap. 2020;7(150-165):411-28.

5. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. Cad Saude Publica. 2018;34(6).

6. Alves GSB, Parente RCP, Herkrath FJ. Uso dos serviços de saúde por pessoas idosas em áreas rurais e urbanas do Brasil. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2024;27.

7. Bós AJG, et al. Diferenças nos perfis socioeconômicos e de saúde de idosos em ambientes rurais e urbanos: pesquisa nacional de saúde de 2013. Geriatr Gerontol Aging. 2018;12(3):148-53.

8. Damasceno VF, Chirelli MQ. Acesso à saúde de idosos em áreas rurais: um estudo sobre a política nacional de atenção à saúde da pessoa idosa. Cien Saude Colet. 2019;24(6):1637-46.

9. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Lima RCD, Facchini LA. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. Cien Saude Colet. 2020;25(6):2213-26.

10. Pinto AH, Lange C, Pastore CA, Lanno PMP, Santos F, Castro DP. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. Cien Saude Colet. 2016;21(11):3545-55.

11. Buso ALZ, Viana DA, Alves LMS, Dias FA, Oliveira DV, Antunes MD, et al. Fatores associados à qualidade de vida dos idosos octogenários da zona rural de Uberaba/MG. Cad Saude Colet. 2020;28(2):231-40.

12. Santos PRS, et al. Benefícios da inserção da pessoa idosa em grupos de convivência: revisão integrativa. ID on line Rev Psicol. 2023;17(65):213-24.

13. Silva ALN, et al. A percepção dos idosos sobre a qualidade de vida e o impacto do grupo de convivência na sua saúde. Cienc Cuid Saude. 2022.

14. Marcelino KGS, Braga LS, Andrade FB, Giacomin KC, Lima-Costa MF, Torres JL. Fragilidade e rede social entre adultos brasileiros mais velhos: evidências do ELSI-Brasil. Rev Saude Publica. 2024;58:e51.

15. Torres JL, Braga LS, Moreira BS, Castro CMS, Vaz CT, Andrade ACS, et al. Loneliness and social disconnectedness in the time of pandemic period among Brazilians: evidence from the ELSI COVID-19 initiative. Aging Ment Health. 2022;26(5):898-904.

16. Sandes LFF, Freitas DA, Souza MFNS. Garantia de direitos e políticas públicas para a população idosa rural brasileira: uma revisão integrativa. Rev Polít Públicas. 2025.

17. Camacho ACLF, Tavares GML, De Menezes HF, Alves MEA, Sant'Anna RM, Da Silva JON. Análise do objetivo de desenvolvimento sustentável na redução das desigualdades no envelhecimento. Rev Aracê. 2025;7(1):1252-62.