

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL - PPGDS**

**ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E MORBIDADE DE
IDOSOS NO BRASIL: UMA AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE
INDICADORES SOCIOECONÔMICOS À LUZ DAS
PECULIARIDADES REGIONAIS**

MÁXIMO ALESSANDRO MENDES OTTONI

**MONTES CLAROS (MG)
MAIO DE 2020**

MÁXIMO ALESSANDRO MENDES OTTONI

**ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E MORBIDADE DE
IDOSOS NO BRASIL: UMA AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE
INDICADORES SOCIOECONÔMICOS À LUZ DAS
PECULIARIDADES REGIONAIS**

Tese de doutorado apresentada como requisito para a obtenção do título de Doutor em Desenvolvimento Social junto ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social (PPGDS) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

Orientador: Prof. Dr. Antônio Dimas Cardoso

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Maria Ivanilde Pereira Santos

**MONTES CLAROS - MG
MAIO DE 2020**

O91e

Otoni, Máximo Alessandro Mendes.

Envelhecimento populacional e morbidade de idosos no Brasil [manuscrito]: uma avaliação do impacto de indicadores socioeconômicos à luz das peculiaridades regionais / Máximo Alessandro Mendes Otoni. – Montes Claros, 2020.

226 f. : il.

Bibliografia: f. 209-223.

Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social /PPGDS, 2020.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Dimas Cardoso.

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Ivanilde Pereira Santos.

1. Envelhecimento populacional – Brasil. 2. Indicadores socioeconômicos. 3. Indicadores sanitários. 4. Disparidades regionais. 5. Morbidade de idosos. I. Cardoso, Antônio Dimas. II. Santos, Maria Ivanilde Pereira Santos. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título. V. Título: Uma avaliação do impacto de indicadores socioeconômicos à luz das peculiaridades regionais.

Máximo Alessandro Mendes Ottoni

**ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E MORBIDADE DE IDOSOS NO BRASIL:
UMA AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE INDICADORES SOCIOECONÔMICOS À LUZ
DAS PECULIARIDADES REGIONAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social - PPGDS, para
obtenção de título de doutor em Desenvolvimento Social.

Aprovada em 29 de maio de 2020.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Antônio Dimas Cardoso - Orientador
Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes

Profa. Dra. Maria Ivanilde Pereira Santos - Coorientadora
Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes

Profa. Dra. Carla Silvana de Oliveira e Silva
Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes

Profa. Dra. Felisa Cançado Anaya
Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes

Prof. Dr. Marcos Esdras Leite
Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes

Profa. Dra. Rosa Maria da Exaltação Coutrim
Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP

*Dedico este trabalho de doutoramento aos idosos,
especialmente àqueles que sofrem pela falta de tratamento
hospitalar neste momento tão complicado de pandemia
gerada pela Covid-19, no Mundo.*

AGRADECIMENTOS

É difícil agradecer a tantas pessoas que passaram por mim neste árduo processo de doutoramento. Foram quatro longos anos de estudos em que tive que cumprir créditos das várias disciplinas do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social, publicar artigos em revistas de *qualis* elevado, além de elaborar a tão sonhada tese de doutorado.

Na minha vida, o processo educacional foi complicado. Aluno de escola pública, tinha facilidade no aprendizado de determinadas disciplinas, mas dificuldades nas áreas das exatas, passando a apreciá-las tempos mais tarde. Porém, o valor maior aos estudos por mim foi dado após o antigo Segundo Grau, depois de adentrar ao mercado de trabalho, constituir família e perceber a necessidade de expandir os conhecimentos.

Em 2005, aos 30 anos, casado e com um filho, consegui uma bolsa de estudos e adentrei no curso de Serviço Social. Nesses 04 anos de faculdade me esforcei ao máximo para suprir a minha “desvantagem” em termos de estudo tardio, mas sempre tinha em mente que poderia alçar voos mais altos. Quebrei algumas barreiras pessoais, como a dificuldade de falar em público, e consegui ser um dos alunos de referência, inclusive ajudando muitos colegas no seu processo de aprendizado.

Ao final do curso, me vi com uma boa bagagem de conhecimentos, mas queria aumentar o meu nível intelectual. Pesquisei alguns cursos de especialização *lato sensu*, porém, as condições financeiras não me permitiram. Dessa forma, busquei na minha cidade cursos que pudessem ser ofertados de forma gratuita. Encontrei o Mestrado em Desenvolvimento Social da Universidade Estadual de Montes Claros – MG. Já tinha conhecimento que era um bom programa, mas eu ainda tinha pouca bagagem. Como naquele período o currículo *lattes* não tinha tanto peso para adentrar ao Programa, no final 2009 recebi três presentes de Deus: o nascimento da minha filha, uma Gerência no Hospital Universitário Clemente de Faria – HUCF e, a aprovação no Mestrado em Desenvolvimento Social.

No Mestrado tive também as minhas dificuldades. Ocorreu até a mudança do meu tema após 01 ano de curso, juntamente com a mudança de orientação, no qual o professor Elton Xavier assumiu e, com o seu conhecimento, conseguimos finalizar a dissertação. Passei até a gostar da área do Direito, algo que eu já havia começado a me afeiçoar com o professor da graduação, Álvaro Guilherme.

Ainda no Mestrado, iniciei a minha carreira na docência. Ministrei aulas em três faculdades nos cursos de Serviço Social, Gestão Comercial e Licenciatura em Química.

Nesses cursos, trabalhei com disciplinas das áreas Humanas e Sociais, inclusive ministrei aula na disciplina Direito e Legislação Social. Nesse período, publiquei vários artigos, melhorei bastante o meu currículo e fui aprovado, em 2016, no Doutorado em Desenvolvimento Social. Ao iniciar a docência no curso de Administração, no início de 2019, precisei deixar a faculdade, pois já estava em um período em que o doutorado me exigia uma maior disponibilidade de tempo. Sendo assim, além de deixar a docência, me afastei também da Gerência no hospital.

Muitas pessoas passaram por mim, mas vou citar algumas, temendo me esquecer de alguém. Desde já, peço desculpas.

Primeiramente, faço um agradecimento a Deus, que instruiu a mim e a todos os que colaboraram com esta tese, por meio do seu Espírito Santo, na trajetória deste trabalho.

Agradeço ao meu orientador, professor doutor Antônio Dimas Cardoso, por seu conhecimento e paciência na condução da orientação. Juntos, publicamos artigos relevantes e tenho certeza que serão importantes para nós e para o Programa. À minha Coorientadora, professora doutora Maria Ivanilde Pereira Santos. O seu dinamismo e pro-atividade trouxeram uma nova visão ao trabalho. A partir da sua entrada, o trabalho tomou novos rumos e passou a ter uma abrangência nacional.

À Kátia Mariana Sousa, o seu suporte foi fundamental para o meu trabalho.

À minha amada esposa, Soraya Ottoni, não tenho palavras para agradecer por todo o seu esforço: seja no incondicional apoio aos meus estudos, ou no seu fiel companheirismo. Você tem muito conhecimento e uma disposição invejável, e sei que chegará muito mais longe do que você imagina! Aos meus filhos, Alessandro e Ana Clara, só tenho a agradecer. Agradeço por serem companheiros e pelo cuidado mútuo. Peço perdão pelas minhas ausências, mas foi necessária na busca de um saber maior.

À minha mãe, agradeço pelo apoio imenso, pelo amor e pelo incentivo de sempre. A senhora sempre me ajudou em todos os momentos da minha vida! Homenagem póstuma ao meu pai, que me instruiu nos conceitos morais e religiosos, tão necessários à minha trajetória. Aos meus irmãos, Fabiano e Marcelo agradeço pelo apoio. À minha irmã Julimary, gratidão também pelas correções dos muitos resumos em Inglês nos meus artigos. Agradeço às cunhadas Shirley e Elaine pelo incentivo, e ao cunhado Bruno, por ser uma das pessoas que sempre me apoiou na busca do conhecimento. Ao “seu” Alvimar, Dona Lourdes, Frederico e Graciely, gratidão pelo incentivo e palavras de apoio. À Tânia, Márcio e Alexandre, o meu muito obrigado. À Aparecida (nossa babá Vó Ci – *in memorian*), me faltam palavras para

agradecê-la. Você foi nosso milagre vivo! Agradeço também às minhas avós já falecidas, Julieta e Maria Luísa, por todos os ensinamentos que me passaram, e por serem exemplos de pessoas morais e éticas. Que Deus as guarde em sua Glória!

Agradecimento especial aos professores do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social da Unimontes, vocês são detentores de um grande conhecimento e sempre estiveram dispostos a nos ensinar. A vocês, a minha gratidão. Agradeço também à banca de qualificação, formada pelos doutores Carla Silvana, Felisa Cançado e Marcos Esdras. As suas contribuições foram fundamentais para o engrandecimento deste trabalho.

Aos colegas do doutorado Ana Maria, Daniel Ferreira, Francisco Malta, Jonice dos Reis, Lilian Maria, Rodrigo Arlindo e Sérgio Leandro, o meu agradecimento por todo o companheirismo, ajuda e compartilhamento das informações que tive em todo o processo de doutoramento. Faço um agradecimento especial à colega Lilian Maria por toda a dedicação para conosco, seja nos escutando como psicóloga, seja no repasse das instruções.

Aos amigos, apelidados carinhosamente por “Farofeiros”, e aos demais amigos, agradeço pelo apoio e palavras de incentivo. Ao Antônio Osvaldo e Jairo Roberto, amigos que sempre me incentivaram no crescimento intelectual, meus sinceros agradecimentos. À Edilene Ferreira por todo o cuidado com a minha família. Aos ex-colegas e professores do curso Serviço Social, agradecimento pelo companheirismo e aprendizado mútuo. Às amigas de São Paulo, Consuelo, Ilda e Graziela por todo incentivo e carinho que sempre tiveram comigo. Aos colegas da Escola Técnica de Saúde / Centro de Educação Profissional e Tecnológica - CEPT da Unimontes, o meu agradecimento pelo apoio e convivência que tivemos.

Ao Reitor da Unimontes, professor doutor Antônio Alvimar Souza, e ao ex-Reitor, João dos Reis Canela, meu agradecimento pelo incentivo aos estudos. À Superintendente do Hospital Universitário Clemente de Faria – HUCF, Priscilla Izabella Fonseca Barros e ao Diretor Acadêmico Roberto Rodney Ferreira Júnior, meus agradecimentos por todo o apoio que me foi ofertado na minha trajetória. Agradeço também à Dra. Luciana Colares e ao Gerente Ely Carlos, do Centro de Referência à Saúde do Idoso – HUCF, por todo o apoio nas minhas pesquisas. Estendo os meus cumprimentos à todos(as) servidores(as) da Diretoria Acadêmica e do Hospital Universitário Clemente de Faria.

Agradeço, também, à Diretora da Faculdade Prisma, Meirielle Duarte, pelo apoio costumeiro, estendendo-se aos Coordenadores Sávio Eduardo e Silvânia Brandão, e aos ex-colegas professores e funcionários da Faculdade Prisma. A vocês, o meu muito obrigado.

Por fim, finalizo meu agradecimento em meio ao isolamento social em decorrência da pandemia do Coronavírus (COVID-19), que vem ceifando vidas de muitas pessoas, especialmente das pessoas idosas. A todas elas, peço a proteção Divina para que o Mundo possa se livrar desse mal com a maior brevidade possível.

“Com o passar dos anos, as árvores tornam-se mais fortes e os rios, mais largos. De igual modo, com a idade, os seres humanos adquirem uma profundidade e amplitude incomensurável de experiência e sabedoria. É por isso que os idosos deveriam ser não só respeitados e reverenciados, mas também utilizados como o rico recurso que constituem para a sociedade”.

Kofi Annan

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que tem se processado de forma crescente. Iniciado nos países desenvolvidos expandiu-se para o mundo, sendo que, desde a década de 1960, mais da metade da população idosa já vivia nos países em desenvolvimento. No Brasil, país plural, mas desigual, onde persistem históricas contradições econômicas e sociais, o processo de envelhecimento populacional ocorre em um cenário de disparidades socioeconômicas e regionais. **O objetivo deste trabalho** de tese é verificar se as peculiaridades regionais no Brasil produzem diferentes perfis de morbidade de idosos nas diferentes regiões brasileiras e, em que medida, indicadores socioeconômicos e sanitários impactam o perfil de morbidade de idosos no país. **A tese defendida** é que: “o envelhecimento populacional no Brasil, fenômeno crescente e contínuo que faz emergir políticas públicas voltadas ao idoso, ocorre, na prática, em um cenário de disparidades, de acordo com as peculiaridades regionais. As iniquidades em relação aos indicadores socioeconômicos e sanitários nas cinco macrorregiões brasileiras produzem perfis de morbidade diferentes em desfavor das regiões mais pobres e vulneráveis do país, revelando que indicadores socioeconômicos e sanitários impactam a morbidade de idosos no Brasil”. **Em relação à metodologia**, trata-se de um estudo bibliográfico, descritivo, analítico e documental, de corte transversal e de base populacional. A fonte de dados da pesquisa foram sites oficiais que disponibilizam dados e informações sobre as grandes temáticas discutidas nesta tese, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a Fundação João Pinheiro (FJP) e o Sistema Público de Informações do Sistema Único de Saúde (DATASUS), especialmente o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS). A série histórica estudada compreende o período de 1991-2019, sendo que, em alguns momentos, foram também realizadas análises longitudinais. Como base de definição das morbidades, foi utilizado o Código Internacional de Doenças (CID-10). A técnica estatística utilizada para mensurar o impacto de indicadores socioeconômicos e sanitários na morbidade de idosos no Brasil foi a Análise de Dados em Painel. **Como resultado**, o estudo aponta que indicadores socioeconômicos e sanitários mais vulneráveis nas regiões mais pobres do Brasil produzem perfis de morbidade de idosos diferentes nestas regiões, comprovando, também, que alguns dos principais indicadores socioeconômicos e sanitários mostraram impactar a morbidade de idosos no Brasil.

Palavras-Chave: Envelhecimento populacional. Indicadores socioeconômicos. Indicadores sanitários. Disparidades regionais. Morbidade de idosos. Brasil.

ABSTRACT

Population aging is a worldwide phenomenon that has been increasing. Started in developed countries, it has expanded to the world, and since the 1960s, more than half of the elderly population has lived in developing countries. In Brazil, a controversial, disparate and plural country, where historical economic and social contradictions persist, the population aging process occurs in a scenario of socioeconomic and regional disparities. **The aim** of this thesis is to verify if the regional peculiarities in Brazil produce different morbidity profiles of the elderly in different Brazilian regions and, to what extent, socioeconomic and health indicators impact the morbidity profile of the elderly in the country. **The thesis defended** is that: “the population aging in Brazil, a growing and continuous phenomenon that gives rise to public policies aimed at the elderly, occurs, in practice, in a scenario of disparities, according to regional peculiarities. The inequities in relation to socioeconomic and health indicators in the five Brazilian macro-regions produce different morbidity profiles to the disadvantage of the poorest and most vulnerable regions of the country, revealing that socioeconomic and health indicators impact the morbidity of the elderly in Brazil ”. Regarding the **methodology**, it is a bibliographic, descriptive and analytical study, documentary, cross-sectional and population-based. The research data source was official websites that provide data and information on the major themes discussed in this thesis, such as the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), the Atlas of Human Development in Brazil, United Nations Development Program (PNUD), the Institute for Applied Economic Research (IPEA), the João Pinheiro Foundation (FJP) and the Public Information System of the Unified Health System (DATASUS), especially the Hospital Information System of the SUS (SIH-SUS). The historical series studied covers the period 1991-2019, and in some moments, longitudinal analyzes were also performed. As a basis for defining morbidities, the International Disease Code (CID-10) was used. The statistical technique used to measure the impact of socioeconomic and health indicators on the morbidity of the elderly in Brazil was Panel Data Analysis. As a **result**, the study points out that the most vulnerable socioeconomic and health indicators in the poorest regions of Brazil produce different elderly morbidity profiles in these regions, also proving that some of the main socioeconomic and health indicators have shown to impact elderly morbidity in Brazil.

Key words: Population-ageing. Socioeconomic indicators. Health indicators. Regional disparities. Elderly morbidity. Brazil.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 - Envelhecimento Mundial da População Idosa (1950 e 2050)	34
FIGURA 02 - População global de idosos, crianças e jovens: 1950-2100	45
FIGURA 03 - População brasileira de idosos, crianças e jovens: 1950-2100	46
FIGURA 04 - Pirâmide etária da população brasileira entre 1970 e 2000	47
FIGURA 05 - Pirâmide etária da população brasileira entre 2010 e 2050	49
FIGURA 06 - Mapa ilustrativo do recorte regional do Brasil, por Macrorregiões e por Unidades da Federação	88
FIGURA 07 - Pirâmide etária brasileira, segundo sexo, nos anos 1991, 2000 e 2010	89
FIGURA 08 - Fragmento do Jornal <i>Commercio</i> , publicação de 04/08/1960	113
FIGURA 09 - Projeção da população idosa brasileira, segundo sexo, período 2000-2060	130

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 - População total de pessoas idosas: 1960-2020	39
TABELA 02 - Estimativa da população brasileira e características demográficas entre os anos de 1920 e 2040	44
TABELA 03 - População total e participação da população idosa no Brasil, 1991 a 2019	90
TABELA 04 - Dados demográficos e econômicos da região Norte	92
TABELA 05 - Dados demográficos e econômicos do Nordeste	93
TABELA 06 - Dados demográficos e econômicos da região Centro-Oeste	94
TABELA 07 - Dados demográficos e econômicos da região Sudeste	96
TABELA 08 - Dados demográficos e econômicos da região Sul	96
TABELA 09 - População total e participação percentual por região brasileira, no período entre 1991 e 2019	97
TABELA 10 - Taxa de crescimento no Brasil e nas regiões brasileiras segundo décadas, período 1991-2019	98
TABELA 11 - Taxa de fecundidade total no Brasil e nas regiões brasileiras, período 1991-2019	99
TABELA 12 - Taxa bruta de natalidade no Brasil e nas regiões brasileiras, 1991-2019	100
TABELA 13 - Taxa de fecundidade e de natalidade do Brasil, das regiões e das Unidades de Federação nos anos 1991, 2000 e 2010	102
TABELA 14 - Média dos Índices de IDHM no Brasil e nas regiões brasileiras, período 1991-2010	105
TABELA 15 - Participação das regiões no PIB Bruto Real do Brasil, período 1991-2010	106
TABELA 16 - Índice de <i>Gini</i> da renda domiciliar per capita no Brasil e nas regiões brasileiras, período 1991-2010	108
TABELA 17 - Proporção [%] de pessoas de baixa renda no Brasil e nas regiões brasileiras, nos anos de 1992, 2000 e 2010	109
TABELA 18 - Taxa de analfabetismo no Brasil e nas regiões brasileiras, nos anos de 1991, 2000 e 2010, segundo sexo	110
TABELA 19 - Esperança de Vida ao Nascer, por região e por sexo, em anos censitários 1991, 2000 e 2010	114
TABELA 20 - Comportamento da Esperança de Vida ao Nascer nas regiões brasileiras e Estados, anos 1991, 2000, 2010 e 2019	115

TABELA 21 - Índice de Envelhecimento no Brasil e por região, 1991, 2000, 2010 e 2019	117
TABELA 22 - Comportamento dos indicadores de estrutura etária no Brasil, 1950-2010	119
TABELA 23 - Comportamento dos indicadores de estrutura etária por região brasileira, 1970-2010	121
TABELA 24 - População idosa do Brasil, segundo região, período 1991-2019	126
TABELA 25 - População idosa do Brasil, segundo faixa etária, período 1991-2000	127
TABELA 26 - População idosa no Brasil, segundo sexo, período 1991-2000	129
TABELA 27 - População idosa do Brasil por região, segundo sexo, período 1991-2010	130
TABELA 28 - Taxa de analfabetismo por faixa etária idosa, segundo região brasileira, anos 1991, 2000 e 2010	136
TABELA 29 – Principais indicadores econômicos no Brasil e nas regiões brasileiras, período 1991, 2000 e 2010	137
TABELA 30 – Principais indicadores sanitários no Brasil e nas regiões brasileiras, período 1991, 2000 e 2010	140
TABELA 31- Grupos de morbidade hospitalar segundo capítulos da CID-10, utilizados no SUS, 2019	150
TABELA 32 - Principais grupos de morbidade hospitalar no Brasil segundo capítulos do CID-10, SUS, anos de 1991, 2000 e 2019	151
TABELA 33 - Proporção de internações hospitalares gerais no Brasil e regiões, anos 2000, 2010, 2019	154
TABELA 34 - Proporção de internações hospitalares de idosos no Brasil e nas regiões, nos anos de 2000, 2010 e 2019	156
TABELA 35 - Tempo Médio de Permanência no hospital da população idosa em relação ao Tempo Médio de Permanência da população geral Brasil e regiões brasileiras, 2000, 2010, 2019	158
TABELA 36 - Morbidade hospitalar entre idosos no SUS, segundo capítulos do CID-10, Brasil, anos 2000, 2010 e 2019	160
TABELA 37 – Consolidado dos sete principais grupos de causas de internações hospitalares de idosos no Brasil, SUS, anos 2000, 2010 e 2019	163
TABELA 38 - Valor gasto com internação hospitalar da população idosa brasileira e das regiões, anos 2000, 2010, 2019	164
TABELA 39 - Proporção de valores gastos com internação hospitalar da população idosa nas regiões brasileiras, anos 2000, 2010, 2019	166
TABELA 40 - Média de gasto por internação hospitalar da população idosa nos anos 2000, 2010 e 2019	166

TABELA 41- Diferença da média de gasto por internação hospitalar da população nos anos 2000, 2010, 2019	167
TABELA 42 - Número de leitos hospitalares do SUS no Brasil e nas regiões, 2010, 2019	169
TABELA 43 - Perfil de morbidade entre idosos na região Norte, segundo principais grupos de causas de internações hospitalares realizadas no SUS, classificações do CID-10, anos 2000, 2010 e 2019	171
TABELA 44 - Perfil de morbidade entre idosos na região Nordeste, segundo principais grupos de causas de internações hospitalares realizadas no SUS, classificações do CID-10, anos 2000, 2010 e 2019	175
TABELA 45 - Perfil de morbidade entre idosos na região Sudeste, segundo principais grupos de causas de internações hospitalares realizadas no SUS, classificações do CID-10, anos 2000, 2010 e 2019	181
TABELA 46 - Perfil de morbidade entre idosos na região Sul, segundo principais grupos de causas de internações hospitalares realizadas no SUS, classificações do CID-10, anos 2000, 2010 e 2019	184
TABELA 47 - Perfil de morbidade entre idosos na região Centro-Oeste, segundo principais grupos de causas de internações hospitalares realizadas no SUS, classificações do CID-10, anos 2000, 2010 e 2019	187
TABELA 48 - Descrição das variáveis utilizadas na Análise de Dados em Painel, 2020	196
TABELA 49 - Estatísticas descritivas de todos os municípios brasileiros que compõem as cinco regiões brasileiras nos anos 2000 e 2010	197
TABELA 50 - Resultados das estimações com painel de dados e com variável dependente: morbidade de idosos no Brasil	197
TABELA 51 - Resultados dos testes realizados para escolher o modelo	198

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01 - População Total do Brasil, período 1950-2019	87
GRÁFICO 02 - População Idosa no Brasil, anos 1991, 2000, 2010 e 2019	91
GRÁFICO 03 - Taxa de fecundidade nas regiões brasileiras, período 1991 a 2010	101
GRÁFICO 04 - Taxa de natalidade nas Unidades de Federação, período 1991 a 2010	101
GRÁFICO 05 - Índice de Desenvolvimento Humano do Brasil, 1991 a 2010	104
GRÁFICO 06 - Projeção da estrutura etária brasileira, 2018-2060*	112
GRÁFICO 07 - Índice de Envelhecimento no Brasil e regiões, nos anos 1991, 2000 e 2010	117
GRÁFICO 08 - Índice de Envelhecimento no Brasil	118
GRÁFICO 09 - População Idosa do Brasil segundo região	128
GRÁFICO 10 - Esperança de Vida da população idosa do Brasil, período 1991-2018	132
GRÁFICO 11 - Esperança de Vida da População idosa do Brasil, segundo sexo, 1991 – 2018	132
GRÁFICO 12 -Taxa de Analfabetismo da população idosa no Brasil em 1991, 2000 e 2010	133
GRÁFICO 13 - Proporção de internação hospitalar da população idosa em 2000, 2010 e 2019	157
GRÁFICO 14 - Tempo Médio de Permanência no hospital da população idosa do Brasil e das regiões brasileiras nos anos 2000, 2010, 2019	159
GRÁFICO 15 - Percentual de gasto com internações hospitalares da população idosa em relação ao gasto total	165
GRÁFICO 16 - Comportamento dos principais grupos de causas de internação hospitalar entre idosos na região Norte, segundo classificações do CID-10, anos 2000, 2010 e 2019	174
GRÁFICO 17 - Comportamento dos principais grupos de causas de internação hospitalar entre idosos na região Nordeste, segundo classificações do CID-10, anos 2000, 2010 e 2019	180
GRÁFICO 18 - Comportamento dos principais grupos de causas de internação hospitalar entre idosos na região Sudeste, segundo classificações do CID-10, anos 2000, 2010 e 2019	183
GRÁFICO 19 - Comportamento dos principais grupos de causas de internação hospitalar entre idosos na região Sul, segundo classificações do CID-10, anos 2000, 2010 e 2019	186
GRÁFICO 20 - Comportamento dos principais grupos de causas de internação hospitalar entre idosos na região Centro-Oeste, segundo classificações do CID-10, anos 2000, 2010 e 2019	188

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ANS	Agência Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensão
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CID	Código Internacional de Doenças
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
CRASIS	Centros de Referência de Atenção à Saúde do Idoso
DATASUS	Sistema Público de Informações em Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Estratégia da Saúde da Família
EV	Esperança de Vida ao Nascer
FEI	Fundação Educacional Inaciana
FJP	Fundação João Pinheiro
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IE	Índice de Envelhecimento
IHME	Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde dos Estados Unidos
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PROADESS	Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PEA	População Economicamente Ativa
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RASI	Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso
REME	Movimento de Renovação Médica
RENADI	Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIH-SUS	Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SIM	Sistema de Informação em Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TF	Taxa de Fecundidade Total
TPM	Tempo Médio de Permanência
UF	Unidades da Federação
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNATI	Universidade Aberta à Terceira Idade

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	22
CAPÍTULO I - Envelhecimento Populacional: o processo de envelhecimento da população no mundo e no Brasil	28
1.1 A difícil tarefa de padronização da população senescente	28
1.2 O processo de envelhecimento populacional	32
1.2.1 Processo de Envelhecimento da população no mundo	32
1.2.2 O processo de envelhecimento populacional no Brasil	40
1.3 A tendência da inversão da Pirâmide Etária Populacional Brasileira	47
1.4 Relações entre gênero e envelhecimento: o fenômeno da feminização	50
1.5 Implicações econômicas e sociais de um país mais velho	53
CAPÍTULO II - As Políticas Públicas no Contexto do Envelhecimento Populacional Brasileiro	59
2.1 Proteção social, política social e política pública	60
2.2 A história das políticas públicas voltadas para o idoso no Brasil	63
2.2.1 História das políticas públicas de saúde antecedentes ao SUS	64
2.3 Ampliação de direitos e proteção social para o idoso no Brasil: a Constituição Federal de 1988, o SUS, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso	70
2.3.1 A Constituição Federal de 1988 e o novo tratamento ao idoso	70
2.3.2 A criação do SUS	73
2.3.3 Política Nacional do Idoso (PNI)	76
2.3.4 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)	78
2.3.5 Estatuto do Idoso	81
CAPÍTULO III - Perfil do Idoso no Brasil à luz das Disparidades Regionais	85
3.1 Características sociodemográficas e espaciais de um país controverso	86
3.1.1 Trajetória longitudinal do crescimento populacional no Brasil	86
3.1.2 Breve retrospecto da pirâmide etária no Brasil	88
3.2 Regiões Brasileiras: um olhar a partir de suas peculiaridades	91
3.2.1 Regiões Brasileiras: indicadores sociodemográficos no cenário atual	92
3.2.2 Estrutura etária no Brasil e nas regiões brasileiras: uma análise longitudinal	111
3.3 Perfil do idoso no Brasil: um olhar com foco nas disparidades regionais	125
3.3.1 Onde vive e quem é o idoso brasileiro	126

CAPÍTULO IV –Perfil de Morbidade Hospitalar de Idosos no Brasil e nas Macrorregiões Brasileiras	144
4.1 Morbidade no Brasil: conceito, histórico e cenário atual	146
4.2 Perfil de morbidade de idosos no Brasil	155
4.3 Perfil de morbidade de idosos nas regiões brasileiras	170
CAPÍTULO V –Impacto de fatores socioeconômicos e sanitários na morbidade de idosos no Brasil: uma avaliação por meio da técnica “Análise de Dados em Painel”	189
5.1 Metodologia utilizada.....	190
5.1.1 A técnica “Análise de Dados em Painel”	190
5.1.2 Fonte de dados, universo e série	192
5.1.3 Detalhamento dos procedimentos analíticos	193
5.1.4 Descrição das variáveis utilizadas no modelo	195
5.2 Resultados e Discussões	197
CONCLUSÃO	200
REFERÊNCIAS	209
ANEXO I.....	224
ANEXO II.....	225
ANEXO III.....	226

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que tem se processado de forma crescente, iniciando-se nos países desenvolvidos da Europa Ocidental, no fim do século XIX, se alastrando para os países desenvolvidos e, nas últimas décadas, atingiu também os países em desenvolvimento. Desde a década de 1960, mais da metade da população com 65 anos ou mais de idade já estavam vivendo nos países em desenvolvimento (CARVALHO; GARCIA, 2003), mostrando que este fenômeno do envelhecimento populacional é universal.

Dentre os principais fatores responsáveis pelo envelhecimento populacional em nível mundial destaca-se o declínio das taxas de fecundidade, a redução das taxas de mortalidade, a urbanização, as melhorias nas questões sanitárias e na qualidade de vida. Esses e demais fatores, fazem com que o fenômeno do envelhecimento populacional traga repercussões e implicações importantes para a sociedade, especialmente no que se refere ao sistema público de saúde.

O Brasil vive, desde a década de 1960, um processo de transição social, econômica, demográfica, epidemiológica e de saúde, experimentando quedas nas taxas de mortalidade, redução da fecundidade e conseqüente envelhecimento da população. Dessa forma, ressalta-se que o crescimento da população idosa no Brasil precisa ser acompanhado da implementação de políticas públicas voltadas para este estrato populacional para que o processo de envelhecer ocorra com qualidade de vida. Neste cenário, ganham importância decisiva as políticas públicas de saúde, visto que, com o avançar da idade, aumentam as morbidades e suas complicações que representam potencial expressivo na vida do idoso.

No Brasil, um país desigual, mas plural e gigantesco do ponto de vista de suas potencialidades e iniquidades, onde persistem históricas contradições econômicas e sociais, o processo de envelhecimento populacional ocorre em um cenário de disparidades socioeconômicas e regionais que produzem perfis diferentes no viver e no adoecer daqueles que envelhecem. Nesta perspectiva, para que se tenha um diagnóstico do fenômeno do envelhecimento no Brasil, é de fundamental importância discutir o envelhecimento populacional no país a partir de um olhar para estas disparidades, ou seja, à partir das peculiaridades regionais.

A *justificativa* para este trabalho de tese é a necessidade de se compreender o processo de envelhecimento populacional num país extenso, plural e desigual como o Brasil,

numa perspectiva de se compreender como as disparidades regionais, ou as diferenças regionais em relação ao perfil socioeconômico e sanitário da população pode produzir diferentes perfis de morbidade e de internações de idosos, impactando os sistemas de saúde locais e fazendo emergir a necessidade de políticas públicas de enfrentamento a esta problemática tão atual e tão importante.

Neste sentido, a *tese a ser defendida* é que: *O envelhecimento populacional no Brasil, fenômeno crescente e contínuo que faz emergir políticas públicas voltadas ao idoso no país ocorre, na prática, em um cenário de disparidades, de acordo com as peculiaridades regionais, sendo que iniquidades em relação aos indicadores socioeconômicos e sanitários nas cinco macrorregiões brasileiras produzem perfis de morbidade diferentes em desfavor das regiões mais pobres do país e, revelando que indicadores socioeconômicos e sanitários impactam a morbidade de idosos no Brasil.*

Como forma de perseguir esta tese e de comprová-la, foram estabelecidas *quatro hipóteses* que foram confrontadas, ou seja, foram trabalhadas, detalhadamente, em cada um dos capítulos desta tese, a saber:

i) O Brasil vivencia, nas últimas décadas, um processo de envelhecimento populacional contínuo e crescente e este fenômeno faz emergir, no país, a necessidade de criação e implementação de políticas públicas voltadas para esse segmento populacional, sendo que estas políticas têm se intensificado e se organizado melhor no país com o advento da Constituição cidadã de 1988 e com a criação e implementação do SUS;

ii) O envelhecimento da população no Brasil, embora seja um fenômeno nacional e crescente, ocorre, na prática, em um cenário de disparidades, de acordo com as peculiaridades regionais, sendo que iniquidades em relação aos indicadores socioeconômicos e sanitários nas cinco macrorregiões brasileiras faz com que aqueles que envelhecem em regiões mais pobres do país envelheçam com maior vulnerabilidade;

iii) O perfil de morbidade de idosos nas cinco regiões brasileiras apresentam diferenciais importantes, sobretudo, nas regiões mais pobres do país, sendo que estas diferenças no perfil de morbidade de idosos são justificadas pelos diferenciais nos indicadores socioeconômicos e sanitários que interferem no adoecer do idoso brasileiro;

iv) Indicadores socioeconômicos e sanitários impactam a morbidade de idosos no Brasil, evidenciando a necessidade de investimentos, políticas públicas e ações que visem a melhoria desses indicadores, em favor de melhorias no perfil de morbidade de idosos no país.

Consubstanciados pela tese a ser defendida e, orientados por estas quatro hipóteses apresentadas acima, todas completamente articuladas entre si, de forma a permitir trabalhá-las de maneira conjunta e imbricada, as quais se pretendem comprovar, o *objetivo geral deste trabalho* que é verificar se as peculiaridades regionais, ou diferenciais nos indicadores socioeconômicos e sanitários, produzem diferentes perfis de morbidade de idosos nas diferentes regiões brasileiras e, em que medida indicadores socioeconômicos e sanitários impactam o perfil de morbidade de idosos no Brasil.

Para cumprir o objetivo geral, definiram-se cinco *objetivos específicos* para este trabalho, quais sejam: *i)* discutir o processo de envelhecimento populacional no Brasil, à luz das teorias que embasam este fenômeno, procurando entender, longitudinalmente, como as mudanças sociodemográficas foram se processando no país ao longo do tempo; *ii)* discutir as políticas públicas voltados para a população idosa no Brasil que emergem no país neste cenário de envelhecimento populacional, especialmente as que tem sido implementadas nas últimas décadas, sobretudo à partir da Constituição de 1988 e da criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS); *iii)* traçar o perfil do idoso no Brasil à luz das peculiaridades regionais, procurando entender os efeitos do maior e/ou menor desenvolvimento experimentado nas cinco macrorregiões brasileiras, por meio dos indicadores socioeconômicos e sanitários, no processo de envelhecer nestes diferentes espaços territoriais; *iv)* traçar o perfil de morbidade de idosos no Brasil e nas cinco macrorregiões brasileiras, identificando os principais grupos de causas de internações hospitalares deste contingente populacional em cada uma destas cinco macrorregiões, procurando destacar possíveis diferenças no perfil de morbidade que podem estar sendo produzidas pelas disparidades socioeconômicas presentes nestas regiões; e, por último, *v)* mensurar os efeitos de alguns dos principais indicadores socioeconômicos e sanitários no Brasil no perfil de morbidade de idosos no país à luz de uma ferramenta estatística.

Do ponto de vista da *estruturação*, este trabalho de tese está organizado em cinco capítulos. No *Capítulo I*, para cumprir o ‘objetivo 1’, faz-se uma discussão sobre o processo de envelhecimento populacional, numa perspectiva histórica, destacando este fenômeno no mundo e no Brasil; momento em que se discute a inversão da pirâmide etária brasileira, com a apresentação e modificação das pirâmides etárias em diferentes décadas. Para complementar o debate neste capítulo foi destacada a difícil tarefa de se conceituar o idoso sob diversas vertentes, trazendo à tona a necessidade das políticas públicas neste cenário de

envelhecimento populacional, além de discutir o fenômeno de feminização do envelhecimento e as implicações econômicas e sociais de um país que envelhece.

No *Capítulo II*, para cumprir o ‘objetivo 2’, discute-se as principais políticas públicas voltadas para a população idosa no Brasil, especialmente as que emergem com o advento da Constituição cidadã de 1988 e com a criação e implementação do SUS no país. Inicialmente é abordada a história das políticas públicas voltadas para a população idosa antes do SUS; é apresentada, em linhas gerais, a criação do SUS e as principais políticas públicas voltadas para o idoso a partir de então, dando ênfase à Política Nacional do Idoso (PNI) e seu conjunto de ações para assegurar os direitos de cidadania aos idosos; o Estatuto do Idoso (EI), que reorganizou o direito e a proteção social da população idosa no Brasil, aperfeiçoando leis e políticas; e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que garante atenção integral à saúde das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, no Brasil.

No *Capítulo III*, para cumprir o ‘objetivo 3’, traça-se o perfil do idoso no Brasil à luz das disparidades regionais, com vistas a conhecer e discutir o processo de envelhecimento populacional dentro da pluralidade territorial brasileira. Neste capítulo, inicialmente são apresentadas características sociodemográficas e espaciais de um país controverso, destacando, primeiro, a trajetória longitudinal do crescimento populacional no Brasil e, posteriormente, um breve retrospecto da pirâmide etária no país. Aqui são apresentadas as regiões brasileiras com um olhar a partir de suas peculiaridades, contemplando tanto uma discussão a partir de um olhar mais atual (1991 a 2019), quanto uma análise longitudinal, envolvendo dados das últimas oito décadas, desde 1950 até 2019, para que se possa entender como as mudanças sociodemográficas foram se processando no país ao longo do tempo. E, finalmente, traça-se o perfil do idoso brasileiro, mostrando quem é, onde e em que condições vive este idoso, destacando questões de idade e sexo, além de discutir os principais indicadores econômicos, sociais e sanitários sob os quais vive a população geral (e de idosos) no Brasil e nas cinco regiões brasileiras.

No *Capítulo IV*, para cumprir o ‘objetivo 4’, traça-se o perfil de morbidade hospitalar entre idosos no Brasil e nas cinco macrorregiões brasileiras, com vistas a avaliar o perfil de morbidade desta população nos espaços territoriais brasileiros, buscando compreender as principais causas de internações hospitalares entre idosos no país e, de modo específico, verificar se existem diferenciais importantes no perfil de morbidade deste estrato populacional dependendo da região em que vivem. Ou seja, neste capítulo, buscou-se

entender em que medida as peculiaridades socioeconômicas e sanitárias nas macrorregiões produzem perfis de morbidade de idosos diferentes.

Finalmente, no *Capítulo V*, e para cumprir o ‘objetivo 5’, procurou-se mensurar os efeitos de alguns dos principais indicadores socioeconômicos e sanitários no Brasil no perfil de morbidade de idosos no país à luz de uma ferramenta estatística: a análise de dados em painel.

Do ponto de vista metodológico, trata-se de um estudo bibliográfico, descritivo e analítico, documental, de corte transversal e de base populacional. A fonte de dados da pesquisa foram sites oficiais que disponibilizam dados e informações sobre as grandes temáticas discutidas nesta tese, a saber: *i*) o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que se constitui no principal provedor de dados e informações do país e que disponibiliza dados demográficos, socioeconômicos e sanitários para o Brasil, dados estes provenientes dos censos e das contagens populacionais e de projeções realizadas por este instituto; *ii*) o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, que é publicado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP) que oferece uma plataforma de consulta ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de todos os municípios brasileiros; e *iii*) o Sistema Público de Informações do SUS (DATASUS) que disponibiliza informações sobre morbidade geral e do idoso no Brasil e nas regiões brasileiras, mais especificamente, o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), fontes estas que têm sido amplamente utilizadas como base de estudos científicos na área da saúde pública no Brasil.

A série histórica estudada compreende o período de 1991-2019, sendo que, em determinados momentos, faz-se também uma análise longitudinal (de 1950 a 2019) para contextualizar o comportamento de indicadores etários no Brasil, o processo de envelhecimento e o comportamento dos indicadores socioeconômicos e de saúde no Brasil e nas regiões, de forma a permitir uma compreensão sob as condições em que o envelhecimento e o perfil de morbidade foi se desenhando no país ao longo do tempo. Como base de definição das morbidades, foi utilizado o Código Internacional de Doenças (CID-10) que é referência atualmente no mundo e no Brasil.

Para tabulação dos dados foi utilizada a base do DATASUS, o TABNET, que é um aplicativo de tabulação de dados, de domínio público, que permite organizar dados, conforme os objetivos que se tem. O limite para o corte de idade, nos perfis de morbidade do idoso, seguiu os critérios recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e,

considerando também a definição de idoso no Brasil, como sendo os indivíduos com 60 anos ou mais para os países em desenvolvimento.

Outra observação importante é que, ao consolidar e agrupar alguns indicadores dos Estados Brasileiros para se traçar o perfil de morbidade das macrorregiões, estes foram computados utilizando estatística descritiva (média aritmética) a fim de minimizar os efeitos de variações sazonais, nos respectivos anos analisados.

Em relação à técnica estatística utilizada para mensurar o impacto de indicadores socioeconômicos e sanitários na morbidade de idosos no Brasil, a Análise de Dados em Painel, ou *panel data* como também é conhecida, refere-se a informações de unidades, indivíduos, de municípios ou de um país, que podem ser acompanhadas ao longo do tempo (GREENE, 2008). Neste caso, a unidade de observação na técnica de análise em painel foram as morbidades de idosos no Brasil e a possível interferência de indicadores socioeconômicos e sanitários nas mesmas.

Com relação aos *resultados do estudo*, destaca-se que a tese foi comprovada, uma vez que os indicadores socioeconômicos e sanitários apontaram para uma maior vulnerabilidade nas duas regiões mais pobres do Brasil, as regiões Norte e Nordeste, produzindo perfis de morbidade de idosos diferentes nestas duas regiões. Além do mais, o estudo comprova que alguns dos principais indicadores socioeconômicos e sanitários testados mostraram impactar a morbidade de idosos no Brasil, alguns positivamente e outros negativamente, o que chama atenção para a relação existente entre pobreza e saúde, ou seja, entre pobreza e morbidade de idosos, e também para a necessidade de se pensar políticas públicas diferenciadas para os espaços territoriais brasileiros, sobretudo os mais vulneráveis, pensando numa possibilidade de minimização dos efeitos deletérios da desigualdade no processo de envelhecimento populacional no país.

CAPÍTULO I - ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO NO MUNDO E NO BRASIL

1.1 A difícil tarefa de padronização da população senescente

Dizer quem é considerado idoso não é uma tarefa trivial, uma vez que existem importantes diferenciais sociais, culturais e ambientais significativos nas diversas partes do mundo que levam cada sociedade a ter uma visão própria em relação ao envelhecimento. No entanto, existem alguns critérios para que as pessoas de uma determinada localidade considerem, dentre os seus habitantes nativos, aqueles que se enquadrarão no grupo de idosos.

Diante da dificuldade de um consenso em relação à conceituação do termo idoso, houve ao longo da história uma tentativa de uniformizar esse conceito nos diversos países, legitimando duas idades que pudessem orientar políticas públicas, tanto nos países que possuem um alto nível de desenvolvimento econômico e social, e conseqüentemente elevadas expectativas de vida, quanto naqueles que não tenham essa classificação. Essa ‘padronização’ se tornaria um marco importante para a definição do idoso e, também, para que o indivíduo pudesse usufruir de direitos, de políticas de proteção e de benefícios voltados para este segmento populacional.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para ser considerado oficialmente um idoso, na atualidade, a pessoa deve possuir 60 anos ou mais de idade para aqueles que residam em países em desenvolvimento, e 65 anos ou mais para pessoas que residam em países desenvolvidos (CAMARANO, 2004).

É importante chamar atenção para o fato de que esta definição da OMS diz respeito basicamente à questão etária, não levando em consideração a complexidade do termo e nem as peculiaridades de cada sociedade para o entendimento e integralização desta definição e nem para as possibilidades de desenvolvimento de políticas públicas para este segmento populacional. Assim sendo, serão apresentados a seguir alguns questionamentos sobre essa “padronização” da definição da população idosa.

Diamond (2014), ao analisar diversas sociedades, discorda que seja fixada uma idade para que se possa considerar a pessoa como idosa, pois, segundo o autor, o envelhecimento dependerá de diversos fatores, como o local onde a pessoa viveu ao longo da sua existência; os diferentes fatores ambientais e regionais; além da percepção pessoal de

como cada habitante enxerga o ser idoso. Para justificar o seu pensamento, o autor faz um relato pessoal:

Na minha adolescência, eu considerava as pessoas de vinte e tantos anos como aparentemente no auge da vida e da sabedoria, pessoas de trinta anos como de meia-idade e qualquer um a partir dos sessenta anos como velho. Agora que tenho 75 anos, considero meus sessenta anos e o início dos meus setenta como o auge da minha vida, e penso que a velhice talvez comece por volta dos 85 ou 90, dependendo da minha saúde (DIAMOND, 2014, p. 225).

É possível perceber, a partir do relato do autor, que a visão de uma pessoa sobre o que seja velhice ou o que seja idoso vai depender também da fase da vida em que essa pessoa está inserida, além do seu próprio ponto de vista. Um jovem pode enxergar outra pessoa com poucos anos a mais que ele como alguém com muita experiência. Mas quando chegar à sua senescência, esse jovem não mais considerará esse alguém como experiente, mas sim, aqueles que possuam uma idade superior, ou que estejam em uma situação mais avançada do que a dele.

Debert (2004), ao entrevistar homens com idade superior aos 70 anos, em uma pesquisa, percebeu que estes não se consideravam velhos. Para os entrevistados, os velhos seriam aquelas pessoas que perderam a lucidez, mesmo sendo elas pessoas mais jovens. Sobre esta questão, Beauvoir (1990) justifica que, com o processo de longevidade, ocorrerá no indivíduo uma diminuição das suas faculdades mentais, mas, além disso, haverá também uma mudança na percepção de como essa pessoa enxergará o mundo.

Martins (2002) corrobora com o pensamento de Diamond (2014) e Debert (2004) quando percebe, na categoria 'idoso', um conceito abstrato que serve para demarcar um determinado período na vida das pessoas que envelhecem. Essa percepção do envelhecer será verificada pela própria pessoa, ao relatar que se sente ou não idosa; e isso dependerá da sua condição de ativa ou não na sociedade. Nesse processo, serão percebidas também mudanças na forma de pensar, agir e sentir dos cidadãos, quando atingirem idades mais avançadas.

Camarano et al. (1999a) faz uma conceituação diferenciada do idoso, colocando-o como sendo um indivíduo que possui "muita idade". Mas a autora percebe, nessa definição, uma questão abstrata visto que existe uma grande diferença de um idoso para o outro, e isso também dependerá da sociedade no qual este idoso viveu no decorrer da sua vida. Somente o fato de uma pessoa possuir uma idade elevada não é um indicador preciso para avaliar se ela se enquadraria ou não na condição de idoso.

Beauvoir (1990) eleva o conceito de idoso a um patamar mais abrangente e complexo, pois na conceituação desta autora há o envolvimento da parte biológica, com as peculiaridades do organismo que envelhece; da psicológica, levando em conta os comportamentos e as características da senescência; e a existencial, na qual há uma modificação da relação do ser com o tempo, com o mundo e com a sua história pessoal. Percebe-se, na visão da autora, uma forma mais abrangente de compreender e enxergar o idoso, onde os aspectos multidimensionais auxiliarão nessa compreensão, dando embasamento para a formulação de outros conceitos.

Novos conceitos também conseguiram dar outra dimensão ao conceito de idoso, colocando-o como um ser que possui, além de uma somatória de anos vividos, uma história própria e, no seu corpo, as marcas da sua existência. Nesta perspectiva, Zimmerman (2000) descreve que “velho é aquele que tem diversas idades: a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com sua sociedade. É a mesma pessoa que sempre foi” (ZIMERMAN, 2000, p. 19). Percebe-se que esse conceito, por mais simples que pareça, traduz de uma forma mais completa, a essência do que é o ser idoso.

Atualmente, devido ao processo permanente e contínuo de longevidade e à nova configuração que os idosos vêm adquirindo, vários conceitos ficaram desatualizados. Camarano e Pasinato (2002) argumentam que é difícil distinguir, na modernidade, quem se enquadra ou não na categoria idoso, pois o fator idade isoladamente já não é suficiente para classificar este segmento. Assim, a questão etária seria um marco no qual os indivíduos apresentem sinais de envelhecimento, de incapacidade física ou mental. Mas os autores dizem que a conceituação deve ser mais abrangente do que uma datação, pois os indivíduos são distintos socialmente, culturalmente e biologicamente. Compreende-se que, devido à grande riqueza e complexidade que envolve o tema, o segmento populacional de idosos careceria sempre de novos e mais aprofundados estudos que viessem não apenas atualizar a cada contexto o que seja idoso, mas, também, subsidiar futuras ações e políticas específicas para esse segmento populacional.

Camarano et al. (1999a) explanam que a conceituação do idoso é importante por ter um caráter social, pois objetiva, por exemplo, implantar políticas específicas para essa população, assim como “distinguir a situação dos indivíduos no mercado de trabalho, na família ou em outras esferas da vida social” (CAMARANO ET AL., 1999a, p. 4).

Debert (2004) coloca que, nas sociedades ocidentais, para definir idoso é estabelecida a idade cronológica por um sistema de datação, e que isso não depende da

estrutura biológica e dos estágios de maturidade que foram verificados pela antropologia. Nessas sociedades, a idade cronológica seria fundamental para a execução das leis e para a formatação dos direitos e deveres do cidadão. A autora ainda argumenta que os critérios e normas da idade cronológica para definição da população idosa são impostos nas sociedades ocidentais não porque elas dispõem de um aparato cultural que domina a reflexão sobre os estágios de maturidade, mas, por exigência das leis destas sociedades que determinam os deveres e direitos do cidadão.

Camarano et al. (1999a) acrescentam que, apesar da ciência encontrar dificuldades em determinar um consenso para que uma pessoa seja considerada idosa, o marco etário é de fundamental importância como marcador na formulação de políticas públicas, pois os recursos públicos destinados a estas políticas, em geral, são específicos e distinguem os indivíduos de acordo com as diferentes fases da vida. Quando não há essa distinção, é mais difícil que uma determinada lei ou política pública alcance uma categoria de indivíduos que não possuam uma característica universal. Contudo, os autores argumentam que,

Quando os formuladores de políticas assumem que a idade cronológica é o critério universal de classificação para a categoria idoso estão admitindo implicitamente que a idade é o parâmetro único e intertemporal de distinção e, portanto, correm o risco de afirmar que indivíduos de diferentes lugares e diferentes épocas são homogêneos. Quando estabelecem uma idade específica como fronteira, procedem como se houvesse homogeneidade na definição de um idoso entre grupos sociais diferentes (CAMARANO et al., 1999a, p. 3-4).

Camarano et al. (1999a) explicam que pode haver um conceito único para idoso, mas, algumas questões devem ser avaliadas como a diferenciação espacial; pois muitas pessoas que estão lotadas em uma mesma zona geográfica compartilham características culturais semelhantes. A outra questão seria a diferenciação de grupos sociais, no qual poderiam ser levados em conta alguns indicadores, como renda, sexo, grau de instrução, qualidade de vida, dentre outros. Dessa forma, poderia se estabelecer uma idade-limite mais condizente para qualificar uma pessoa em idosa ou não idosa, seguindo critérios mais próximos da realidade dos cidadãos, e para que essas pessoas possam se enquadrar nos critérios de determinadas políticas públicas.

Na legislação brasileira, por exemplo, a Política Nacional do Idoso (PNI) define que, para ser considerado um idoso, a pessoa deve possuir uma idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 1994), sendo que o Estatuto do Idoso será o responsável por regular os direitos dessas pessoas, como o atendimento preferencial; a preferência na formulação e

execução de políticas; a priorização de atendimento; a prioridade dos imóveis nos programas habitacionais públicos, dentre outros (BRASIL, 2003). Dessa forma, justifica-se o país definir um determinado marco etário, para que um segmento populacional possa usufruir das benesses da lei. Realizada esta discussão sobre os critérios para se definir conceitualmente a população idosa, no próximo quesito será tratado o processo de envelhecimento populacional, destacando alguns aspectos desse processo da população no mundo e no Brasil.

1.2 O processo de envelhecimento populacional

Segundo Carvalho; Garcia (2003), o início do envelhecimento populacional data do século XIX, iniciando-se em alguns países da Europa Ocidental, atingindo outros países desenvolvidos e, mais recentemente, sendo percebido nos países em desenvolvimento. No entanto, embora o crescente aumento da expectativa de vida da população seja um fenômeno extensivo a ambos os sexos, este não ocorre de modo uniforme, atingindo com maior intensidade a população feminina. Maiores detalhes serão analisados a seguir.

1.2.1 Processo de Envelhecimento da população no mundo

O crescimento do segmento populacional idoso no âmbito mundial tem gerado grande interesse tanto acadêmico quanto governamental em escala mundial, mobilizando pesquisadores e profissionais das mais diversas áreas do conhecimento, o que tem proporcionado o surgimento de teorias importantes que explicam este fenômeno permitido, inclusive, a realização de uma série de pesquisas voltadas para esse grupo etário. Néri (2002) argumenta que as teorias e conceitos mais relevantes acerca deste tema foram construídos nas últimas décadas, período esse que coincide com a ampliação do crescimento da população idosa no mundo.

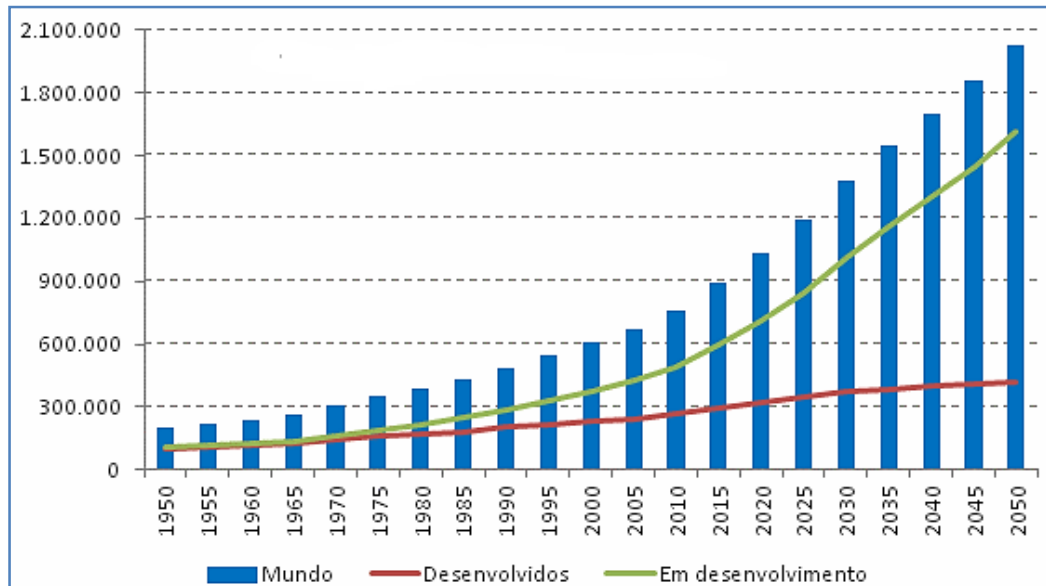
Embora esteja acontecendo em escala mundial, o envelhecimento da população é um fenômeno novo ao qual, mesmo os países mais ricos e desenvolvidos, todos estão tentando se adaptar (KALACHE et al., 1987). Antes, porém, este fenômeno era concentrado nas nações mais ricas. No entanto, o que, no passado, era considerado um privilégio de pessoas que viviam nas regiões mais ricas do mundo passou a ser uma experiência vivida por um número crescente de pessoas em todo o mundo. Neste sentido, envelhecer, no final deste

século XX e início do século XXI, já não é uma proeza reservada a uma pequena parcela da população. Essa experiência tem se democratizado pelo mundo afora.

Autores mais antigos e contemporâneos, como Carvalho; Garcia (2003); Debert (2004); Beauvoir (1990); Camarano (1999b, 2004); Kalache et al., (1987); Aldestein (1977); Fries, Crapo (1981) discutem o processo de envelhecimento pelo qual o mundo vem passando, especialmente nas últimas décadas, em que a longevidade se expandiu e abarcou um maior número de países no qual essa questão ainda não havia sido percebida. Carvalho; Garcia (2003) explicam que, no final do século XIX, o Mundo foi “surpreendido” por um fenômeno chamado envelhecimento. Tal fenômeno foi observado, inicialmente, nos países da Europa Ocidental, depois chegou a outros países classificados como “desenvolvidos” e, nas últimas décadas, foi percebido também nos países considerados “em desenvolvimento”.

De acordo com Alves (2017), a Suécia, em 1975, foi o primeiro país a apresentar o Índice de Envelhecimento (IE) maior que 100, ou seja, um número maior de idosos do que jovens com idade entre 0 e 14 anos. Na década de 1980 entraram na lista os países: Alemanha, Reino Unido, Suíça, Luxemburgo, Noruega, Dinamarca, Áustria e Bélgica. Na década de 1990, entraram Itália, Grécia, Japão, Espanha, Portugal, Hungria, França, Bulgária e Croácia. Em 2000, os países que atingiram o IE superior a 100 foram: Rússia, Eslovênia, Letônia, Romênia, Finlândia, Estônia, República Checa, Bielorrússia, Sérvia, Holanda, Polônia, Malta, Canadá, Hong Kong, Bulgária e Bósnia Herzegovina. Na década de 2010, entraram Martinica, Geórgia, Estados Unidos, Macedônia, Ilhas Virgens, Singapura, Coreia do Sul, Moldova, Porto Rico, Montenegro, Nova Zelândia, Curaçao, Chipre, Macau, Barbados, Aruba e Cuba. Ao todo, 52 países atingiram, em 2015, um IE igual ou superior a 100, sendo que a previsão para o Brasil é atingir esse índice até 2030.

A Figura 01, abaixo, ilustra bem este processo de envelhecimento da população idosa no mundo. Com colunas na cor azul, a Figura 01 demonstra o crescimento acelerado da população idosa; com tarjas em vermelho (países desenvolvidos) e em verde (países em desenvolvimento), traz informações mais dinâmicas sobre o fenômeno não ser exclusivo para países desenvolvidos. Observa-se que nos países desenvolvidos, houve um crescimento mais moderado dessa população, enquanto que nos países em desenvolvimento, esse crescimento se deu de forma bem mais acentuada. Sobre o fenômeno do envelhecimento, Alves (2012) afirma que os autores o estão denominando de ‘tsunami grisalho’.

FIGURA 01 - ENVELHECIMENTO MUNDIAL DA POPULAÇÃO IDOSA (1950 E 2050)

Fonte: (ALVES, 2012).

Verifica-se, na Figura 01, que desde 1950 a população idosa vem crescendo gradativamente. Observa-se que nos países desenvolvidos, houve um crescimento mais moderado dessa população, enquanto que nos países em desenvolvimento, esse crescimento se deu de forma bem mais acentuada. Sobre o fenômeno do envelhecimento, Alves (2012) afirma que os autores o estão denominando de ‘tsunami grisalho’.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos grandes desafios a ser enfrentado pela sociedade. Contudo, no século XXI, o envelhecimento aumentará as demandas sociais e econômicas em todo o mundo (OMS; OPAS; 2005).

No entanto, no que se referem ao envelhecimento populacional, os países desenvolvidos ainda se diferem substancialmente dos países em desenvolvimento, por vários motivos: porque iniciaram este processo antes, porque os mecanismos que levam a tal envelhecimento são distintos e, também, porque são distintas as condições que levam ao envelhecimento da população e os enfrentamentos para esta nova realidade.

Alguns fatores importantes que contribuíram substancialmente para o envelhecimento da população em escala mundial são a elevação da expectativa de vida ao nascer, a redução da taxa de natalidade, a queda na taxa de mortalidade da população e as mudanças no estilo de vida, sendo que a expectativa de vida foi se elevando e a taxa de mortalidade, sobretudo por algumas doenças, foi declinando ao longo do tempo. Já o estilo de

vida melhora em algumas circunstâncias e piora em outras, dependendo da peculiaridade de cada Nação. Entretanto, estes episódios da melhoria da expectativa de vida, redução da taxa de mortalidade e mudanças no estilo de vida não foram vivenciadas de forma homogênea pelas diversas nações do mundo, ao contrário, muitos países experimentaram estas realidades precocemente e, conseqüentemente, passaram a experimentar o envelhecimento populacional também mais cedo; e outros países mais tardiamente, conforme pode se ilustrar os exemplos da Europa, Estados Unidos e Brasil.

Na Europa, o aumento na expectativa de vida ao nascer já havia sido substancial em meados do século XX, época em que ocorreram importantes conquistas na ciência e no conhecimento médico como, por exemplo, a redução da mortalidade por tuberculose. Na Inglaterra, em 1855, 13 de cada 100 mortes eram atribuídas à tuberculose. Há de se considerar, no entanto, que os significativos ganhos na expectativa de vida das populações europeias estão ligados, historicamente, a uma melhor qualidade de vida experimentada pela maioria da população, sendo que muitas conquistas médico-tecnológicas de relevância foram, quase todas, subsequentes nos territórios europeus (KALACHE et al., 1987; ALDESTEIN, 1977).

Nos Estados Unidos, no início do século XX, a taxa de mortalidade por tuberculose era de 194 mortes para cada 100.000 indivíduos, em um ano. No entanto, em 1925, a taxa de mortalidade por esta doença já estava reduzida ao meio, e a partir de 1940, a cada década a taxa foi novamente cortada pela metade. Comparando-se os dias atuais com os de 1900, nos Estados Unidos, constata-se uma redução de 99% na taxa de mortalidade por tuberculose, sendo que a principal razão associada a esta drástica queda é a elevação do nível de vida da população, traduzido pela urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal, melhores condições sanitárias em geral e, particularmente, condições ambientais no trabalho e nas residências muito melhores que anteriormente. Todos esses fatores já estavam presentes quando, no final da década de 1940 e início dos anos 1950, foram introduzidos os exames radiográficos, a vacina BCG e toda uma gama de fármacos potentes que tiveram importante papel catalisador na redução contínua da incidência e prevalência da tuberculose (KALACHE et al., 1987; FRIES; CRAPO, 1981).

Numa pesquisa realizada em 1997, foram estudados indicadores mundiais de saúde e comparados entre os 26 países mais ricos do mundo, e com os 49 países mais pobres. Verificou-se que a esperança de vida dos países ricos foi 25 anos a mais, em relação aos países pobres (KLIKSBURG, 2000). Esse dado demonstra uma grande discrepância quanto ao

fator longevidade no grupo de países pesquisados e, também, infere que uma idade padrão para designar as pessoas idosas no mundo não seria algo condizente com a realidade de cada país.

Sobre a importância da taxa de natalidade no envelhecimento populacional de um país, Kalache et al. (1987) argumentam que este processo é dinâmico. Para que uma população envelheça é necessário, antes de tudo, que nasçam muitas crianças; posteriormente, é necessário que estas crianças sobrevivam até idades avançadas e que, simultaneamente, o número de nascimentos diminua. Com isso, a entrada de jovens na população decresce, e a proporção daqueles que sobreviveram até idades mais avançadas passa a crescer. Para estes autores, o aumento atual do número de pessoas idosas em países em desenvolvimento é decorrente, em grande medida, do alto número de nascimentos nestes países durante as primeiras décadas do século XX, associado a um progressivo decréscimo nas taxas de mortalidade. Do mesmo modo, o envelhecimento da população de países europeus e de outros países desenvolvidos nas últimas décadas se deveu, também, a taxas de natalidade relativamente altas no primeiro quarto do século XX, associadas às taxas decrescentes de mortalidade em todos os grupos etários. Em seguida as taxas de natalidade decaíram, fazendo com que a proporção de adultos progressivamente aumentasse.

Em relação ao estilo de vida, os autores argumentam que há que se levar em consideração o fato de que o estilo de vida daqueles que sobreviveram até idades mais avançadas em países em desenvolvimento, está associado a fatores de risco menos acentuados para determinadas doenças. Os autores citam, como exemplo, o fato do consumo generalizado do tabaco ter ocorrido mais recentemente em tais países, e somente nos últimos anos a incidência de doenças como câncer de pulmão tem mostrado sensíveis aumentos. Além do fumo, os autores chamam a atenção para a hiperalimentação, a relativa falta de atividade física e a exposição constante a fatores de estresse que são todos componentes do estilo de vida do mundo moderno mais desenvolvido e que terminam por elevar a incidência de doenças cardiovasculares, de certos tipos de cânceres e de certos tipos de distúrbios, como o diabetes. Por outro lado, Kalache et al. (1987) argumentam, ainda, que as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias são baixas na idade adulta, mesmo nos países em desenvolvimento. Uma vez atingida a idade adulta, as causas de morte variam pouco, e a maioria das pessoas termina morrendo de doenças crônico-degenerativas, quer vivam em países desenvolvidos ou não.

No que se refere ao conceito de envelhecimento populacional, muito embora existam algumas diferenças, o conceito e a percepção do envelhecimento caminham na mesma direção, ainda que existam autores que reforçam questões biológicas e outros que optam por reforçar as questões socioeconômicas, ambientais e culturais.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) conceitua o envelhecimento como sendo:

[...] um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo torne capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006a, p. 08).

Percebe-se no conceito da OPAS que o envelhecer não acontece de maneira igualitária e homogênea para todos os seres humanos, mas, que cada um terá a sua maneira singular de passar por esse processo. Neste sentido, o envelhecimento seria um encadeamento contínuo de fatores, que são inerentes aos seres vivos e, dependendo das questões ambientais, poderá haver uma aceleração ou retardamento da senescência, que terá como consequência a abreviação da vida. Nesta mesma linha de raciocínio, Beauvoir (1990) acrescenta nessa conceituação, o fato de, após uma vivência prolongada, o organismo humano sofrer um processo de involução. Tal processo também seria irreversível e levaria à redução das atividades físicas e mentais do indivíduo.

Moreira (2000), utilizando uma ótica demográfica, considera que o envelhecer está ligado ao aumento da população idosa, de tal forma que esse crescimento consiga dar visibilidade ao contingente populacional em questão, dentro da população total. Ou seja, a população idosa começará a ter um maior destaque dentro das demais categorias etárias, e isso também vem sendo verificado nos países que apresentam um processo de longevidade recente.

Carvalho; Garcia (2003) afirmam que no envelhecimento populacional humano não será levado em conta os anos vividos por um indivíduo ou pela sua geração, mas sim, à mudança etária populacional. Dessa forma, seria avaliado o “(...) aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice” (p. 726). Esse peso relativo¹ seria diferente se fossem comparadas outras sociedades, pois seriam levados em conta os fatores biológicos, econômicos, sociais, ambientais, científicos e

¹Neste trabalho, o peso relativo para a população senescente será a porcentagem de idosos em relação à população total, conforme Moreira (2000).

culturais. Percebe-se que o processo de envelhecimento populacional não ocorre de forma homogênea nas sociedades, mas deve ser analisado de acordo com a especificidade/peculiaridade de cada local.

Para Wong; Carvalho (2006), o envelhecimento populacional se dá com a modificação da estrutura etária, que se inicia com a percepção do declínio da fecundidade em determinada região. Posteriormente, perceber-se-á o aumento do peso relativo de uma parte da população, neste caso, da população idosa. Essa queda da fecundidade seria um dos fatores preponderantes para se perceber o envelhecimento de uma população.

Todavia, é necessário entender quanto tempo seria necessário para que se estabelecesse o declínio da fecundidade nos países. Wong e Carvalho (2006) afirmam que grande parte dos países europeus demorou quase 100 anos para que os níveis de fecundidade diminuíssem. Como exemplo, a Inglaterra e a Suécia demoraram cerca de 60 anos (1870 a 1930) para diminuir a sua fecundidade em 50%. Nos países da América Latina, verificou-se uma rápida redução da fecundidade algumas décadas mais tarde, aproximadamente, a partir de 1965.

Uma indagação que surge em relação ao fenômeno do envelhecimento é ‘será que o envelhecimento das populações não se tornará um problema social para os países?’ Sobre esta questão, Grinberg e Grinberg (1999) argumentam que o aumento da expectativa de vida e a queda da natalidade, que já eram previstas por especialistas e pesquisadores, fez com que o mundo abrisse os olhos para um “problema”, o fenômeno global do envelhecimento. E isso significa que os países não foram “pegos de surpresa” com essa questão, pois vários estudos já apontavam essa tendência. Entretanto, há de se considerar que os países não têm a mesma capacidade de enfrentamento desta realidade contemporânea, que é o envelhecimento populacional.

Kalache et al. (1987) argumentam que, em termos de saúde, o aumento da população idosa em um país se traduz em um maior número de problemas de longa duração, uma vez que idosos, em geral, dependem com certa frequência, de intervenções de maior complexidade e custo, envolvendo maior densidade tecnológica, para um cuidado adequado ao idoso. Debert (2004) afirma que a preocupação com o envelhecimento populacional se deve porque os idosos atualmente são mais representativos numericamente em relação à população total. Isso leva a crer que a população de idosos ficaria mais evidenciada em relação aos demais segmentos populacionais e, haveria uma maior necessidade de investimentos econômicos por parte das sociedades e dos governos.

Para Giacomini (2012), o envelhecimento populacional é bem visto pela sociedade e não pode ser visto como um ônus para as políticas públicas, visto que elas devem sofrer alterações para suprir a necessidade desse contingente etário. Wong e Carvalho (2006) dizem que a transição da estrutura etária jovem para uma mais velha traz consigo alguns desafios como um enfoque maior da saúde para a população idosa; o aproveitamento da população idosa no mercado de trabalho; a mudança de hábitos alimentares e comportamentais mais condizentes com uma população que envelhece; a qualificação da população para amenizar a transição etária no mercado de trabalho; e as reformas no sistema previdenciário.

Sendo assim, conclui-se que haverá grandes questões a serem tratadas nos países que estão em processo de envelhecimento: saúde, mercado de trabalho, mudanças de hábito, previdência, dentre outros, pois, não há como frear essa tendência. No entanto, para que o aumento da esperança de vida não se torne um problema, será necessário que os países se adaptem a esse novo contingente populacional, investindo em políticas públicas para esta população crescente, oferecendo-lhes condições para que possam envelhecer com dignidade.

Do ponto de vista do tamanho e a localização da população idosa no mundo, de acordo com Kalache et al. (1987), desde a década de 1950, a maioria dos idosos vive em países em desenvolvimento, contrariando aqueles que associam envelhecimento com os países mais desenvolvidos da Europa ou da América do Norte (UNITED NATIONS, 1980; KALACHE et al, 1987), conforme a Tabela 01 que evidencia a distribuição da população total de pessoas idosas nas regiões mais desenvolvidas e nas regiões menos desenvolvidas do mundo no período de 1960, e projeções para o ano de 2020.

TABELA 01 - POPULAÇÃO TOTAL DE PESSOAS IDOSAS: 1960-2020
(em milhões; com projeções variantes em médias aritméticas)

Regiões	1960			1980		
	POP TOTAL	Acima de 65 anos	Acima de 80 anos	População total	Acima de 65 anos	Acima de 80 anos
Mundo	3.037,0	165,3	19,9	4.432,1	259,5	35,3
Regiões mais desenvolvidas ¹	944,9	80,3	11,7	1.131,3	127,8	20,9
Regiões menos desenvolvidas ²	2.092,3	85,0	8,1	3.300,8	131,7	14,4
Regiões	2000			2020		
	População total	Acima de 65 anos	Acima de 80 anos	População total	Acima de 65 anos	Acima de 80 anos
Mundo	6.118,9	402,9	59,6	7.813,0	649,2	101,6
Regiões mais desenvolvidas ¹	1.272,2	166,0	30,2	1.360,2	212,4	43,4
Regiões menos desenvolvidas ²	4.846,7	236,9	29,4	6.452,8	436,9	58,2

¹ Regiões mais desenvolvidas: América do Norte, Europa, Japão, Austrália, Nova Zelândia e União Soviética.

² Regiões menos desenvolvidas: África, América Latina, Ásia (exceto Japão), Oceania (exceto Austrália e Nova Zelândia).

Fonte: Hoover e Siegel (1986). In: Kalache et al. (1987).

Com base nos dados da Tabela 01, os valores apontam um crescimento progressivo da população idosa dos países em desenvolvimento, de 1960 a 2000, ultrapassando mais que o dobro da população dos países desenvolvidos, no ano de 2020. Na América Latina, segundo Kalache et al. (1987), entre 1980 e 2000, ocorreu um aumento de cerca de 120% da população total (de 363,7 para 803,6 milhões), enquanto que o aumento da população acima de 60 anos foi de cerca de 236% (de 23,3 para 78,2 milhões), ou seja, duas vezes maior que o percentual de aumento da população como um todo. Não obstante este crescimento elevado destaca-se que, em longo prazo, as perspectivas de crescimento deste segmento populacional são ainda mais impressionantes (UNITED NATIONS, 1980; HOOVER; SIEGEL, 1986; KALACHE et al., 1987).

Segundo Brasil (2017, p. 22),

O processo de envelhecimento, iniciado há mais de um século nas nações mais desenvolvidas, mostra-se atualmente mais vigoroso nas nações menos desenvolvidas, de modo que, nos próximos 15 anos, a América Latina e o Caribe têm projeção de aumento de 71% na população com mais de 60 anos, seguidos por Ásia, 66%, África, 64%, Oceania, 47%, América do Norte, 41%, e Europa, 23% (BRASIL, 2017, p.22).

Tendo sido realizada esta breve contextualização do processo de envelhecimento e do crescimento da população idosa no mundo, na seção a seguir será apresentada como se deu esse mesmo processo de envelhecimento, porém, da população brasileira, trazendo algumas peculiaridades presentes nas diversas regiões do país.

1.2.2 O processo de envelhecimento populacional no Brasil

Ao estudar o envelhecimento populacional no Brasil, considerando esta como uma realidade nova no país, Kalache et al. (1987) ressaltam que os fatores determinantes do envelhecimento da população de um país são, fundamentalmente, ditados pelo comportamento de suas taxas de fertilidade e também de suas taxas de mortalidade, muito embora, para esses autores, as taxas de fecundidade sejam ainda mais importantes no processo de envelhecimento. Os autores destacam que, para que uma população envelheça, é necessário antes de tudo, que ocorra uma queda da fertilidade; com isto, um menor ingresso de crianças na população faz com que a proporção de jovens diminua. Se, simultânea ou posteriormente, ocorre também neste país uma redução das taxas de mortalidade, fazendo com que a expectativa de vida da população torne-se maior, o processo de envelhecimento da população

torna-se ainda mais acentuado. Para os autores, o processo de envelhecimento populacional é dinâmico, portanto, estabelece-se em etapas sucessivas e é conhecido como "transição epidemiológica ou demográfica".

Ainda de acordo com Kalache et al. (1987), o Brasil está em franco processo de envelhecimento. Até a década de 1950 ou mesmo 1960, as características demográficas do país indicavam uma população predominantemente jovem, com altas taxas de fecundidade e taxas de mortalidade que apenas começavam a diminuir. A partir de então, teve início um processo de redução ainda maior das taxas de fecundidade, redução esta que vem se intensificando com o passar dos anos.

Conforme já foi mencionado, projeções demográficas já indicavam que no período de 1980 até o final do século XX, cerca de três quartos do aumento da população idosa ocorreria nos países em desenvolvimento, nos quais se inclui o Brasil, fazendo com que este se tornasse o grupo etário que mais crescerá na maioria dos países do mundo (UNITED NATIONS, 1980; HOOVER; SIEGEL, 1986; KALACHE et al., 1987).

A literatura aponta que o processo de envelhecimento ocorre de diferentes formas nos diferentes países. Camarano; Pasinato (2007) fizeram uma análise da população idosa em seis países latino-americanos, incluindo o Brasil, e verificaram que esses países passam por um processo de envelhecimento diferenciado, onde a Bolívia obteve um envelhecimento 'incipiente'; Costa Rica, Peru e México passaram por um envelhecimento 'moderado'; o Brasil obteve um envelhecimento considerado 'moderado-avançado' e, a Argentina apresentou um envelhecimento 'avançado'. Essas diferenças de tipologias se devem às peculiaridades no processo de envelhecimento de cada país, principalmente no quesito fecundidade e mortalidade.

De acordo com Alves (2008), a transição demográfica brasileira inicia-se com a redução das taxas de mortalidade e, depois de um tempo, com a queda das taxas de natalidade, provocando significativas alterações na estrutura etária da população brasileira. Camarano (2004) afirma que esse processo de envelhecimento no Brasil passou, primeiramente por uma elevação na taxa de fecundidade nas décadas de 1950 e 1960, mas, após esse período, ocorreu uma diminuição desse índice, o que tornou mais evidente o crescimento do contingente populacional idoso. Desde 1940, estudos no país apontavam para o aumento da população idosa que, segundo Lima-Costa, Veras (2003), era composta por três milhões de pessoas em 1960, passando para sete milhões em 1975, 14 milhões em 2002 e, com uma projeção de 32 milhões de idosos para o ano de 2020.

Ainda sobre o envelhecimento populacional, Alisson (2016) afirma que no Brasil, a população idosa vem aumentando ao longo do tempo. Em 1950, havia 2 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Esse número passou para 6,2 milhões em 1965, cerca de 14 milhões em 2000 e, em 2025, a projeção é para 31,8 milhões de pessoas. Esse aumento da população idosa entre os anos de 1950 e 2025 será da ordem de 1.600%, o que colocará o Brasil, no ano 2025, com a sexta maior população de idosos do mundo.

Camarano (2004) também destaca que o atual crescimento do número de idosos brasileiros seria fruto da alta taxa de fecundidade ocorrida nas décadas passadas, além da redução da mortalidade da população idosa. No entanto, para esta autora, outros fatores também seriam importantes para o crescimento da população idosa no Brasil, como a melhora dos hábitos saudáveis, a medicina preventiva e curativa, os avanços da tecnologia na área da saúde, as políticas públicas em prol da população idosa, dentre outros. Esses seriam alguns dos fatores que fariam com que esse segmento populacional passasse a ser mais expressivo atualmente dentro da população total brasileira.

Um fator básico para esse prolongamento da vida, segundo Glaeser (2011), seria a urbanização, pois com a migração da população do campo para a cidade, essa população encontrou uma melhor organização social, econômica e ambiental; melhores condições para a sua ascensão socioeconômica, e maiores inovações tecnológicas. Isso não significa que os centros urbanos não têm problemas, mas, de modo geral, a pobreza urbana seria balizada pela falta de alguns bens de consumo e de serviços públicos, enquanto que a pobreza rural seria marcada pela miséria.

Gandini, Barione e Souza (2012) fazem projeções para um Brasil com menos jovens e mais idosos no futuro, pois o país apresentou uma redução drástica na taxa de natalidade e um grande aumento na sua expectativa de vida. Em 1950, as mulheres brasileiras tinham em média 06 filhos, e a expectativa de vida era em torno de 51 anos. No ano de 2010, as mulheres passaram a ter entre 01 e 02 filhos, em média, e a expectativa de vida passou para 73 anos, devendo atingir 80 anos, em 2050.

Sobre esta questão, Kalache et al. (1987) mostram em seus estudos que, no Brasil, no início do século XX, a expectativa de vida ao nascer era de 33,7 anos, tendo atingido 43,2 em 1950. No decorrer da década posterior, a expectativa de vida, no Brasil, havia aumentado em quase 8 anos (55,9 em 1960). Na década de 1970, a expectativa de vida ao nascer no país passou a 57,1 e, em 1980, ela atingiu 63,5 anos. Desde então, até o ano 2000, a expectativa de vida ao nascer, no Brasil, experimentou um aumento de cerca de cinco anos. Recentemente,

no ano de 2017, Paradella (2018) estimou a expectativa de vida ao nascer brasileira de 72,5 anos para homens; 79,6 anos para mulheres e, 76,0 anos para ambos os sexos. Desde então o país vem experimentando melhorias importantes na expectativa de vida ao nascer, no entanto, espera-se que aos poucos o diferencial entre a expectativa de vida de brasileiros ricos e pobres possa ser diminuída porque em termos atuais essa diferença é elevada, refletindo a profunda divisão social e econômica que sempre existiu no país (KALACHE et al., 1987).

Não obstante o importante crescimento da expectativa de vida ao nascer no Brasil ao longo das últimas décadas ressalta-se que existem diferenciais importantes neste quesito nas diferentes regiões brasileiras. Duarte et al. (2002), ao analisarem o período de 1991 a 1999, perceberam ganhos significativos na expectativa de vida ao nascer. Em 1991, homens tinham uma expectativa de vida ao nascer de 62,2 anos, enquanto as mulheres, 69,7. Em 1999, a expectativa de vida masculina passou para 64,3 anos, enquanto a feminina, para 72,3 anos. No ano de 2018, o IBGE (2019) calcula a expectativa de vida dos brasileiros em 76,3 anos, sendo 79,9 anos para as mulheres e, 72,8 anos os homens.

Segundo Miranda et al. (2016), a partir de 1970, o Brasil teve seu perfil demográfico transformado, passando de uma sociedade majoritariamente rural e tradicional, com famílias numerosas e alto risco de morte na infância, para uma sociedade predominantemente urbana, com menos filhos e nova estrutura nas famílias brasileiras. O Brasil passou também ao longo do tempo de uma população predominantemente jovem, em um passado nem tão distante, para um contingente cada vez mais significativo de pessoas com 60 anos ou mais de idade nos dias atuais. Glaeser (2011) diz que essa passagem do rural para o urbano no Brasil é explicada pelos movimentos migratórios que houve no passado. Em busca de melhores condições de vida, grandes populações rurais como aquelas da região Nordeste, migraram para os grandes centros urbanos da região Sudeste, especialmente para o Estado de São Paulo.

Várias tabelas e gráficos serão apresentados nos próximos capítulos configurando os resultados da complexa pesquisa que foi realizada para este fim, porém, para ilustrar as discussões acima sobre o envelhecimento populacional no Brasil, a Tabela 02, a seguir, mostrará a estimativa da população brasileira e algumas de suas características demográficas, entre os anos de 1920 e 2040.

TABELA 02 - ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA E CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS ENTRE OS ANOS DE 1920 E 2040

FAIXA ETÁRIA	1920	1950	1980	2010	2040
0 a 4 anos	4.593.163	8.370.880	16.423.700	13.796.159	11.267.417
5 a 9 anos	4.575.530	7.015.527	14.773.741	14.969.375	11.813.256
10 a 14 anos	3.909.630	6.308.567	14.263.322	17.166.761	12.360.437
15 a 19 anos	4.217.917	5.502.315	13.575.971	16.990.870	13.019.512
20 a 24 anos	2.139.364	4.991.139	11.513.220	17.245.190	13.717.223
25 a 29 anos	2.487.431	4.132.271	9.442.217	17.104.413	14.514.616
30 a 39 anos	3.560.225	6.286.052	14.039.109	29.633.093	31.914.624
40 a 49 anos	2.401.200	4.365.359	10.377.274	24.842.718	32.893.266
50 a 59 anos	1.451.319	2.650.314	7.250.094	18.416.621	32.447.959
60 a 69 anos	800.866	1.451.468	4.474.511	11.349.929	25.811.887
70 anos ou mais	433.310	753.873	2.741.506	9.240.670	28.393.007
Esperança de vida ao nascer	35,2	52,3	64,7	73,9	79,9
Razão de dependência	89,0	85,6	79,6	55,2	64,7
Índice de envelhecimento	10,6	10,2	15,9	39,3	152,9

Fonte: Miranda (2016).

Com base nos dados da Tabela 02, Miranda (2016) apresenta um Brasil em franco processo de envelhecimento. É possível verificar uma melhora substancial da expectativa de vida ao nascer do brasileiro que passou de 35,2 anos, na década de 1920; para 73,9 anos, na década de 2010; representando um ganho de mais de 50%, ou de cerca de 35 anos a mais de vida. Observa-se, também, uma redução importante na razão de dependência no Brasil que cai de 89,0 em 1920; para 55,2 em 2010. A razão de dependência demográfica pressupõe que jovens e idosos de uma população são dependentes economicamente dos demais. Neste sentido, a razão de dependência é um indicador do contingente que é suportado financeiramente pela população potencialmente produtiva. A redução da taxa de dependência no Brasil significa que está aumentando a população de idosos produtivos (BRASIL, 2016).

Como um aspecto bem positivo, é possível verificar, ainda na Tabela 02, que o Brasil experimentou, no período de 1920 a 2010, um crescimento elevado no índice de envelhecimento que passou de 10,6, em 1920; para 39,3 no ano de 2010, representando um crescimento de 28,7, neste índice; o que significa um crescimento de mais de 270% no envelhecimento do país no período em análise. A projeção também mostra que, no ano de 2040, o Brasil terá esperança de vida ao nascer, razão de dependência e índice de envelhecimento iguais a 79,9, 64,7 e 152,9, respectivamente. Estes dados apontam que no futuro (2040), o Brasil aumenta a razão de dependência que vinha caindo, significando que aumentará o número de jovens e idosos dependentes economicamente.

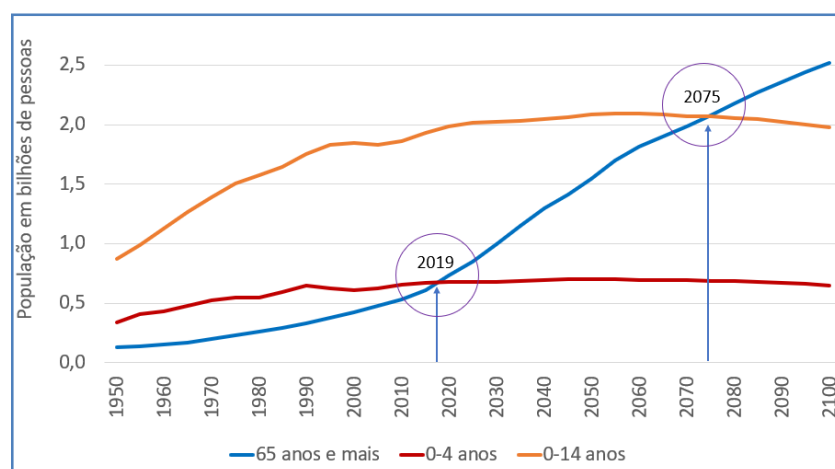
É importante destacar que essa diminuição da expectativa de vida de parte da população brasileira havia sido prevista por Grinberg; Grinberg (1999), quando em seus

estudos apontaram que no Brasil, existia uma esperança de vida ao nascer de 67 anos e oito meses, mas que esse índice poderia cair para 58 anos, sobretudo nas regiões mais pobres do país. Para Gandini, Barione e Souza (2012), a peculiaridade do processo de envelhecimento brasileiro está na rapidez no qual ocorreu a sua transição demográfica, pois o país, que antes era considerado jovem, passou rapidamente a ser considerado o país mais velho da América Latina, superando até mesmo países como Uruguai e Argentina que, historicamente, apresentaram um grande contingente de pessoas idosas.

Sobre esta questão, Kalache et al. (1987) consideram que, ainda que milhões de pessoas continuem vivendo em graus absolutos de pobreza por todo o mundo, as conquistas tecnológicas da medicina moderna, que ocorreram ao longo dos últimos cinquenta anos, conduzem a meios que tornam possível ações de prevenção ou de cura de muitas doenças fatais do passado que impediam a população de chegar à fase idosa, contribuindo para o segmento populacional idoso se ampliar em praticamente todos os países do mundo.

Neste século, marco do processo de envelhecimento populacional, pela primeira vez na história da humanidade, o número de idosos será superior ao número de crianças tendo mais “avós do que netos”. Quem faz esta mitigante afirmação é o Doutor em Demografia, José Eustáquio Diniz Alves, em uma publicação recente onde comenta sobre 2019 ser o marco temporal histórico. A mudança nas curvas acontece no ano corrente, mas vai se acentuar ao longo do século XXI, conforme mostra o gráfico divulgado e ilustrado na Figura 02, abaixo, com base nos dados demográficos da Divisão de População da ONU.

FIGURA 02 - POPULAÇÃO GLOBAL DE IDOSOS, CRIANÇAS E JOVENS: 1950-2100

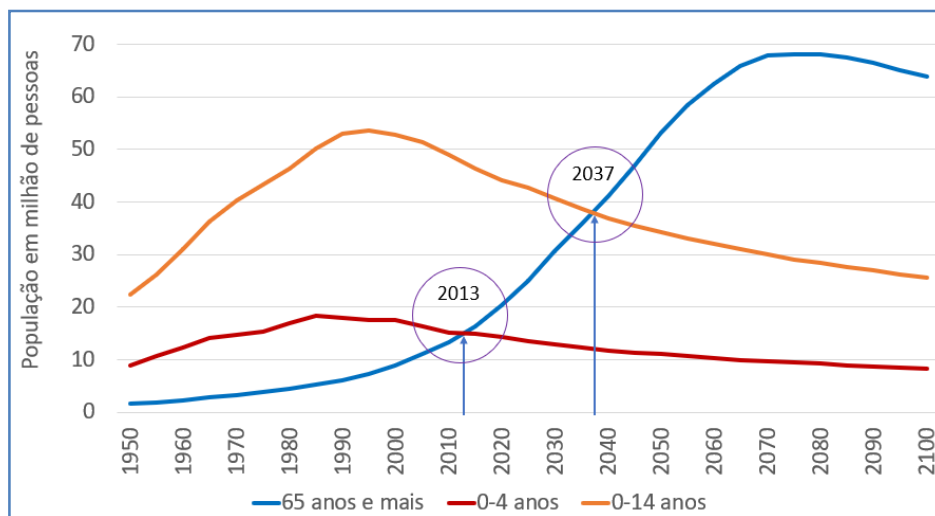


Fonte: UN/ESA. *World Population Prospects* (Revisado em 2017); (ALVES, 2019).

A pesquisa ainda traz outra informação para o ano de 2075, quando o número de idosos (de 65 anos de idade e mais) ultrapassar o número de crianças e jovens com idade entre 0 e 14 anos de idade, ou seja, representará um Índice de Envelhecimento (IE) superior a 100, indicando que o mundo será efetivamente um mundo “velho” a partir desta data, um fenômeno intergeracional inédito desde o surgimento do *Homo sapiens* (ALVES, 2019).

No caso do Brasil, o autor diz que o processo de envelhecimento populacional ainda é mais precoce e acelerado, como mostra a Figura 03, abaixo, também com base nos dados da Divisão de População da ONU. Segundo os seus achados, estes limites mencionados anteriormente já ocorreram em 2013, quando a população idosa com idade igual ou superior aos 65 anos foram maiores que a população com faixa etária entre 0 e 4 anos; e vai superar o número de crianças e jovens (0 a 14 anos) em 2037. Isso mostra que o Brasil será um país idoso à partir de 2037.

FIGURA 03 - POPULAÇÃO BRASILEIRA DE IDOSOS, CRIANÇAS E JOVENS: 1950-2100



Fonte: UN/ESA. *World Population Prospects* (Revisado em 2017); (ALVES, 2019).

O processo do envelhecimento populacional é uma realidade inegável que traz oportunidades e desafios. As transformações demográficas são significativas no mundo e, especialmente, no Brasil, afetando toda a sociedade. Apesar das gerações terem capacidades e necessidades diferentes, faz-se necessário refletir as políticas públicas dando ênfase no topo da pirâmide populacional etária, uma vez que, historicamente, o Brasil apresenta mais “avós do que netos”, na atualidade. E por falar em Pirâmide Populacional, com o intuito de visualizar e melhor compreender a questão do envelhecimento no Brasil em determinados

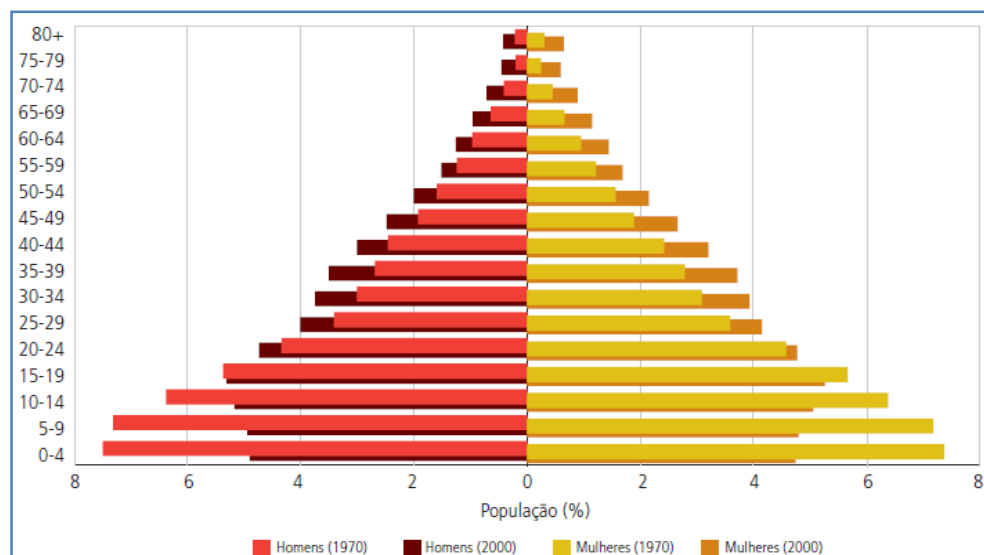
períodos, serão apresentados na seção a seguir os gráficos das pirâmides etárias, as suas projeções para o futuro, bem como as suas respectivas análises.

1.3 A tendência da inversão da Pirâmide Etária Populacional Brasileira

A população brasileira vem se modificando nas últimas décadas, especialmente após 1970, e essas mudanças vem trazendo uma nova configuração demográfica, onde o segmento populacional de idosos ganhará uma maior projeção. Na transformação das pirâmides etárias, perceber-se-á uma redução na taxa de natalidade e um crescimento da população idosa, mas com uma maior tendência de crescimento da população feminina para esse segmento (CAMARANO, 2014).

Na Figura 04 estão apresentadas as sobreposições das pirâmides etárias brasileiras, por idade e sexo, nos anos de 1970 e 2000. Em seguida, serão realizadas análises para uma melhor compreensão das mudanças ocorridas ao longo desse período.

FIGURA 04 - PIRÂMIDE ETÁRIA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA ENTRE 1970 e 2000



FONTE: Camarano (2014, p. 100).

Verifica-se, na Figura 04, que em 1970 prevalecia, no Brasil, o modelo piramidal clássico, onde havia um alto índice de natalidade e um decréscimo contínuo das demais faixas etárias. Carvalho (2003) diz que a partir de então, houve uma drástica redução da taxa de

natalidade no país, uma vez que, em 1970, a média de filhos para cada mulher, no Brasil, era de 5,8, passando a 2,3 no ano de 2000. Mas, nesse mesmo período, pode-se perceber, ainda que pequena, uma maior porcentagem da população idosa feminina. Na pirâmide etária de 2000, o modelo piramidal começa a se desfazer, principalmente com a diminuição da taxa de natalidade, e o que se pode observar é um maior crescimento da população idosa.

Camarano (2004) faz uma retrospectiva demográfica do Brasil, demonstrando que nas últimas seis décadas houve um grande aumento no segmento populacional idoso, pois essa população aumentou mais de nove vezes. Na década de 1940, existia 1,7 milhão de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil, passando para 14,5 milhões em 2000 e, em 2020, existe a projeção de que esse número alcance 30,9 milhões de idosos.

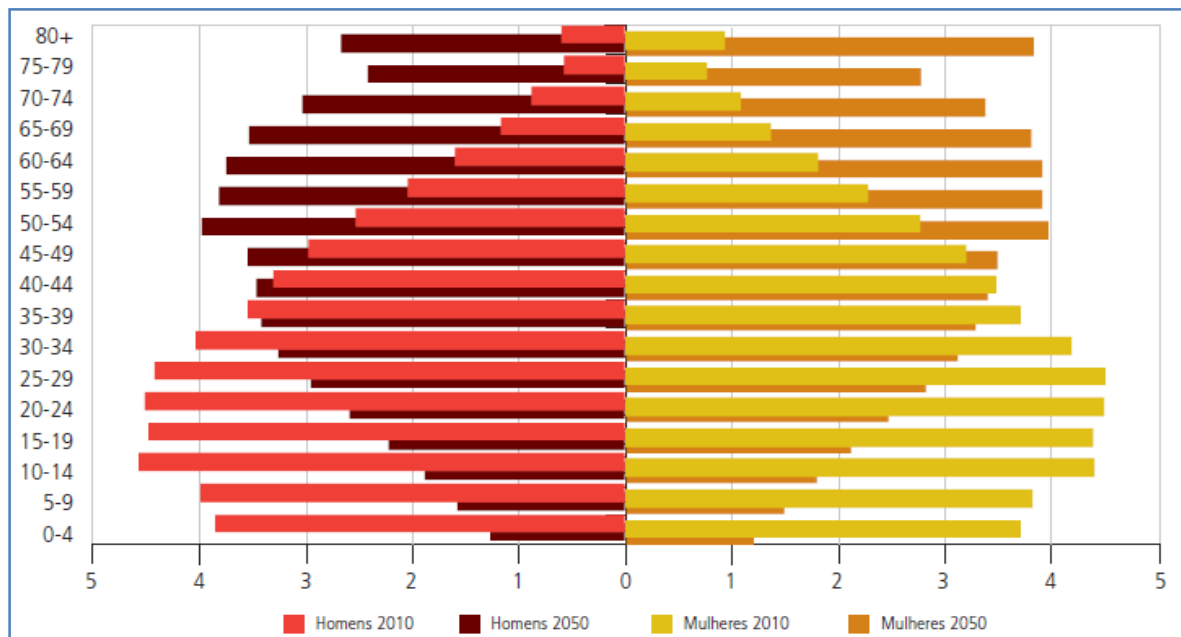
As informações da Figura 04, acima, demonstram que a transição demográfica brasileira representa ao mesmo tempo uma conquista e uma responsabilidade para os gestores públicos e para a sociedade. Neste cenário de envelhecimento da população torna-se premente a realização de investimentos que fortaleçam a autonomia e promovam a vida saudável dos idosos, assim como ser essencial garantir uma atenção adequada às necessidades da população idosa e, para isso, é fundamental direcionar o planejamento das políticas públicas e serviços voltados para este segmento (MINAYO, 2012).

Importante destacar que, embora o envelhecimento populacional seja algo positivo para um país porque mostra que as pessoas estão vivendo mais, o envelhecimento da população traz consigo uma série de desafios, sobretudo para os sistemas de saúde e de previdência social, porque espera-se que esta população que está vivendo mais também possa viver melhor. Por isso, os países têm buscado, cada vez mais, compreender o processo de envelhecimento populacional, procurando alternativas para manter seus cidadãos idosos socialmente e economicamente integrados e independentes. Nesta perspectiva, a presença crescente de pessoas idosas na sociedade impõe o desafio de inserir o tema do envelhecimento populacional na formulação das políticas públicas e de implementar ações de prevenção e cuidado direcionados às suas necessidades, subsidiando a organização de uma rede com capacidade para ofertar serviços e ações no âmbito da proteção social (KALACHE, 2008; BATISTA et al., 2008).

Desta forma, é preciso que o modelo de saúde de um país onde a população está envelhecendo ultrapasse as características biológicas e sob o olhar da determinação social, considere a atenção ao idoso numa perspectiva mais abrangente, incluindo todos os fatores envolvidos no perfil de saúde deste estrato populacional.

A Figura 05 demonstra a pirâmide etária de 2010, sobreposta à uma outra pirâmide, que faz a projeção da população brasileira para o ano de 2050. Verifica-se no ano de 2010, uma alteração significativa no modelo piramidal, onde a base, que representa a taxa de natalidade e a população infantil, está em um processo decrescente e, no topo da pirâmide, ocorre um aumento do número de idosos, salientando ainda mais o crescimento da população idosa feminina.

FIGURA 05 - PIRÂMIDE ETÁRIA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA ENTRE 2010 e 2050



FONTE: Camarano (2014, p. 187).

A mudança de configuração da pirâmide etária brasileira representada na Figura 05 é um “resultado da continuidade da redução da taxa de crescimento da população total, que poderá alcançar valores próximos à -0,4% ao ano no final do período da projeção” (CAMARANO, 2014, p. 186). A autora acredita que o volume populacional permanecerá em constante queda, ocorrendo de forma defasada, atingindo primeiro os grupos etários mais jovens da população e se estendendo aos demais segmentos etários em um momento posterior, podendo esperar um superenvelhecimento da população brasileira no médio prazo.

Outro aspecto relevante apresentado na Figura 05, na pirâmide de 2050, é o grande contingente da população idosa, na qual se observa uma inversão da pirâmide e uma tendência de que a população idosa supere a população de jovens. Em 2010, por exemplo, a população de jovens de 0 a 19 anos era de 63.612.973 pessoas, com uma projeção para 2050

de 27.826.435; enquanto que a população com 60 anos ou mais era de 20.590.599 em 2010, com projeção de 68.086.297 (CAMARANO, 2004). A autora afirma que além de estar ocorrendo o envelhecimento no Brasil porque as pessoas estão vivendo mais em função da melhoria da expectativa de vida, o próprio idoso também está envelhecendo, uma vez que houve um crescimento da população com 80 anos ou mais. Isso se deve a dois fatores: à alta fecundidade que houve no Brasil no passado e à redução da mortalidade da população idosa que também tem se observado no país. Verifica-se, ainda, que da população idosa, a maior parte é composta por pessoas do sexo feminino. No entanto, esta realidade referente a uma maior prevalência no envelhecimento feminino em relação ao masculino faz suscitar um questionamento: por que as mulheres conseguem viver mais que os homens?

1.4 Relações entre gênero e envelhecimento: o fenômeno da feminização

Uma tendência observada nas pesquisas sobre envelhecimento populacional foi o alto crescimento do quantitativo de idosos e, nesse grupo etário, percebeu-se um expressivo aumento da população feminina. Corroborando esta informação, Camarano; Pasinato (2002) mostram, em seus estudos, que o segmento populacional que mais cresce no mundo é o da população idosa e, dentro desse segmento, a população de mulheres é a que mais se destaca em termos quantitativos. De acordo com Veras et al. (1987), o crescente aumento da expectativa de vida da população mundial ao nascimento, apesar de ser extensivo a ambos os sexos, não ocorre de modo uniforme.

No Brasil, entre 1920 e 1982, a população experimentou um aumento de quase 30 anos de vida, no entanto, o aumento para a mulher foi mais significativo do que para o homem (RAMOS et al., 1987). Ao lado de diferenças biológicas - como, por exemplo, o fator de proteção conferido por hormônios femininos em relação à isquemia coronariana - há várias explicações para tais diferenças: *i*) Diferença de exposição às causas de risco de trabalho e, portanto, menor repercussão dos fatores de risco em relação ao homem; *ii*) Diferenças no consumo do tabaco e álcool; *iii*) Diferenças de atitude em relação às doenças e incapacidades, uma vez que as mulheres, em geral, são mais atentas ao aparecimento de sintomas; *iv*) Assistência médico-obstétrica periódica entre as mulheres, o que acaba sendo um fator de proteção; dentre outros fatores.

Em relação às diferenças de longevidade entre homens e mulheres no Brasil, é importante salientar que são observadas taxas maiores nos indivíduos do sexo masculino entre

as demais causas de morte por causas externas (acidentes em geral, acidentes de trânsito, homicídios, quedas, suicídios e outras) (DEBERT, 2004). No Brasil as causas de mortes compreendidas nesse grupo são quatro vezes superiores no homem do que na mulher.

Sobre esta questão, Debert (2004) considera que alguns fatores são essenciais para explicar o porquê da maior longevidade feminina em relação à masculina, sendo que um deles seria relativo à própria natureza da mulher, pois devido às grandes mudanças que o organismo feminino sofre no decorrer da vida (gravidez, lactância, menstruação), o seu corpo estaria mais adaptado para enfrentar as mudanças que ocorrem na velhice. Isso, somado aos maiores cuidados com a saúde, especialmente os cuidados médicos que são comuns às mulheres.

Dal Rio (2009), ao estudar esta diferença de longevidade entre homens e mulheres, argumenta que outros fatores poderiam diminuir o prolongamento da vida dos homens idosos, a saber: o maior número de anos trabalhados; a falta de participação nas atividades de lazer e de grupos de socialização; e a não adesão às atividades físicas, artísticas e culturais como ginástica, música, artesanato, etc. Para esse autor, o afastamento do idoso nessas atividades estaria ligado às questões culturais de cunho machista.

Debert (2004) dialoga com esse pensamento de Dal Rio (2009) quando afirma que, no Brasil, programas para a terceira idade desenvolvem atividades físicas, artísticas e culturais, e são frequentados, em sua maioria, pelo público feminino; pois a participação masculina nesses programas é baixa, girando em torno de 20%. Conforme a autora, a motivação feminina também seria um dos fatores responsáveis por colocar a mulher em uma situação mais privilegiada em termos de longevidade em relação ao homem. Para ratificar a maior participação feminina nestes programas, a autora cita uma pesquisa realizada na Universidade Aberta à Terceira Idade – Unati, em Goiás, nos anos de 1992 a 1995, onde o público era composto por 92% de mulheres e somente 8% de homens. Sobre as razões para a procura de uma universidade na terceira idade, as principais respostas foram: o enriquecimento intelectual, a ampliação do círculo de amizade e a fuga da solidão.

Diante do contexto de um maior envelhecimento na população feminina, faz-se um importante questionamento: quais seriam as implicações que a maior longevidade traria para a população feminina? Sobre esta questão, Debert (2004) afirma que, na maioria das sociedades, a mulher é valorizada pelo papel reprodutivo e pelo zelo para com os filhos. Mas, com o envelhecimento, essa valorização se torna minimizada devido ao crescimento e a independência dos filhos. Nesse contexto, é possível que a mulher idosa possa vir a sofrer

com o abandono, com a viuvez e, ainda, com determinados problemas de saúde que são típicos dos longevos, como a dependência para a realização de atividades cotidianas.

Esse pensamento é apoiado em Beauvoir (1990) justificando que, devido ao fato de estar vivendo mais do que o homem a mulher tem uma maior probabilidade de perder o cônjuge e a viuvez se tornará um fator de fragilização e solidão, devido à dificuldade de um novo relacionamento afetivo nessa idade. “De fato, a morte é um dos principais fatores de sensibilização e solidão na pessoa idosa” (BEAUVOIR, 1990, p. 47). Outro fator negativo, segundo Camarano (2002), é que as mulheres idosas, por viverem mais, estão mais suscetíveis às deficiências físicas e mentais do que os homens idosos.

Todavia, Debert (2004) reconhece que a situação da velhice no contexto atual é melhor do que a da época das suas mães e avós, pois algumas tradições antigas como vestir preto, não tingir o cabelo e ficar basicamente aprisionada no lar e nos afazeres domésticos pós viuvez não condizem mais com as liberdades e conquistas que as mulheres conseguiram na sociedade moderna. Dessa forma, pressupõe-se que a idosa de hoje estaria em melhores condições sociais do que as suas antepassadas. Por fim, a autora comenta que, embora não possa ser considerada uma regra universal, percebe-se que para os longevos, nas sociedades contemporâneas, as atividades antes destinadas de forma específica aos homens ou específica para as mulheres, isso se tornariam algo comum para os dois sexos na atualidade. Alguns exemplos seriam o de homens idosos cuidando dos netos enquanto os filhos trabalham, ou mesmo realizando atividades domésticas, como a lavagem de roupas; e de mulheres idosas atuando como motoristas, e sendo chefes de família.

No entanto, Lewis (1985) argumenta que vários dos fatores de risco que são predominantes no homem, e que reduzem seu período de vida, em breve poderão estar estendidos às mulheres devido à sua crescente luta pela defesa de igualdade de oportunidade e pela ampliação do seu espaço no mundo contemporâneo. Para esse autor, a incorporação de valores e hábitos que até pouco eram restritos aos homens já pode ser observada. Exemplo dessa mudança de padrão se verifica no consumo de cigarro que, nos Estados Unidos, atualmente o hábito de fumar entre adolescentes do sexo feminino é maior do que entre os do sexo masculino.

Por outro lado, Brody et al. (1983) destacam, também, que o aspecto econômico tem levado a uma crescente participação da mulher na força de trabalho, a fim de contribuir financeiramente com o orçamento doméstico. Este fato já não se restringe apenas à mulher jovem e solteira. Entre 1950 e 1980, nos Estados Unidos, a percentagem de mulheres entre 45

e 54 anos, com trabalho remunerado, aumentou de 38% para 60% (BRODY et al., 1983). Para esses autores, uma importante decorrência dessa maior participação da mulher na força de trabalho é a ausência, na família, de alguém que cuide do idoso em caso de doença e/ou incapacidade física. Essas funções, tradicionalmente ligadas à mulher (e não recompensadas financeiramente), estão exigindo novas soluções nas grandes cidades brasileiras.

Para Veras, Ramos e Kalache (1987), uma consequência e uma implicação importante dessa maior longevidade da mulher em relação ao homem é a maior frequência, entre as mulheres, dos longos períodos de doenças crônicas comuns à elevação da idade. A observação desses autores sugere a importância dos cuidados médicos para com a mulher idosa, sem, no entanto, esquecer os demais fatores sociais relacionados com a velhice na mulher, entre os quais despontam a redução de renda, a perda do companheiro e a solidão no final da vida. Diante do exposto torna-se importante explanar sobre os impactos do envelhecimento nas sociedades de um país que envelhece.

1.5 Implicações econômicas e sociais de um país mais velho

A nova formatação demográfica produzida pelo processo de envelhecimento vem gerando grandes desafios para as sociedades contemporâneas, tanto no que se refere aos aspectos econômicos quanto sociais. Em muitos países já são percebidas as implicações econômicas e sociais da redução na taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida na população. Mas, quais seriam os impactos dessa nova realidade para as sociedades?

No que se refere à questão econômica, em vários países, especialmente nos considerados desenvolvidos, tem sido observada uma redução da oferta da força de trabalho, pois em muitos casos, a taxa de fecundidade já está abaixo da taxa de reposição populacional, e esse é um dos fatores responsáveis pelo envelhecimento de uma população. Felix (2012) afirma que o resultado da redução da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida será o de uma população envelhecida e, conseqüentemente, haverá uma redução da população economicamente ativa. Gallagher (2018) concorda com essa afirmativa e reforça que, em nível mundial, a taxa de fecundidade está abaixo do nível de reposição em quase metade dos países, e isso ocasionará mudanças na sociedade, pois existe uma previsão de que no futuro haja mais avós do que netos nas famílias. Mas, quais seriam as possíveis soluções para amenizar os impactos dessa mudança demográfica?

Para amenizar os impactos da mudança demográfica na economia, são colocadas duas alternativas: a maior inserção da mulher e da população idosa no mercado de trabalho. Acontece, porém, que segundo Barbosa (2014), o aumento da população feminina no mercado de trabalho tem uma forte ligação com a diminuição da taxa de fecundidade. Por outro lado, essa maior participação da mulher no mercado de trabalho provocou mudanças importantes na família, pois com um melhor *status* e renda, elas passaram a ter mais voz e aumentaram o seu poder de decisões. E com um nível educacional mais elevado, passaram a optar primeiramente pela carreira, deixando o matrimônio e a decisão de se ter filhos em segundo plano.

Em relação à questão da inserção do idoso no mercado de trabalho, Camarano; Kanso; Fernandes (2014) argumenta que a tarefa não é tão simples, principalmente após a aposentadoria. Pois, para o retorno desse trabalhador, alguns fatores seriam fundamentais como: o desejo ou não de retornar; o valor da aposentadoria recebida; os investimentos feitos ao longo da vida (poupança, imóveis, previdência privada); a condição de saúde e se o trabalho que ocupava ou o novo trabalho exige ou não o uso da força física, pois, esse fator pode se tornar dificultador ou impedor do retorno às atividades laborais.

Outra alternativa seria promover mudanças no sistema previdenciário nos países, implementando reformas previdenciárias com vistas a manter o trabalhador por mais anos no mercado de trabalho e, para isso, muitos governos estudam aumentar a idade mínima da aposentadoria, tendo como justificativa o aumento da longevidade da sua população. Sobre essa questão, Laporta (2015) ressalta que deverá haver um aumento da idade mínima para se aposentar na maioria dos países, seguindo o exemplo dos países europeus, nos quais os cálculos são feitos de acordo com a esperança de vida da população.

No Brasil, a ‘Nova Previdência’ entrou em vigor em 13/11/2019, por meio da Emenda Constitucional nº 103. Segundo Ingrácio (2019), algumas das mudanças foram: na aposentadoria por tempo de contribuição, homens deveriam contribuir por 35 anos e mulheres por 30 anos, sem a necessidade de idade mínima. Com a reforma previdenciária, a aposentadoria por tempo de contribuição deixará de existir, e valerá a regra 86/96², ou seja, será a somatória do tempo de contribuição e a idade da pessoa. Quanto à idade mínima, ela se manterá para os homens (65 anos), que deverão ter pelo menos 20 anos de contribuição; e se elevará para as mulheres (62 anos), que deverão completar 15 anos de tempo de contribuição. Mas com um tempo de contribuição menor, o salário chegará a 60% do ganho, acrescentando 2% para cada ano trabalhado a mais, até que se chegue a 100% do salário daquele(a)

²86 para mulheres e 96 para homens.

trabalhador(a). Essas são algumas mudanças da reforma da previdência que, segundo a autora, irá diminuir o valor das aposentadorias, aumentará os anos de trabalho e reduzirá benefícios.

Além da questão previdenciária, Camarano; Kanso; Fernandes (2014) explica que a proporção de pessoas com 65 anos ou mais no mercado de trabalho mundial é baixa. Um estudo nos Estados Unidos com essa população que goza de saúde e boa escolarização mostrou que esse grupo etário trabalhava menos horas e ganhavam salários mais baixos que os trabalhadores mais jovens. No Brasil, a escolaridade da População Economicamente Ativa (PEA) idosa é baixa e, dentre esses idosos, aqueles que possuem maior escolaridade têm maiores possibilidades de permanecerem no trabalho.

No que tange à escolaridade, os autores argumentam que, no Brasil, o idoso com escolaridade elevada terá melhores condições de trabalho, pois atuará em atividades que exigem mais capacidade intelectual e menos esforço físico, como as áreas da saúde, educação e a administrativa. Entretanto, para os idosos com baixa escolaridade, os trabalhos serão mais pesados, como os dos operários nas construções, os operadores de máquinas ou os da indústria têxtil.

Outro impacto que ocorrerá com um país envelhecido será a diminuição da população, que está diretamente ligada à queda da fecundidade. Sobre este tema, Gallagher (2018) argumenta que, com a redução populacional, muitos países utilizarão de estratégias para compensarem as suas perdas. Dessa forma, poderá haver uma maior facilidade para a entrada de imigrantes no país, assim como foi feito no Japão. Também poderão ser criadas políticas que incentivem mulheres a terem mais filhos. A China, país que é também conhecido pela sua superpopulação, atualmente passa pela queda na taxa da fecundidade onde, inclusive, abandonou a sua política do filho único.

Paradoxalmente, alguns dos motivos que justificam a queda da fecundidade, principalmente nos países desenvolvidos seriam, segundo Gallagher (2018), o fato das mulheres estarem tendo maior acesso à educação e, conseqüentemente, conseguindo maior participação e destaque no mercado de trabalho. O outro fator estaria ligado aos avanços científicos, especialmente com a criação dos métodos contraceptivos, e a facilidade de acesso da população a tais métodos.

E porque mesmo havendo uma diminuição na taxa de natalidade, a população mundial continua a crescer? Será que a ampliação da população idosa seria responsável por esse crescimento? Alves (2017) afirma que o problema não é a população idosa, pois, segundo projeções da Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 2011, a população

mundial chegou a sete bilhões de habitantes, devendo alcançar 10 bilhões, em 2055. Tal crescimento se dará devido às altas taxas de natalidade que ainda prevalecem nos países pobres da Ásia e da África; assim, mesmo com a baixa taxa de fecundidade nos países desenvolvidos, a população mundial continuará a crescer.

Ampliando esta discussão, Alves (2017) fomenta que o mundo passa por um fosso demográfico que é caracterizado pela desigualdade de crescimento entre países ricos e pobres. Em tese, seria como se metade da população mundial partisse para o decréscimo populacional e envelhecimento etário; enquanto a outra metade estaria com uma elevada população de jovens e com altas taxas de crescimento vegetativo ou natural. Como o crescimento vegetativo é medido pela taxa de natalidade (nascidos vivos) e de mortalidade (falecimentos) em relação ao número total de habitantes; a redução da mortalidade infantil, acompanhada das melhorias na qualidade de vida e dos avanços tecnológicos na saúde geraria o crescimento populacional dos países mais pobres.

Entretanto, Gallagher (2018), fazendo uma análise sobre o processo de envelhecimento no mundo chama atenção para o fato de que a generalização de algumas pesquisas pode mascarar a realidade existente nos países. Segundo esse autor, um estudo realizado em 195 países mostrou que, em 1950, mulheres tinham em média, 4,7 filhos no decorrer da sua vida. Em 2017, essa taxa diminuiu para 2,4 filhos. Porém, existe uma grande variação entre os países, pois no Níger, um país da África ocidental, a taxa atual é de 7,1 filhos por mulher. Na ilha de Chipre, a taxa é de 10 filhos e no Brasil, 1,8 filhos por mulher ao longo da vida. Observa-se, nesses exemplos, que o crescimento populacional ocorre de forma desordenada no mundo, e deve ser analisado de forma mais complexa considerando as peculiaridades de cada país.

Nesse contexto, poderia se questionar qual seria a taxa de reposição populacional que melhor se adequaria aos países. Para o autor, a taxa de fecundidade média para os países seria 2,1 filhos. Quando a taxa for abaixo desse índice, o país estará abaixo da taxa de reposição populacional. Segundo o diretor do Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde (IHME) dos Estados Unidos, Christopher Murray, o mundo está em um período crítico, pois metade dos países estão com taxas de fecundidade abaixo do nível de reposição, correndo o risco da sua população entrar em declínio.

Souza (2013) explica que a taxa de reposição populacional (2,1) seria o número de filhos que a mulher deveria possuir para que a população de um país se mantenha. A fração 0,1 compensaria o número de indivíduos que morrem antes de chegar à idade reprodutiva.

Para o ano de 2034, a projeção para o Brasil é que a taxa de fecundidade deverá atingir 1,5 filho por mulher. Valores semelhantes a essa taxa já foram atingidos por países desenvolvidos.

Gallagher (2018) afirma que, nesse contexto, os países mais afetados seriam os com baixa taxa de fecundidade, como os países europeus, os Estados Unidos, a Coreia do Sul e a Austrália. Mas, para se ter a certeza do declínio de uma população levará mais algum tempo, pois o tamanho de uma população deve ser verificado pela taxa de fecundidade, taxa de mortalidade e migração. Dessa forma, seria necessária uma maior preparação para as novas mudanças demográficas, de forma que a diminuição da natalidade e o prolongamento da vida não se tornem um problema para os países no futuro.

Uma nova questão seria em relação aos recursos financeiros e naturais, pois segundo o diretor do Instituto de Envelhecimento Populacional de Oxford, George Leson, a demografia influi diretamente na vida das pessoas, pois as ruas, as casas, o trânsito, o consumo, os locais de trabalho dentre outros, serão reformulados de acordo com as mudanças etárias da sociedade (GALLAGHER, 2018).

Na teoria malthusiana³ havia uma preocupação com o crescimento populacional e o desenvolvimento econômico, pois Malthus (1996) argumentava que o crescimento desenfreado da população levaria naturalmente a problemas na distribuição de riquezas. Assim, ele acreditava que devido ao fato da população crescer sempre mais do que a riqueza deveria haver um controle populacional, pois caso contrário, corria-se o risco de faltar alimentos e recursos básicos para as populações, o que levaria à pobreza, à desigualdade exacerbada e ao consequente aumento da mortalidade, o que, por sua vez, geraria crise econômica. Essa discussão de Malthus, por vezes pouco compreendida em sua época, intensificou-se nos anos de 1950, período em que muitos países cresciam em média 3% ao ano, correndo o risco de dobrarem o seu contingente em 23 anos, acirrando as desigualdades e as crises econômicas na maioria dos países do mundo (CAMARANO, 2014).

Para Debert (2004), o crescimento numérico da população idosa se tornou uma preocupação para as sociedades contemporâneas, pois a questão do envelhecimento está diretamente ligada a temas de suma importância na vida do idoso, como aposentadoria, família, Estado, impostos, saúde e outros. De acordo com a autora, a longevidade do ser humano seria um fator que ameaça a reprodução da vida social brasileira, pois os altos custos

³Segundo a teoria malthusiana, a pobreza seria inevitável caso não houvesse um controle populacional, pois a população cresceria de forma geométrica, enquanto a produção de alimentos cresceria de forma aritmética (MALTHUS, 1996).

com os tratamentos médicos e com o pagamento das aposentadorias poderá criar uma grande crise no país. Em uma visão pessimista das alterações demográficas que ocorrem no mundo todo, Schirmacher (2005) afirma que:

Já que cada geração vem trazendo ao mundo menos filhos que a seguinte, os jovens vindo por aí vão chegar à conclusão matematicamente inevitável de que os idosos improdutivos estão consumindo tudo, sem deixar para seus próprios rebentos nem mesmo as calorias necessárias para se multiplicarem (2005, p. 91).

Percebe-se, além da visão pessimista, que o autor também tem uma visão discriminatória quando colocam a ‘culpa’ de uma possível crise de inanição na conta dos idosos “improdutivos”, chegando a comentar sobre uma crise da própria sociedade. Dessa forma, surge uma pergunta crucial: o mundo está preparado para receber esse “novo” contingente populacional? Verifica-se que muitas sociedades buscaram a longevidade, todavia não se prepararam para a sua chegada, tampouco para as suas consequências.

Nesta perspectiva, emerge, em todas as nações, a necessidade e a urgência de se discutir, de forma mais cuidadosa, a importância das políticas públicas neste novo contexto do envelhecimento populacional, tema que será o foco do próximo capítulo.

CAPÍTULO II - AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO

O envelhecimento populacional enquanto um fenômeno mundial e enquanto um acontecimento que traz implicações importantes para as pessoas no nível individual e para a sociedade como um todo, exige uma rediscussão sobre políticas públicas e, sobretudo, sobre as políticas públicas voltadas para o segmento populacional que mais cresce e mais exige uma nova forma de compreendê-lo e de tratá-lo.

O envelhecimento populacional se tornou uma conquista para a humanidade, uma vez que possibilitou ao homem o prolongamento da sua existência. Todavia, essa conquista tem se transformado em uma preocupação para as sociedades, visto que muitos países não se prepararam para essa nova realidade. A este respeito, Kalache (2008) argumenta que os países que se encontram em ‘processo de desenvolvimento’, como os países latino-americanos, incluindo o Brasil, estão envelhecendo rápido, mas continuam com sérios problemas econômicos e sociais.

O crescimento da população idosa gera uma série de alterações na sociedade, relacionadas ao setor econômico, ao mercado de trabalho, aos sistemas e serviços de saúde, às relações familiares e à demanda de políticas públicas voltadas para este segmento populacional. No Brasil, o aumento da esperança de vida ao nascer e o consequente crescimento da população idosa no país, já discutidos anteriormente, representam desafios importantes para o país. Nessa perspectiva, o envelhecimento populacional exige a definição e implementação, urgente, de políticas sociais, proteção e políticas públicas adequadas às necessidades da população idosa que, além de ser crescente, é detentora de direitos.

O objetivo deste capítulo é discutir algumas das políticas públicas voltadas para o idoso no Brasil. Para tanto, inicialmente será realizada uma breve explanação e algumas considerações mais gerais sobre proteção social, políticas sociais e políticas públicas e, posteriormente, será realizada uma contextualização sobre algumas das principais políticas públicas voltadas para o envelhecimento no Brasil, destacando a Constituição Federal de 1988 que amplia direitos do cidadão, ampliando também o direito do idoso, o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem na sua proposta uma atenção especial ao idoso, a Política Nacional do Idoso (PNI) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) no contexto do SUS, além de apresentar o estatuto do Idoso que é marco importante da implementação de proteção social e políticas sociais para o idoso no Brasil.

2.1 Proteção social, política social e política pública

Distinguindo política social de políticas públicas, é importante destacar que as políticas sociais são o “(...) conjunto das políticas públicas voltadas para o campo da proteção social” (GIOVANNI, 2008, p. 09). Essas políticas são abrangentes e envolvem várias categorias especiais, como órfãos, idosos e pessoas vulneráveis ou necessitadas de algum tipo de proteção. Elas são definidas por ter objetivos voltados às áreas sociais, têm caráter evolutivo e histórico, estando presente em todas as sociedades humanas. É um sistema de proteção social que ampara membros fragilizados de uma sociedade.

Demo (1994) conceitua a política social realizada pelo Estado como uma proposta planejada para enfrentar as desigualdades sociais. Mas, esse autor tem uma visão mais crítica quando diz que essa política teria o propósito de combater a iniquidade social e amenizar a diferença de uma minoria de ‘privilegiados’, que são detentores do poder e, dos ‘marginalizados’, que são a maioria e estão a mercê desse poder. Numa mesma linha de raciocínio, Yazbek (2015) concorda com esse pensamento ao dizer que o modelo de políticas sociais no Brasil vem de um contexto histórico, marcados pelo contraste entre riqueza e miséria, típicos do sistema capitalista.

Demo (1994) afirma que uma política social autêntica deve enfrentar a desigualdade de fato, caso contrário, não será ‘social’. Dessa forma, a política social precisa ser preventiva e atingir as raízes do problema. A política preventiva pode parecer mais onerosa do que uma política curativa, mas, ela se torna vantajosa por evitar a proliferação de problemas futuros.

Granemann (2007) coloca como de fundamental importância o Estado garantir benefícios mínimos para o combate da indigência na velhice, como é o caso do Benefício de Prestação Continuada (BPC), que é destinado àqueles que não se aposentaram devido a não comprovação do tempo de contribuição formal. Tal benefício garante um salário mínimo mensal ao idoso com 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, que esteja impossibilitada de exercer suas atividades de forma plena e efetiva.

Trazendo a discussão de políticas sociais para o Brasil, Yazbek (2015) considera que as políticas sociais no país, nas últimas décadas, têm sido pouco efetivas e ainda são subordinadas aos interesses econômicos. Neste sentido, a autora faz uma dura crítica ao modelo regulador de intervenção estatal que o Brasil vem adotando nas políticas sociais, dizendo que “são políticas casuísticas, inoperantes, fragmentadas, superpostas, sem regras

estáveis ou reconhecimento de direitos” (YAZBEK, 2015, p. 47). E destaca, ainda, que tais políticas, da forma como tem sido implementadas, serviriam apenas para a acomodação de interesses de classe, e seriam compatíveis com a inoperância dos aparelhos estatais.

De forma simplista, Bucci (2006) define a política pública como um programa de ação governamental, que visa atingir objetivos específicos. No entanto, após esta simplificação, faz uma definição mais abrangente de política pública, definindo-a como:

(...) um programa ou quadro de *ação* governamental, porque consiste num conjunto de medidas articuladas e coordenadas, cujo escopo é dar impulso, isto é, movimentar a máquina do governo, no sentido de realizar algum objetivo de ordem pública ou, na ótica dos juristas, concretizar um direito (BUCCI, 2006, p. 14).

Dias e Matos (2012) também apresentam inicialmente uma definição mais ‘compacta’ de políticas públicas, argumentando que elas são ações realizadas ou não pelos governos, que devem oferecer condições de igualdade e convívio social, objetivando a melhoria da qualidade de vida da população. Posteriormente, elaboram uma definição mais completa informando:

Uma política pública implica o estabelecimento de uma ou mais estratégias orientadas à solução de problemas públicos e/ou à obtenção de maiores níveis de bem-estar social. Resultam de processo de decisão surgido no seio do governo com participação da sociedade civil, onde são estabelecidos os meios, agentes e fins das ações a serem realizadas para que se atinjam os objetivos estabelecidos (DIAS; MATOS, 2012, p. 15).

Verifica-se, nos conceitos de Bucci (2006) e de Dias; Matos (2012), que as políticas públicas devem ser realizadas principalmente pelos governos, mas podem, também, ser realizadas por outras organizações, necessitando para isso ser dotada de objetivos específicos, buscando soluções para problemas, devendo ser voltada para a concretização de direitos, para a promoção de igualdade e de uma boa convivência social, porém, não deixando de fora a participação popular na sua elaboração.

Quanto à forma, as políticas públicas podem vir de diversos formatos: como política social (saúde, educação, habitação, previdência social); política administrativa (democracia, descentralização, participação social; política macroeconômica, fiscal, monetária, cambial, industrial); política específica ou setorial (meio ambiente, cultura, agrária, direitos humanos, dentre outros) (DIAS; MATOS, 2012). Assim, mesmo que existam

diferentes formas e tipos, os autores expõem que não há um modelo de política pública considerada correta ou universal, pois elas são criadas em função de problemas específicos de uma sociedade, de uma região ou de um país, podendo, inclusive, ser bem sucedidas em determinado local em um período da história, e dar errado em outro local. Ou dar errado em um mesmo local em outro tempo.

Para que aconteça a formulação e implementação das políticas públicas, Capella (2018) afirma que são necessários dois elementos definidores. O primeiro seria uma agenda, que serviria para direcionar as questões ou problemas específicos e, a segunda, seria a definição de alternativas/estratégias para traçar um plano de ação compatível com as necessidades apresentadas. Além dos dois elementos - agenda e definição de alternativas/estratégias -, as políticas públicas necessitam de uma complexa combinação, envolvendo instituições, atores, elementos técnicos e políticos.

Além disso, segundo Dias; Matos (2012) para uma política de governo se tornar uma política pública necessitar-se-á de:

(...) programas concretos, critérios, linhas de ação e normas; planos; previsões orçamentárias, humanas e materiais; também podem ser incluídas as disposições constitucionais, as leis e os regulamentos, os decretos e resoluções administrativas, entre outras (DIAS; MATOS, 2012, p. 16).

Capella (2018) afirma, ainda, que uma das estratégias principais utilizadas pelo grupo de formuladores de políticas públicas é mobilizar um grande contingente de indivíduos para que se dê notoriedade às propostas, sendo que essas pessoas podem ser, em muitos casos, externos ao governo. Sobre a mobilização de pessoas, Perez (2006) acredita que a participação popular para a formulação de políticas públicas aumentaria a eficiência e a atuação da Administração Pública. Para essa participação, existem vários órgãos, como comissões, comitês e conselhos, além das audiências públicas.

Contudo, Perez (2006) aponta para um risco em relação às políticas públicas, enfatizando que se deve ter um cuidado com a participação da sociedade e a Administração, para que não haja distorções nas mesmas e para que seus objetivos não sejam transformados em interesses pessoais, empresariais ou favoreçam autoridades. Assim, deve-se atentar para que não ocorra deficiência na análise dos objetivos, prejuízos na parte técnica e no planejamento das políticas públicas, evitando dentre outros, o desperdício de recursos públicos.

Percebe-se nesse contexto que a participação popular organizada é importante para a elaboração das políticas públicas, mas ela não pode ser manipulada ou inocente, a ponto de que seus objetivos, que devem beneficiar à coletividade, se tornem restritivos a determinados grupos, ou que não satisfaçam os parâmetros técnicos necessários e nem sejam elaboradas de uma maneira simplificada, não satisfazendo à real finalidade para que ela foi criada.

Por fim, Dias; Matos (2012) colocam as políticas públicas em um patamar mais elevado, argumentando que os grandes problemas mundiais passam pela questão política e afetam todos os aspectos da humanidade. Como exemplos, os autores citam:

(...) o terrorismo, o aquecimento global, a diminuição da diversidade, a inserção social de imigrantes, a melhoria da qualidade de vida dos idosos, o aumento da inclusão social, entre tantos outros problemas, antes de serem ambientais, sociais ou culturais são essencialmente políticos, pois dependem de decisões tomadas no âmbito dos Estados, ou em fóruns internacionais em que estes continuam a ter total relevância e influência (DIAS; MATOS, 2012, p. 4).

Diante do exposto, ressalta-se que é de fundamental importância a elaboração e execução de políticas públicas, sobretudo neste cenário de envelhecimento populacional em escala mundial, uma vez que as políticas públicas tem implicações, sob vários aspectos, na vida dos cidadãos, podendo mudar o destino de grande parte da população, ou até mesmo da humanidade. Na próxima sessão tratar-se-á das políticas públicas voltadas para o envelhecimento no Brasil.

2.2 A história das políticas públicas voltadas para o idoso no Brasil

Um ‘novo’ contingente populacional, impulsionado pelo fenômeno do envelhecimento, faz emergir novas e diferentes demandas por parte da população idosa, sendo que muitas dessas demandas estão inseridas no setor saúde, visto que o envelhecimento geralmente traz consigo fragilização, vulnerabilidade, maior prevalência e incidência de doenças e, ainda, a intensificação de ocorrência de comorbidades comuns a este segmento populacional. Neste cenário, é importante contextualizar o histórico das políticas públicas brasileiras que antecederam o Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2.1 História das políticas públicas de saúde antecedentes ao SUS

Muitas conquistas atuais nas políticas públicas e sociais no mundo e no Brasil foram frutos de reivindicações dos movimentos grevistas e operários ocorridos inicialmente nos primeiros países industrializados, devido à grande exploração imposta pelos patrões e pelo sistema capitalista no período da Revolução Industrial. A partir dessas reivindicações, trabalhadores adquiriram benefícios e direitos, e começaram a serem ouvidos pelo empresariado (GIANNOTTI, 2007).

A saúde pública do Brasil também passou por diversas reivindicações, até a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS. Anteriormente, o modelo de atenção à saúde no Brasil era fragmentado e excludente, sendo que as populações mais abastadas e àqueles que tinham emprego formal com carteira assinada recorriam aos serviços públicos e privados de saúde e à população indigente e excluída do mercado formal de trabalho restavam os serviços de filantropia e de caridade desenvolvidos pelas santas casas de misericórdia, geralmente ligados à igreja. Durante muito tempo o Estado se limitou à prestar serviços de saúde voltados a campanhas de controle e erradicação de doenças que dizimavam a população e comprometiam o desempenho econômico do país.

Com o processo de colonização, o encontro de três etnias no Brasil - negro, branco e índio - significou também uma mistura de doenças presentes nos três continentes, americano, europeu e africano. Desse modo, foi necessário o conhecimento que cada uma dessas culturas trazia do seu continente para que fossem realizados tratamentos a fim de que fosse possível a amenização ou a cura definitiva de moléstias que se instalavam no país.

No período colonial, havia ausência de um modelo de atenção à saúde no Brasil, limitando-se a conhecimentos empíricos, como o do curandeirismo e o das parteiras. A vinda de escravos africanos e do europeu trouxeram várias doenças ao país, juntando-se com as que já existiam (varíola, peste bubônica, febre amarela, cólera), o que dizimou muitas pessoas, especialmente a população indígena. Nesse período, devido às guerras e doenças, surge no Brasil a figura dos cirurgiões e dos barbeiros, que realizavam pequenas sangrias. Posteriormente, são criadas as primeiras Santas Casas de Misericórdia, nos moldes das existentes em Portugal e, no século XVII, as primeiras escolas de medicina, principalmente devido à vinda da família real para o Brasil (BERTOLLI FILHO, 2008).

Bertolli Filho (2008) destaca que, no século XIX, houve um avanço na área da saúde com a criação dos institutos de pesquisa Butantã, Adolfo Lutz e Oswaldo Cruz, juntamente com a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. O Pesquisador Carlos Chagas

descobre como se dá a contaminação da doença de chagas e Oswaldo Cruz promove ações de higienização no Rio de Janeiro, com fiscalização de casas e cortiços, associado ao extermínio de ratos e mosquitos, e vacinação da população, que foi realizada inicialmente de forma obrigatória, devido a não aceitação da população, que ficou conhecida como Revolta da Vacina. Com essas medidas, houve diminuição de mortes por doenças endêmicas.

Em relação às políticas de amparo aos trabalhadores, Beauvoir (1990) descreve uma situação incoerente que ocorreu no mundo até quase o final do século XIX, onde a pessoa idosa que não mais servisse para o trabalho era desligada do mesmo, sem direito a nenhum tipo de amparo, e passava a contar com a própria sorte. No final desse século, alguns países iniciam ações para o amparo dessa população, como o caso da Bélgica e da Holanda que iniciam a concessão de pensões para os setores públicos e da França, concedendo pensões a militares e funcionários públicos e, posteriormente, estendendo-se a profissões consideradas perigosas, como ferroviários, mineiros e operários marítimos.

Camarano; Pasinato (2004) colocam o Brasil como um dos países pioneiros na América Latina a implementar políticas para os trabalhadores, remontando ao período imperial, no qual regulamentou-se primeiramente a aposentadoria dos trabalhadores dos Correios pelo Decreto 9.912-A, de 1888. Para conseguir esse benefício, os funcionários deveriam ter 30 anos de trabalho e, pelo menos, 60 anos de idade. Todavia, Bravo (2009) comenta que no país no século XVIII, a assistência médica ainda era realizada na base da filantropia e da prática liberal.

Porém, foi no início do século XX que o Brasil investe com maior força em iniciativas voltadas para a saúde e higiene do trabalhador. Em 1923, é criado no país o que seria o embrião do sistema previdenciário, o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), conhecida também como Lei Eloy Chaves. O funcionamento das CAPs era feito mediante contribuição mensal do salário dos funcionários de determinadas empresas, podendo usufruir do mesmo na sua aposentadoria, inclusive com tratamentos de saúde. “Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral” (MOTA, 2009). As CAPs iniciaram-se primeiro com os trabalhadores ferroviários, os marítimos e os estivadores⁴.

⁴Estivador é a pessoa que trabalha nos portos, sendo responsável pelo recebimento de cargas navais e pelo seu devido acondicionamento. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?id=G0aR>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

Após 1930, as empresas brasileiras passaram a adotar um sistema semelhante ao das CAPs, mas o funcionamento ocorria de forma fragmentada, uma vez que cada empresa possuía normas próprias, e atendia parcialmente aos anseios da classe trabalhadora. Posteriormente, os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) substituíram o sistema fragmentado das CAPs. Os IAPs abarcavam trabalhadores de determinado ofício ou setor de atividade, mas a questão da saúde era secundária e variava de órgão para órgão, como é o caso dos IAPs dos industriários e dos trabalhadores de transportes e cargas onde, para se ter acesso a atendimento médico, poderia haver cobrança de taxas. A heterogeneidade dos IAPs gerou reivindicações em prol de um sistema de previdência unificado e mais justo (FINKELMAN, 2002).

Um acontecimento importante que ocorreu no Brasil no século XX foi a criação do Ministério da Saúde em 1953, a partir do qual acontece uma reorganização dos serviços de saúde e do controle das endemias rurais e a partir de então a política pública de saúde passa a atuar na prevenção de doenças transmissíveis, atuando mais tarde junto com a política de saúde previdenciária, porém esta era restrita aos contribuintes, ou seja, aqueles que tinham carteira assinada e aos seus dependentes (OLIVEIRA, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), os marcos institucionais da intervenção mais efetiva do governo na área da saúde no início/meados do século XX foram: i) criação do Ministério da Saúde, em 1953; ii) reorganização dos serviços nacionais de saúde pública no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1956; iii) implementação da campanha nacional contra a lepra e das campanhas de controle e erradicação de doenças, como a malária, de 1958 a 1964; iv) realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963.

Em 1960, surge a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), lei nº 3807, regulamentada pelo Decreto nº 48.959, que unificou as regras, mas a organização da política pública de saúde no Brasil ainda se mantinha segmentada, embora tenha servido de base para uma futura unificação da previdência social. Em 1966, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual englobou todos os demais Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e, em 1974, criou-se o Ministério da Previdência Social, que passou a tomar conta da questão previdenciária dos trabalhadores, ou seja, da aposentadoria mediante contribuição mensal, protegendo-o também de riscos como doença, invalidez, e ofertando benefícios, como auxílio-doença e pensão por morte (HADDAD, 2001).

Haddad (2001) faz referência a um movimento importante que surge no Brasil neste período, pós-criação do INPS, e que segundo ele deve ser destacado, que foi o movimento da luta dos idosos brasileiros por uma aposentadoria digna. Neste mesmo período, visando diminuir gastos e elevar as receitas, o Governo brasileiro, por meio do Decreto 77.077 de 1976, reduziu o valor das aposentadorias para um valor abaixo do salário mínimo. Essa depreciação salarial foi de 147%, fazendo com que os idosos passassem a ter dificuldade em manter as suas necessidades básicas.

Debert (2004) mostra em seus estudos que, em resposta, os idosos moveram ações na justiça, promoveram passeatas e manifestações, com caravanas de aposentados ao Congresso Nacional e mobilizaram a opinião pública para que o Governo atendesse as suas reivindicações. Com toda a pressão popular e dos diversos setores da sociedade, o Governo foi derrotado, e os idosos conseguiram conquistas financeiras e a atenção da população em prol da sua causa. Porém, após essas conquistas, houve um esvaziamento do movimento e o mesmo perdeu forças para a conquista de novos direitos, sendo que novas conquistas só seriam conseguidas por meio da Constituição de 1988.

Sobre a saúde no período ditatorial, Bravo (2009) faz uma crítica dizendo que o Governo, por meio da Previdência Social, a utilizava na intervenção estatal junto sociedade, pois retirava os trabalhadores da gestão da previdência e os colocava como meros financiadores. Além disso, a saúde privilegiava o setor privado, enquanto a saúde pública entrava em declínio. Gallo e Nascimento (1989) afirmam que o modelo de saúde nacional, implantado após 1964 no Brasil, não teve a participação de profissionais da saúde e nem da sociedade, e seguia um caráter privatizante. Neste período, houve um crescimento da saúde pública, mas ao mesmo tempo o setor privado (clínicas, hospitais, seguro-saúde, indústrias farmacêuticas) teve também um grande crescimento e lucros enormes. O setor público trabalhava em uma lógica privada, buscando o lucro, mas não tinha uma prestação de serviços razoável e acabou fracassando.

Bravo (2009) argumenta que na década de 1980, o país supera o período ditatorial e vivencia um processo de democratização. Com isso, novos sujeitos entram em cena, passando a sociedade civil a contribuir para os debates sobre a saúde. Desses novos sujeitos, destacam-se profissionais da saúde, que defendem o fortalecimento do setor público; o movimento da Reforma Sanitária, com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) que passam a difundir e ampliar o debate sobre saúde e democracia; os partidos de oposição, debatendo novas políticas para o setor, e os movimentos sociais urbanos, realizando eventos

junto a entidades da sociedade civil. Sobre estes movimentos que marcaram o início de mudanças importantes no setor saúde brasileiro, Bravo (2009) destaca:

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso aos serviços de saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2009, p. 96).

No final dos anos de 1980, com a gradual reorganização dos movimentos sociais, tornaram-se mais frequentes as denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica no país e a partir de então expandiram-se as reivindicações de solução imediata para os problemas criados pelo modelo de saúde em vigor, nascendo a luta por uma mudança profunda no modelo de saúde que então vigorava no país (CARVALHO, 2013; CONASS, 2015).

Neste processo de mudanças, vale ressaltar o papel das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) que foram instituídas em 1937, mas que se modificaram no decorrer dos tempos à medida que iam se fortalecendo os anseios por um novo sistema de saúde no Brasil. As CNS são espaços para análise e debates das políticas de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional. Antes do SUS, as conferências eram restritas e destinadas basicamente a técnicos administradores do Ministério da Saúde e baseado na visão da classe médica. Entretanto, a 8ª CNS, realizada em 1986 em Brasília (DF), foi um marco para uma nova era na saúde brasileira, pois a sociedade civil passou a participar dos debates (profissionais liberais, sindicatos, associações, profissionais da saúde, gestores, intelectuais da saúde, partidos políticos, dentre outros). Essa Conferência foi de suma importância, pois a partir dos debates e propostas que vinham sendo orquestradas, foram lançadas as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (ANDRADE et al., 2013).

Andrade et al. (2013) argumentam que a 8ª CNS serviu como uma “Constituinte da Saúde”, pois possibilitou introduzir na Constituição Federal de 1988, propostas para a reformulação do sistema nacional de saúde. No entanto, tais conquistas se deram mediante embates com o setor privado (Federação Brasileira de Hospitais), as multinacionais (Associação de Indústrias Farmacêuticas) e os defensores da Reforma Sanitária. Isso só foi possível devido “a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto

constitucional claro e consistente; devido a pressão constante sobre os constituintes; e a mobilização da sociedade” (ANDRADE et al., 2013, p. 266).

Ressalta-se também nesse contexto, o papel do movimento pela Reforma Sanitária, que ganha força pós-período militar e se amplia com a criação do CEBES no ano de 1976, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979, com o apoio do Movimento de Renovação Médica (REME), e o próprio contexto do movimento político das “diretas já”. Pode-se dizer que o Movimento da Reforma Sanitária foi um dos pilares para a criação do SUS, pois nele era previsto a saúde gratuita e como direito de todos; ações de saúde integradas em um único sistema; descentralização da gestão administrativa e financeira para os estados e municípios (PEREIRA; OLIVEIRA, 2014).

Gallo; Nascimento (1989) enfatizam que, mesmo que o projeto da Reforma Sanitária tenha partido de intelectuais da área da saúde, o objetivo era o atendimento das classes mais necessitadas, ainda que ferindo os interesses de empresas privadas e multinacionais que dominavam o setor. Mas entendia-se que a busca por um sistema único de saúde que pudesse atender toda a população, de forma gratuita, só seria viável em um sistema democrático. Segundo os autores, o movimento sanitário era algo mais abrangente, pois

Além de conseguir a hegemonia entre os profissionais de saúde para a proposta da Reforma Sanitária, e lutar por reformas institucionais que paulatinamente configurem um novo Sistema Nacional de Saúde, é necessário revelar o tema saúde na sociedade, desenvolver a *consciência sanitária* na população, sem o que a proposta de participação popular se tornará um mero clichê (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p. 94).

Neste processo histórico de conquistas no Brasil, muitas vezes foi necessária uma grande mobilização popular que obtivesse apoio de vários setores sociais, para que fossem criadas uma série de legislações que amparassem o trabalhador nos seus momentos de necessidade e de fragilidade, especialmente no que se diz respeito à sua aposentadoria. De forma semelhante, essas mobilizações organizadas foram fundamentais para que a saúde pública pudesse ser reorganizada com novos princípios e diretrizes. Todo esse processo foi fundamental para que a temática do idoso fosse inserida na Constituição Federal de 1988.

No ano de 1988 foi criado o SUS que é considerada uma das mais ousadas políticas sociais do Brasil em toda a sua trajetória e que tem como princípios doutrinários a universalização da assistência à saúde, a equidade e a integralidade da assistência. E como princípios organizativos o SUS propõe a regionalização/hierarquização da oferta de serviços de saúde, a descentralização da gestão e do cuidado e a participação popular/controle social na

gestão da saúde. A criação do SUS representou uma ampla reforma do setor saúde no Brasil, sendo que esta reforma teve um enfoque especial para os aspectos da cobertura do atendimento e para o financiamento e a gestão da saúde no país, delineando assim um novo perfil do modelo de atenção à saúde no Brasil (PEREIRA, 2001). A Constituição Federal de 1988 que cria o SUS também assegura uma série de direitos à população brasileira. Na seção a seguir será realizada uma breve discussão sobre a ampliação de direitos para a população idosa nesta referida constituição e no SUS.

2.3 Ampliação de direitos e proteção social para o idoso no Brasil: a Constituição Federal de 1988, o SUS, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso

2.3.1 A Constituição Federal de 1988 e o novo tratamento ao idoso

Em relação ao direito da pessoa idosa, no âmbito internacional, alguns eventos ajudaram a dar visibilidade aos direitos deste estrato populacional para a busca de novas conquistas, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, no qual colocou no artigo 25 o direito de todas as pessoas serem livres e iguais, incluindo a população idosa. Sobre esta questão, a Organização das Nações Unidas (ONU) define que:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora do seu controle (ONU, 1948, grifo nosso).

Outro marco internacional importante de definição do direito do idoso, segundo foi a 1ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida na cidade Viena, capital da Áustria, no ano de 1982. O foco desse fórum global foi o envelhecimento populacional, resultando em um plano global de ação, o Plano de Viena. Nesse Plano, países desenvolvidos objetivavam realizar ações para a independência do idoso, e muitas delas eram voltadas ao trabalho. Influenciados pela assembleia, países em desenvolvimento começaram a inserir nas suas agendas políticas a questão do envelhecimento, como o caso do Brasil que decretou o ano de 1982 como o Ano Nacional do Idoso, fazendo com que o tema tivesse maior visibilidade, inclusive nas áreas de Geriatria e Gerontologia. O evento também deu maior

visibilidade aos idosos junto à Organização das Nações Unidas (ONU) (LOUVISON; ROSA, 2012).

No Brasil, antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, existiam algumas leis que asseguravam direitos à população idosa, como o Código Penal - Lei nº 7.209, de 11/07/1984 (BRASIL, 1984). Neste instrumento existe a obrigação dos filhos ajudarem os pais necessitados na manutenção e na alimentação, sob pena de detenção de 01 a 04 anos, e multa (artigo 244). A proibição do abandono da pessoa incapaz, com detenção de 06 meses a 03 anos e, se resultar em morte, a reclusão aumenta, de 04 a 12 anos (artigo 133). Caso a vítima tenha mais de 60 anos, a pena será aumentada em 1/3 (um terço). Em caso de sequestro e cárcere privado, o artigo 148 define reclusão de 01 a 03 anos e, se o cidadão for maior de 60 anos, o número de anos da reclusão aumenta de 02 para 05 anos. Porém, se a pessoa for maior de 70 anos e cometer um crime, a sua pena será reduzida pela metade do tempo (BRASIL, 1984).

A Constituição Federal de 1988 representou um sistema de garantias da cidadania, baseados na Declaração dos Direitos humanos, se tornando um novo modelo de proteção social, incluindo nesse contexto a população idosa. Muitas foram as conquistas e ampliação de direitos para o idoso nesta Constituição. Além do mais, após a promulgação da Constituição, foram criadas novas leis, que são conhecidas como direitos infraconstitucionais⁵, tendo como exemplo a Lei 8080/90, que regula as ações e serviços de saúde no Brasil; a Política Nacional do Idoso; a Política Nacional da Saúde do Idoso; e o Estatuto do Idoso.

A Constituição Federal de 1988 proporciona um grande avanço nas políticas voltadas à população idosa, substituindo o que antes era voltado ao assistencialismo, para o direito de cidadania, incluindo princípios básicos de universalização, igualdade e participação comunitária. Em seu artigo 3, inciso VI, a CF assegura que o Estado deve promover o bem de todos, sem preconceito de idade; já no artigo 7, inciso XXX, são colocadas as proibições por diferenças salariais e de admissão por idade; no artigo 14 coloca ponto facultativo para maiores de 70 anos; o artigo 196 coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado, incluindo acesso universal e igualitário; o artigo 201 reza sobre cobertura previdenciária por invalidez, morte e idade avançada, com aposentadoria aos 65 para homens e 60 para a mulher, com redução de cinco anos para trabalhadores rurais (BRASIL, 1988).

⁵ “É a norma, lei que está hierarquicamente abaixo da Constituição Federal. A Constituição Federal é considerada a Lei Maior do Estado, e as demais normas jurídicas são consideradas infraconstitucionais, pois são inferiores às regras previstas na Constituição.” (LENZA, Pedro. Direito Constitucional Esquematizado. 10. ed. São Paulo: Editora Método, 2006).

A Constituição de 1988 prevê ainda em seu artigo 203 a assistência social a quem dela necessitar, e não contributiva, objetivando proteção ao idoso. Desta forma, garante um salário mínimo mensal ao portador de necessidades especiais e ao idoso que não pode prover sua subsistência ou tê-la provida por sua família. Em seu artigo 299 coloca como dever dos filhos maiores amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. No artigo 230, coloca como dever da família, da sociedade e do Estado o amparo aos idosos. No parágrafo 1º, comenta que programas de amparo devem ser desenvolvidos, preferencialmente, nos lares dos idosos. No parágrafo 2º, reza sobre a gratuidade nos transportes coletivos urbanos aos maiores de 65 anos de idade.

Houve muitas conquistas para o idoso com a Constituição Federal de 1988, mas mesmo com o auxílio estatal por meio das políticas públicas, a família ainda continuou como a principal responsável pelo idoso, podendo, por exemplo, ser criminalizada, como na questão da falta de subsistência do idoso inválido ou da pessoa com 60 anos ou mais, em que o Código Penal, no Capítulo III, artigo 244, prevê detenção de 01 a 04 anos ao familiar que o deixar desprovido (RAUTH; PY, 2016).

O pacto social da Constituição de 1988, conforme a correlação de forças politicamente expressa no Parlamento, reflete a democratização da sociedade e a expressão dos direitos fundamentais e específicos dos idosos na Lei Maior do País, com garantia de implementação. A Constituição rompeu também com o centralismo e a fragmentação de políticas sociais, com o fortalecimento do federalismo e do municipalismo, assegurando a participação da sociedade em várias instâncias como nos Conselhos e também por meio da democracia direta do plebiscito, do referendun e de projetos de iniciativa popular (FALEIROS, 2012, p. 58).

Posteriormente à promulgação da Constituição Federal de 1988, novos eventos internacionais ajudaram na busca de novas conquistas em prol da população idosa e, na década de 1990, o tema idoso passa a fazer parte da agenda dos países em desenvolvimento. Em 1992, a ONU aprova a Proclamação sobre o Envelhecimento e o ano de 1999 como o Ano Internacional dos Idosos. Nesse período, os países membros das Nações Unidas firmam um acordo de colocar os cinco princípios básicos em favor dos idosos: independência, dignidade, participação, autorrealização e cuidados (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Na Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Madri, na Espanha, em 2002, houve a colaboração do Estado, da sociedade civil e foco nos países em desenvolvimento. O documento criado, Plano de Madri, reafirmou os direitos dos idosos, especialmente o direito à saúde, e teve como objetivo a redução de fatores para o surgimento

de doenças; alimentação e nutrição adequada; participação dos idosos no desenvolvimento de ações de atenção primária e de longo prazo; combate à AIDS e melhoria dos seus efeitos em idosos infectados; ampliação de serviços de saúde mental, dentre outros (LOUVISON; ROSA, 2012).

Nesse contexto, Louvison; Rosa, (2012) argumentam que, seguindo o Plano de Madri, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lança a ideia de Envelhecimento Ativo, que é mais abrangente que o envelhecimento saudável, pois envolve fatores além dos cuidados com a saúde, como direitos humanos dos idosos, independência, dignidade, participação, autorrealização e assistência. Como conceito, “envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005).

Porém, Ribeiro (2012) faz uma discussão acerca do conceito envelhecimento ativo dizendo que apesar de ser um termo moderno e bastante utilizado nos discursos sócio-políticos, especialmente nos países europeus, há a necessidade de sua ampliação; pois existem pessoas que conseguem envelhecer mais ativamente, e outras não. Isso dependerá de diversos fatores, como o pessoal (biológico, genético, psicológico); comportamental (estilo de vida saudável, cuidados com a saúde); econômico (renda, proteção social, tipo de trabalho); físico (transporte, moradia, vizinhança segura, água potável, qualidade do ar e dos alimentos); social (educação, prevenção de violência); e serviços sociais e de saúde (políticas sociais acessíveis e de qualidade, promoção de saúde e prevenção de doenças).

Dessa forma, observa-se que o tema envelhecimento ganha uma projeção além das necessidades básicas da população idosa, pois passa a incluir os direitos de igualdade de oportunidades e tratamento que engloba vários aspectos da sociedade. Com as conferências mundiais e com os seus posteriores desdobramentos, a população idosa consegue uma maior projeção e um novo impulso na busca pela conquista dos seus direitos.

2.3.2 A criação do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado por meio da Constituição Federal de 1988 que, no seu artigo 196, define a saúde como direito de cidadania, sendo, portanto, um direito de todos e dever do Estado, deixando de ser uma “benesse”, para se constituir em um direito universal (LOUVISON; ROSA, 2012). O texto constitucional que cria o SUS (Artigos 196 a 200 da CF de 1988) incorpora várias demandas do movimento da Reforma Sanitária, e a

saúde passa a ser entendida como resultado de políticas econômicas e sociais; como sendo de relevância pública. Em seu Artigo 196, a Constituição Federal de 1988 define que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Como forma de garantir o direito integral à saúde e de promover a descentralização e o controle social na gestão do SUS, o Art. 198 da Constituição Federal de 1988 assegura que:

As ações e serviços públicos de saúde devem ser realizados em forma de rede regionalizada e hierarquizada, em um sistema único, tendo como diretrizes a descentralização; o atendimento integral; e a participação comunitária (BRASIL, 1988).

De acordo com Finkelman (2002, p. 250), os contornos do novo modelo de atenção à saúde no Brasil (o SUS) estão configurados nos princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade da assistência. Tais elementos de natureza doutrinária apontam a construção de um sistema de saúde que reverte a lógica de provisão de ações e serviços, reorientando a tendência hegemônica da assistência médico-hospitalar, predominante no modelo anterior, e substituindo-a por um modelo de atenção orientado para a vigilância à saúde.

Finkelman (2002) afirma que uma das mais importantes inovações da Constituição Federal de 1988 foi a criação de um novo e abrangente sistema de saúde no Brasil, em que reconhece a saúde como direito, e define novas ações do Estado nessa área, colocando no Art. 194 que “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (BRASIL, 1991).

Apesar de ser instituído pela Constituição Federal de 1988, o SUS foi regulamentado pelas Leis 8080/1990 e 8142/1990. A Lei 8080/1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Esta Lei regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente, eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. De acordo com a Lei 8080/90, o Sistema Único de Saúde é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por

órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A lei 8080/90 define também que a iniciativa privada participa do Sistema Único de Saúde em caráter complementar (BRASIL, 1990a).

A Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a) determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos:

- I. no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II. no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde ou órgão equivalente;
- III. no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria Municipal de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990a, ARTIGO 9º).

Já a Lei 8142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. A Lei 8.142/90 também trata da alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, do repasse de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). Os princípios filosóficos que norteiam o SUS são a universalização, a integralidade e a equidade. O princípio da universalização assegura que a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 2015).

O princípio da integralidade considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Esta integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 2015). O princípio da equidade visa diminuir desigualdades e tem um caráter de justiça social. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 2015).

Tendo em vista os princípios da universalidade, integralidade e equidade, a pessoa idosa tem ampliado o seu direito à saúde, de modo que no próprio contexto do SUS passa a existir políticas e programas especialmente voltados para este estrato populacional, a exemplo da Política Nacional do Idoso (PNI) e da Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa (PNSPI).

2.3.3 Política Nacional do Idoso (PNI)

Em um período em que não se cogitava na sociedade brasileira uma drástica mudança demográfica e com uma história de descaso, preconceito e de discriminação para com os idosos; alguns organismos internacionais já pensavam e projetavam um futuro mais humanizado e justo para a população idosa. Essas ideias foram inspiradas pela I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento da ONU, que resultou no I e II Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, o que também serviu de influência para a criação da Política Nacional do Idoso no Brasil que foi um marco na ampliação dos direitos e proteção ao idoso no país (RAUTH; PY, 2016).

A Política Nacional do Idoso (PNI) foi regulamentada com o advento da criação do SUS, por meio da Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96 (BRASIL, 1996), assegurando direitos sociais à população com idade igual ou superior a 60 anos. Por meio dessa política, foram criadas as condições para a promoção da integração, autonomia, participação efetiva na sociedade, e também foi reafirmado o direito à saúde via Sistema Único de Saúde - SUS (LOUVISON; ROSA, 2012).

Louvison; Rosa (2012) argumentam que antes da PNI, o Ministério da Saúde já havia normatizado o funcionamento das Clínicas Geriátricas, Casas de Repouso e demais equipamentos destinados ao atendimento do idoso via Portaria GM/MS 810/89. Tais equipamentos funcionavam de forma semelhante à caritativa, mas foi a partir da criação e implementação da PNI que foi estabelecida as competências das entidades e dos equipamentos públicos voltados para a população idosa. Os autores ressaltam também que a PNI foi operacionalizada de maneira descentralizada e articulada com as políticas para idosos no âmbito estadual e municipal, voltadas para os direitos do cidadão, e tendo a sociedade como parceira.

Sobre a PNI Rauth; Py (2016) destacam que:

Os princípios de independência, participação, assistência e autorrealização, a dignidade e as recomendações definidas nos planos da PNI orientaram as legislações e os documentos nacionais, a criação de órgãos, as políticas e as ações relativas ao envelhecimento nos últimos vinte anos (RAUTH; PY, 2016, p. 54-55).

De acordo com Camarano (2004), a PNI é a primeira lei específica brasileira que assegura direitos aos cidadãos idosos. O Ministério da Saúde (BRASIL, 1994) destaca que os objetivos da PNI são assegurar direitos sociais à população idosa, promover a sua autonomia e participação na sociedade. Essa lei define quem é o idoso no Brasil (pessoa com 60 anos ou mais), definindo os princípios da política do idoso, como os direitos de cidadania que devem ser assegurados pela família, sociedade e Estado. A PNI proíbe discriminação de qualquer tipo e coloca como diretrizes a participação do idoso, o convívio social, o envolvimento do mesmo na formulação, implementação e avaliação de políticas, planos e projetos voltados para esta população. Coloca como prioridade o atendimento do idoso no lar e nos órgãos públicos e privados; prevê a capacitação e reciclagem aos prestadores de serviço; a informação e divulgação das políticas, planos, programas, serviços e projetos; e apoia pesquisas e estudos sobre envelhecimento.

Na PNI são definidas as responsabilidades dos Conselhos do Idoso (acompanhamento, fiscalização e avaliação da PNI), tendo a União como responsável pela coordenação, formulação, promoção, acompanhamento, implementação e avaliação. Com relação à implementação da PNI, cabe aos órgãos e entidades públicas a prestação de serviços, a promoção de ações para atendimento das necessidades básicas, auxiliados pela família, sociedade e entidades; a promoção de seminários, encontros e simpósios; a prevenção, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde por meio de medidas profiláticas; o planejamento, a coordenação, a supervisão e o financiamento dos estudos e pesquisas sociais sobre o idoso; a garantia da assistência à saúde pelo SUS; a fiscalização de instituições geriátricas por gestores do SUS; realizar concursos, tendo a geriatria como especialidade clínica, nos níveis federal, estadual e municipal; e promover estudos epidemiológicos que visem a prevenção, o tratamento e a reabilitação da população idosa.

Brasil (1994) argumenta que a PNI deve: criar mecanismos para evitar a discriminação do idoso no mercado de trabalho; dar apoio para a criação da universidade aberta para idosos; diminuir barreiras arquitetônicas e urbanas, facilitando o acesso do idoso à habitação popular; defender o idoso de qualquer tipo de abuso ou lesão aos seus direitos;

colocar preços mais acessíveis nos eventos culturais. E para os cidadãos e sociedade em geral, cabe o dever de denunciar qualquer negligência ou desrespeito ao idoso à autoridade competente.

Foi por meio da PNI que houve a desativação das instituições tipicamente asilares e a implementação de novas modalidades de atendimento à população idosa, como Casas-Lares, Hospitais-Dia e Centros de Convivência (BRASIL, 1994).

A Casa-Lar, criada a partir da PNI, é uma residência, que funciona de forma participativa, que abriga idosos de baixa renda. O Hospital-Dia recebe o idoso dependente ou com deficiência temporária, prestando-lhe assistência médica ou multiprofissional, no período diurno. E o Centro de Convivência é um local de permanência diurna, onde o idoso desenvolve atividades culturais, físicas, laborativas, associativas, recreativas, e de educação para a cidadania (BRASIL, 1996).

Contudo, apesar da PNI ser uma lei importante para a concretização dos direitos das pessoas idosas no Brasil, Couto (2016) faz uma avaliação dos efeitos da PNI baseado na ciência do direito e percebe que há uma falha na fiscalização e no monitoramento dessa política por parte do Estado, e ainda existe o fato de muitas decisões das conferências e dos conselhos de direitos dos idosos serem desconsideradas. O autor sugere que, para a materialização da PNI, as pessoas devem conhecer os seus direitos, participar de todas as instâncias, buscar a autonomia do controle social e se organizar. Dessa forma, haverá uma melhor cobrança por parte da sociedade para que o Estado possa cumprir com o que está preconizado na Política Nacional do Idoso.

2.3.4 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)

As políticas setoriais de saúde para os idosos no Brasil foram sendo normatizadas desde o ano de 1989, com a Portaria GM 810/89, que tratava especificamente sobre o atendimento ao idoso no âmbito do SUS. As portarias GM/MS números 2.413, 2.414 e 2.416/1998, explanam sobre os procedimentos de atendimentos a pacientes de longa permanência; dos internados em hospital dia geriátrico; e da internação domiciliar, com equipe hospitalar. E, mediante a Portaria GM/MS nº 280/1999, houve uma ampliação do leque de atenção à saúde e da proteção para o idoso, tornando-se obrigatória a presença de um acompanhante junto aos pacientes idosos em hospitais públicos, contratados e conveniados ao SUS; neste contexto também foram iniciadas as campanhas de vacinação contra *influenza* para a população idosa, visando uma maior proteção contra esta doença com alta incidência

entre idosos e visando também uma prevenção de pneumonias, e a redução de hospitalizações e mortes por esta e por outras doenças respiratórias, muito comuns entre idosos (LOUVISON; ROSA, 2012).

Segundo Giacomini; Maio (2016), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) foi resultado de uma ampla discussão entre diversos pesquisadores, profissionais da saúde das áreas da geriatria e gerontologia e intelectuais e técnicos brasileiros de renome na área da saúde que, convidados pelo Ministério da Saúde, propuseram reformulações na PNI e ampliações na atenção à saúde do idoso na saúde pública. Um dos frutos desses debates foi a inserção dos idosos no calendário vacinal anual, para a imunização da influenza. Este debate também proporcionou um novo olhar para a população idosa, inclusive olhares voltados para as necessidades, mas, também, para a capacidade funcional e o respeito à autonomia deste estrato populacional.

A PNSPI foi instituída pela Portaria GM/MS nº 1.395/99, e revisada pela Portaria nº 2.528/06 (BRASIL, 2006b). Segundo Giacomini; Maio (2016), a atualização da PNSPI possibilitou uma série de ganhos e avanços, como a implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (RASI) que seriam organizadas nos centros de referência de atenção à saúde do idoso (Crisis) em cada município ou em grupos de municípios brasileiros, nas macrorregiões e microrregiões de saúde, conforme aprovação na I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (LOUVISON; ROSA, 2012).

Quanto às diretrizes, a PNSPI visa a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, voltada à saúde do idoso; promoção de ações intersetoriais, com integralidade da ação; ofertar recursos que assegurem a qualidade da atenção à saúde da população idosa; estimular participação e fortalecimento do controle social; promover formação e educação permanente para profissionais do SUS que trabalhem com a saúde do idoso; desenvolver divulgação e informações sobre a PNSPI para profissionais, gestores e usuários do SUS; promover cooperação nacional e internacional de experiências na atenção à saúde da população idosa; e garantir apoio e viabilizar pesquisas na área da saúde para idosos (BRASIL, 2006b).

No que se referem aos objetivos da PNSPI, eles foram baseados no que preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS), que prevê o aumento dos anos de vida saudável da população idosa, a redução das disparidades na saúde entre os segmentos populacionais e a responsabilidade dos sistemas nacionais de saúde em ofertar e ampliar o acesso aos serviços preventivos a esta população, promovendo ambientes adequados para as diferentes faixas

etárias, criando e estimulando a cultura da solidariedade entre elas; e ainda, estimulando às pessoas e às famílias a se prepararem para o envelhecimento, adotando posturas e práticas saudáveis ao longo da vida. Além disso, a OMS amplia o conceito de “envelhecimento saudável” para “envelhecimento ativo”⁶, em que o envelhecimento passa a ser visto como um processo além dos cuidados com a saúde (LOUVISON; BARROS, 2009).

Sobre as Conferências dos Direitos da Pessoa Idosa, esses eventos vêm acontecendo em todo o Brasil, desde a revisão da criação da PNSPI em 2006, e têm levado à discussão com estudantes, pesquisadores, profissionais, autoridades e população em geral, temas relevantes relacionados ao envelhecimento da população, como direitos, políticas públicas e o estatuto do idoso. A conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa funciona da seguinte forma: geralmente acontecem em Brasília (DF) e são antecedidas pelas conferências municipais, regionais e estaduais, em que as propostas são encaminhadas para a Conferência Nacional. A partir da Conferência Nacional, surgem as ações coletivas e propostas que nortearão as políticas públicas em favor da população idosa. A principal característica dessas conferências são os debates e propostas entre os representantes da sociedade civil organizada, prestadores de serviços e do governo.

A I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, ocorrida no ano de 2006 em Brasília (DF), teve como tema “Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI)”. A II Conferência Nacional ocorreu no ano de 2009 e teve como foco o tema “Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: Avanços e Desafios”. A III Conferência Nacional aconteceu em 2011, cujo tema foi “O compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil”. A IV Conferência Nacional foi realizada no ano de 2016, tendo como tema o “Protagonismo e empoderamento da pessoa idosa: por um Brasil de todas as idades”; já a V Conferência ocorreu em novembro de 2019 e teve como tema “Os desafios de envelhecer no século XXI e o papel das políticas públicas”.

Se referindo à importância e às conquistas da revisão da PNSPI, conquistas estas canalizadas e possibilitadas pelas seguintes Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa Idosa, Giacomini; Maio (2016) citam a aprovação do Pacto pela Saúde do SUS nas três esferas de governo, priorizando o fortalecimento da Atenção Básica ao Idoso, dando ênfase ao princípio da integralidade, que busca dar maior atenção à saúde deste estrato populacional crescente no país. Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde tem investido na capacitação de

⁶Conforme comentado, a OMS diz que o envelhecimento ativo é um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, objetivando melhorar a qualidade de vida das pessoas senescentes, passando a abranger questões como direitos humanos, independência, dignidade, participação, assistência e autorrealização (OMS, 2005).

profissionais que atuam na atenção básica, para o exercício de uma atenção e de uma prática mais adequada voltada ao idoso. Neste contexto, cria-se a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, para cadastro, conhecimento e monitoramento das necessidades desse segmento populacional. Criou-se, ainda, a avaliação funcional individual e coletiva para identificação dos riscos funcionais do idoso.

Procurando dar uma atenção especial ao idoso no SUS, foi colocada na atenção básica, no âmbito da Estratégia da Saúde da Família (ESF) ou equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a responsabilidade pelo levantamento, cadastramento e acompanhamento da população idosa no Brasil. Assim, por meio da ESF pode-se identificar e conhecer as pessoas lotadas nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), e conhecer as suas dependências ou independências funcionais. Além disso, foi editado pelo Ministério da Saúde o Caderno de Atenção Básica em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, para que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde possam instruir com teorias e metodologias os profissionais de saúde para que possam exercer uma melhor atenção à saúde do idoso (BRASIL, 2018).

Verifica-se que a PNSPI foi uma evolução importante das políticas públicas voltadas para o idoso existentes no país, que a partir de 2006 promove importantes conquistas para a população idosa no Brasil. Como exemplo destas conquistas pode-se citar a obrigatoriedade da presença de acompanhantes para pacientes idosos em hospitais públicos; as permanentes campanhas de vacinação contra influenza; a implantação das Redes de Assistência à Saúde da Pessoa Idosa; o fortalecimento da Atenção Básica na atenção ao idoso; a criação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; a integralidade da assistência à saúde ao idoso, dentre outros. Além do mais, destaca-se que com a criação da PNI e da PNSPI, o conceito de envelhecimento no Brasil deixou de ser uma questão restrita aos cuidados de saúde para abarcar questões mais abrangentes.

2.3.5 Estatuto do Idoso

Para ser sancionado no Congresso Nacional, o Estatuto do Idoso (Lei Federal nº 10.741/2003) tramitou por sete anos e, após a sua implantação, regulamentou os direitos da população idosa brasileira. O Estatuto do Idoso trata-se de um instrumento jurídico e social que busca oferecer tratamento integral e de longo prazo à parcela populacional de idosos, bem como subsidiar a implementação de medidas que visem o bem estar da população idosa, objetivando promover igualdade e justiça social (BRASIL, 2003).

Camarano e Pasinato (2004, p. 270) argumentam que há poucas décadas a legislação para a população idosa no Brasil era “fragmentada e baseada em ordenamentos jurídicos setoriais ou em instrumentos de gestão política”. Naquele contexto, (início da década de 1990), não existiam instrumentos e estratégias abrangentes que amparassem este estrato populacional com justiça social. Além do mais, as autoras destacam que antes do surgimento destas recentes Leis e políticas públicas voltadas para o idoso no Brasil, como a PNI, PNSPI e o Estatuto do Idoso, prevalecia no país um certo ‘desprezo’ e um ‘descaso’ para com a população idosa. Numa perspectiva de reverter esta situação, o Estatuto do Idoso reorganiza a situação do idoso no Brasil, uma vez que aglutina várias leis e políticas, incorporando novos elementos, passando a ter uma visão integralizada sob a questão do envelhecimento e propondo a adoção de medidas intersetoriais visando o bem-estar, a igualdade e a qualidade de vida deste estrato populacional que se mostra em ascensão no país. Dessa forma, o Estatuto do Idoso significou um marco para a garantia de proteção e de direitos sociais da população idosa na busca da sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Louvison; Rosa (2012) enfatizam que o Estatuto do Idoso veio reafirmar o direito da população idosa à atenção integral via SUS, demonstrando a necessidade e a especificidade dessa população, que necessita de um atendimento diferenciado, como o atendimento geriátrico e gerontológico, e de estabelecimentos voltados para o seu perfil, como as unidades geriátricas de referência e o atendimento domiciliar, e ainda a necessidade de receber medicamentos, incluindo os de uso continuado, e também recursos para habilitação ou reabilitação, como os de próteses e órteses.

Sobre a organização do Estatuto do Idoso, ele está disposto em 118 artigos e sete títulos. No Título I foram colocadas as disposições preliminares, e a faixa etária que será prioritária. No Título II, são colocados os direitos fundamentais (vida, liberdade, respeito, dignidade), a responsabilidade pela alimentação, e questões como saúde, cultura, esporte, educação, transporte, trabalho, previdência e assistência social. O Título III versa sobre medidas de proteção e quem deve aplicá-las. No Título IV diz respeito à política de atendimento ao idoso, da corresponsabilidade dos órgãos públicos e privados da União, estados e municípios, com as normas e sanções das entidades. No título V, são explanadas as prioridades judiciais e competências do Ministério Público. O Título VI tratados crimes contra idosos, tipos e sanções. No Título VII, versa sobre o Código Penal e o aumento das penas para crimes contra idosos; e sobre os recursos para atendimentos (BRASIL, 2003).

Mesmo sendo um instrumento de fundamental importância na conquista de benefícios para a população idosa no Brasil, o Estatuto do Idoso encontra alguns empecilhos no seu funcionamento. Uma questão controversa presente no Estatuto do Idoso é a questão do financiamento estatal quanto às gratuidades e descontos previstos na Lei. A gratuidade nos transportes coletivos urbanos aos maiores de 65 anos foi estabelecida no artigo 230 da Constituição Federal de 1988 e no Artigo 39 do Estatuto do Idoso que, permite à legislação local dispor sobre a gratuidade à população com 60 anos ou mais.

Um exemplo desse empecilho, conforme Shores (2019) foi mostrado em um estudo realizado em São Paulo pela Fundação Educacional Inaciana (FEI) sobre gastos da prefeitura com a gratuidade de ônibus para idosos, onde existe uma projeção de crescimento dos custos em 51,6% até o ano de 2030, o que equivaleria a R\$1,24 bilhão. No início de 2014, a capital paulista instituiu a idade mínima de 60 anos para a gratuidade nos transportes coletivos, mesmo ano que passou a ser válida para todo o Estado. Esse benefício é também válido para veículos sobre trilhos (metrô e trem), o que fez com que as viagens gratuitas de idosos em metrôs mais que dobrassem no período de dois anos. Com isso, as receitas para a área de mobilidade urbana passaram a ser insuficientes. Uma das estratégias para minimizar essa situação seria a criação de uma política nacional de financiamento para transportes coletivos. Para tanto, seria necessário a realização de uma consulta pública para que a população pudesse apresentar propostas de financiamento e de solução para o transporte coletivo. Os descontos nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer em, pelo menos, 50% (cinquenta por cento) para a população idosa, de acordo com o Artigo 23 do Estatuto do Idoso, também é um fator de entrave, uma vez que a Lei não deixa claro quem arcará com os custos desses descontos, como o Estado não oferta subsídios aos proprietários dos estabelecimentos, os custos são repassados para a sociedade com o aumento do preço dos eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer (CAMARANO, 2013).

Na questão referente aos planos de saúde, Louvison; Rosa (2012) discutem que foi vedada, no artigo 15 do Estatuto do Idoso, a discriminação do idoso devido à idade. Apesar de muito comemorado, essa proibição contribuiu para o aumento dos preços dos planos de saúde, devido aos custos da atenção ao idoso serem divididos com os demais usuários dos planos. Todavia, Camarano (2013) explica que a diferenciação de preços que existe nos planos de saúde por categoria de idade é justificativa pelo fato de que os gastos com a saúde crescem com a longevidade. Assim, para “driblar” a lei, uma vez que as mensalidades não podem ser aumentadas aos 60 anos, os planos colocam um aumento muito

alto, de cerca de 70%, quando a pessoa completa 59 anos. Esse percentual é bem diferente de, por exemplo, quando a pessoa completa 54 anos e entra na categoria de 54 a 58 anos, em que o aumento é de 20%.

Sobre esta questão, Camarano (2013) discorre que a Agência Nacional de Saúde (ANS) coloca que, no que se refere aos valores do Plano de saúde, o valor da última faixa etária não pode superar seis vezes o da primeira faixa etária, e que os planos devem respeitar essa norma. Mas, a autora adverte, ainda que o maior prejudicado nos planos de saúde é o próprio idoso, devido aos valores exorbitantes que paga devido ao prolongamento da sua vida. Ainda sobre este tema, a autora destaca que:

Outros pontos que devem ser levados em conta em uma reavaliação do estatuto do idoso são: o estabelecimento de fontes de financiamento para cada medida proposta, medidas que ajudem a família a cuidar do idoso dependente tanto no domicílio quanto no hospital, inclusão nos serviços de saúde de ações que possam promover uma morte digna para aqueles que se encontram acometidos por uma doença terminal. Reforça-se a importância da alocação de recursos financeiros para as medidas propostas, pois isto é o primeiro passo para a sua implementação e transparência. Todas as medidas propostas devem ter como referência a Constituição federal (CAMARANO, 2013, p. 24-25).

Dessa forma, é importante destacar que o Estatuto do Idoso, não obstante a sua importância e as conquistas que ele tem proporcionado no campo da atenção ao idoso, é um instrumento que necessita de readequações alinhada à nova realidade do envelhecimento e às demandas associadas a este fenômeno que envolvem aspectos biológicos, sociais, epidemiológicos e de outras naturezas. Ademais, é importante destacar também que a sociedade brasileira precisa se qualificar no sentido de compreender e de se empenhar para fazer valer os direitos e a proteção social ao idoso, previstos nestes instrumentos legais como o SUS, a PNI, a PNSPI e o Estatuto do Idoso. É preciso entender que o envelhecimento populacional tem duas faces, se por um lado, trata-se de uma conquista para a sociedade porque as pessoas estão vivendo mais, por outro lado, exige responsabilidades do poder público e da sociedade que precisam garantir que estas pessoas não apenas vivam mais, mas, principalmente, vivam melhor. Realizada esta discussão sobre algumas das políticas públicas voltadas para o idoso no Brasil, nos próximos capítulos dedicar-se-á em traçar o perfil da população idosa no Brasil, conhecer as disparidades sociais, econômicas, demográficas e culturais das grandes regiões do país e, assim, poder analisar e entender as causas de adoecimento desses idosos em regiões tão complexas e controversas nos seus principais indicadores.

CAPÍTULO III - PERFIL DO IDOSO NO BRASIL À LUZ DAS DISPARIDADES REGIONAIS

O Brasil é o maior país da América do Sul em extensão territorial e é o quinto maior país no mundo. Segundo o IBGE (2020), o país possui uma extensão territorial de 8.510.295,914 km², tem 5.568 municípios, mais o Distrito Federal e o distrito insular de Fernando de Noronha, e a sua população é estimada em 211.755.692 habitantes.

Considerando as inúmeras mudanças ocorridas na dinâmica da economia global, a inserção do Brasil nos circuitos mundiais e, ainda, tendo em vista que o território brasileiro vem passando por um intenso processo de transformação, é oportuna a explanação do país por macrorregião. Neste contexto, é importante conhecer o país em suas peculiaridades regionais, ou seja, em regiões.

Este capítulo tem como objetivo conhecer e discutir o processo de envelhecimento populacional dentro da pluralidade territorial brasileira identificando as principais características das suas regiões, uma vez que as extensões territoriais são recortes significativos neste país que tem contornos regionais extensos e carregados de múltiplas peculiaridades e singularidades, inclusive marcados por disparidades econômicas e sociais. Outro ponto a ser discutido no capítulo é o perfil do idoso brasileiro dentro deste cenário diverso, analisando os aspectos social, econômico, demográfico e sanitário do estrato populacional, especialmente o da população anciã.

O capítulo está organizado em três partes: inicialmente (no item 3.1) serão apresentadas características sociodemográficas e espaciais de um país controverso, destacando primeiro a trajetória longitudinal do crescimento populacional no Brasil e os contornos geográficos que abrigam este crescimento. Posteriormente, apresentar-se-á um breve retrospecto da pirâmide etária no Brasil, destacando o comportamento da participação do idoso na população brasileira. No item 3.2 serão apresentadas as regiões brasileiras com um olhar a partir de suas peculiaridades. Este item será dividido em duas seções: o item 3.2.1 contempla uma discussão da realidade sociodemográfica das regiões brasileiras com um olhar mais atual, apresentando dados recentes, de 2019, e por vezes de 1991 a 2019, de cada uma das regiões do país. E, posteriormente, no item 3.2.2, far-se-á uma discussão da estrutura etária no Brasil e nas regiões brasileiras à partir de uma análise longitudinal, envolvendo dados das últimas oito décadas, desde 1950 até 2019, para que se possa entender como as

mudanças sociodemográficas foram se processando nas regiões brasileiras, ao longo do tempo. E, finalmente, no item 3.3, traçar-se-á o perfil do idoso brasileiro, mostrando quem é ele, onde e em que condições vive este idoso, destacando questões de idade e sexo, além de discutir os principais indicadores econômicos, sociais e sanitários sob os quais vive a população geral (e de idosos) no Brasil e nas cinco regiões brasileiras. Espera-se que, uma vez conhecendo o real perfil do idoso brasileiro, nas suas respectivas regiões, obtenha-se uma melhor clareza para avaliar o perfil de morbidade ou as principais causas do adoecimento e de internações hospitalares desta população idosa no Brasil, o que será objeto de análise no quarto capítulo.

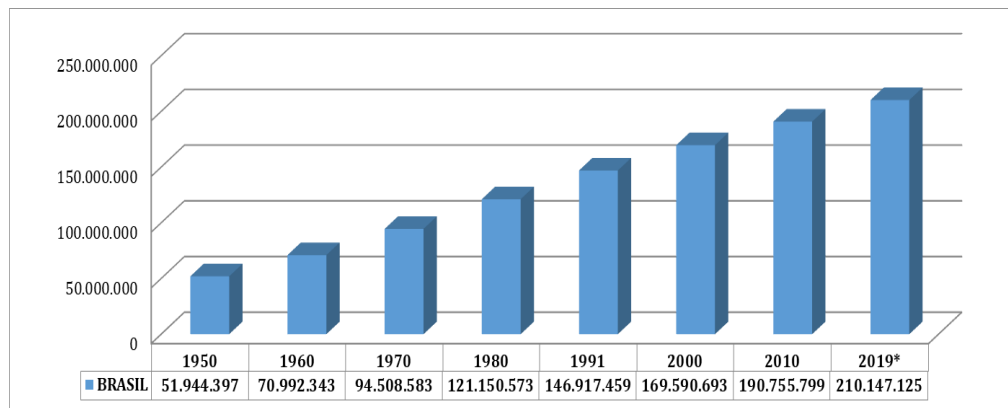
3.1 Características sociodemográficas e espaciais de um país controverso

Neste subitem, dois destaques serão enfatizados. Primeiramente, no item 3.1.1, apresenta-se dados e informações acerca da trajetória do crescimento populacional no Brasil, numa perspectiva longitudinal, abordando este crescimento ao longo das últimas sete décadas e apresentando o contorno regional que abriga este crescimento. E, posteriormente, no item 3.1.2, apresenta-se um breve retrospecto da pirâmide etária no Brasil, destacando o comportamento da participação do idoso na população total brasileira.

3.1.1 Trajetória longitudinal do crescimento populacional no Brasil

Antes de se conhecer as características peculiares das macrorregiões brasileiras, com destaque para alguns indicadores econômicos, demográficos, sociais e sanitários, o Gráfico 01 apresenta o comportamento do crescimento populacional no Brasil; um país controverso, numa série histórica que compreende o período de 1950 a 2010, para que se possa vislumbrar e compreender a trajetória populacional do país ao longo dos últimos setenta anos (1950 a 2019). Vale lembrar que todos os anos apresentados no Gráfico 01 estão relacionados com os anos censitários (contagem populacional) e que, em 2019, foi utilizada uma base populacional numa projeção estimada pelo IBGE.

GRÁFICO 01 - POPULAÇÃO TOTAL DO BRASIL, PERÍODO 1950-2019



Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1950-2010). *Dados estimados pelo IBGE (2019).

Aqui se pode verificar que o Brasil cresceu substancialmente em números. Em 1950, o país tinha quase 52 milhões de habitantes. Já em 1960, ultrapassou a marca dos 70 milhões. Em 1970 e 1980 o crescimento foi bastante acelerado, ultrapassando 121 milhões de habitantes. Já em 1991, havia uma população de aproximadamente 147 milhões de habitantes que, em 2000, alcançou a marca próxima de 170 milhões. No ano de 2010, ultrapassou 190 milhões, chegando a 210 milhões a estimativa para 2019. Neste contexto de 70 anos de história (1950 a 2019) observa-se um crescimento populacional no Brasil na ordem de aproximadamente 404%, ou seja, a população brasileira neste período mais que quadruplicou.

Diante deste crescimento longitudinal do contingente populacional brasileiro, abre-se um questionamento: como está se dando a distribuição desta população brasileira nos espaços territoriais? Este crescimento populacional faz emergir também diversas discussões acerca das controversas características regionais de um país tão extenso. Nesta tese, trata-se ao longo do estudo, das disparidades econômicas, sociais, educacionais, demográficas, sanitárias e de saúde que as macrorregiões brasileiras vivenciam.

Do ponto de vista espacial, as regiões brasileiras são recortes territoriais carregados de particularidades em relação aos aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais, sanitários e físicos. Segundo HAESBAERT (2019), existem vários conceitos de região e esse é um tema muito difundido e tradicional na Geografia⁷. Porém, neste trabalho, será utilizado o IBGE, que é o órgão responsável pela divisão regional feita no Brasil ao longo das últimas décadas. Atualmente, a regionalização vigente é a de 1970, adaptada em 1990 em virtude das alterações da Constituição Federal de 1988, dividindo o Brasil em cinco grandes regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul (CONTEL, 2014), demonstrados na

⁷ HAESBAERT, R. Conceitos fundamentais da Geografia. **GEOgraphia**. Vol. 21, n. 45, jan./abr., 2019.

Figura 06, mas que, no item 3.2 deste capítulo, terão amplamente discutidas as suas características e peculiaridades.

FIGURA 06 - RECORTE REGIONAL DO BRASIL, POR MACRORREGIÕES E POR UNIDADES DA FEDERAÇÃO

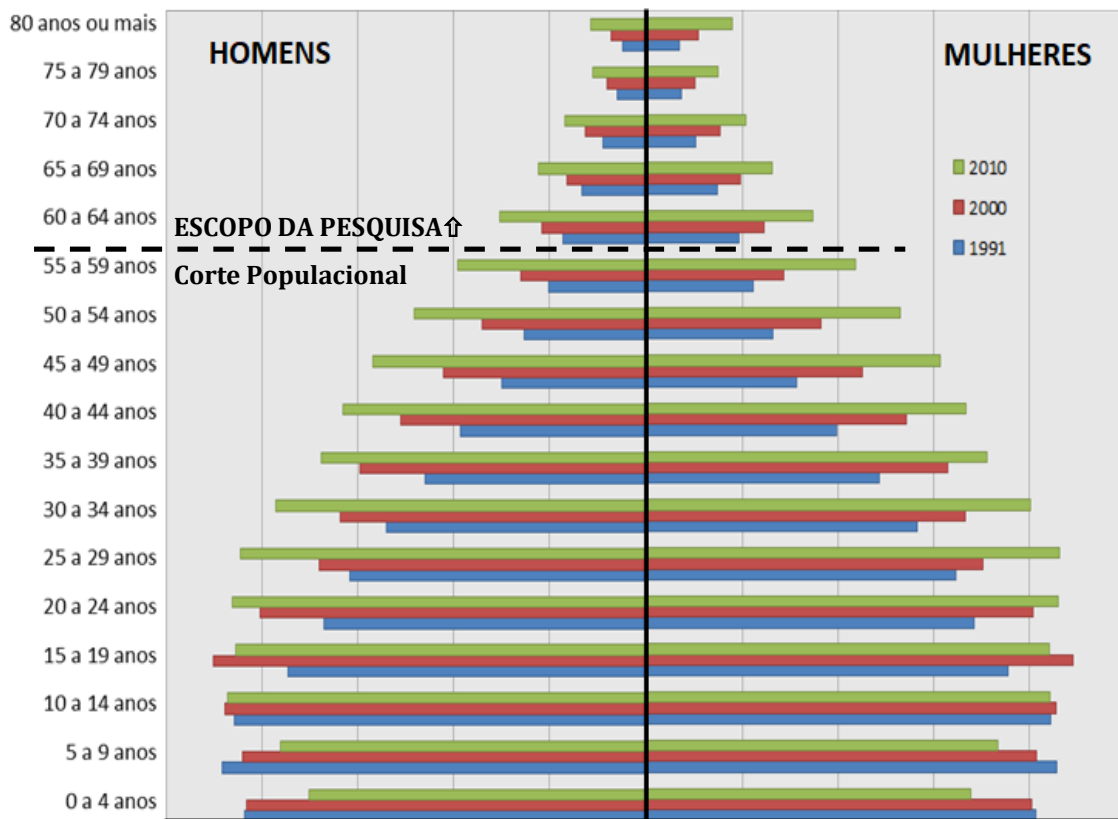


Fonte: GIRARDI, G.; ROSA, J. V. *Atlas geográfico*. São Paulo: FTD, 2016. p. 47.

3.1.2 Breve retrospecto da pirâmide etária no Brasil

A Pirâmide Etária no Brasil, por muitas décadas, apresentava um formato convencional de base larga, devido à maior prevalência de população de crianças e jovens; e de ápice estreito, devido ao menor número de pessoas idosas. Mas, ao longo do tempo, o desenho piramidal no Brasil foi se alterando, com uma presença cada vez menor de crianças, devido à queda nas taxas de natalidade; e maior presença de idosos, devido a quedas nas taxas de mortalidade e natalidade e, somadas às melhorias na expectativa de vida. A Figura 07 demonstra a pirâmide etária brasileira nos anos de 1991, 2000 e 2010 evidenciando as mudanças importantes que se processaram ao longo desses anos.

FIGURA 07 - PIRÂMIDE ETÁRIA BRASILEIRA, SEGUNDO SEXO, NOS ANOS 1991, 2000 E 2010



Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010). Adaptado: OTTONI, 2020.

Quando se analisa longitudinalmente a pirâmide etária brasileira percebe-se, na Figura 07, um claro estreitamento da base e um alargamento do ápice/topo verificando-se, ainda, um alargamento mais intenso do ápice no ano de 2010, mostrando uma aceleração do envelhecimento populacional, fenômeno que também vem sendo observado em escala mundial. A mudança no desenho piramidal do país demonstra a velocidade com que vem ocorrendo a transição demográfica no Brasil, chamando atenção para as implicações que esta mudança envolve.

Não basta somente observar, no Brasil, as tendências do aumento do contingente populacional de idosos, mas é preciso, principalmente, se ater aos desafios que esta nova realidade impõe ao país, entendendo que essa ascensão deve ser encarada com novos olhares e novos saberes, uma vez que a intensidade do crescimento da população idosa está ocorrendo no Brasil, sem a estruturação necessária e devida, principalmente no que tange à saúde.

Com o fenômeno do envelhecimento populacional o estrato da população idosa vem assumindo cada vez mais uma participação maior no universo da população brasileira. A Tabela 03 apresenta o comportamento da participação da população idosa no cômputo da

população total do Brasil ao longo das últimas três décadas, evidenciando que, no período de 1991 a 2019, a população idosa no país praticamente triplicou.

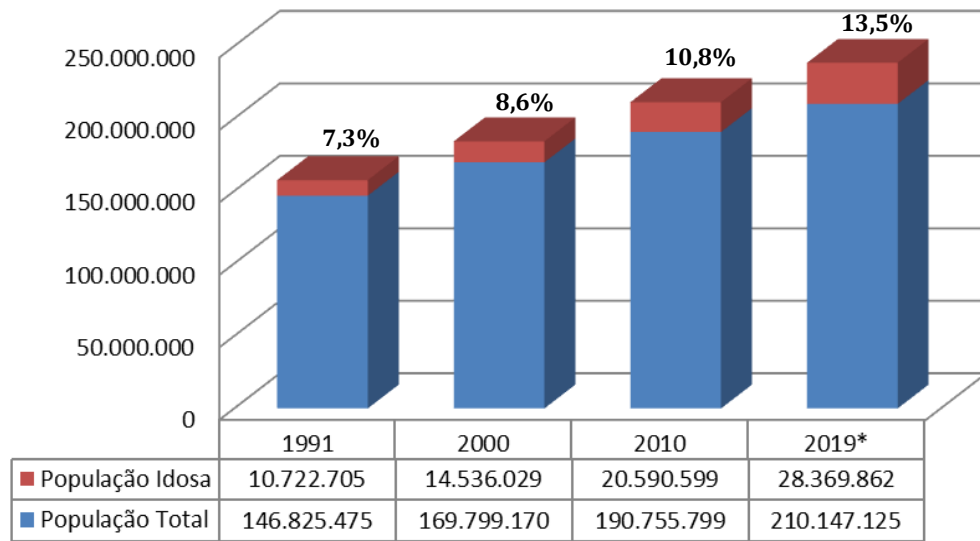
TABELA 03 - POPULAÇÃO TOTAL E PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL, PERÍODO 1991 A 2019

Faixa Etária	1991	2000	2010	2019*
População Total	146.825.475	169.799.170	190.755.799	210.147.125
População Idosa	10.722.705	14.536.029	20.590.599	28.369.862
% População Idosa	7,3%	8,6%	10,8%	13,5%

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010). *Dados estimados pelo IBGE (2019).

Verifica-se que, em todos os anos analisados (1991, 2000 e 2010) além da projeção estimada pelo IBGE para 2019, houve um crescimento da população idosa no Brasil, passando de aproximadamente 11 milhões de pessoas, no ano de 1991, para mais de 28 milhões, em 2019, representando um crescimento de 17,6 milhões de pessoas idosas neste intervalo de quase 30 anos, o que significa um crescimento expressivo de 164,6% na população idosa no Brasil no período analisado. Isso implica que a população idosa se tornou mais significativa no contexto brasileiro, passando de 7,3% da população em 1991 para 13,5% em 2019.

Por meio do Gráfico 02 pode-se visualizar o crescimento da parcela da população idosa que está demarcada na cor vermelha, representando um percentual cada vez maior da população brasileira (7,3%; 8,6%; 10,8% e 13,5%) ao longo dos anos analisados.

GRÁFICO 02 – POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL, ANOS 1991, 2000, 2010 e 2019

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010). *Dados estimados pelo IBGE (2019).

Dados oficiais do IBGE (2019) confirmam uma mudança profunda e fazem previsões de mudanças ainda mais significativas no perfil da população brasileira. Algumas projeções estimam que, até o ano de 2030, os idosos irão representar 18,6% da população do país e, em 2050, chegarão a ser 1/3 da população. Para se conhecer a realidade do idoso que vive neste país tão controverso que é o Brasil, numa perspectiva regional, ou seja, a partir do contorno econômico, social e sanitário; na próxima seção, serão apresentadas as regiões brasileiras, tentando um olhar a partir das suas peculiaridades.

3.2 Regiões Brasileiras: um olhar a partir de suas peculiaridades

Esta seção está subdividida em dois momentos. Inicialmente, no item 3.2.1, far-se-á uma discussão da realidade sociodemográfica das regiões brasileiras com um olhar mais atual, apresentando dados recentes, de 2019, e ora de 1991 a 2019, de cada uma das regiões do país. E, posteriormente, no item 3.2.2, far-se-á uma discussão da estrutura etária no Brasil e nas regiões brasileiras à partir de uma análise longitudinal, envolvendo dados desde 1950 até 2019, para que se possa entender o histórico e o cenário em que estas mudanças sociodemográficas foram se processando nas regiões brasileiras, ao longo do tempo.

3.2.1 Regiões Brasileiras: indicadores sociodemográficos no cenário atual

As regiões brasileiras, espaços físicos, administrativos e sociopolíticos, são carregadas de peculiaridades e de características controversas, sob as quais vive a população brasileira e sob as quais se realiza o planejamento e a gestão de políticas públicas, características e peculiaridades estas que serão apresentadas e discutidas a seguir para que se possa conhecer, do ponto de vista real e atual, as diversas realidades onde tem se processado o envelhecimento populacional no Brasil, tema que é o foco principal desta tese.

A começar da região Norte, por ser a maior região do Brasil em termos de extensão territorial, cobrindo quase metade (45,25%) do território nacional e sendo constituída por sete Estados: Amazonas, Acre, Rondônia, Roraima, Amapá, Pará e Tocantins. A Tabela 04 apresenta dados demográficos e econômicos da região Norte, mencionados, com suas respectivas Unidades da Federação, com base no censo do ano de 2010 (IBGE, 2019).

TABELA 04 - DADOS DEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS DA REGIÃO NORTE

REGIÃO NORTE	POP 2019 ¹	ÁREA ² (Km ²)	DENS. DEMOG ³	IDH ⁴	% PIB ⁵
	18.430.980	3.853.328,229	4.12	0,683	5,3%
Acre	881.935	152.581,388	4.47	0,663	0,2%
Amapá	845.731	142.814,585	4.69	0,708	0,2%
Amazonas	4.144.597	1.570.745,680	2.23	0,674	1,6%
Pará	8.602.865	1.247.689,515	6.07	0,646	2,1%
Rondônia	1.777.225	224.298,980	6.58	0,690	0,6%
Roraima	605.761	237.576,167	2.01	0,707	0,1%
Tocantins	1.572.866	277.620,914	4.98	0,699	0,5%

¹ População Estimada (IBGE, 2019)

² Extensão Territorial (IBGE, 2010)

³ Densidade Demográfica (IBGE, 2010)

⁴ Índice de Desenvolvimento Humano (PNUD/IBGE, 2010)

⁵ Participação dos Estados em relação ao PIB Nacional (IBGE, 2010)

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010). *Dados estimados pelo IBGE (2019).

Em relação aos aspectos demográficos, a região Norte é a segunda região menos populosa do país, com uma população que ultrapassa os 18,4 milhões de habitantes, representando apenas 8,8% da população brasileira (IBGE, 2019) apresentando, por sua vez, a mais baixa densidade demográfica (4,12 hab/km²) entre as regiões do país, devido à sua extensão territorial, evidenciando, por sua vez, grandes “vazios demográficos”. No ano de 2010, o Produto Interno Bruto (PIB) da região Norte representava 5,3% do PIB nacional. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-2010), de 0,683, embora esteja com um índice próximo em comparação com as outras regiões brasileiras, a região Norte apresenta o segundo

menor (pior) IDH do Brasil, superado apenas pela região Nordeste. A economia da região baseia-se nas atividades industriais, de extrativismo vegetal e mineral, inclusive de petróleo e gás natural, agricultura e pecuária, além das atividades turísticas. Os Estados que compõem a macrorregião Norte têm, em comum, o fato de serem, em sua maior parte, cobertos pela Floresta Amazônica. Grande parte da população regional vive à beira dos rios e predominam as atividades econômicas primárias (IBGE, 2019).

Em relação à região Nordeste, apresentada na Tabela 05, esta é a região com maior número de unidades federativas sendo constituída por nove Estados: Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte, Ceará, Paraíba, Bahia, Pernambuco, Alagoas e Sergipe. A população da região Nordeste é o segundo maior contingente populacional regional do país, ultrapassando os 57 milhões de habitantes, o que equivale a 27% da população brasileira (IBGE, 2019), porém, apresenta os menores indicadores sociais.

TABELA 05 - DADOS DEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS DO NORDESTE

REGIÃO NORDESTE	POP 2019¹	ÁREA² (Km²)	DENS. DEMOG³	IDH⁴	% PIB⁵
	57.071.654	1.554.257,000	34,15	0,659	13,5%
Alagoas	3.337.357	27.767,661	112.33	0,631	0,7%
Bahia	14.873.064	564.692,669	24.82	0,660	3,8%
Ceará	9.132.078	148.825,602	56.76	0,682	2,1%
Maranhão	7.075.181	331.983,293	19.81	0,639	1,3%
Paraíba	4.018.127	56.439,838	66.70	0,658	0,9%
Pernambuco	9.557.071	98.311,616	89.63	0,673	2,7%
Piauí	3.273.227	251.529,186	12.40	0,646	0,6%
Rio Grande do Norte	3.506.853	52.796,791	59.99	0,684	0,9%
Sergipe	2.298.696	21.910,348	94.35	0,665	0,6%

¹ População Estimada (IBGE, 2019)

² Extensão Territorial (IBGE, 2010)

³ Densidade Demográfica (IBGE, 2010)

⁴ Índice de Desenvolvimento Humano (PNUD/IBGE, 2010)

⁵ Participação dos Estados em relação ao PIB Nacional (IBGE, 2010)

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010). *Dados estimados pelo IBGE (2019).

Apesar de ser a terceira maior economia do país, representando cerca de 13,5% do PIB Nacional, o turismo da região Nordeste ainda é a alavanca econômica mais significativa. Ainda assim, é a região com o mais baixo PIB *per capita*. A distribuição de renda nessa região teve melhoria importante na década de 2000, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2012). Ainda assim, os indicadores econômicos e sociais da região Nordeste são preocupantes, trazendo um alerta de que encaminhamentos são necessários para minimizar ou solucionar a diversidade de problemas presentes nesta região.

Ressalta-se a precária estrutura econômica e social desse espaço regional, corroborando o que Santos (2002, p.271-272) reporta quando afirma que,

O Nordeste [...] é uma área de povoamento antigo, onde a constituição do meio mecanizado se deu de forma pontual e pouco densa e onde a respectiva circulação de pessoas, produtos, informações, ordens e dinheiro era precária, tanto em razão do tipo e da natureza das atividades (sobretudo uma agricultura pouco intensiva) como em virtude da estrutura da propriedade (SANTOS, 2002, p.271-272).

Nesta perspectiva, a situação da região Nordeste faz alusão a uma herança econômica e social problemática frente ao desenvolvimento da região, conforme mostra a obra literária *Morte e Vida Severina* (João Cabral de Melo Neto, 1955), citado por Castro (1996), afirmando que a “região Nordeste é a parte do território nacional que mais desafios têm colocado à compreensão da inter-relação dinâmica dos fatores econômicos, políticos, sociais e territoriais do processo de desenvolvimento” (CASTRO, 1996, p.286). Ressalta-se, ainda, o fato de que persistem nesta região antigas estruturas tradicionais e excludentes, como a concentração da renda, da terra e do poder político, o que ganha forma e dinâmica através do latifúndio, das condições de vida inadequadas de parte da população e da perpetuação histórica de grupos políticos ligados ao poder na região e também perpetuação da pobreza, ainda não solucionada para um grande contingente populacional desta região.

Na Tabela 06 estão especificados dados referentes à região Centro-Oeste, com base nas informações do último censo demográfico (IBGE, 2010) e demais fontes de dados estimados.

TABELA 06 - DADOS DEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS DA REGIÃO CENTRO-OESTE

REGIÃO CENTRO-OESTE	POP 2019¹	ÁREA² (Km²)	DENS. DEMOG³	IDH⁴	% PIB⁵
	16.297.074	1.606.371,505	8.75	0,753	9,3%
Mato Grosso do Sul	2.778.986	357.124,962	6.86	0,729	1,4%
Mato Grosso	3.484.466	903.357,908	3.36	0,725	1,8%
Goiás	7.018.354	340.086,698	17.65	0,735	2,9%
Distrito Federal	3.015.268	5.801,937	444.07	0,824	3,4%

¹ População Estimada (IBGE, 2019)

² Extensão Territorial (IBGE, 2010)

³ Densidade Demográfica (IBGE, 2010)

⁴ Índice de Desenvolvimento Humano (PNUD/IBGE, 2010)

⁵ Participação dos Estados em relação ao PIB Nacional (IBGE, 2010)

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010). *Dados estimados pelo IBGE (2019).

Com uma população alcançando 16,3 milhões de habitantes (IBGE, 2019), a menos populosa do país, equivalente a apenas 7,8% da população brasileira, a região Centro-

Oeste é constituída de três unidades da federação e um Distrito Federal: Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Brasília. É a única que não possui litoral e sua economia é baseada, especialmente, nas atividades agropecuárias e no extrativismo. Uma peculiaridade em relação à região Centro-Oeste é a presença de um Distrito Federal que configura-se com a menor unidade federativa brasileira, e a única que não possui municípios. Sua extensão territorial abrange somente a capital federal do Brasil, Brasília, que foi projetada com menos de 6 mil quilômetros quadrados de extensão territorial trazendo, portanto, discrepância nos dados gerais relacionados às características locais (densidade demográfica muito alta, extensão territorial muito pequena, IDH muito elevado, etc.).

Voltando para as características da região Centro-Oeste, a vegetação predominante é o cerrado. O incremento do processo de urbanização e o aumento do índice populacional estão relacionados à dinâmica migratória, com a implantação da capital federal, desde o desenvolvimento da agropecuária com construção de rodovias até as grandes obras de infraestrutura, tornando-se uma região de forte crescimento populacional apesar de ainda se apresentar como a região de menor número de habitantes do Brasil.

Algumas características da região Centro-Oeste são destacadas por Bernades (1996, p.327) quando afirma que:

Em países semi-industrializados como o Brasil, em regiões antes consideradas periféricas, a exemplo do Centro-Oeste, sob o impulso da técnica, há condições para atividades com alto nível de capital, tecnologia e organização, dando lugar a fenômenos de descentralização seletiva. Ainda que as atividades de comando tendam a se manter concentradas, a rede de atividades produtivas mais modernas tende a se expandir territorialmente, o que pressupõe a compreensão da atuação do Estado nos movimentos de localização/relocalização e os mecanismos desenvolvidos (BERNADES, 1996, p.327).

Em relação à região Sudeste, trata-se da região mais populosa do Brasil, compondo 42% da população do país, ultrapassando 88,3 milhões de habitantes (IBGE, 2019). Esta região é composta por quatro estados: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo.

A região Sudeste, historicamente e ainda nos dias atuais, refere-se à que mais atrai o movimento migratório, no Brasil de ontem e no Brasil de hoje, e é considerada a região mais desenvolvida do país do ponto de vista econômico, correspondendo a mais da metade (55,4%) do PIB brasileiro. Por se destacar no cenário nacional nos quesitos industrial, comercial e financeiro, representa oportunidades de trabalho para um grande contingente da

população do país, o que faz com que esta região enfrente grandes problemas sociais como a favelização e superpopulação. A Tabela 07 apresenta dados relacionados a esta pujante região brasileira.

TABELA 07 - DADOS DEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS DA REGIÃO SUDESTE

REGIÃO SUDESTE	POP 2019 ¹	ÁREA ² (Km ²)	DENS. DEMOG ³	IDH ⁴	% PIB ⁵
	88.371.433	922.511,292	86.92	0,753	55,4%
Minas Gerais	21.168.791	586.528,293	33.41	0,731	9,3%
Espírito Santo	4.018.650	46.077,519	76.25	0,740	2,2%
Rio de Janeiro	17.264.943	43.696,054	365.23	0,761	10,8%
São Paulo	45.919.049	248.209,426	166.25	0,783	33,1%

¹ População Estimada (IBGE, 2019)

² Extensão Territorial (IBGE, 2010)

³ Densidade Demográfica (IBGE, 2010)

⁴ Índice de Desenvolvimento Humano (PNUD/IBGE, 2010)

⁵ Participação dos Estados em relação ao PIB Nacional (IBGE, 2010)

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010). *Dados estimados pelo IBGE (2019).

A região Sudeste assume lugar de destaque no país por se tratar do maior centro econômico do Brasil e pela dinâmica dos setores primário e terciário locais. As duas maiores cidades do país e da região, São Paulo e Rio de Janeiro, conseguiram polarizar as principais decisões econômicas do Brasil, atraindo grandes contingentes populacionais. A capital paulista, por exemplo, é a maior metrópole do país, privilegiada pela reprodução do capital e da gestão do território (BRITO, SOUZA; 2005).

A região Sul, por sua vez, apresenta a menor extensão territorial do país e diferencia-se das demais regiões especialmente pela colonização predominantemente europeia, formada por três estados: Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul. A Tabela 08 apresenta os principais dados demográficos dessa região.

TABELA 08 - DADOS DEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS DA REGIÃO SUL

REGIÃO SUL	POP 2019 ¹	ÁREA ² (Km ²)	DENS. DEMOG ³	IDH ⁴	% PIB ⁵
	29.975.984	576.409,569	48.58	0,756	16,5%
Paraná	11.433.957	199.314,850	52.40	0,749	5,8%
Santa Catarina	7.164.788	95.346,181	65.29	0,774	4,0%
Rio Grande do Sul	11.377.239	281.748,538	39.79	0,746	6,7%

¹ População Estimada (IBGE, 2019)

² Extensão Territorial (IBGE, 2010)

³ Densidade Demográfica (IBGE, 2010)

⁴ Índice de Desenvolvimento Humano (PNUD/IBGE, 2010)

⁵ Participação dos Estados em relação ao PIB Nacional (IBGE, 2010)

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010). *Dados estimados pelo IBGE (2019).

A região Sul conta com quase 30 milhões de habitantes, representando cerca de 14,3% da população brasileira (IBGE, 2019) apresentando, também, os melhores indicadores sociais do país, especialmente no que se refere à saúde e educação. Com um clima mais temperado, destacam-se áreas de agropecuária moderna e com uso intensivo de tecnologia e de importante industrialização mecanizada.

Com base nos dados apresentados acima sobre as cinco regiões brasileiras, é importante destacar que apesar da redução das disparidades entre as macrorregiões brasileiras ter se acentuado nos últimos anos, muito ainda é necessário para que o Brasil vença o passivo histórico de desigualdades (BRASIL, 2016).

A partir deste ponto em diante, serão consolidados dados dos anos censitários de 1991, 2000 e 2010, escopo do presente estudo trazendo, em alguns casos e quando disponíveis, projeções e estimativas sociais e demográficas do ano de 2019, estratificando estes dados e informações para as macrorregiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Nesta perspectiva, a Tabela 09 apresenta uma síntese da população do Brasil distribuída nas cinco regiões do país segundo a população total e a participação percentual de cada região nestes anos censitários. Apesar dos anos analisados serem os citados anteriormente, esta tabela também apresenta a projeção estimada para o ano de 2019, conforme a própria plataforma do IBGE.

TABELA 09 - POPULAÇÃO TOTAL E PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL POR REGIÃO BRASILEIRA, NO PERÍODO ENTRE 1991 E 2019

POPULAÇÃO POR REGIÃO	1991		2000		2010		2019*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Norte	10.030.556	6,8	12.900.704	7,6	15.864.454	8,3	18.430.980	8,8
Nordeste	42.497.540	28,9	47.741.711	28,1	53.081.950	27,8	57.071.654	27,2
Sudeste	62.740.401	42,7	72.412.411	42,6	80.364.410	42,1	88.371.433	42,1
Sul	22.129.377	15,2	25.107.616	14,8	27.386.891	14,4	29.975.984	14,1
Centro-Oeste	9.427.601	6,4	11.636.728	6,9	14.058.094	7,4	16.297.074	7,8
TOTAL	146.825.475		169.799.170		190.755.799		210.147.125	

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010). *Dados estimados pelo IBGE (2019).

Verifica-se que a região Sudeste apresentou ser a mais populosa do país, mantendo-se na faixa dos 42% da população total do país em todos os anos analisados. Em seguida tem-se a região Nordeste, com uma parcela oscilando entre 27 e 28% da população total brasileira. Vale destacar que ambas as regiões (Sudeste e Nordeste) perfazem 70% da população total do país. As regiões com a menor fatia populacional foram Norte (8,3%) e Centro-Oeste (7,4%), em 2010, mantendo-se próximo disso na projeção para 2019. Falando em população total do Brasil, a Tabela 10 apresenta a taxa de crescimento do Brasil e por

regiões brasileiras, demonstrando uma queda generalizada nas taxas anuais de crescimento populacional, determinado principalmente pela redução nos níveis da fecundidade, que refletem na redução da taxa bruta de natalidade (SIMÕES, 2016; CAMARANO, 2014). Outro fator que explica a queda da taxa de crescimento é a diminuição no volume dos fluxos migratórios, minimizando a contribuição deste componente no crescimento demográfico (GLAESER, 2011). As regiões Norte e Centro-Oeste apresentam as taxas mais elevadas.

TABELA 10 - TAXA DE CRESCIMENTO NO BRASIL E NAS REGIÕES BRASILEIRAS SEGUNDO DÉCADAS, PERÍODO 1991-2019

Região	1991-2000	2000-2010	2010-2019*
Brasil	1,64	1,17	1,00
Região Norte	2,86	2,09	1,53
Região Nordeste	1,31	1,07	0,58
Região Sudeste	1,62	1,05	0,80
Região Sul	1,43	0,87	0,81
Região Centro-Oeste	2,39	1,91	1,28

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010). Projeções e estimativas do Brasil e das Unidades da Federação (2019*). Disponível em <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Adaptação: Ottoni, 2019.

Verifica-se um declínio na taxa de crescimento em todas as regiões do Brasil nos períodos de 1991-2000, 2000-2010 e 2010-2019, sendo este declínio mais intenso nas regiões Sul e Nordeste. Este valor da taxa refere-se à média anual obtida entre dois censos demográficos, para um determinado ano selecionado, no qual esse índice indica a intensidade de crescimento anual da população residente. A taxa é influenciada pela dinâmica da natalidade, da mortalidade e das migrações (IBGE, 2019). Conforme o Portal do IBGE, o principal fator responsável pela diminuição da taxa de crescimento foi a queda na taxa de natalidade nesse período analisado (TAB. 10). Sobre a importância da taxa de natalidade no envelhecimento populacional de um país, Kalache et al. (1987) foram citados nos capítulos anteriores argumentando se tratar de um processo dinâmico. As regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram as taxas mais elevadas de crescimento.

E por falar em níveis de fecundidade e índices de natalidade, é relevante mencionar alguns conceitos para uma melhor compreensão de tais indicadores. A começar pela Taxa de Fecundidade Total que é definida, conforme a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), pelo número médio de filhos nascidos vivos, tidos por mulher ao final do seu período reprodutivo, em determinado espaço geográfico, ou seja, a Taxa de Fecundidade Total representa a condição reprodutiva média de mulheres (14 a 49 anos), sendo este um dos principais indicadores da dinâmica demográfica. É importante mencionar que a própria Biblioteca do IBGE traz definições acerca de indicadores

sociodemográficos e explica que taxas inferiores a 2,1 indicam fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional (GALLAGHER, 2018) e, geralmente, está associado a diversos fatores como, por exemplo, a urbanização crescente, a redução da mortalidade infantil, a melhoria do nível educacional, a ampliação do uso de métodos contraceptivos, a maior participação da mulher na força de trabalho e a instabilidade de emprego (GALLAGHER, 2018; CAMARANO, 2014). A Tabela 11 apresenta a Taxa de Fecundidade Total no Brasil e Regiões.

TABELA 11 - TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL NO BRASIL E NAS REGIÕES BRASILEIRAS, PERÍODO 1991-2019

BRASIL E REGIÕES	1991	2000	2010	2019*
Brasil	2,73	2,29	1,82	1,83
Região Norte	3,99	3,01	2,34	2,07
Região Nordeste	3,38	2,54	1,92	1,74
Região Sudeste	2,28	2,06	1,67	1,72
Região Sul	2,45	2,08	1,66	1,74
Região Centro-Oeste	2,60	2,17	1,82	1,89

Fonte: MS/SVS/Sistema de Informações sobre nascidos vivos. IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010). Projeção 2019 da Agência de Notícias IBGE/GOV: Projeção Da População – Adaptação: OTTONI, 2019.

Observa-se, no período analisado, um continuado declínio nas taxas de fecundidade total. De um modo geral, no Brasil, as mulheres tinham, em média, menos de três filhos (2,73) no ano de 1991, diminuindo para menos de dois filhos (1,83), em 2019. A Taxa de Fecundidade Total cai em todas as regiões brasileiras. Na região Norte, por exemplo, no ano de 1991, as mulheres tinham, em média, quase quatro filhos (3,99) ao final do seu período reprodutivo, caindo para praticamente dois filhos (2,07), na projeção para 2019. Outra importante revelação é que, com exceção da região Norte, as demais macrorregiões brasileiras, em 2010, apresentaram valores inferiores ao limiar de reposição da população (2,1 filhos), mencionado anteriormente (GALLAGHER, 2018). A projeção de 2019 vem da plataforma de projeções do IBGE com dados estimados e projetados apresentados na última coluna, confirmando para este ano queda na taxa de fecundidade para as regiões Nordeste e Norte e leve crescimento para as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste (TAB. 11).

Outro importante indicador que traz contribuições relevantes acerca destas transições etárias é a Taxa de Natalidade Bruta que refere-se ao número de nascidos vivos, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Expressa a frequência anual de nascidos vivos e é influenciada pela estrutura da população quanto à idade e sexo. Grinberg e Grinberg (1999) argumentam que o aumento da expectativa de vida e a queda da natalidade já eram previstas por muitos especialistas e isso fez com que o mundo

abrisse os olhos para o fenômeno global do envelhecimento. A Tabela 12, a seguir, apresenta dados da Taxa de Natalidade Bruta no Brasil e nas grandes regiões brasileiras, demonstrando claramente o fenômeno da queda da taxa de natalidade prevista por vários pesquisadores. Nas macrorregiões Norte e Nordeste predominam valores mais elevados em relação às demais regiões, com taxas acima da média nacional. Já as regiões Sul e Sudeste, por sua vez, apresentam valores historicamente abaixo da média do Brasil.

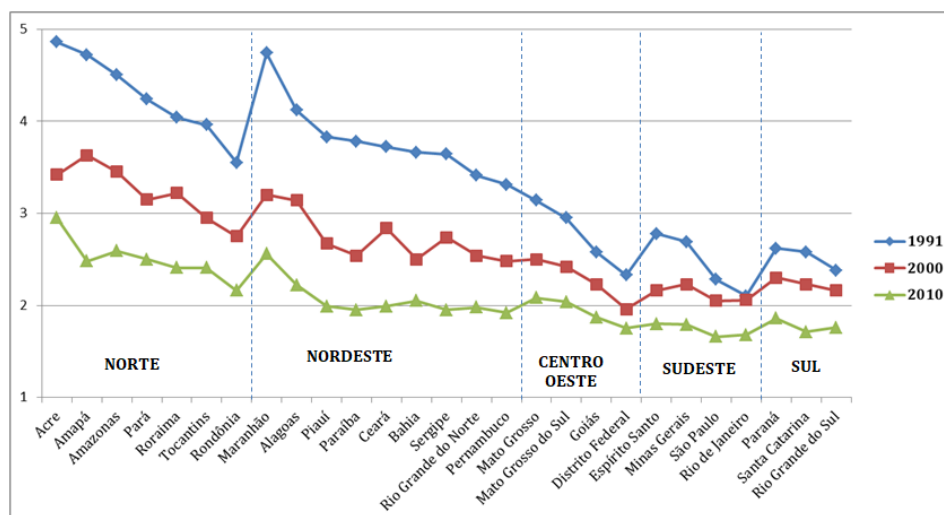
TABELA 12 - TAXA BRUTA DE NATALIDADE NO BRASIL E NAS REGIÕES BRASILEIRAS, PERÍODO 1991-2019

BRASIL E REGIÕES	1991	2000	2010	2019*
Brasil	23,39	20,32	15,78	15,09
Região Norte	31,93	27,82	21,60	18,34
Região Nordeste	26,81	22,61	17,28	14,88
Região Sudeste	20,23	18,27	14,20	13,41
Região Sul	21,49	17,75	13,72	13,36
Região Centro-Oeste	24,38	20,94	16,53	15,44

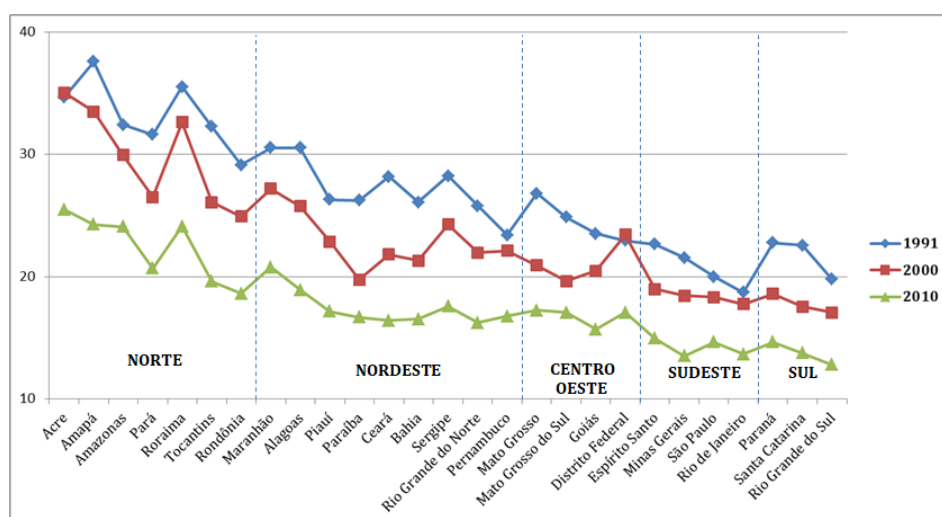
Fonte: Ministério da Saúde/CENEPI: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). IBGE: Censo Demográfico, Contagem Intercensitária, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas. IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010). Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação (2019*). Adaptação: OTTONI, 2020.

Entender a dinâmica da Taxa Bruta de Natalidade é compreender que este valor representa o número de crianças nascidas vivas no período de um ano. O cálculo é feito a cada mil habitantes, e o resultado é dado em permilagem (número por mil). Por isso, foram elaborados dois gráficos, apresentados consecutivamente, contendo todas as Unidades da Federação (Estados do Brasil) para mostrar, de forma mais dinâmica, os índices da Taxa de Fecundidade e da Taxa de Natalidade dos Estados Brasileiros, sendo estes separados por macrorregião com um tracejo pontilhado e nos anos de referência do estudo.

Similar à situação da Taxa de Fecundidade, observa-se que a Taxa de Natalidade apresenta-se estável, em declínio ou reduzida, sobretudo nos Estados das macrorregiões Sul e Sudeste do Brasil, podendo representar algumas características relacionadas ao desenvolvimento regional, tais como: implementação de políticas públicas voltadas à saúde e à educação que atendem à população de maneira mais eficiente; as famílias sendo mais planejadas; as mulheres estando cada vez mais inseridas no mercado de trabalho, tardando casamentos e filhos; ou, até mesmo, o acesso à saúde, medicamentos e métodos contraceptivos (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2004; GALLAGHER, 2018; CAMARANO, 2014). Tanto no Gráfico 03 quanto no Gráfico 04 é possível verificar que os Estados e as macrorregiões mais pobres do Brasil (com mais problemas sociais), são as que apresentam os maiores índices.

GRÁFICO 03 – TAXA DE FECUNDIDADE NAS REGIÕES BRASILEIRAS, 1991 A 2010.

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010).

GRÁFICO 04 – TAXA DE NATALIDADE NAS UNIDADES DE FEDERAÇÃO, 1991 A 2010.

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010).

Quando a Taxa de Natalidade é elevada, como nos Estados das macrorregiões Norte e Nordeste, esta pode ser caracterizada em decorrência dos problemas sociais vividos naquele espaço regional revelando, inclusive, que as políticas públicas referentes à saúde, educação e oportunidades de emprego podem ser ineficientes nestes espaços regionais. Pode, também, configurar que boa parte da população vive em situação precarizada ou de pobreza faltando, inclusive, recursos básicos para viver e qualidade de vida baixa (RIOS-NETO, 2005). Vale esclarecer, mais uma vez, que tanto a Taxa de Fecundidade quanto a Taxa de Natalidade, quando apresenta baixa ou em declínio, pode configurar um bom planejamento familiar, maior acesso de mulheres ao mercado de trabalho, bons programas de saúde em relação aos métodos contraceptivos, bem como os bons índices relacionados à educação.

Geralmente, as regiões mais desenvolvidas como o Sul e o Sudeste do Brasil apresentam índices baixos de natalidade e de fecundidade. Isso reflete na dinâmica da população, que passa a apresentar maior envelhecimento populacional e diminuição da população economicamente ativa (KALACHE et al., 1987). Em regiões menos desenvolvidas, como o Norte e o Nordeste do país, geralmente essas taxas se apresentam elevadas (natalidade e fecundidade), pois, é comum que as mulheres procriem mais em decorrência da falta de políticas públicas voltadas à saúde e ao planejamento familiar. A Tabela 13 apresenta todos os índices que foram utilizados para elaborar os Gráficos 03 e 04, nos respectivos anos e Unidades da Federação.

TABELA 13 - TAXA DE FECUNDIDADE E DE NATALIDADE DO BRASIL, DAS REGIÕES E DAS UNIDADES DE FEDERAÇÃO NOS ANOS 1991, 2000, 2010 E 2019

Indicador	TAXA DE FECUNDIDADE				TAXA BRUTA DE NATALIDADE			
	1991	2000	2010	2019*	1991	2000	2010	2019*
BRASIL	2,73	2,29	1,82	1,83	23,39	20,32	15,78	15,09
Região Norte	3,99	3,01	2,34	2,07	31,93	27,82	21,60	18,34
Rondônia	3,55	2,75	2,16	1,88	29,12	24,93	18,61	16,11
Acre	4,86	3,42	2,95	2,18	34,65	35,05	25,50	19,33
Amazonas	4,50	3,45	2,59	2,25	32,40	29,93	24,09	19,90
Roraima	4,04	3,22	2,41	2,28	35,53	32,61	24,12	20,39
Pará	4,24	3,15	2,50	1,91	31,60	26,49	20,68	17,02
Amapá	4,72	3,63	2,48	2,25	37,57	33,48	24,26	19,90
Tocantins	3,96	2,95	2,41	1,92	32,25	26,09	19,60	16,50
Região Nordeste	3,38	2,54	1,92	1,74	26,81	22,61	17,28	14,88
Maranhão	4,74	3,20	2,56	1,91	30,54	27,19	20,78	17,03
Piauí	3,83	2,67	1,99	1,75	26,29	22,87	17,17	14,90
Ceará	3,72	2,84	1,99	1,69	28,18	21,81	16,41	14,60
Rio Grande do Norte	3,41	2,54	1,98	1,65	25,79	21,96	16,22	13,75
Paraíba	3,78	2,54	1,95	1,75	26,24	19,75	16,67	14,49
Pernambuco	3,31	2,48	1,92	1,75	23,39	22,12	16,76	14,57
Alagoas	4,12	3,14	2,22	1,75	30,52	25,76	18,93	15,44
Sergipe	3,64	2,74	1,95	1,73	28,24	24,26	17,57	15,09
Bahia	3,66	2,50	2,05	1,68	26,09	21,31	16,52	14,05
Região Sudeste	2,28	2,06	1,67	1,72	20,23	18,27	14,20	13,41
Minas Gerais	2,69	2,23	1,79	1,61	21,55	18,45	13,53	12,70
Espírito Santo	2,78	2,16	1,80	1,83	22,66	18,97	14,95	14,46
Rio de Janeiro	2,10	2,06	1,68	1,73	18,71	17,77	13,66	13,18
São Paulo	2,28	2,05	1,66	1,72	19,99	18,31	14,66	13,28
Região Sul	2,45	2,08	1,66	1,74	21,49	17,75	13,72	13,36
Paraná	2,62	2,30	1,86	1,79	22,77	18,59	14,65	13,94
Santa Catarina	2,58	2,23	1,71	1,74	22,55	17,54	13,75	13,66
Rio Grande do Sul	2,38	2,16	1,76	1,68	19,79	17,06	12,79	12,48
Região Centro-Oeste	2,60	2,17	1,82	1,89	24,38	20,94	16,53	15,44
Mato Grosso do Sul	2,95	2,42	2,04	2,02	24,87	19,64	17,07	15,97
Mato Grosso	3,14	2,50	2,08	2,06	26,81	20,91	17,24	16,58
Goiás	2,58	2,23	1,87	1,78	23,51	20,48	15,71	14,54
Distrito Federal	2,33	1,96	1,75	1,68	22,95	23,44	17,07	14,67

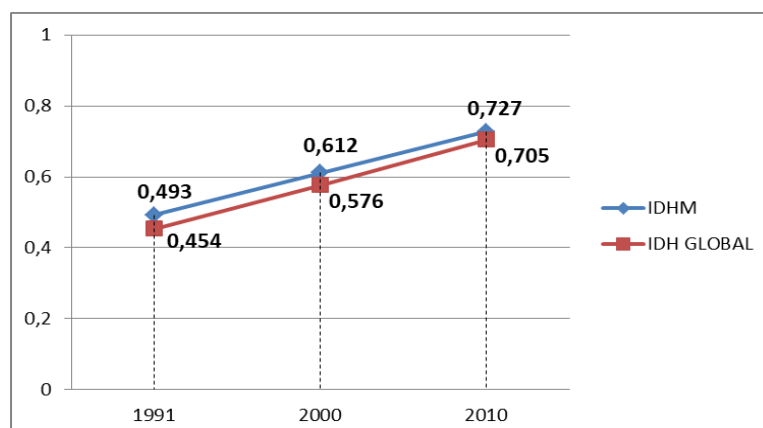
Fonte: Ministério da Saúde/CENEPI: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). IBGE: Censo Demográfico, Contagem Intercensitária, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas. IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010). Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação (2019*). Adaptação: OTTONI, 2020.

As desigualdades sociais e econômicas nas regiões do Brasil e suas macrorregiões, intrinsecamente vinculadas ao processo histórico do desenvolvimento de cada espaço, desde a industrialização até a urbanização, podem trazer novas revelações e reflexões que contribuirão, sobremaneira, para posteriores análises. Para a caracterização dos próximos cenários foram utilizados dados secundários dos principais sistemas de informação do Brasil, atualmente armazenados nas mais diversas plataformas.

Sequencialmente, tratar-se-á então, de uma análise das condições de vida da população brasileira, de maneira geral e especificamente nas diferentes macrorregiões do país, organizada a partir das desigualdades e disparidades econômicas e sociais por meio da apresentação de alguns indicadores socioeconômicos clássicos comumente utilizados, tais como: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Produto Interno Bruto - PIB, renda *per capita*, acesso à educação (grau de escolaridade, taxa de analfabetismo), Coeficiente de Gini, entre outros. A começar pela análise de um dos mais importantes indicadores sociais denominado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Trata-se de um indicador síntese, uma unidade de medida utilizada para aferir, tecnicamente, o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade em seus principais quesitos, enquanto variáveis, relacionados à educação, saúde e renda (BRASIL, 2016).

A utilização dessas variáveis permite realizar análises comparativas e tem uma referência numérica que varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo de “zero”, menor é o indicador de desenvolvimento para os quesitos de saúde, educação e renda. Quanto mais próximo de “um”, melhores são as condições para esses quesitos. O Gráfico 05 apresenta tanto o Índice de Desenvolvimento Humano Global (IDH) quanto o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em relação ao Brasil, nos anos de 1991, 2000 e 2010.

GRÁFICO 05 – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 1991 A 2010



Fonte: IBGE - Censos Demográficos (CLOSS; SHAWANKE, 2012). Adaptado: OTTONI, 2020.

Segundo classificação do PNUD (BRASIL, 2016), municípios com índice variando de 0 a 0,499 o IDH é muito baixo. De 0,500 a 0,599, baixo. De 0,600 até 0,699, médio de 0,700 a 0,799 alto e muito alto de 0,800 a 1,000. Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), este indicador é uma adaptação metodológica do IDH Global ao nível municipal. Ambos agregam as dimensões de saúde, educação e renda, mas, há diferenças em seus algoritmos, ou seja, para o cálculo do IDHM, todos os dados foram extraídos dos Censos Demográficos do IBGE, ao passo que o IDH Global traz dados do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da ONU, Instituto de Estatísticas da UNESCO, Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (ATLAS BRASIL, 2013).

Como a presente tese poderá servir de futuros estudos e pesquisas, quiçá com análises comparativas entre as grandes regiões e Estados brasileiros, optou-se por utilizar os dados do IDHM por Unidades de Federação, utilizando-se da média aritmética quando estratificados por macrorregiões. É importante salientar que o IDH Global possui, como elementos norteadores, os indicadores de expectativa de vida (quesito saúde), anos de escolaridade (quesito educação) e renda *per capita* (quesito renda); contudo, eles apresentam limitações que precisam ser mencionadas e ponderadas, uma vez que não estão diretamente relacionadas com a qualidade dos serviços ofertados na saúde, assim como com a desigualdade quando se trata da distribuição de renda entre as pessoas, o que justifica, mais uma vez, a utilização do IDHM.

A Tabela 14 apresenta um crescimento de 47,5% em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) no Brasil, entre o período de 1991 e 2010, segundo o “Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil de 2010”, divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (ATLAS BRASIL, 2013). Vale ressaltar que,

para se calcular o IDHM, faz-se necessário os anos censitários. Isso justifica o motivo pelo qual não foram utilizadas projeções para 2019.

TABELA 14 - MÉDIA DOS ÍNDICES DE IDHM NO BRASIL E NAS REGIÕES BRASILEIRAS, PERÍODO 1991-2010

IDHM	1991	2000	2010
Brasil	0,493	0,612	0,727
Região Norte	0,422	0,541	0,684
Região Nordeste	0,393	0,512	0,660
Região Sudeste	0,534	0,658	0,754
Região Sul	0,531	0,663	0,756
Região Centro-Oeste	0,510	0,639	0,753

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013). Disponível em <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>.

No período de 1991 a 2010 registrou-se uma melhoria substancial no IDHM do Brasil que saiu de um IDHM ‘muito baixo’ (0,493), em 1991, para uma situação de alto desenvolvimento humano, no ano de 2010 (0,727), de acordo com as faixas de desenvolvimento humano adotadas pelo Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Mesmo com este importante indicador em alta, segundo o Relatório Global de Desenvolvimento Humano (BRASIL, 2016), o Brasil vem se mostrando, ainda, um dos países mais desiguais do mundo e, atualmente, vem ocupando a 10ª posição no *ranking* da desigualdade, dentro de um universo de 143 países (medida pelo coeficiente de *Gini*).

Ainda quanto aos dados da Tabela 14, os maiores IDHM encontrados, em 2010, foram nas regiões Sul e Sudeste, com valor de 0,756 e 0,754, respectivamente; e o menor, o da região Nordeste, com 0,660. Verifica-se, contudo, um importante avanço no IDHM em todas as regiões brasileiras desde 1991, quando apenas poucas macrorregiões alcançavam ‘médio’ e nenhuma alcançava ‘alto’ desenvolvimento humano.

Entretanto, apesar da evolução, as regiões Norte e Nordeste ainda são regiões que apresentam os menores Índices de Desenvolvimento Humano estando, nos anos analisados, sempre abaixo da média dos índices gerais do Brasil. Estas regiões apresentaram, em 1991, a faixa de ‘muito baixo desenvolvimento humano’ alcançando o ‘médio desenvolvimento humano’, em 2010. As Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, por sua vez, evoluíram de ‘médio desenvolvimento humano’, nos anos de 1991 e 2000, para ‘alto desenvolvimento humano’, em 2010. O Anexo I apresenta todos os dados do IDHM, separados por IDH Renda, IDH Longevidade e IDH Educação, estratificados por regiões e por Unidade da Federação, nos anos 1991, 2000 e 2010.

É importante salientar que o índice calculado a partir dos dados de saúde, educação e renda tem melhorado no Brasil, nas regiões e nos estados brasileiros no período de 1991 a 2010, o que é favorável e positivo (BRASIL, 2016). Outra informação sobre este indicador é que quanto ao quesito ‘educação’, este se refere à quantidade média de anos de estudo de uma população e o que se entende é que, quanto maior for o tempo de permanência de uma determinada população na escola, melhores serão as chances de desenvolvimento de determinado Estado, região ou país. Na variável ‘saúde’, avalia-se a expectativa de vida dos cidadãos e entende-se que, quanto maior for esta esperança de vida melhores são as condições de vida dos seus habitantes. Já no quesito ‘renda’, mede-se o valor médio do rendimento de cada cidadão com base na média do Produto Interno Bruto (PIB), que é a soma de toda a riqueza produzida por um país em determinado período, dividida pelo número de habitantes.

Por falar em PIB, muita coisa mudou nas últimas décadas, do ponto de vista espacial, na economia e na sociedade brasileira: alguns vazios demográficos foram sendo ocupados e as disparidades entre os PIB’s *per capita* foram diminuindo, reduzindo algumas desigualdades sociais entre as regiões e estados brasileiros. A Tabela 15 apresenta a participação das macrorregiões brasileiras no PIB Bruto Real do Brasil, nos anos de 1991, 2000 e 2010.

TABELA 15 - PARTICIPAÇÃO DAS REGIÕES NO PIB BRUTO REAL DO BRASIL, PERÍODO 1991-2010

PIB BRUTO REAL (em %)	1991	2000	2010
Região Norte	4,71	4,60	5,02
Região Nordeste	13,37	13,09	13,07
Região Sudeste	58,71	57,79	56,41
Região Sul	17,11	17,57	16,64
Região Centro-Oeste	6,10	6,95	8,87

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010), IPEA (para 2010, estimativas de RCA). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013). Disponível em <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>.

Considerando o ano de 2010, a região que tem maior participação em relação ao PIB do Brasil é a região Sudeste, respondendo por mais da metade (56,41%) do PIB bruto real brasileiro. A Região Sul é a que apresenta a segunda maior participação, sendo responsável por uma parcela de 16,64% do PIB do país. Em contraponto, as regiões Norte e Centro-Oeste foram as que apresentaram as menores participações no PIB brasileiro neste ano, respondendo por apenas 5,02% e 8,87%, do PIB brasileiro, respectivamente (TAB. 15).

Em relação ao histórico da participação das regiões brasileiras no PIB nacional, a região Centro-Oeste foi a que mais cresceu, passando de 6,10%, em 1991, para 8,87%, em

2010. Uma região que teve um tímido crescimento foi a Norte que experimentou crescimento de apenas 0,31%. Algumas regiões, como as regiões Sudeste, Nordeste e Sul, decresceram suas respectivas participações no PIB total brasileiro ao longo dos anos analisados, devido ao crescimento na participação das demais regiões. O Anexo II apresenta informações mais detalhadas sobre o Produto Interno Bruto, sobre a participação regional no PIB do país, população residente e PIB *per capita*, segundo as grandes regiões e as Unidades da Federação, nos anos analisados. Estes dados foram anexados no estudo para destacar que em oito Unidades da Federação, o PIB *per capita* ficou acima da média nacional: Distrito Federal, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Santa Catarina, Mato Grosso, Rio Grande do Sul e Paraná. É possível observar que neste conjunto de Estados, encontram-se todos os estados da região Sul, três da região Sudeste e dois do Centro-Oeste, evidenciando que as regiões Sul e Sudeste são as regiões mais atrativas do país, economicamente.

Outro dado relevante para se compreender as disparidades socioeconômicas e regionais no Brasil é o Índice de Gini, uma vez que este indicador mede o grau de concentração da distribuição de renda domiciliar *per capita* de uma determinada população e, conseqüentemente, os níveis de desigualdade em um determinado espaço geográfico. O Índice de Gini oscila entre 0 e 1 e é interpretado da seguinte maneira: quanto mais próximo de 1, maior a desigualdade na distribuição de renda e, quanto mais próximo de 0, menor seria esta desigualdade. Geralmente, este indicador é usado para analisar diferenciais na concentração de renda pessoal ao longo de toda a renda distribuída. Isso indica que este indicador pode contribuir para a compreensão da situação socioeconômica da população de uma determinada localidade, identificando segmentos que requerem maior atenção de políticas públicas nas diversas áreas como saúde, educação, proteção social, entre outras.

A Tabela 16 apresenta o comportamento do Índice de Gini no Brasil e especificamente nas cinco regiões brasileiras nos anos de 1991, 2000 e 2010, reforçando, mais uma vez, o fato de que as regiões Sul e Sudeste apresentam valores mais baixos que a média nacional, confirmando uma menor desigualdade na renda domiciliar *per capita*. Já as regiões Norte e Nordeste apresentaram oscilações no Índice de Gini, sempre volumosas, em relação à marca Nacional, demonstrando maior desigualdade de renda nessas regiões.

TABELA 16 - ÍNDICE DE GINI DA RENDA DOMICILIAR *PER CAPITA* NO BRASIL E NAS REGIÕES BRASILEIRAS, PERÍODO 1991-2010

ÍNDICE DE GINI	1991	2000	2010
Brasil	0,6383	0,6460	0,6086
Região Norte	0,6257	0,6545	0,6319
Região Nordeste	0,6593	0,6682	0,6277
Região Sudeste	0,5984	0,6093	0,5850
Região Sul	0,5857	0,5893	0,5337
Região Centro-Oeste	0,6244	0,6420	0,6019

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010).

Apesar de debates distintos acerca do comportamento das disparidades regionais, em um país com extensões continentais como o Brasil, nos últimos anos tal fato continua perdurando, sendo significativa a discussão sobre esta temática, dada à magnitude e disparidade das informações apresentadas ao longo deste capítulo. Regiões como o Sudeste e o Nordeste, tão díspares, precisam ser analisadas distintamente, sob vários enfoques. Fatores como a forma como o Brasil foi colonizado, com base em um regime político monárquico e um sistema de trabalho escravocrata, assim como a posição geográfica e a maior fertilidade de terras geraram fortes e persistentes desigualdades socioeconômicas e regionais (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2014).

Ainda trazendo outras relevantes informações associadas às condições socioeconômicas do Brasil e das grandes regiões brasileiras, a Tabela 17 apresenta a proporção (%) de pessoas de baixa renda, nos anos de 1992, 2000 e 2010, segundo região e renda média domiciliar *per capita*. Os dados são oriundos do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (IPEA), de acordo com os critérios do indicador de Proporção de pessoas com baixa renda e dos Indicadores e Dados Básicos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA).

Vale relatar que os dados dos anos censitários (2000 e 2010) foram baseados no IBGE. Já para o ano de 1991, como não se teve dados de coleta, buscou-se informações amostrais, em 1992. É mister esclarecer que a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) decorre de um levantamento amostral, com coeficientes de variação cujos valores representam o universo populacional, mas é preciso certa cautela nas comparações entre essas duas distintas fontes de informação.

TABELA 17 - PROPORÇÃO [%] DE PESSOAS DE BAIXA RENDA NO BRASIL E NAS REGIÕES BRASILEIRAS, NOS ANOS DE 1992, 2000 e 2010

% PESSOA BAIXA RENDA	PNAD	CENSO (IBGE)	
	1992	2000	2010
Brasil			
Menor que 1/2 SM	58,1	49,1	34,7
Menor que 1/4 SM	33,1	27,1	16,2
Região Norte			
Menor que 1/2 SM	68,2	67,1	52,8
Menor que 1/4 SM	41,7	42,3	29,0
Região Nordeste			
Menor que 1/2 SM	80,0	73,1	56,1
Menor que 1/4 SM	57,4	49,4	29,8
Região Sudeste			
Menor que 1/2 SM	45,7	35,1	23,7
Menor que 1/4 SM	20,7	15,1	9,2
Região Sul			
Menor que 1/2 SM	49,9	36,8	19,2
Menor que 1/4 SM	23,0	15,5	6,7
Região Centro-Oeste			
Menor que 1/2 SM	59,5	44,3	25,9
Menor que 1/4 SM	29,6	19,0	9,6

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (2000, 2010). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (1992)

Antes da análise dos dados acima é preciso deixar claro que pessoas de baixa renda, para efeito deste estudo, são aquelas que vivem com renda inferior a meio salário mínimo ($< 1/2$ SM) e/ou inferior a um quarto do salário mínimo ($< 1/4$ SM). Assim sendo, quando se trata de porcentagem da população com renda menor que meio salário mínimo significa a proporção (%) da população residente em cada região com renda domiciliar mensal *per capita* de até meio salário mínimo, no ano considerado. Considerou-se como renda domiciliar *per capita* a soma dos rendimentos mensais dos moradores do domicílio, em reais, dividida pelo número de seus moradores. Quando se trata da porcentagem da população com renda inferior a um quarto do salário mínimo ($< 1/4$ SM) o impacto ainda é maior por se tratar da proporção (%) da população residente nas regiões brasileiras com renda domiciliar mensal *per capita* de até um quarto de salário mínimo, no ano considerado.

Por meio da análise dos dados da Tabela 17, verifica-se que o Brasil apresentou uma queda na proporção de pessoas de baixa renda ao longo dos anos analisados, em todas as regiões. Em 1992, o país apresentava 58,1% da população com renda *per capita* inferior a 1/2 salário mínimo e 33,1% da população brasileira com renda *per capita* inferior a 1/4 do salário mínimo vigente naquela ocasião. Em 2010 ocorre uma melhoria da realidade brasileira em relação a este quesito com o país apresentando 34,7% da população com renda *per capita* até 1/2 salário mínimo e 16,2% da população com renda *per capita* inferior à 1/4 do salário em

vigor. As regiões Norte e Nordeste do país apresentaram proporções elevadas de pessoas “em situação de pobreza” e “abaixo da linha de pobreza” nos anos analisados, diferente das regiões Sul e Sudeste. Mais uma vez os dados revelam disparidade nos níveis de renda *per capita* e de condições de vida entre as regiões brasileiras, especialmente entre o Sudeste e o Nordeste do Brasil. Finalizando o rol de indicadores, a Tabela 18 apresenta a Taxa de Analfabetismo, por região, segundo sexo.

TABELA 18 - TAXA DE ANALFABETISMO NO BRASIL E NAS REGIÕES BRASILEIRAS, NOS ANOS DE 1991, 2000 e 2010, SEGUNDO SEXO

TAXA DE ANALFABETISMO	CENSOS (IBGE)		
	1991	2000	2010
Brasil	19,3	12,8	9,4
Homens	19,1	12,9	9,7
Mulheres	19,6	12,8	9,1
Região Norte	24,0	15,6	11,1
Homens	24,3	16,1	12,0
Mulheres	23,7	15,0	10,3
Região Nordeste	36,6	24,8	18,5
Homens	39,0	26,6	20,3
Mulheres	34,3	23,1	16,9
Região Sudeste	11,7	7,6	5,3
Homens	10,2	6,7	4,9
Mulheres	13,1	8,4	5,7
Região Sul	11,2	7,2	5,0
Homens	9,9	6,3	4,5
Mulheres	12,5	8,0	5,4
Região Centro-Oeste	16,0	10,1	7,0
Homens	15,6	9,9	7,1
Mulheres	16,3	10,2	6,9

Fonte: IBGE - Censos (1991, 2000, 2010).

Como conceito técnico, a Taxa de Analfabetismo se trata do percentual de pessoas com 15 anos ou mais de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples, na língua vernácula, na população total residente da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (NEVES, 2019).

Ao mensurar a proporção de analfabetos na população com 15 anos ou mais de idade, estas informações acima servirão para subsidiar a análise das variações geográficas e temporais do analfabetismo, dimensionar a situação de desenvolvimento socioeconômico de um grupo social em seu aspecto educacional, além de propiciar comparações regionais. Verifica-se, mais uma vez, a região Nordeste do Brasil se destacando com elevados índices de analfabetismo, diferentemente das regiões Sul e Sudeste.

A desigualdade regional ficou bastante evidenciada na análise das tabelas e gráficos apresentados. Ressalta-se que às disparidades socioeconômicas entre as regiões

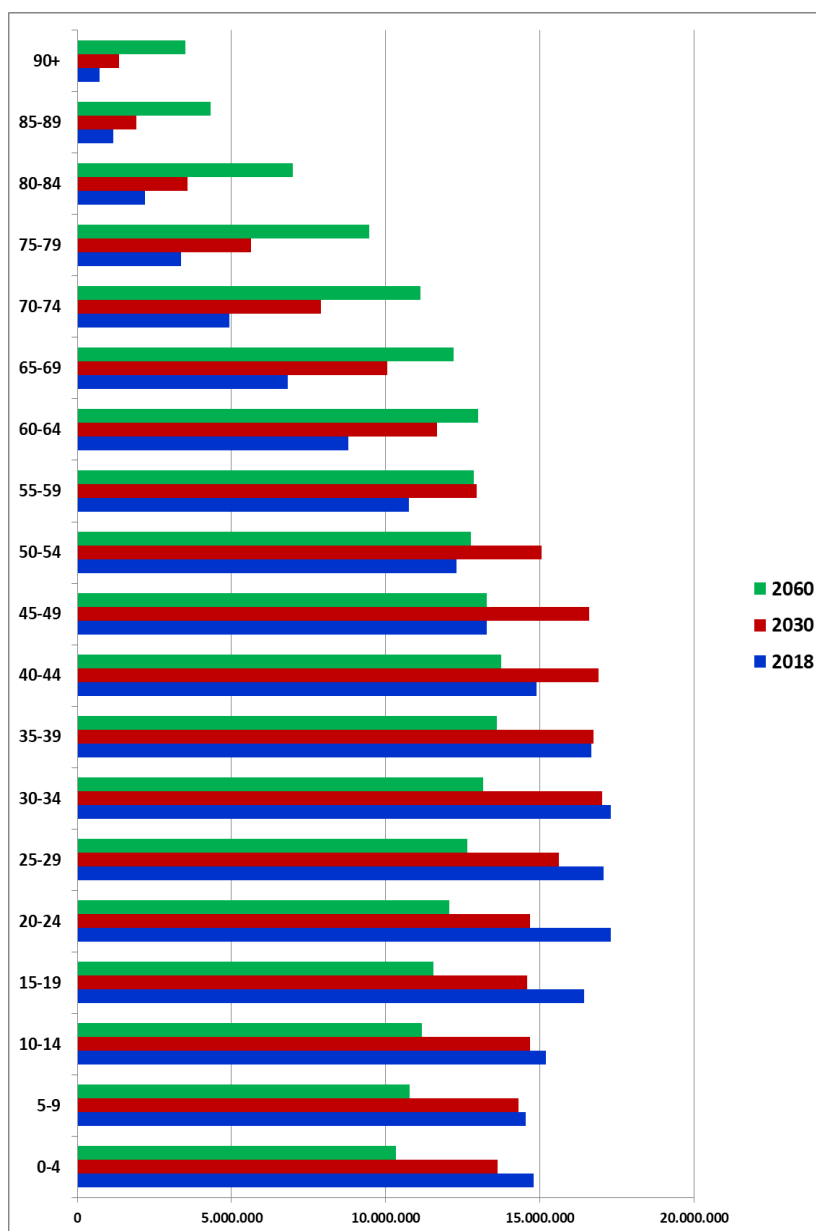
brasileiras soma-se a desigualdade no acesso a serviços públicos de qualidade, o que reforça as iniquidades no país e reduz as perspectivas de desenvolvimento dos territórios brasileiros com frágil base econômica. Com base nesta situação, torna-se premente a necessidade do avanço do conhecimento das características e do perfil destas disparidades regionais, porém, este trabalho pretende contribuir para esse debate analisando especificamente um corte etário muito importante: O IDOSO.

Na próxima seção será realizada uma análise longitudinal da estrutura etária no Brasil e em suas macrorregiões, permitindo uma reflexão sobre uma série histórica longa que, por vezes, compreende as últimas oito décadas, de 1950 a 2019, para que se possa compreender como e em que cenário as mudanças sociodemográficas foram se processando nas regiões brasileiras.

3.2.2 Estrutura etária no Brasil e nas regiões brasileiras: uma análise longitudinal

De acordo com projeções do IBGE (2018), no ano de 2060, o Brasil terá mais idosos do que crianças e, na classe idosa, terá mais mulheres do que homens. As projeções revelam que, em 2060, pelo menos um quarto da população do país (25%) terá mais de 65 anos de idade, modificando significativamente a estrutura e o formato da Pirâmide Etária Populacional. Segundo o IBGE (2018), os ganhos obtidos na promoção da saúde também aumentaram a chance de se chegar a uma idade avançada. Fazendo projeções de longo prazo, o IBGE prevê que até 2060 a população com 60 anos ou mais ultrapasse o dobro do tamanho e atinja 32% do total de brasileiros. Entretanto, o movimento contrário ocorre na população de até 14 anos que, atualmente, representa 21% do total da população brasileira e que, em 2060, representará 15%. O confronto desses dois indicadores pode ser visualizado no Gráfico 06 que contém projeções para os anos de 2018, 2030 e 2060, que muda a Pirâmide Etária Populacional, caracterizando o envelhecimento dinâmico da população brasileira.

GRÁFICO 06 – PROJEÇÃO DA ESTRUTURA ETÁRIA BRASILEIRA, 2018 - 2060*



Fonte: Dados estimados pelo IBGE (2018). Adaptado: OTTONI (2020).

*Anexo III consta números absolutos tabulados e utilizados para a construção desta análise.

Fazendo uma análise longitudinal, em 1920 a esperança de vida ao nascer do brasileiro era de 35,2 anos e neste cenário os idosos representavam apenas 4% da população total do país. Em 2010, com o dobro da esperança de vida (quase 74 anos), 10,8% da população brasileira tinha 60 anos ou mais, ampliando gradativamente a sua participação relativa na composição etária do país (MIRANDA et al, 2016). Um fato curioso é a imagem abaixo, trata-se de uma matéria estampada na primeira página do Jornal Commercio, de Manaus (AM), datada em 04 de agosto de 1960 que, logo no título da manchete, mencionou “uma velhinha de 42 anos”. Há 60 anos, mostrava-se um ônibus que entrou na casa da “então

velhinha” citada na matéria jornalística. Naquele ano, a expectativa de vida do brasileiro era de apenas 45 anos, ou seja, a senhora a quem a matéria fazia referência era realmente uma “velhinha” que foi afortunada ao escapar de um ônibus que invadiu sua humilde residência (FIG. 08).

FIGURA 08 - FRAGMENTO DO JORNAL COMMERCIO, PUBLICAÇÃO DE 04/08/1960. MANAUS (AM).



Fonte: <https://diariodomucuri.com.br/uma-velhinha-de-42-anos-de-idade/>

Para além de entender o envelhecimento populacional no Brasil, é importante conhecer as peculiaridades do envelhecimento nas diferentes regiões brasileiras que, como discutido em tópicos anteriores, possuem diferenciais importantes nos indicadores socioeconômicos. Neste sentido, a Tabela 19 mostra a esperança de vida ao nascer segundo sexo, especificamente em cada uma das cinco regiões do país, nos anos censitários de referência.

TABELA 19 - ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER POR REGIÃO E POR SEXO, EM ANOS CENSITÁRIOS 1991, 2000 E 2010

Região	1991	2000	2010
Brasil	66,9	69,8	73,9
Homens	63,2	66,0	70,2
Mulheres	70,9	73,9	77,6
Região Norte	66,9	67,9	70,8
Homens	63,7	65,1	67,6
Mulheres	70,3	71,1	74,4
Região Nordeste	62,8	67,4	71,2
Homens	59,6	63,6	67,2
Mulheres	66,3	71,4	75,5
Região Sudeste	68,8	71,1	75,6
Homens	64,5	67,0	72,1
Mulheres	73,4	75,6	79,0
Região Sul	70,4	71,9	75,9
Homens	66,7	68,5	72,5
Mulheres	74,3	75,5	79,3
Região Centro-Oeste	68,6	74,3	77,2
Homens	65,2	67,7	70,4
Mulheres	72,0	74,3	77,2

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010).

Constata-se que, tanto no Brasil quanto nas cinco macrorregiões brasileiras, houve um incremento na esperança de vida ao nascer nos três anos analisados. No Brasil, em 1991, a expectativa de vida era de 67 anos, chegando a quase 70 anos em 2000 e alcançando praticamente 74 anos de idade em 2010. As regiões que apresentaram as menores expectativas de vida foram Nordeste e Norte, inclusive com a região Nordeste abaixo da média Nacional. A região Nordeste obteve a menor esperança de vida, nos anos de 1991 e 2000, ultrapassando a região Norte no ano de 2010. A região Centro-Oeste foi a que apresentou a maior esperança de vida nos anos de 2000 e 2010. No geral, em uma média de 20 anos, a população das regiões brasileiras obteve importantes ganhos em “anos de vida a mais”, com estes ganhos variando entre 3,9 anos na região Norte a 8,6 anos na região Centro-Oeste, chamando atenção esta importante diferença entre as regiões brasileiras em termos de ganhos em anos de vida. O ganho na região Centro-Oeste foi mais do que o dobro do da região Norte, o que, mais uma vez, reforça a heterogeneidade e as disparidades socioeconômicas presentes nas regiões brasileiras, questão amplamente discutida ao longo deste trabalho.

Ainda sobre os dados da Tabela 19, destaca-se a esperança de vida das mulheres é maior do que a dos homens, em todos os anos analisados, no Brasil e em todas as regiões brasileiras mostrando que, no país, as mulheres têm este histórico de viver, em média, mais do que os homens, tema já bastante relatado e discutido neste trabalho (CAMARANO; PASINATO, 2002; MIRANDA et al, 2016). As regiões em que as mulheres apresentaram

maiores expectativas de vida no ano de 2010 foram Sul e Sudeste (79,3 anos) e Sul (79 anos). Já as regiões onde as mulheres tiveram menor esperança de vida neste mesmo ano foram Nordeste (75,5 anos) e Norte (74,4 anos) (BRASIL, 2016). Demais dados sobre este indicador, especificados por Unidade da Federação, encontram-se na Tabela 20 que mostra que as disparidades econômicas, sociais e regionais historicamente vivenciadas no Brasil provocam também variações intrarregionais na expectativa de vida da população. Na Tabela 20 pode-se visualizar o comportamento da esperança de vida ao nascer nos Estados brasileiros no período de 1991 a 2015, revelando disparidades inclusive dentro das próprias regiões (IBGE).

TABELA 20 - COMPORTAMENTO DA ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER NAS REGIÕES BRASILEIRAS E ESTADOS, ANOS 1991, 2000, 2010 e 2015

Esperança de vida ao nascer (em anos)/Região e Estados		1991	2000	2010	2015
Região Sul	Santa Catarina	70,1	73,6	76,6	78,7
	Rio Grande do Sul	68,7	73,2	75,3	77,5
	Paraná	65,7	69,8	74,8	76,8
Região Sudeste	São Paulo	68,8	72,1	75,6	77,8
	Rio de Janeiro	66,4	69,4	75,1	75,9
	Espírito Santo	66,1	71,6	75,1	77,9
	Minas Gerais	66,4	70,6	75,3	77,0
Região Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	66,9	70,0	74,9	75,3
	Goiás	65,1	71,4	74,6	74,0
	Mato Grosso	64,2	69,3	74,2	74,0
	Distrito Federal	68,8	73,8	77,3	77,8
Região Norte	Acre	63,7	66,6	71,6	73,6
	Amazonas	63,6	66,5	73,3	71,7
	Roraima	62,6	67,9	73,5	71,2
	Amapá	65,5	67,6	73,8	73,7
	Pará	63,4	68,4	72,3	71,9
	Tocantins	60,3	66,2	72,5	73,1
	Rondônia	63,1	66,2	72,9	71,1
Região Nordeste	Maranhão	58,0	63,9	70,4	70,3
	Piauí	60,7	65,5	71,6	70,9
	Ceará	61,7	67,7	72,6	73,6
	Rio Grande do Norte	60,4	66,9	72,5	75,5
	Paraíba	58,8	65,4	72,0	72,9
	Pernambuco	62,0	67,3	72,3	73,5
	Alagoas	58,1	63,7	70,3	71,2
	Sergipe	59,8	65,6	71,8	72,4
Bahia	59,9	65,8	71,9	73,2	
País	Brasil	64,7	68,6	73,9	75,5

Fonte: Atlas Brasil, 2013; Brasil / PNAD (2016). Adaptação: OTTONI, 2019.

Analisando os dados dos Estados brasileiros pode-se verificar que a maioria conseguiu uma elevação progressiva da sua esperança de vida nas últimas décadas, ao passo que em alguns Estados da região Norte (Amazonas, Roraima, Pará e Rondônia) e alguns da

região Nordeste (Maranhão e Piauí)⁸ houve redução na expectativa de vida nas últimas décadas comparando os anos de 2010 e 2015, sinalizando para a desigualdade brasileira intrarregional tão debatida na literatura. Ainda em relação à Esperança de Vida ao Nascer, especificadas por Unidade da Federação, verificou-se que, no ano de 2015, a diferença do Estado brasileiro com maior esperança de vida ao nascer (Santa Catarina = 78,7 anos) para o Estado com a menor esperança de vida (Maranhão = 70,3 anos) foi de 8,4 anos de vida, ou seja, as pessoas que nascem no Maranhão vivem, em média, oito anos a menos do que as pessoas que nascem em Santa Catarina, diferença expressiva, e que, mais uma vez, corrobora com as disparidades regionais existentes no país que geram grandes diferenciações na qualidade e nas perspectivas de vida da população, dependendo de onde ela vive.

A presente pesquisa traz, também, outro dado relevante denominado Índice de Envelhecimento. Trata-se do número de pessoas de 60 anos de idade e mais, para cada 100 pessoas com idade menor ou igual a 15 anos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (IBGE, 2019). Este indicador denota a razão entre os componentes etários extremos da população, representados por idosos e jovens. Valores elevados desse índice indicam que a transição demográfica encontra-se em estágio avançado e poderá ser utilizado para acompanhar a evolução do ritmo de envelhecimento da população brasileira, comparativamente entre áreas geográficas e grupos sociais e traz, também, contribuições para a avaliação de tendências da dinâmica demográfica no país. É comum que, para o cálculo deste indicador, sejam consideradas idosas as pessoas de 65 e mais anos. No entanto, para manter a coerência com os demais indicadores apresentados neste estudo e para atender à Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994) utilizou-se, aqui, o parâmetro de 60 anos e mais, idade na qual se considera idoso no Brasil.

Conforme os dados da Tabela 21, o Brasil apresentou um crescimento do índice de envelhecimento em todos os anos pesquisados (1991, 2000, 2010), incluindo a projeção de 2019, sendo que os maiores índices de envelhecimento foram percebidos no ano de 2010 e 2019, nas regiões Sudeste e Sul, ao passo que o menor índice se deu na região Norte, nos mesmos anos.

⁸ Ainda não foi possível explicar o motivo pelo qual a queda na expectativa de vida ocorreu e, se essa tendência será mantida, uma vez que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE realiza o Censo Demográfico completo a cada 10 anos e, o próximo Censo está previsto para o ano de 2020. Uma possível justificativa, conforme comentado por Glaeser (2011), seria o processo de migração ocorrido por parte da população adulta no passado, o que pode interferir nos cálculos para a verificação da esperança de vida, uma vez que a pessoa pode ter entrado no Censo nas décadas passadas, mas não se encontra na localidade nos Censos mais recentes.

TABELA 21 - ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO NO BRASIL E POR REGIÃO, ANOS 1991, 2000, 2010 e 2019

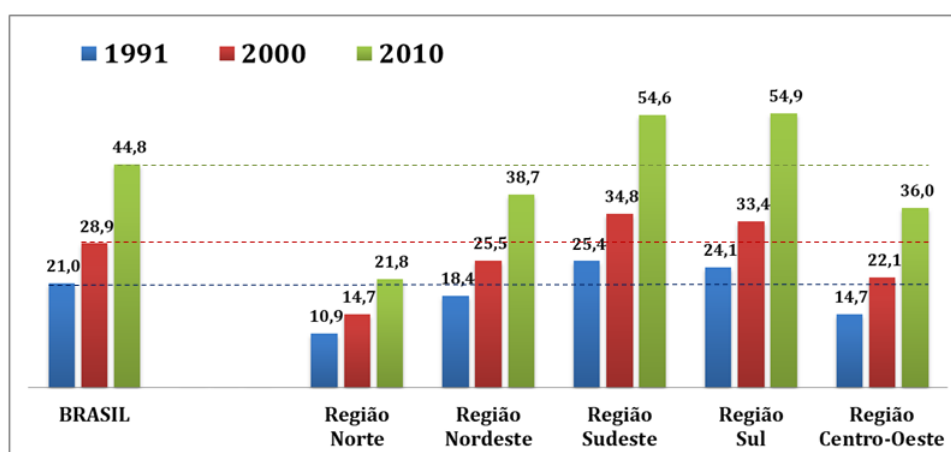
Região	1991	2000	2010	2019*
Brasil	21,0	28,9	44,8	40,85
Região Norte	10,9	14,7	21,8	20,50
Região Nordeste	18,4	25,5	38,7	37,71
Região Sudeste	25,4	34,8	54,6	54,03
Região Sul	24,1	33,4	54,9	56,97
Região Centro-Oeste	14,7	22,1	36,0	35,05

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010). IBGE: Censo Demográfico, Contagem Intercensitária, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas. IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010). Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação (2019*). Adaptação: OTTONI, 2020.

Como já foi mencionado, o índice de envelhecimento compara a população idosa (60 anos ou mais) com a população jovem (até 15 anos) e, conforme dados da Tabela 21, acima, verifica-se que este índice, em cerca de 20 anos, mais do que dobrou em todas as regiões brasileiras. Como exemplo disto pode-se citar o caso da região Sudeste onde o índice de envelhecimento passou de 25,4; em 1991, para 54,03; em 2019, indicando que, neste último ano, para cada 100 pessoas menores de 15 anos que viviam na região Sudeste, tinha-se 54 idosos, mostrando um acelerado crescimento no número de pessoas idosas em relação aos jovens.

Por meio do Gráfico 07, pode-se visualizar melhor o Índice de Envelhecimento no Brasil e nas macrorregiões do país, nos anos censitários de 1991, 2000 e 2010. Traçou-se uma linha pontilhada para as colunas representando as macrorregiões, prevalecendo as mesmas cores de cada ano censitário, permitindo uma clara percepção de quais regiões estão acima ou abaixo da média nacional em relação ao Índice de Envelhecimento.

GRÁFICO 07 – ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO NO BRASIL E REGIÕES, NOS ANOS CENSITÁRIOS 1991, 2000 e 2010



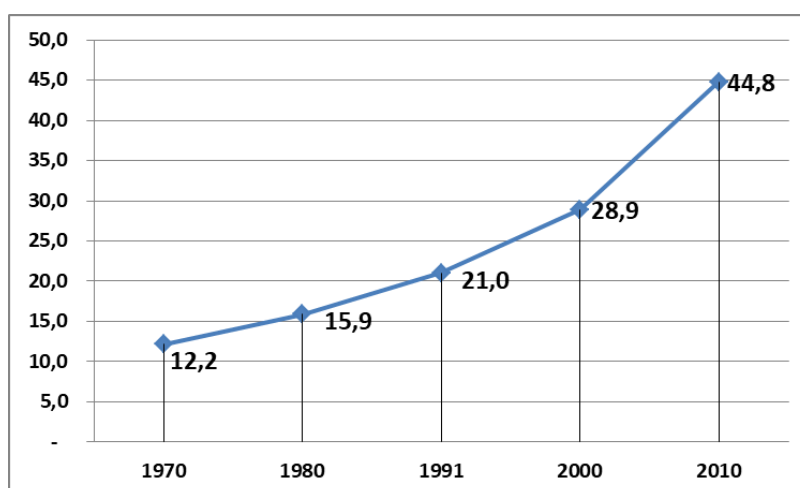
Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010).

Notoriamente se vê as regiões Sul e Sudeste com o índice de envelhecimento acima da média nacional em todos os anos analisados. Por outro lado, nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste apresentaram o índice de envelhecimento abaixo da média do país, encontrando-se abaixo da linha pontilhada (ALVES, 2019; MIRANDA et al, 2016). Daí surge um questionamento: quais razões ou fatores levam às discrepâncias desses índices nas regiões brasileiras?

Closs e Shawanke (2012) realizaram, por meio do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, uma pesquisa sobre a evolução do índice de envelhecimento no Brasil, especificamente nas suas regiões e unidades federativas, no período de 1970 a 2010. Tratou-se de um estudo descritivo utilizando dados obtidos dos Censos Demográficos e dos Indicadores Sociais do IBGE nos períodos mencionados. Os parâmetros, após todas as tabulações realizadas pelas pesquisadoras para o cálculo do Índice de Envelhecimento (IE), foram a população menor do que 15 anos e a população de 60 anos e mais de idade.

O Gráfico 08 foi elaborado pelas autoras citadas acima e adaptado para o presente estudo, sendo o Índice de Envelhecimento obtido com base em cálculos disponibilizados nos Censos Demográficos de 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010; além da utilização dos dados da Síntese de Indicadores Sociais do IBGE. Closs e Shawanke (2012) demonstraram que, no período entre 1970 e 2010, o Índice de Envelhecimento brasileiro apresentou aumento progressivo, ou seja, entre 1970 e 1980 teve uma variação de 30,54%; entre 1980 e 1991 a variação foi de 32,26%; de 1991 a 2000 variou num incremento de 37,72% e, por fim, entre 2000 e 2010, apresentou um aumento significativo de 55,11%.

GRÁFICO 08 – ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO NO BRASIL



Fonte: IBGE - Censos Demográficos (CLOSS; SHAWANKE, 2012). Adaptado: OTTONI, 2020.

Em outra pesquisa realizada por Vasconcelos e Gomes (2012), intitulada “Transição demográfica: a experiência brasileira”, as autoras descreveram o processo de transição demográfica no país e em suas grandes regiões utilizando estudo descritivo, com dados dos Censos de 1950 a 2010, além das estimativas da dinâmica demográfica publicadas pela Fundação IBGE e Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA).

As pesquisadoras utilizaram diferentes momentos da transição, considerando os mais variados indicadores de estrutura etária, natalidade, fecundidade e mortalidade. Alguns deles estão apresentados na Tabela 22 com as respectivas iniciais e conceitos, a saber: PT: População Total (número absoluto); PI: População Idosa (em percentual – parcela de idosos em relação à população total); IM: Idade Mediana (é aquela que a divide em dois grupos de efetivos iguais); IE: Índice de Envelhecimento (número de pessoas de 60 anos ou mais em um grupo de 100 pessoas com até 15 anos de idade); EV: Esperança de Vida ao Nascer; e TF: Taxa de Fecundidade Total (número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo).

TABELA 22 – COMPORTAMENTO DOS INDICADORES DE ESTRUTURA ETÁRIA NO BRASIL, PERÍODO 1950-2010

Indicador	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2010
PT	51.941.767	70.070.457	93.139.067	119.002.706	146.825.475	169.799.170	190.755.799
PI	4,3%	4,8%	5,2%	6,1%	7,3%	8,6%	10,8%
IM	18	18	19	20	22	25	27
IE	10,3%	11,2%	12,4%	15,9%	21,0%	28,9%	44,8%
EV	48,0	52,5	57,6	62,5	66,9	69,8	73,9
TF	6,2	6,3	5,8	4,4	2,9	2,4	1,9

LEGENDA: PT: População Total / PI: População Idosa / IM: Idade Mediana / IE: Índice de Envelhecimento / EV: Esperança de vida ao nascer / TF: Taxa de Fecundidade Total

FONTE: IBGE, Censos Demográficos de 1950 a 2010. VASCONCELOS; GOMES, (2012). Adaptado: OTTONI, 2020.

É possível verificar que, a partir da segunda metade do Século XX, a estrutura etária da população brasileira sofreu diversas transformações dividindo em fases. Na primeira fase (1950-1960), o Brasil apresentava uma população de menos de 71 milhões de habitantes, um percentual baixo de população idosa (menos de 5%), com muitos jovens com idade mediana predominante de 18 anos, esperança de vida baixa (cerca de 52 anos), elevada taxa de fecundidade (6 filhos) e índice de envelhecimento de 11,2 idosos para cada grupo de 100 jovens de menos de 15 anos (TAB. 22).

Na segunda fase (1960-1970), a população aumenta para mais de 90 milhões de habitantes, aumenta a população idosa para 5,2%, a idade mediana passa a ser 19 anos, o

índice e envelhecimento aumenta um pouco para 12,4%, a expectativa de vida melhora para 57,6 anos e a taxa de fecundidade cai um pouco para 5,8 filhos por mulher (TAB. 22).

Na terceira fase (1970-1980), os indicadores passam a demonstrar grandes mudanças no país, com o Brasil iniciando uma verdadeira revolução demográfica (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Nesta fase, houve um grande crescimento populacional com o país já tendo quase 120 milhões de habitantes, a população idosa também cresce para 6,1%, a idade mediana se eleva para 20 anos, o índice de envelhecimento cresce um pouco mais para 15,9%, a expectativa de vida também melhora com um ganho de 5 anos passando a ser de 62,5 anos e a taxa de fecundidade reduz para 4,4 filhos por mulher (TAB. 22).

Na quarta fase (1980-1991), Vasconcelos; Gomes, (2012) confirmam as tendências da transição demográfica no Brasil, ou seja, na sua estrutura etária o país continuou o seu processo de envelhecimento e redução da taxa de natalidade, alcançando índice de envelhecimento de 21%, o dobro do valor apresentado em 1950, e taxa de fecundidade de 2,9 filhos por mulher, a metade da taxa apresentada em 1950 (TAB. 22).

Nas duas décadas seguintes, entre 2000 e 2010, ainda que os indicadores continuem em movimento, é possível verificar uma desaceleração no ritmo do crescimento demográfico no Brasil, refletindo mudanças na estrutura etária que envelheceu ainda mais. Em 2010, o país já possuía uma população de mais de 190 milhões de habitantes, a população idosa representava mais de 10%, a idade mediana elevou-se para 27 anos, o índice de envelhecimento aumentou para 44,8%, significando que para cada 100 jovens havia 45 idosos; a expectativa de vida melhorou para praticamente 74 anos e a taxa de fecundidade caiu consideravelmente para menos de 2 filhos por mulher (TAB. 22).

Fazendo uma análise longitudinal, é possível constatar uma mudança importante na estrutura etária brasileira no período que compreende os dados da Tabela 22 uma vez que, de 1950 a 2010, a população do país praticamente quadruplicou, saindo de um pouco mais de 50 milhões de habitantes, em 1950, para cerca de 200 milhões de habitantes, em 2010. A população idosa no país neste período mais que dobrou, saindo de 4,3%, em 1950, para 10,8%, em 2010. A idade mediana predominante que era de 18 anos, em 1950, passou a ser 27 anos, em 2010. O índice de envelhecimento passou de 10,3; em 1950, para 44,8 no ano de 2010 significando que, em 1950, para cada grupo de 100 jovens (de 15 anos ou menos), se tinha no país 10 idosos e que, em 2010, para cada grupo de jovens, já se tinha praticamente 45 idosos, representando um crescimento de mais de 300% (334,9%) no índice de envelhecimento no país.

Por outro lado, a expectativa de vida no país melhorou substancialmente no período analisado, com um ganho de mais de 25 anos de vida (25,9) para o brasileiro que vivia, em média, menos de 50 anos (48), em 1950, passando a viver, em média, 73,9 anos, em 2010. A taxa de fecundidade, por sua vez, teve uma redução bastante significativa no país no período em questão, uma vez que, em 1950, as mulheres tinham, em média, 6 filhos, reduzindo para menos de 2 (1,9), em 2010. Estes dados são os responsáveis pela inversão da base na pirâmide etária brasileira, tema tão discutido na atualidade e motivo para preocupação para o poder público nacional (TAB. 22).

Fazendo esta mesma análise do comportamento da estrutura etária à luz das grandes regiões brasileiras, a Tabela 23 apresenta importantes informações para os anos censitários de 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010.

TABELA 23 – COMPORTAMENTO DOS INDICADORES DE ESTRUTURA ETÁRIA POR REGIÃO BRASILEIRA, 1970 - 2010

Região	Indicador	1970	1980	1991	2000	2010
Norte	PT	4.188.313	5.842.980	10.030.556	12.900.704	15.864.454
	PI	4%	4%	4,6%	5,5%	6,8%
	IM	16	16	18	20	22
	IE	8,2%	8,9%	10,9%	14,7%	21,8%
	EV	54,0	60,7	66,9	67,9	70,8
	TF	8,15	6,40	3,99	3,16	2,47
Nordeste	PT	28.675.110	34.714.790	42.497.540	47.741.711	53.081.950
	PI	5%	6%	7,3%	8,4%	10,3%
	IM	17	17	19	22	27
	IE	11,5%	14,7%	18,9%	25,5%	38,7%
	EV	44,4	58,3	62,8	67,4	71,2
	TF	7,53	6,20	3,38	2,69	2,06
Sudeste	PT	40.331.969	51.680.210	62.740.401	72.412.411	80.364.410
	PI	6%	6%	7,9%	9,3%	11,9%
	IM	20	22	25	27	32
	IE	14,8%	18,8%	25,4%	34,8%	54,6%
	EV	56,9	64,8	68,8	71,1	75,6
	TF	4,56	3,50	2,28	2,10	1,70
Sul	PT	16.683.551	19.008.395	22.129.377	25.107.616	27.386.891
	PI	5%	6%	7,7%	9,2%	12,0%
	IM	18	20	24	27	32
	IE	11,1%	16,6%	24,1%	33,4%	54,9%
	EV	60,3	66,0	70,4	71,9	75,9
	TF	5,42	3,60	2,45	2,24	1,78
Centro-Oeste	PT	4.629.640	7.549.370	9.427.601	11.636.728	14.058.094
	PI	3%	4%	5,2%	6,6%	8,8%
	IM	17	18	21	24	27
	IE	7,7%	10,2%	14,7%	22,1%	36,0%
	EV	55,9	62,8	68,6	74,3	77,2
	TF	6,42	4,50	2,60	2,25	1,92

LEGENDA: PT: População Total / PI: População Idosa / IM: Idade Mediana / IE: Índice de Envelhecimento / EV: Esperança de Vida ao Nascer / TF: Taxa de Fecundidade Total.

FONTE: IBGE, Censos Demográficos de 1950 a 2010. VASCONCELOS; GOMES, (2012). Adaptado: OTTONI, 2020.

Os dados da Tabela 23 revelam transformações ocorridas, também, nas regiões brasileiras nestas quarenta décadas estudadas. De forma a permitir uma comparabilidade entre as regiões, far-se-á análises específicas de cada indicador. Em relação ao contingente populacional, verifica-se que as regiões brasileiras que mais tiveram crescimento populacional no período de 1970 a 2010 foram Norte e Centro-Oeste, sendo que, nestas regiões, a população mais do que triplicou, com a região Norte apresentando crescimento populacional de 279% e a região Centro-Oeste crescendo 204%. As regiões Sudeste e Nordeste quase que duplicaram sua população neste período, apresentando crescimento de 99% e 85%, respectivamente. Já a região Sul foi a que menos cresceu apresentando uma evolução de 64% em sua população no período em questão (TAB. 23).

Em relação à população idosa, todas as regiões brasileiras apresentaram substancial crescimento desta população no período entre 1970 e 2010 sendo que, a região Norte, é a que teve menor crescimento da população idosa nestes 40 anos, uma vez que no ano de 1970 os idosos representavam 4% da população desta região e, em 2010, representava 6,8%, acumulando um crescimento de 70% nesta população.

A região Centro-Oeste era a que apresentava menor população idosa, em 1970 (3%); mas, foi a que apresentou maior crescimento no período analisado visto que, em 2010, superou a região Norte já tendo 8,8% de idosos em sua população total, acumulando um crescimento de 193% neste período.

A região Nordeste teve a sua população idosa sistematicamente crescente no período analisado, praticamente dobrando este contingente populacional tendo 5% de idosos, em 1970, e indo para 10,3%; em 2010, acumulando um crescimento de 106%. A região Sudeste tem situação semelhante à Nordeste, dobrando a sua população de idosos no período em questão, saindo de um contingente de 6% de idosos, em 1970, para 11,9%; em 2010, acumulando crescimento de 98%.

A região Sul, no ano de 1970, era a que apresentava menor contingente de idosos (3% apenas) e, já em 2010, esta é a região que apresenta maior participação de idosos em sua população total (12%), significando que, nesta região, registrou-se um crescimento de 140% na população de idosos, segundo maior crescimento da população idosa entre as regiões brasileiras no período analisado. Ressalta-se que a regiões Sul e Sudeste se destacam, em 2010, por possuírem os maiores índices (12,0 e 11,9%), respectivamente (TAB. 23). Ressalta-se, também, que o crescimento sistemático da população idosa em todas as regiões brasileiras

é coerente com o fenômeno do envelhecimento populacional que se processa em escala nacional e mundial, tema amplamente discutido nos primeiros capítulos desta tese.

Sobre a Idade Mediana (IM), no ano de 1970, esta é baixa, oscilando entre 16 anos (Norte) e 20 anos (Sudeste), mas, aumentando sistematicamente em todas as regiões brasileiras ao longo do período estudado mostrando claramente como ocorre, paulatinamente, o envelhecimento populacional. Observa-se que, no ano de 2010, em duas regiões brasileiras (Sudeste e Sul) a idade mediana já supera os 30 anos (32), superando a idade média nacional para este ano (IM: 27 anos). Nas demais regiões, em 2010, a idade mediana oscila entre 22 (Norte) e 27 anos (Centro-Oeste e Nordeste), ressaltando que nas regiões Sul e Sudeste a idade média supera a média nacional (IM: 27 anos). A Região Norte, por sua vez, apresentou em todos os anos analisados, idade mediana inferior à média nacional chegando, em 2010, com a menor idade mediana do país (22 anos) configurando-se, ainda, como uma região com prevalência de jovens (TAB. 23).

Em se tratando do Índice de Envelhecimento (IE), é possível verificar, na Tabela 23, que este índice aumentou sistematicamente em todas as regiões brasileiras no período de 1970 a 2010, mostrando que está cada vez maior o número de idosos proporcionalmente ao grupos de jovens de até 15 anos nestas regiões, apresentando, mais uma vez, como o envelhecimento populacional tem sido uma realidade em todas as regiões.

No ano de 1970, em todas as regiões brasileiras, o índice de envelhecimento ocupava percentual inferior a 15% (7,7% Centro-Oeste; 8,2% Norte; 11,1% Sul 11,5% Nordeste e 14,8% Sudeste), com a região Sudeste mostrando-se o maior índice de envelhecimento no país naquela ocasião. Já no ano de 2010, existem duas regiões brasileiras que, para cada grupo de 100 jovens, já se tem mais de 50 idosos (Sudeste IE= 54,6; Sul IE = 54,9), caracterizando estas duas regiões como sendo as que apresentam maior envelhecimento populacional do país, revelando, por outro lado, que este contingente populacional deve ser objeto de preocupação do poder público local.

Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, a população idosa em relação à população jovem (IE) chega a representar mais de um terço (IE = 36% no Sul; 38,7% no Nordeste). Coerentemente, com os outros dados da Tabela 23, já analisados, a região Norte é a que, em 2010, apresenta o menor índice de envelhecimento dentre as regiões brasileiras (21,8%), não significando, portanto, que nesta região não esteja ocorrendo um aumento significativo da proporção de idosos em relação aos jovens, uma vez que, no período analisado (1970 a 2010),

o índice de envelhecimento nesta região Norte mais do que dobrou, ou seja, cresceu 166% (TAB. 23).

Outro dado importante é a Esperança de Vida (EV) ao nascer que, também, melhora substancialmente em todas as regiões brasileiras, no período analisado. No ano de 1970, em todas as regiões, a expectativa de vida era igual ou menor a 60 anos de idade (Nordeste = 44,4 anos; Norte = 54,0; Centro-Oeste = 55,9; Sudeste = 56,9; Sul= 60,3), sendo que a menor expectativa de vida era do brasileiro que nascia e vivia na região Nordeste e a melhor era a do que nascia/vivia na região Sul. Observa-se que, há 40 anos (1970), o simples fato de um brasileiro nascer e viver na região Nordeste já impunha a ele a triste realidade de viver, em média; 15,9 anos a menos, o que, tristemente, mostra o quão diferente é a realidade e as disparidades socioeconômicas nas diferentes regiões do país, o que, evidentemente, provocam estas diferenças nos indicadores, como é o caso da esperança de vida ao nascer.

No ano de 2010, a região Norte foi a que apresentou a pior expectativa de vida (70,8 anos) e a região Centro-Oeste, a melhor (77,2 anos). No entanto, no ano de 2010, verificam-se ganhos importantes na expectativa de vida em todas as regiões brasileiras (Nordeste EV = 71,2 anos; Norte EV= 70,8; Centro-Oeste EV= 77,2; Sudeste EV= 75,6; Sul EV= 75,9), sendo que, comparando o ano de 2010 com o ano de 1970, constata-se que, na região Nordeste, verificou-se um ganho de 26,8 anos de vida.

Na região Centro-Oeste, o ganho foi de 21,3 anos e, na região Sudeste, o ganho foi de 18,7 anos. Já na região Norte, o ganho foi de 16,8 anos e, na região Sul, o ganho foi de 15,6 anos. Ressalta-se que o maior ganho em termos de expectativa de vida no período estudado foi registrado para a região Nordeste onde, evidentemente, a situação era pior no ano de 1970. Chama atenção o fato de, na região Nordeste, ter havido um ganho de mais de 26 anos de vida nestas quatro décadas de história (1970-2010), o que, certamente, pode ter relação com as melhorias econômicas e sociais experimentadas no Brasil e, conseqüentemente, nas regiões do país, ao longo desta trajetória de 40 anos (TAB. 23).

No que se refere à Taxa de Fecundidade (TF), é possível constatar, por meio da análise dos dados da Tabela 23, que este indicador reduz significativamente em todas as regiões brasileiras no período analisado. No ano de 1970, em todas as regiões, a média de filhos era igual ou superior a 5 filhos por mulher (Norte = 8,15; Nordeste = 7,53; Centro-Oeste = 6,42; Sul = 5,42; Sudeste = 4,56), sendo que, neste ano, as regiões Norte e Nordeste se distanciavam das demais regiões apresentando as taxas de fecundidade mais elevadas; 8,15 e 7,53, respectivamente. A menor taxa de fecundidade era registrada na região Sudeste (4,56),

no entanto, verifica-se que houve, ao longo desta série histórica (1970-2010), e na contramão do que vinha acontecendo com o envelhecimento populacional, uma redução bastante significativa nas taxas de fecundidade em todas as regiões brasileiras sendo que, na região Norte, a taxa de fecundidade caiu de 8,15 filhos por mulher, em 1970, para 2,47; em 2010 caindo, também, de 7,53 para 2,06 na região Nordeste; de 6,42 para 1,92 na região Centro-Oeste; de 5,42 para 1,78 na região Sul; e de 4,56 para 1,70 na região Sudeste.

No ano de 2010, praticamente, todas as regiões brasileiras apresentaram a taxa de fecundidade igual ou inferior a dois filhos por mulher, com exceção da região Norte onde ainda se registra uma taxa igual a 2,47 filhos por mulher (TAB. 23). Sobre esta questão da redução da taxa de fecundidade nas regiões brasileiras destaca-se que esta realidade é coerente com o fenômeno da redução da taxa de natalidade que tem sido observado em escala mundial e nacional, fato bastante debatido nos capítulos iniciais desta tese e que apontam vários fatores como decisivos para esta redução, tais como: inserção cada vez maior da mulher no mercado de trabalho, melhorias educacionais, mais e melhor acesso aos serviços de saúde como planejamento familiar, dentre outros.

Em linhas gerais, o que se vê na Tabela 23 são transformações na estrutura demográfica das regiões brasileiras e, conseqüentemente do Brasil, configurando-se indícios de uma rápida evolução do envelhecimento populacional, traduzida na elevação da idade média da população, no índice de envelhecimento e na redução da taxa de fecundidade que, aliado a uma melhoria na expectativa de vida, consolida uma transição demográfica no Brasil, impactando consideravelmente tanto a estrutura etária quanto as preocupações e as responsabilidades do poder público no país.

Conhecer o perfil do idoso brasileiro e as peculiaridades do envelhecer dentro deste extenso território nacional tão diverso, considerando as disparidades socioeconômicas das regiões brasileiras e, considerando, também a evolução crescente e veloz deste contingente populacional etário nas últimas décadas é o objetivo da próxima seção deste capítulo 3.

3.3 Perfil do idoso no Brasil: um olhar com foco nas disparidades regionais

Como foi amplamente discutido nos itens 3.1 e 3.2 deste capítulo, as regiões brasileiras referem-se a territórios muito diversos, marcados por disparidades demográficas e socioeconômicas, o que pode gerar diferenciais importantes no processo de envelhecimento

da população nestes territórios. Desta forma, traçar-se-á, o perfil do idoso no Brasil procurando identificar peculiaridades deste estrato populacional nas diferentes regiões brasileiras.

Traçar o perfil do idoso no universo de um estudo que discute a transição demográfica e o envelhecimento no Brasil fazendo uma avaliação da morbidade em idosos à luz das peculiaridades regionais torna-se componente essencial para a compreensão da interferência das condições de vida no processo de envelhecimento, dependendo do espaço e do lugar social que o idoso ocupa neste processo de envelhecer. Não é o foco da pesquisa, mas vale ressaltar que o idoso em situação de vulnerabilidade deve ter vivido tal situação em outras fases da sua vida.

Para o perfil do idoso, recorreu-se à análise de informações e dados de base populacional e domiciliar, que envolvem indivíduos de 60 anos ou mais, disponíveis em base de dados oficiais como IBGE, PNAD, DATAUS, Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, dentre outros. Os anos analisados foram os censitários (1991, 2000, 2010), por disponibilizar dados oficiais utilizando-se, também, em alguns momentos, outras séries históricas ou projeções estimadas para anos futuros. Para traçar o perfil do idoso, pela razão já indicada, foi adotado o ponto de corte populacional abrangendo apenas as pessoas de 60 anos ou mais, definidos como população idosa no Brasil por órgãos oficiais.

A próxima sessão está organizada tendo como ponto de partida, o perfil do idoso brasileiro, mostrando quem é, onde e em que condições vive este idoso, destacando questões de idade e sexo, além de discutir os principais indicadores econômicos, sociais e sanitários sob os quais vive a população geral (e de idosos) no Brasil e nas cinco regiões brasileiras.

3.3.1 Onde vive e quem é o idoso brasileiro

Numa tentativa de localizar a população idosa no Brasil, a Tabela 24 apresenta a população idosa especificamente em cada uma das cinco regiões brasileiras.

TABELA 24 - POPULAÇÃO IDOSA DO BRASIL SEGUNDO REGIÃO, PERÍODO 1991-2019

POPULAÇÃO IDOSA	1991		2000		2010		2019*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
BRASIL	10.722.705	100,0	14.536.029	100,0	20.590.599	100,0	28.369.862	100,0
Norte	463.957	4,3	707.071	4,9	1.081.469	5,3	1.673.822	5,9
Nordeste	3.087.586	28,8	4.020.857	27,7	5.456.177	26,5	7.205.945	25,4
Sudeste	4.984.058	46,5	6.732.888	46,3	9.527.354	46,3	13.135.246	46,3
Sul	1.699.531	15,8	2.305.348	15,9	3.287.465	16,0	4.482.438	15,8
Centro-Oeste	487.573	4,5	769.865	5,3	1.238.134	6,0	1.872.411	6,6

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010). *Estimativa (PNAD/IBGE, 2019).

Do ponto de vista da localização, a região Sudeste do Brasil é a que abriga a maior proporção de idosos do país em todos os anos analisados, sendo que esta região abriga sempre valores superiores a 46% da população idosa do Brasil em seu território. Em seguida vem a região Nordeste que, nos anos analisados, abriga uma média de 27% da população idosa do país. Verifica-se que, juntas, estas duas regiões contêm, em média, a grande maioria (73%) da população idosa do país. Contudo, a região Nordeste foi a que apresentou uma queda mais acentuada da população idosa no período analisado, passando de 28,8%, em 1991 para 26,5%, em 2010. A região Sul experimentou um tímido crescimento da população idosa, apresentando uma média de 16% e, as duas regiões com menores proporções de população idosa foram a região Centro-Oeste, com uma média de 5% da população idosa e a região Norte, com quase 5% (TAB. 24).

Ao estratificar a população idosa em faixa etária, em intervalos de 10 anos (60 a 69; 70 a 79; e 80 anos e mais), conforme Tabela 25, verificam-se alguns fenômenos que merecem ser comentados: um deles é o crescimento da população com mais de 80 anos, sendo que, em 1991, esta parcela populacional representava 10,6% dos idosos, aumentando para 14,3%, em 2010. Assim, pode-se concluir que além de crescer em termos percentuais, notoriamente se verifica que a população idosa do Brasil também está envelhecendo (TAB. 25).

TABELA 25 - POPULAÇÃO IDOSA DO BRASIL SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, PERÍODO 1991-2010

Faixa Etária	1991		2000		2010	
	n	%	n	%	n	%
60 a 69 anos	6.412.918	59,8	8.182.035	56,3	11.349.929	55,1
70 a 79 anos	3.180.136	29,6	4.521.889	31,1	6.305.085	30,6
80 anos e mais	1.129.651	10,6	1.832.105	12,6	2.935.585	14,3
TOTAL	10.722.705	100,0	14.536.029	100,0	20.590.599	100,0

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010).

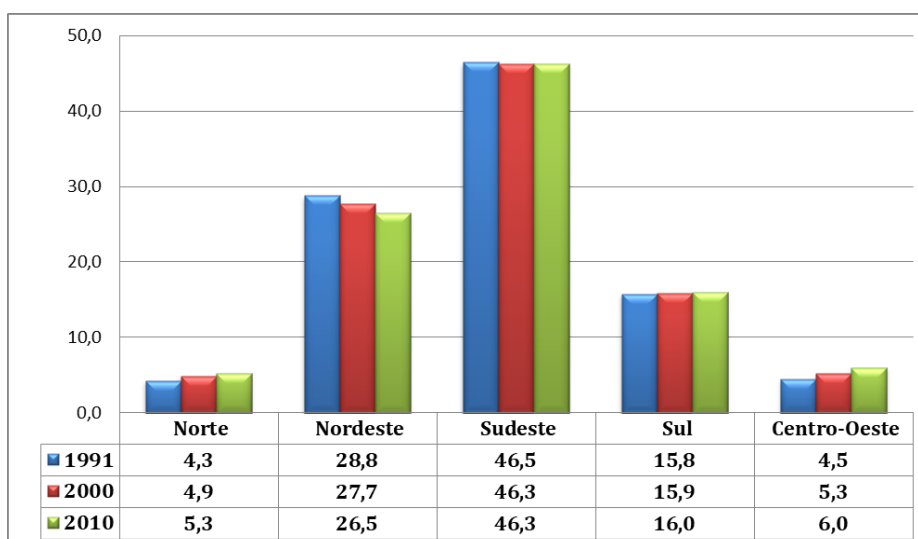
Ainda no que se refere às faixas etárias, é possível verificar na Tabela 25 que no universo da população idosa do Brasil, no ano de 2010, a faixa etária que tem maior participação é a de 60 a 69 anos representando mais da metade (55,1%) da população idosa do país neste ano. Em seguida tem-se a população idosa de 70 a 79 anos que responde por quase um terço (30,6%) desta população e, por último, a população idosa mais envelhecida, com mais de 80 anos, que representa 14,3%, sendo que esta população mais idosa quase triplicou no período de 1991 a 2010, evidenciando aquilo que a literatura específica apresenta que é o

fato de além da população estar envelhecendo, os idosos também estão envelhecendo ou vivendo mais (TAB. 25).

Corroborando com essas informações, Camarano (2004) ressalta que o próprio idoso está envelhecendo. Neste sentido, a autora comenta que essa parcela de pessoas mais envelhecidas, e que cresce no Brasil, será o grupo etário que mais necessitará de amparo à sua saúde, devido aos diversos problemas típicos dos idosos mais velhos.

O Gráfico 09 apresenta, de forma mais dinâmica e em percentuais, quais as regiões brasileiras cresceram em termos de população idosa e quais regiões decresceram em relação às suas parcelas populacionais idosas ao longo dos anos analisados.

GRÁFICO 09 – POPULAÇÃO IDOSA DO BRASIL SEGUNDO REGIÃO



Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010). *Dados estimados pelo IBGE (2019).

Importante destacar que as regiões Centro-Oeste e Norte apresentaram crescimento da população idosa no período analisado. As regiões Sul e Sudeste mantiveram a população idosa praticamente inalterada. Já na região Nordeste a população idosa teve um declínio no ano de 2000 e um declínio ainda maior, em 2010. Em relação ao volume, os dados do Gráfico 09 comprovam informações e dados anteriormente mostrados evidenciam que o maior contingente de população idosa brasileira está concentrado nas regiões Sudeste e Nordeste do país. Uma das explicações para isto é o fato de que, historicamente, a região Sudeste é conhecida como área de atração populacional devido à maior oferta de empregos, tanto na área rural (agronegócio) como na área urbana (indústrias). A região Nordeste, por sua vez, como mencionado por Camarano; Beltrão (2000), tradicionalmente é conhecida como

uma área de repulsão populacional desde 1950, onde grande parte da população desta região, sobretudo a população economicamente ativa, migra para a região Sudeste à procura de trabalho e de melhores condições de vida; esta região possui uma taxa de crescimento vegetativo⁹ maior que a média nacional, mas, nas últimas décadas, vem apresentando perda na participação relativa na população total.

No processo do envelhecimento deve ser também estudada a questão de gênero. A Tabela 26 apresenta a população idosa no Brasil, especificada por sexo. Constata-se que a população idosa feminina é superior à masculina nos anos analisados. Um detalhe que merece destaque é a redução, ainda que tímida (1,5%), da população idosa do sexo masculino no país ao longo dos anos.

TABELA 26 - POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL, SEGUNDO SEXO, PERÍODO 1991-2000

REGIÃO	1991	[%]	2000	[%]	2010	[%]
BRASIL						
Masculino	4.931.425	46,0	6.533.784	44,9	9.156.112	44,5
Feminino	5.791.280	54,0	8.002.245	55,1	11.434.487	55,5
Total	10.722.705	100,0	14.536.029	100,0	20.590.599	100,0

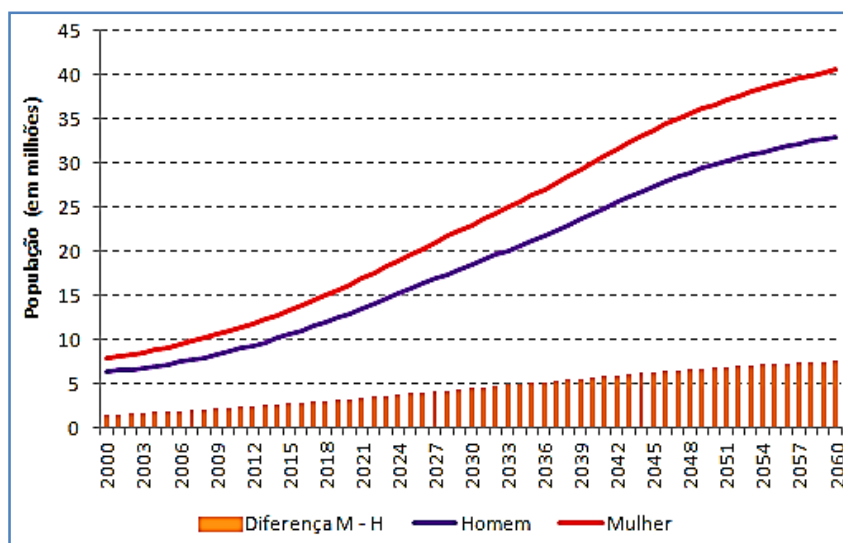
Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010).

O que se vê, nos três anos analisados (1991, 2000 e 2010), é uma maior prevalência da população idosa do sexo feminino, tanto em números absolutos quanto em percentuais. Em todos os anos, mais da metade (54%, 55% e 55,5%, respectivamente) da população idosa no Brasil é do sexo feminino. Uma possível explicação para isto é o fato de mulheres, em geral, cuidarem mais da saúde, irem mais ao médico, realizarem exames periódicos, dentre outros. Os homens, geralmente, são mais relapsos com a saúde, e estão mais suscetíveis a discussões, brigas, assassinatos, etc. (MIRANDA et al, 2016; CAMARANO; PASINATO, 2002).

Sobre o envelhecimento por razão de sexo, destaca-se que a estimativa da ONU, para o ano de 2040, será de 79/100, ou seja, para cada 79 homens idosos terão 100 mulheres idosas no mesmo ano. Isso quer dizer que, nos próximos anos, vai crescer o excedente de mulheres em cada grupo etário do topo da pirâmide e este processo é conhecido como “feminização do envelhecimento” confirmando o que foi mencionado nos capítulos anteriores. As estimativas das projeções populacionais do IBGE (revisão 2013) confirmam, também, esse processo de feminização do envelhecimento, conforme Figura 09.

⁹Obtêm-se o valor do crescimento vegetativo pela diferença entre a taxa de natalidade e a taxa de mortalidade de uma determinada região (CAMARANO; BELTRÃO, 2000).

FIGURA 09 - PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA, SEGUNDO SEXO, PERÍODO 2000 - 2060



Fonte: IBGE – Projeções Populacionais (revisão 2013). Disponível em

Para o ano de 2060, o IBGE estima um contingente de 33 milhões de homens idosos e 40,6 milhões de mulheres idosas no Brasil, com *superávit* feminino de 7,6 milhões de mulheres neste estrato populacional.

Tendo em vista esta estimativa da “feminização do envelhecimento” no país, é importante conhecer a realidade das regiões do Brasil em relação a este fenômeno, de forma a compreender se estas regiões também vivenciam esta experiência ou se apresentam alguma divergência em relação a esta tendência. Neste sentido, a Tabela 27 mostra a população idosa em cada região brasileira, segundo sexo.

TABELA 27 - POPULAÇÃO IDOSA DO BRASIL POR REGIÃO, SEGUNDO SEXO, PERÍODO 1991 - 2010

REGIÃO	1991	[%]	2000	[%]	2010	[%]
NORTE	463.957	100,0	707.071	100,0	1.081.469	100,0
Masculino	235.829	50,8	355.580	50,3	536.714	49,6
Feminino	228.128	49,2	351.491	49,7	544.755	50,4
NORDESTE	3.087.586	100,0	4.020.857	100,0	5.456.177	100,0
Masculino	1.448.482	46,9	1.827.210	45,4	2.441.091	44,7
Feminino	1.639.104	53,1	2.193.647	54,6	3.015.086	55,3
SUDESTE	4.984.058	100,0	6.732.888	100,0	9.527.354	100,0
Masculino	2.223.760	44,6	2.940.991	43,7	4.125.349	43,3
Feminino	2.760.298	55,4	3.791.897	56,3	5.402.005	56,7
SUL	1.699.531	100,0	2.305.348	100,0	3.287.465	100,0
Masculino	776.188	45,7	1.029.514	44,7	1.459.609	44,4
Feminino	923.343	54,3	1.275.834	55,3	1.827.856	55,6
CENTRO-OESTE	487.573	100,0	769.865	100,0	1.238.134	100,0
Masculino	247.166	50,7	380.489	49,4	593.349	47,9
Feminino	240.407	49,3	389.376	50,6	644.785	52,1

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010).

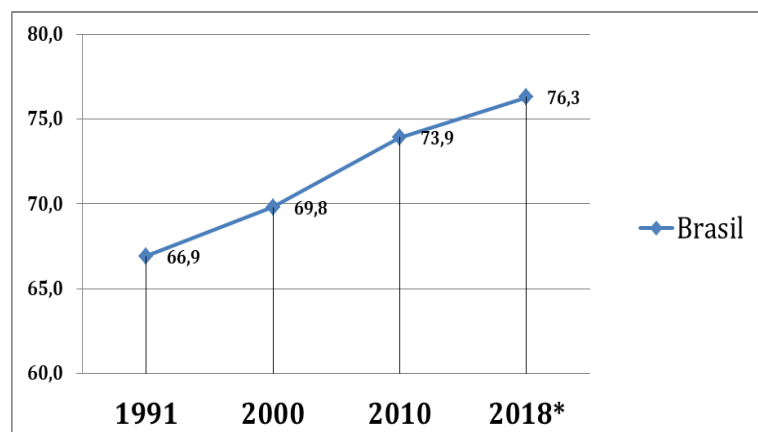
Fazendo uma análise do ponto de vista locacional da população idosa feminina e masculina no Brasil, destaca-se que apenas as regiões Norte e Centro-Oeste apresentavam, em 1991, percentuais de população idosa do sexo masculino superiores à do sexo feminino, 50,8% e 50,7%, respectivamente. Nas demais regiões a população idosa feminina era maior neste ano. Já no ano de 2000 somente a região Norte apresenta população idosa masculina superior. No ano de 2010, porém, todas as regiões brasileiras apresentavam população idosa feminina superior à masculina, sendo que a maior diferença entre homens e mulheres idosos neste ano está na região Sudeste, 56,7% de mulheres e 43,3% de homens neste estrato populacional (TAB. 27).

Ressalta-se que a maior participação do sexo feminino no universo da população idosa nas regiões brasileiras corrobora o fenômeno da “feminização do envelhecimento”, tema bastante enfatizado em estudos recentes (LINS, ANDRADE, 2018; CAPELLOS, 2020; CALAZANS, PERINE, PIÑEIRO, 2020).

Neste cenário de envelhecimento populacional e de feminização do envelhecimento, é importante trazer à tona outra importante informação relacionada ao idoso brasileiro: trata-se da esperança de vida ou expectativa de vida ao nascer. De acordo com as informações contidas na plataforma do Ministério da Saúde, define-se expectativa de vida ou esperança de vida “o número médio de anos de vida esperados para uma pessoa, mantido o padrão de mortalidade existente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado” (BRASIL, 2007).

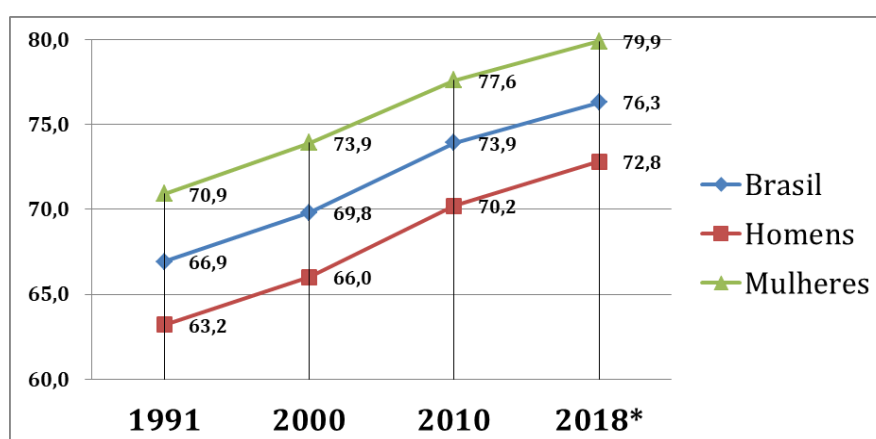
O Gráfico 10 apresenta o comportamento da expectativa de vida no Brasil nos anos censitários, incluindo a estimativa de 2018 realizada pelo IBGE (2019). Em 1991, a esperança de vida apresentava uma idade média, no país, de 66,9 anos. Em 2000, esta expectativa evoluiu para 69,8 anos, passando para 73,9 em 2010. Verifica-se que, em uma série de três décadas (1991 a 2010), houve um ganho de praticamente sete anos de vida para o brasileiro, passando de 66,9 para 73,9 anos a sua expectativa de vida, o que é um ganho considerável. Estudos recentes apontaram que em 2018, a expectativa de vida no Brasil alcançou 76,3 anos (IBGE, 2019¹⁰).

¹⁰ Disponível em: < <https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/26103-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-para-76-3-anos-em-2018.html>>. Acesso em: 12 ago. 2020.

GRÁFICO 10 – ESPERANÇA DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA DO BRASIL, 1991-2018

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010). *IBGE (2019).

Muitos autores foram mencionados nos capítulos anteriores confirmando esse fenômeno do vertiginoso aumento da esperança de vida. Kliksberg (2000) revelou as diferentes taxas de esperança de vida entre países desenvolvidos e em países em desenvolvimento e isto será visto nas diferentes regiões brasileiras com maior ou menor grau de desenvolvimento. Gandini, Barione e Souza (2012) fazem uma extensa explanação acerca deste indicador e diz que ele contribui, principalmente, na transição da pirâmide etária. Miranda et al. (2016), por sua vez, apresentou preocupações relevantes na falta de estrutura de um país que envelhece sem se organizar e preparar-se para isto e faz uma distinção entre a expectativa de vida da mulher e do homem, enfatizando que a expectativa de vida das mulheres é maior em relação ao homem, o que pode ser observado no Gráfico 11, confirmando o que prevê a literatura atual.

GRÁFICO 11 – ESPERANÇA DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA DO BRASIL, SEGUNDO SEXO, PERÍODO 1991 – 2018

Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010). *Dados estimados pelo IBGE (2019).

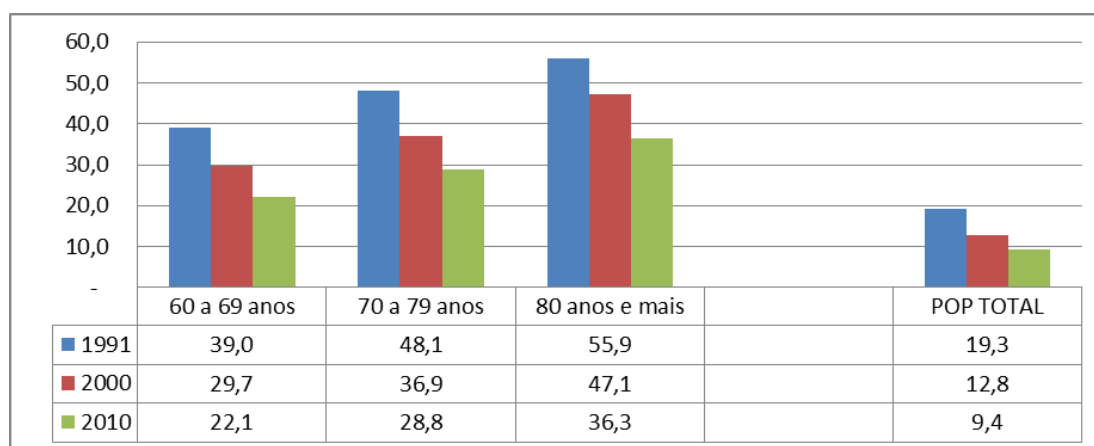
É possível constatar, nos quatro anos analisados (1991, 2000, 2010 e 2018), um incremento na longevidade da população idosa brasileira e, quando discriminados por sexo, verifica-se um crescimento superior neste indicador. Esse destaque da expectativa de vida da população feminina que supera a masculina é bastante enfatizado por Camarano; Pasinato (2002) quando mencionam que a população idosa é a que mais cresce no mundo e que, dentro desse contingente populacional, a população feminina é a que mais se destaca em termos quantitativos.

Outro importante indicador no perfil do idoso no Brasil, porém menos estudado, refere-se ao grau de escolaridade, uma vez que estudos apontam que muitos sujeitos com idade superior a 60 anos revelam apresentar relação restrita com a linguagem escrita (SOUZA FILHO; MASSI; RIBAS, 2014).

O Gráfico 12 traz, em seu lado direito, o grau de escolaridade do Brasil em relação à população total e o que se verifica é uma queda nesta taxa de analfabetismo geral que reduz de 19,3%, em 1991, para 9,4%, em 2010, representando um declínio de 9,9% na taxa de analfabetismo no Brasil neste período de 10 anos, o que pode estar relacionado às diversas políticas públicas de incentivo ao acesso ao sistema educacional que se processaram no país no período em questão.

No entanto, quando se faz um recorte demonstrando a taxa de analfabetismo específica na faixa etária idosa (60 anos ou mais), a realidade é bastante diferente, sendo demonstrado no lado esquerdo do gráfico elevadas taxas de analfabetismo entre este grupo etário (GRAF. 12).

GRÁFICO 12 – TAXA DE ANALFABETISMO DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL NOS ANOS DE 1991, 2000 E 2010



Fonte: IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000 e 2010). Adaptado: OTTONI, 2020.

Fazendo recortes na idade dos idosos, verifica-se que quanto mais idade tem o idoso maior é a taxa de analfabetismo que o atinge e isto é uma realidade histórica no Brasil, visto que os números do analfabetismo do Gráfico 12 seguem a mesma tendência nos anos de 1991, 2000 e 2010. Enquanto entre os idosos de 60 a 69 anos registra-se uma taxa de analfabetismo de 22%, em 2010, entre os idosos de 70 a 79 anos esta taxa é maior (28,8%) e entre os idosos de mais de 80 anos é maior ainda (36,3%). Entre os idosos com mais de 80 anos, no ano de 1991, mais da metade (55,9%) era analfabeta.

No ano de 2000 houve uma queda, mas o analfabetismo continua elevado entre eles com quase metade (47,1%) dos idosos com esta idade se mantendo nesta condição. No ano de 2010, se comparado com o ano de 1991, houve uma queda considerável no analfabetismo nos idosos com mais de 80 anos que caiu de 55,9% para 36,3%, mas se considerarmos que um terço dos idosos de mais de 80 anos continuam analfabetos em pleno século XXI, pode-se constatar que ainda existem espaços importantes para atuação do poder público no que se refere a esta questão.

Fazendo referência a Amartya Sen (2000), que considera o desenvolvimento como liberdade e as habilidades educacionais como condicionantes à liberdade do ser humano na sua completude; é de fundamental importância que o Brasil invista na redução do analfabetismo entre idosos para que sejam garantidas a eles a possibilidade de uma ‘liberdade’ ampla e autônoma.

Sobre essa questão, Peres (2011) argumenta que no Brasil a população idosa é um grupo historicamente excluído do processo educacional e que algumas legislações atuais, como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (Lei 9394/96) não faz nenhuma citação sobre a educação de idosos e nem sobre o analfabetismo. Mesmo o Estatuto do Idoso não comenta sobre o analfabetismo da população anciã, mas, segundo Peres (2005), o Estatuto do Idoso incentiva a criação de Universidades Abertas da Terceira Idade (UNATI), porém, essas universidades teriam um caráter elitista, ofertariam atividades mais voltadas ao esporte e lazer, deixando de fora os idosos carentes. Dessa forma, esse grupo etário necessita de maiores pesquisas e investimentos na área educacional, a fim de que se possa ofertar uma escolarização mais abrangente e que, realmente, possa agregar conhecimentos que ajudem no desenvolvimento do idoso.

Ainda sobre a problemática do analfabetismo entre idosos, Soares; Istoe (2015) consideram que, entre todas as faixas etárias, a idosa é a que apresenta a maior taxa de analfabetismo, o que leva a um aumento da dependência e da exclusão social dessa população. Para os autores, a tecnologia digital seria de fundamental importância para amenizar o analfabetismo da população senescente, e ainda colocam que:

(...) a educação ocupa papel fundamental para os aspectos cognitivos durante o processo de envelhecimento, favorece a formação crítica do idoso, para que tenha condições de manter-se ativo e com maior inserção social, com consciência de seus valores, com potencialidade de articulação, de exigir mais respeito, dignidade, reivindicar os seus direitos e maior percepção de suas próprias competências (SOARES; ISTOE, 2015, p.169).

Neves (2019), por sua vez, afirma que a taxa de analfabetismo vem diminuindo lentamente no Brasil, e muito disso se deve aos investimentos que foram realizados na Educação de Jovens e Adultos (EJA)¹¹. Porém, o autor faz uma crítica, dizendo que, na atualidade, a EJA se preocupa com os dados quantitativos (alunos aprovados, alunos frequentes, número de abandono), mas faltam parâmetros para avaliar a qualidade do ensino ofertado. Para este autor, “com o passar dos anos, a taxa de analfabetismo vem caindo lentamente no Brasil, contudo, esses índices não revelam uma alfabetização plena” (NEVES, 2019, p. 09).

Olhando a questão do analfabetismo entre idosos do ponto de vista regional, os dados da Tabela 28 mostram que as regiões mais urbanizadas e com melhores condições socioeconômicas, como as regiões Sul e Sudeste, possuem as menores taxas de analfabetismo entre idosos, enquanto que nas regiões menos urbanizadas e com piores condições socioeconômicas as taxas de analfabetismo da população idosa são superiores, como nas regiões Nordeste e Norte. Esta análise vem de encontro com pensamento de Peres (2011) ao afirmar que, quanto mais urbanizado e ‘desenvolvido’ for um município, menores serão as suas taxas de analfabetismo. Consequentemente, se o município for menos ‘desenvolvido’, as suas taxas de analfabetismo serão maiores.

¹¹ A EJA é uma modalidade de ensino do Governo Federal brasileiro destinada à educação de jovens, adultos e idosos que não cursaram a escola convencional na idade apropriada. Na EJA, o aluno pode retomar os estudos e concluí-los em menos tempo, de forma presencial ou à distância (OLIVEIRA, 2018).

TABELA 28 - TAXA DE ANALFABETISMO POR FAIXA ETÁRIA IDOSA SEGUNDO REGIÃO BRASILEIRA, ANOS 1991, 2000 e 2010

Região e Faixa Etária Idosa	1991	2000	2010
Norte (Pop Total)	24,0	15,6	11,1
60 a 69 anos	48,7	40,1	31,5
70 a 79 anos	58,9	47,4	39,5
80 anos e mais	67,3	58,5	47,4
Nordeste (Pop Total)	36,5	24,8	18,5
60 a 69 anos	60,6	49,7	42,2
70 a 79 anos	70,3	57,6	48,9
80 anos e mais	75,8	67,6	56,4
Sudeste (Pop Total)	11,7	7,6	5,3
60 a 69 anos	28,6	20,4	13,2
70 a 79 anos	35,3	26,5	19,4
80 anos e mais	42,6	33,6	25,1
Sul (Pop Total)	11,2	7,1	5,0
60 a 69 anos	28,7	20,0	12,8
70 a 79 anos	36,8	26,2	19,0
80 anos e mais	44,6	35,0	25,3
Centro-Oeste (Pop Total)	16,0	10,1	7,0
60 a 69 anos	44,3	31,9	21,4
70 a 79 anos	54,2	41,3	30,6
80 anos e mais	60,1	51,2	39,2

FONTE: Elaboração própria a partir de dados do IBGE - Censos Demográficos (1991, 2000, 2010).

Analisando os dados da Tabela 28 é possível verificar que, embora as taxas de analfabetismo entre idosos em todas as regiões brasileiras ainda permaneçam muito elevadas, houve um decréscimo importante nestas taxas no período de 1991-2010. Observa-se que em todas as regiões brasileiras as taxas de analfabetismo entre idosos são bastante superiores às taxas de analfabetismo na população total. A região que registra as maiores taxas de analfabetismo entre idosos é a região Nordeste onde, em 1991, em todas as faixas de idosos, mais da metade eram analfabetos. E, em 2010, tecnicamente a metade dos idosos desta região ainda continuam analfabetos, em média. Por outro lado, as regiões que apresentam menores taxas de analfabetismo são as regiões Sul e Sudeste, apresentando situações semelhantes em relação a este quesito. No ano de 2010, tanto a região Sul quanto a Sudeste têm taxas de analfabetismo entre idosos que oscilam entre 12% e 25%, dependendo da faixa etária do idoso quando a taxa de analfabetismo da população total nestas regiões gira em torno de 5%. Estes dados corroboram o que diz os estudos de Peres (2011) quando constatam que quanto menos desenvolvida é uma região maiores são as suas taxas de analfabetismo e vice versa.

Para concluir o perfil do idoso no Brasil, é de fundamental importância conhecer as condições econômicas e sanitárias sob as quais estes idosos vivem. Como no Brasil não

tem disponibilizado indicadores econômicos e sanitários especificamente por estrato populacional, na impossibilidade de se fazer uma discussão sobre os indicadores econômicos e sanitários do ponto de vista especificamente da categoria idoso, far-se-á, a seguir, uma discussão sobre os principais indicadores econômicos (índice de *Gini* - que mede a desigualdade, renda média domiciliar, proporção de pessoas com baixa renda e PIB per capita) e os principais indicadores sanitários (% da população em domicílios com água encanada; % da população em domicílios com banheiro e água encanada; % da população em domicílios com coleta de lixo; % de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados) nas cinco regiões brasileiras, como uma forma de se inferir sobre as condições sob as quais vive a população idosa nessas regiões, demonstrados na Tabela 29.

TABELA 29 – PRINCIPAIS INDICADORES ECONÔMICOS NO BRASIL E NAS REGIÕES BRASILEIRAS, PERÍODO 1991, 2000 e 2010

BRASIL E REGIÕES			
ÍNDICE DE GINI¹	1991	2000	2010
Brasil	0,6383	0,646	0,6086
Região Norte	0,6257	0,6545	0,6319
Região Nordeste	0,6593	0,6682	0,6277
Região Sudeste	0,5984	0,6093	0,5850
Região Sul	0,5857	0,5893	0,5337
Região Centro-Oeste	0,6244	0,6420	0,6019
RENDA MÉDIA DOMICILIAR¹	1991	2000	2010
Brasil	R\$ 348,47	R\$ 585,94	R\$ 767,02
Região Norte	R\$ 232,33	R\$ 356,33	R\$ 494,11
Região Nordeste	R\$ 178,44	R\$ 305,06	R\$ 458,63
Região Sudeste	R\$ 469,57	R\$ 766,40	R\$ 943,34
Região Sul	R\$ 364,19	R\$ 674,48	R\$ 919,90
Região Centro-Oeste	R\$ 390,05	R\$ 679,37	R\$ 935,06
PROPORÇÃO PESSOAS BAIXA RENDA²	1991	2000	2010
Brasil	66,53	49,10	34,67
Região Norte	78,62	67,07	52,79
Região Nordeste	86,14	73,13	56,10
Região Sudeste	53,23	35,06	23,74
Região Sul	62,10	36,83	19,19
Região Centro-Oeste	64,81	44,33	25,92
(PIB) PER CAPITA³	1995⁴	2000	2010
Brasil	R\$ 4.528,49	R\$ 6.946,35	R\$ 19.763,93
Região Norte	R\$ 2.669,79	R\$ 4.008,00	R\$ 12.702,03
Região Nordeste	R\$ 1.889,29	R\$ 3.075,47	R\$ 9.560,72
Região Sudeste	R\$ 6.294,24	R\$ 9.498,05	R\$ 25.984,41
Região Sul	R\$ 4.942,22	R\$ 7.737,01	R\$ 22.720,89
Região Centro-Oeste	R\$ 5.776,49	R\$ 8.500,24	R\$ 24.939,12

¹Dados e valores per capita.

²Porcentagem da população com renda menor que 1/2 salários mínimos do ano vigente.

³Valores do PIB per capita em reais correntes.

⁴O IBGE realizou mudanças metodológicas como referência dos cálculos e os dados regionais foram retropolados para a nova série a partir 1995, não sendo mais divulgado nem utilizados os dados com referência em anos anteriores.

FONTE: Elaboração própria a partir de dados do ATLAS (PNUD – Anos censitários 1991, 2000 e 2010)

A Tabela 29 acima apresenta indicadores econômicos no Brasil e nas regiões brasileiras, nos anos de 1991, 2000 e 2010, chamando atenção para as peculiaridades de duas regiões, Norte e Nordeste que, em geral, apresentam indicadores econômicos inferiores à média nacional e, em geral, valores deficitários, evidenciando a fragilidade das mesmas no cenário nacional, fragilidade essa que pode influenciar no processo de envelhecimento e de saúde/doença nestes espaços territoriais.

Quanto ao Índice de *Gini*, este trata-se de um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinada localidade, apontando a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Conforme mencionado anteriormente, esse indicador varia de zero a um, sendo que o ‘zero’ representa a situação de igualdade e o ‘um’ a situação oposta, de extrema desigualdade. Na prática, o Índice de *Gini* compara os 20% mais pobres com os 20% mais ricos de determinada região. Quanto mais próximo de 1 for o *Gini* de uma região mais desigual ela é. O Brasil é, sabidamente, um país muito desigual, sendo que esta desigualdade se estende aos aspectos econômicos, sociais e regionais. O Índice de *Gini* no Brasil, no ano de 2010, era de 0,6086, considerado pela Organização das Nações Unidas como bastante elevado, publicado no Relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2014), o que demonstra a desigualdade na distribuição de renda vigente no país, que ocupa lugar preocupante no *ranking* mundial. Só para demonstrar, países como Noruega (0,236), Hungria (0,241), Japão (0,249), Suécia (0,255) e Dinamarca (0,269) são os que apresentam melhores (menores) índices de *Gini* no *ranking* mundial, registrando valores substancialmente menores que o do Brasil (0,608), o que denota que nestes países a distribuição de renda é mais equitativa, enquanto no Brasil ainda há muito a melhorar em relação a este quesito.

Olhando do ponto de vista regional, verifica-se, por meio da Tabela 29, uma melhoria muito tímida do Índice de *Gini* nas regiões brasileiras ao longo destas três décadas (1991, 2000 e 2010). Dentre as regiões, verifica-se que, no ano de 2010, as que têm índice de *Gini* piores são o Norte (0,631), Nordeste (0,627) e Centro-Oeste (0,601) e as com melhor *Gini* são o Sul (0,533) e o Sudeste (0,585), mostrando que nessas regiões a desigualdade na distribuição de renda é um pouco menor. Mesmo considerando este índice elevado em todas as regiões do país, pode-se considerar que os 26,5% dos idosos brasileiros que vivem na região Nordeste, os 5,3% que vivem na região Norte e os 6% que vivem na região Centro Oeste (TAB.24) viviam, em 2010, sob condições de desigualdade na distribuição de renda ainda piores. Em relação à renda média domiciliar, observa-se uma melhora neste indicador

tanto no Brasil como nas regiões brasileiras no período de 1991 a 2010. No ano de 2010, a renda média domiciliar no Brasil era de R\$767,02, sendo que nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul a renda média domiciliar era superior à média nacional, assumindo valores de R\$ 943,34, R\$ 935,06 e R\$ 919,90, respectivamente. Já nas regiões Nordeste (R\$ 458,63) e Norte (R\$ 494,11) a renda média domiciliar é bastante inferior à média nacional (TAB. 29). Vale lembrar que cerca de um terço (31,8%) dos idosos do país, em 2010, que viviam nestas duas regiões, encontram-se num contexto de menor renda média domiciliar, portanto, em condições de maior pobreza (Vide TAB. 24).

Em se tratando do indicador ‘proporção de pessoas com baixa renda’, que refere-se à porcentagem da população que vive com renda menor que 1/2 salário mínimo, verifica-se que, embora esta proporção seja elevada em todas as regiões brasileiras, no ano de 2010, mais da metade da população das regiões Nordeste (56,10%) e Norte (52,79%) viviam com renda per capita inferior a 1/2 salário mínimo, portanto, sob condição de pobreza (TAB. 29). Mais uma vez, ressalta-se que, os 26,5% dos idosos brasileiros que vivem na região Nordeste e os 5,3% que vivem na região Norte no ano de 2010 (TAB. 24) encontram-se vivendo neste cenário regional de baixa renda, o que, colocando-se como desafio um para os idosos e para as políticas públicas voltadas para estrato populacional, especialmente nestas regiões mais vulneráveis.

Em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) per capita, observa-se, na Tabela 29, que este indicador tem melhorado sistematicamente no Brasil, no período de 1991 a 2010, saindo de um valor de R\$ 4.528,49, em 1991, para R\$ 19.763,93 no ano de 2010, representando um crescimento de 336% no período. No entanto quando se olha o PIB per capita das regiões brasileiras verifica-se que, em algumas delas, nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul o PIB per capita (R\$ 25.984,41, R\$ 24.939,12 e R\$ 22.720,89, respectivamente) é bem maior do que o PIB per capita nacional (R\$19.763,93), corroborando todas as informações das análises anteriores que apresentam estas três regiões como sendo as que apresentam melhores indicadores econômicos do país. No outro extremo encontram-se as regiões Nordeste e Norte que apresentam os menores PIBs per capita do Brasil e, mais do que isto, este indicador na região Nordeste (R\$ 9.560,72) e na região Norte (R\$ 12.702,03) chega a ser menos da metade do PIB per capita das demais regiões brasileiras, expondo a diferença econômica destas regiões o que, conseqüentemente, geram grandes fragilidades sociais e desafios nas mesmas. Reforçando a ideia da importância dos aspectos econômicos e sociais nas condições de vida e de saúde da população, e considerando quase um terço dos idosos

brasileiros (31,8%) viverem nestas duas regiões do país (Norte e Nordeste, em 2010), vivendo, portanto, numa realidade marcada por indicadores econômicos vulneráveis e que pode impactar a saúde destes idosos, isso evidentemente, remete à necessidade de gestão de políticas públicas voltadas especialmente para este estrato da população.

Semelhantemente ao que foi feito com os indicadores econômicos, na indisponibilidade de indicadores sanitários especificamente por estrato populacional e, portanto, na impossibilidade de se fazer uma discussão sobre os indicadores sanitários do ponto de vista especificamente da categoria idoso, far-se-á, a seguir, uma discussão sobre os principais indicadores sanitários (% da população em domicílios com água encanada; % da população em domicílios com banheiro e água encanada; % da população em domicílios com coleta de lixo; % de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados) nas regiões brasileiras, como uma forma de se inferir sobre as condições sanitárias sob as quais vive a população idosa nestas regiões. A Tabela 30 mostra os principais indicadores sanitários no Brasil e nas regiões nos anos de 1991, 2000 e 2010.

TABELA 30 – PRINCIPAIS INDICADORES SANITÁRIOS NO BRASIL E NAS REGIÕES BRASILEIRAS, PERÍODO 1991, 2000 e 2010

BRASIL E REGIÕES			
% da população em domicílios com água encanada	1991	2000	2010
Brasil	71,31	81,79	92,72
Região Norte	41,89	54,49	88,97
Região Nordeste	44,70	59,10	84,11
Região Sudeste	86,14	92,84	96,33
Região Sul	86,67	93,73	95,67
Região Centro-Oeste	72,64	85,61	96,57
% da população em domicílios com banheiro e água encanada	1991	2000	2010
Brasil	66,97	76,72	87,16
Região Norte	35,67	45,59	66,79
Região Nordeste	40,77	53,08	74,76
Região Sudeste	83,37	91,54	95,91
Região Sul	77,45	90,45	96,72
Região Centro-Oeste	68,78	83,81	93,45
% da população em domicílios com coleta de lixo	1991	2000	2010
Brasil	77,93	91,12	97,02
Região Norte	57,00	78,08	94,37
Região Nordeste	61,25	81,32	93,07
Região Sudeste	78,85	94,24	98,25
Região Sul	86,10	97,01	99,24
Região Centro-Oeste	78,11	92,68	98,32
% de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados	1991	2000	2010
Brasil	10,39	8,91	6,12
Região Norte	11,5	28,56	18,94
Região Nordeste	28,58	16,07	12,06
Região Sudeste	2,53	2,84	1,28
Região Sul	1,11	2,89	0,88
Região Centro-Oeste	2,67	8,75	3,3

FONTE: Elaboração própria a partir de dados do ATLAS (PNUD – Anos censitários 1991, 2000 e 2010)

Em relação ao indicador sanitário ‘% da população em domicílios com água encanada’, verifica-se na Tabela 30, que nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, este indicador é superior (melhor) do que a média nacional em todos os anos analisados, mostrando que nestas três regiões a condição de acesso à água encanada é melhor. No entanto, numa situação extrema, verifica-se que nas regiões Norte e Nordeste, em todos os anos analisados, este indicador é bastante inferior à média nacional. Enquanto que no Brasil, nos anos de 1991 e 2000, mais de 70% da população (71,31%, em 1991, e 81,79%, em 2000) já tinham acesso a água encanada, observa-se que, nestes anos, nas regiões Norte e Nordeste do Brasil menos da metade da população em 1991 (41,89% e 44,70%) e pouco mais da metade, em 2000 (54,49% e 59,10%), tinham acesso a este serviço tão essencial para a vida e para a saúde. Já no ano de 2010, em pleno século XXI, enquanto no Brasil uma média de 92,72% da população tinha acesso a este serviço, nas regiões Norte e Nordeste, um percentual significativo da população (11,03% no Norte e 15,89% no Nordeste) viviam sem, sequer ter água encanada em seus domicílios (TAB. 30), o que é um dado alarmante, visto que a água, além de essencial à vida, é um condicionante importante da saúde da população. Considerando que 26,5% dos idosos brasileiros vivem na região Nordeste e 5,3% vivem na região Norte, pode-se inferir que grande parte dos idosos do país que viviam nestas duas regiões, em 2010, viveram ou estão vivendo sob condições sanitárias inadequadas, o que, evidentemente, influi na saúde dos mesmos.

No que se refere ao indicador sanitário ‘% da população em domicílios com banheiro e água encanada’, os dados são semelhantes ao indicador analisado anteriormente. Enquanto que nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste este indicador é superior (melhor) do que a média nacional em todos os anos analisados verifica-se que, nas regiões Norte e Nordeste, em todos os anos analisados, este indicador é bastante inferior à média nacional. Enquanto que no Brasil, nos anos de 1991 e 2000, mais de 60% da população (66,97%, em 1991 e 76,72%, em 2000) já tinham acesso a banheiro com água encanada em seus domicílios, observa-se que, nestes mesmos anos, nas regiões Norte e Nordeste do Brasil menos da metade da população, em 1991 (35,67% e 40,77%) e em 2000 (45,59% e 53,08%) tinham acesso a este serviço tão essencial. No ano de 2010, observa-se que somente 66,79% da população na região Norte e 74,76% na região Nordeste tinham acesso a banheiro com água encanada em seus domicílios (TAB. 30), as demais macrorregiões superavam os 93%. Considerando que a presença de banheiro em casa, além de essencial, é fundamental para as questões de higiene e de prevenção das doenças infecto parasitárias, e tendo em vista que

quase um terço (31,8%) dos idosos brasileiros vivem nas regiões Norte e Nordeste, onde este indicador sanitário ainda é deficitário, pode-se inferir que, mais uma vez, esse camada populacional anciã dessas regiões que viviam nestas duas regiões, em 2010, vivem sob condições sanitárias inadequadas, o que é um dado negativo para a saúde deste estrato populacional.

Em se tratando do indicador sanitário ‘% da população em domicílios com coleta de lixo’, os dados da Tabela 30 novamente revelam situação semelhante aos indicadores anteriormente analisados. Enquanto nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste o indicador de coleta de lixo é melhor do que a média nacional, em todos os anos analisados, numa situação inversa encontram-se as regiões Norte e Nordeste onde este indicador é inferior à média nacional, sendo que na região Norte 43% da população, em 1991; 21,92%, em 2000; e 5,63%, em 2010, e na região Nordeste 38,75% da população, em 1991, 18,68%, em 2000, e 6,93%, em 2010, ainda viviam, sem o serviço de coleta de lixo em seus domicílios. Vale lembrar que cerca de um terço (31,8%) da população idosa brasileira vivem nas regiões Norte e Nordeste demonstrando que esses idosos estão vivendo sob condições sanitárias de coleta de lixo inadequadas, o que é um dado preocupante, visto que este indicador de coleta de lixo tem relação com a saúde da população.

Em relação ao último indicador sanitário analisado, ‘% de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados’, observa-se, na Tabela 30, que também este indicador é melhor nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste onde, em 1991, apenas 1,11%, 2,53% e 2,67% da população, respectivamente, viviam em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados, indicadores substancialmente melhores do que a média nacional onde, em 1991, 10,39%, em 2000, 8,91% e em 2010, 6,12% da população viviam nesta condição. Porém, em situação oposta, e na mesma linha de raciocínio das análises dos outros indicadores sanitários aqui apresentados, tem-se a situação preocupante das regiões Nordeste onde 28,58% da população, em 1991, 16,07%, em 2000 e 12,06%, em 2010; e no Norte onde 11,5% da população, em 1991, 28,56%, em 2000; e 18,94% no ano de 2010 viviam, ainda, em condições sanitárias muito precárias, com percentuais importantes de sua população com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados (TAB. 30). Mais uma vez, ressalta-se que cerca de um terço (31,8%) dos idosos do Brasil vivem nestas duas regiões podendo-se inferir que, em função de parte destes idosos estarem vivendo sob condições sanitárias de água e esgotamento sanitário inadequados, o que

é determinante e condicionante no processo saúde/doença, pode estar influenciando na saúde deste estrato populacional nestas regiões mais vulneráveis.

Com base na análise dos dados das Tabelas 29 e 30, ressalta-se que nestas regiões mais vulneráveis do Brasil, Norte e Nordeste, ainda existem ações importantes que precisam ser realizadas em relação à melhoria dos indicadores socioeconômicos e sanitários que podem estar afetando a saúde da população, sobretudo a população idosa, que é o foco deste trabalho.

Tendo sido amplamente discutida a realidade socioeconômica e sanitária das regiões brasileiras e, a partir de um olhar regional, tendo sido traçado o perfil dos idosos no Brasil, no próximo capítulo, dedicar-se-á à uma discussão sobre o perfil de morbidade hospitalar desse idoso, numa perspectiva de se compreender as principais causas de adoecimento e de internações hospitalares e, também, verificar em que momento, as peculiaridades regionais, aqui amplamente apresentadas, produzem (ou não) diferenciais neste perfil de morbidade do idoso.

CAPÍTULO IV - PERFIL DE MORBIDADE HOSPITALAR DE IDOSOS NO BRASIL E NAS MACRORREGIÕES BRASILEIRAS

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de ‘saúde’ é definido como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de doenças ou enfermidades. A Constituição Federal garante a saúde para todos os indivíduos da Nação brasileira, porém, para que a saúde seja preservada, salienta-se a importância em compreender as mudanças que vêm ocorrendo no perfil de morbidade da população no Brasil. Nesse contexto, também é importante conhecer a morbidade da população idosa, principalmente em decorrência deste fenômeno mundial com o acentuado envelhecimento populacional, redução da fecundidade e do número de filhos, redução das taxas de natalidade e, também, das mudanças comportamentais pela busca de uma melhor qualidade de vida.

Com o novo e ampliado conceito de saúde, que surge com o advento das Conferências Internacionais de Saúde, adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no Brasil ganha adesão a partir da criação e implementação do SUS, e passa a haver uma melhor compreensão acerca dos fatores responsáveis pelo processo saúde-doença, sendo que, neste contexto, os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), que são fatores econômicos, sociais, ambientais, sanitários, culturais, políticos, entre outros, tornam-se condicionantes de saúde na população, intervindo no processo saúde-doença e nos perfis de morbidade.

O objetivo deste capítulo é avaliar o perfil de morbidade da população idosa no Brasil, buscando compreender as principais causas de adoecimento e de internações hospitalares entre idosos no país e, de modo específico, verificar se existem diferenciais importantes no perfil de morbidade deste estrato populacional dependendo da região em que vivem. Ou seja, o que se busca neste capítulo é entender, em que medida as peculiaridades regionais socioeconômicas e sanitárias no Brasil, tema amplamente discutido no capítulo 3, produzem perfis diferentes de morbidade de idosos no país.

Vale ressaltar que já foi discutido nos capítulos anteriores o processo de envelhecimento populacional vivenciado no Brasil nas últimas décadas, além de ter sido traçado o perfil do idoso no país, destacando a pluralidade territorial e socioeconômica presente nos espaços territoriais brasileiros. Agora, neste capítulo 4, o que se pretende é, a partir de um olhar regional, compreender em que medida as peculiaridades regionais produzem (ou não) diferenciais neste perfil de morbidade do idoso.

Do ponto de vista metodológico, a fonte de dados para se traçar o perfil de morbidade do idoso no Brasil e nas regiões brasileiras foi o DATASUS/Ministério da Saúde, mais especificamente o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), fontes que têm sido amplamente utilizadas como base de estudos científicos na área da saúde pública no Brasil (AMARAL et al., 2004; GAWRYSZEWSKI; JORGE; KOIZUMI, 2004). A série histórica estudada compreende o período de 2000-2019, sendo utilizado como base de definição das morbidades o Código Internacional de Doenças (CID-10). Optou-se por trabalhar com esta série histórica porque os dados de morbidade de períodos anteriores a 2000 disponíveis no DATASUS são frágeis e incompletos, sendo que esta fragilidade dos dados é, inclusive, mencionada no Manual Técnico Operacional do SIA/SUS (BRASIL, 2009), por conta dos processos de implantação e implementação tecnológica e digital no Sistema de Informação da Saúde.

Outra observação importante é que, ao consolidar e agrupar alguns indicadores dos Estados Brasileiros para se traçar o perfil de morbidade das macrorregiões, estes foram computados utilizando estatística descritiva (média aritmética) a fim de minimizar os efeitos de variações sazonais, nos respectivos anos analisados.

Entendendo que o perfil de morbidade traz estreita relação com o perfil socioeconômico de uma população, considera-se que traçar o perfil de morbidade de idosos num país controverso como o Brasil é uma tarefa complexa, porém, necessária e, para que este perfil tenha um olhar regional e social, ou seja, para que se tenha uma visão social da morbidade do idoso nas macrorregiões brasileiras é de fundamental importância que as condições socioeconômicas e de saúde da população sejam devidamente conhecidas. Neste sentido, utilizou-se também como fonte de dados o IBGE, o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil e, no DATASUS, além do SIH-SUS, utilizou-se, também, o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Para traçar o perfil de morbidade de idosos nas macrorregiões brasileiras todas as 27 Unidades da Federação Brasileira foram pesquisadas, sendo, em determinado momento, para efeito de análise, agrupadas por macrorregião. O universo da pesquisa foi constituído pelo número total de morbidades dos registros de internações hospitalares no SUS de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, por local de internação, no período de janeiro a dezembro dos anos de 2000, 2010 e 2019. Vale ressaltar que, dentro deste universo,

não foram utilizados dados estimados e sim, dados reais, ou seja, números absolutos contados e contabilizados no sistema público de saúde brasileiro.

Este capítulo está organizado em três partes. Inicialmente (no item 4.1) é realizada uma discussão sobre morbidade, destacando o conceito e a construção histórica do Código Internacional de Doenças (CID) que orienta o registro, organização e monitoramento da morbidade no cenário internacional e nacional e, ainda, serão apresentadas e discutidas as principais causas de morbidade geral no Brasil, bem como a proporção de internações hospitalares no país e nas regiões brasileiras nas últimas três décadas.

Posteriormente, no item 4.2, é traçado o perfil de morbidade entre idosos no Brasil, onde se discute a proporção de internações hospitalares de idosos no país e nas regiões brasileiras nos últimos trinta anos, o tempo médio de permanência de idosos no hospital e também apresenta o perfil de morbidade de idosos no Brasil, ou seja, os principais grupos de causas de internações hospitalares entre idosos no país nas últimas três décadas. Como informações complementares esta seção mostra, também, o valor gasto com a internação hospitalar de idosos no Brasil, as proporções destes gastos em cada região brasileira, a média de gasto por internação de idoso no Brasil e nas regiões, a diferença entre os gastos médios com internação hospitalar entre a população total e a população idosa e, ainda, a disponibilidade de leitos hospitalares no SUS, no Brasil e nas regiões brasileiras.

E, por fim, no item 4.3, faz-se um estudo diagnóstico regionalizado, traçando o perfil de morbidade do idoso nas cinco macrorregiões brasileiras, fazendo uma análise deste perfil a partir das peculiaridades regionais, tendo em vista que conhecer o perfil de morbidade do idoso no país é de fundamental importância para o planejamento e a gestão de políticas públicas voltadas para este estrato populacional. Vale mencionar que, são escassos os estudos de morbidade entre idosos no Brasil, sobretudo com este olhar a partir das peculiaridades regionais.

4.1 Morbidade no Brasil: conceito, histórico e cenário atual

Morbidade refere-se ao comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta. Refere-se ao conjunto dos indivíduos que são acometidos por uma doença em um determinado período de tempo. Em outras palavras, morbidade é a taxa de portadores de determinada doença em relação à população total estudada em determinado local e em determinado momento. O indicador de morbidade serve para se conhecer e atuar

sobre as principais causas de adoecimento e de internações hospitalares na população (BRASIL, 2009).

Mathias; Jorge; Andrade (2006) conceituam morbidade como sendo um indicador de saúde relevante sendo definida como um termo genérico usado para designar um conjunto de casos de uma determinada afecção ou soma de agravos à saúde que atingem um grupo de indivíduos. Segundo Pereira (2007), morbidade seria o grupo de doença ou doenças adquiridas por um conjunto de indivíduos em um determinado período de tempo, em uma determinada população. Por meio do conhecimento da morbidade de um grupo pode-se, também, medir a frequência e o volume de problemas de saúde específicos, como problemas cardiovasculares, diabetes, cânceres, acidentes de trabalho, dentre outros, sendo que a maior fonte de dados para definir a morbidade são os registros hospitalares e dos serviços de saúde (OPAS, 2016).

Em linhas gerais, a definição da morbidade demonstra como as doenças e os problemas de saúde se comportam em uma determinada sociedade, inclusive em grupos específicos, quais os danos as doenças causariam à saúde dos indivíduos afetados e como o sistema de saúde pode se organizar para atuar sobre esta morbidade.

Em todo o planeta, as taxas de morbidade são altamente variáveis, devido às modificações constantes que se processam na sociedade e, inclusive, em função das mudanças ambientais e socioeconômicas que são típicas do processo de desenvolvimento da sociedade. Com a evolução da sociedade, altera-se o perfil de morbidade, uma vez que no próprio processo de desenvolvimento doenças são erradicadas e novas doenças surgem, fazendo com que sejam necessárias discussões, revisões e adequações tanto nos perfis de morbidade quanto na forma de atuação nestas por parte dos Sistemas de Saúde. Nessa perspectiva, conhecer o perfil de morbidade de uma determinada localidade, ou de um determinado grupo, além de ser considerado importante elemento para estudos demográficos e estatísticos que envolvem a saúde de uma população, é uma tarefa essencial para a vigilância em saúde e para o planejamento e a gestão da saúde pública (OPAS, 2016; PEREIRA, 2001; PEREIRA et al., 2007).

As intensas e diversificadas transformações ocorridas no planeta no século XX e início do século XXI, dentre as quais inclui-se, recentemente, o surgimento de uma nova doença grave e contagiosa (Covid-19), que alastrou-se em escala mundial com implicações de natureza econômica, sanitária e social, aliado também, ao que acontece em escala mundial, referente às mudanças na pirâmide etária e do conseqüente fenômeno do envelhecimento

populacional, afetam substancialmente as condições de vida e de saúde da população, afetando diretamente o perfil de morbidade ou o perfil de adoecimento da população, devendo essas mudanças serem acompanhadas pelos Sistemas de Saúde. Neste sentido, estudos sobre morbidade na população ganham cada vez mais importância e espaço, sobretudo para subsidiar as políticas públicas de saúde.

Nas últimas décadas, o Brasil tem experimentado mudanças importantes em relação a sua pirâmide etária, ressaltando que as discussões dos capítulos anteriores desta tese apontam para um persistente envelhecimento populacional no país, marcado pelo aumento sistemático do número de idosos, em todas as regiões brasileiras. Com isso, as doenças próprias do envelhecimento ganham expressão no conjunto da sociedade, impactando o perfil de morbidade no país e se apresentando como um importante desafio para a saúde pública.

Em função do acentuado envelhecimento populacional observado no Brasil nas últimas décadas, fenômeno este decorrente, dentre outras coisas, da redução das taxas de fecundidade e natalidade, da redução das taxas de mortalidade no país e das alterações comportamentais pela busca da qualidade de vida, tem-se registrado mudanças importantes no perfil de morbidade do país, sendo que ainda coexistem no Brasil as doenças relacionadas ao desenvolvimento e ao estilo de vida, como as doenças crônico-degenerativas, a obesidade, o diabetes e a hipertensão, por exemplo, e também doenças típicas da pobreza, como as doenças infecto-parasitárias, resultando numa acumulação epidemiológica no país que leva a uma elevação na procura pelos serviços de saúde e uma conseqüente necessidade de definição permanente do padrão de morbidade, bem como na ampliação de ações voltadas para a promoção da saúde da população (SOUZA; SCOCHI; MARASCHIN, 2011; PEREIRA et al., 2007).

Para se conhecer o perfil de morbidade de uma localidade, historicamente, os tipos de enfermidades, que são muitos, são catalogados considerando critérios e classes. Sobre a classificação de problemas de saúde, ou de doenças, é importante mencionar que esta classificação data um período antigo, onde, em 1893, países como Inglaterra, Suíça e França se empenharam para realizar uma classificação de causas de morte universal, assim sendo criada a primeira Classificação de Doenças. Após esse período, grupos e reuniões com participação de diversos países se empenharam em revisar e determinar um período para que revisões nesta classificação de doenças acontecessem. Mas, foi na década de 1940 que a OMS ficou responsável pelas revisões da classificação das doenças no mundo e, a partir de então, aconteceram a 6ª revisão (1948), a 7ª (1955), a 8ª (1965), a 9ª (1975) e a 10ª (1989)

revisão destas classificações de doenças, sendo que estas classificações passam a ser de referência e de uso universal (BENEDICTO et al, 2013).

A revisão 9 do Código Internacional de Doenças (CID-9), revisado em 1975 e que vigorou até 1990, era conhecida como Classificação Estatística Internacional de Doenças, com esta nomenclatura mudando no CID-10 para Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, sendo que até o CID-9, as revisões eram decenais. Do CID-10 em diante, recomenda-se que a revisão deva ocorrer de 15 em 15 anos, sendo que esta última revisão (CID-10) já encontra-se em vigor há vinte anos.

A revisão da CID é de fundamental importância, pois nela serão incluídos os novos conhecimentos científicos, clínicos e de saúde pública compartilhados com uma rede de consultores e, inclusive, novas doenças que surgem (como a Covid-19), em consonância com as classificações internacionais da OMS, na qual serão adaptadas às necessidades dos sistemas de saúde e dos usuários. Atualmente está em vigor a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde, conhecida universalmente como CID-10. Esta 10ª revisão aconteceu no ano de 1989, entrando em vigor em 1993 (LAURENTI, 1995). No Brasil, o SUS usa atualmente como referência nas questões de morbidade o CID-10.

No caso do Brasil, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1832/94 (referente à mortalidade) e da Portaria 1311/GM/1997 (morbidade), o uso do CID é compulsório para compor a base de códigos de todas as informações em mortalidade e em morbidade. Os códigos do CID são utilizados no Sistema de Informação em Mortalidade (SIM), no Sistema de Informação de Internações Hospitalares (SIH) e no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), ou mesmo no campo destinado ao diagnóstico de malformações congênitas na Declaração de Nascidos-Vivos que está incluído no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) (LAURENTI ET AL., 2013, p.7).

De acordo com o CID-10, a gama de doenças que acometem a população estão organizadas em grupos de causas que englobam, em geral, doenças por afinidades de características. Atualmente, o CID-10 reúne vinte e um capítulos de grupos de causas de morbidade, conforme descrito na Tabela 31 a seguir. Vale mencionar que dentro de cada um destes vinte e um capítulos, ou dentro dos diversos grupos de causas, há uma gama de patologias correlacionadas ao título, classificadas e agrupadas criteriosamente pela OMS.

TABELA 31- GRUPOS DE MORBIDADE HOSPITALAR SEGUNDO CAPÍTULOS DA CID-10, UTILIZADOS NO SUS, 2019

CAPÍTULOS	DESCRIÇÃO DOS GRUPOS DE MORBIDADE
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias
II	Neoplasmas [tumores]
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
V	Transtornos mentais e comportamentais
VI	Doenças do sistema nervoso
VII	Doenças do olho e anexos
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide
IX	Doenças do aparelho circulatório
X	Doenças do aparelho respiratório
XI	Doenças do aparelho digestivo
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
XIV	Doenças do aparelho geniturinário
XV	Gravidez, parto e puerpério
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames, não classificados em outra parte
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde

Fonte: CID-10. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/mxcid10.htm>>

É importante destacar que o Sistema de Informação em Saúde do SUS utiliza o registro de internações hospitalares, por meio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) para registrar e definir a morbidade no Brasil, sendo que essa morbidade pode ser definida tanto do ponto de vista geral como do ponto de vista de grupos e de regiões.

A Tabela 32 apresenta os principais grupos de causas de doenças e de internações hospitalares no Brasil nos anos de 2000, 2010 e 2019, ressaltando que as doenças do capítulo XV (15 Gravidez, parto e puerpério) foram responsáveis pelo maior número de internações hospitalares no Brasil, em todos os anos analisados.

No que se refere aos ‘Grupos de causa de morbidade definidos pelo CID-10, é importante destacar que, em alguns anos, houve uma reclassificação de alguns grupos, como é o caso do grupo de “causas externas” para os Capítulos XIX e XX em que se trata de “Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas” e “Causas externas de morbidade e de mortalidade”, respectivamente. Para os dados da Tabela 32 já foram agrupadas estas internações no Capítulo 19 por abranger os acidentes e as violências que provocam algum tipo de lesão, podendo ser intencional ou evitável.

**TABELA 32 - PRINCIPAIS GRUPOS DE MORBIDADE HOSPITALAR NO BRASIL
SEGUNDO CAPÍTULOS DO CID-10, SUS, ANOS DE 1991, 2000 e 2019**

CID-10	2000		2010		2019	
	n	%	n	%	n	%
Cap 01 Doenças infecciosas e parasitárias	888.613 (5º lugar)	7,44	1.021.324 (5º lugar)	8,99	805.285	6,69
Cap 02 Neoplasmas (tumores)	388.064	3,25	604.809	5,32	882.135 (6º lugar)	7,32
Cap 03 Doenças do sangue	71.068	0,60	84.656	0,75	110.584	0,92
Cap 04 Endócrinas, nutricionais e metabólicas	302.888	2,54	300.413	2,64	246.216	2,04
Cap 05 Transtornos mentais/comportamentais	422.836	3,54	285.736	2,52	237.153	1,97
Cap 06 Doenças do sistema nervoso	212.364	1,78	170.005	1,50	203.347	1,69
Cap 07 Doenças do olho e anexos	85.400	0,72	76.017	0,67	134.974	1,12
Cap 08 Doenças ouvido / apófise mastoide	21.228	0,18	19.500	0,17	21.654	0,18
Cap 09 Doenças do aparelho circulatório	1.134.385 (3º lugar)	9,50	1.153.213 (3º lugar)	10,15	1.177.590 (4º lugar)	9,78
Cap 10 Doenças do aparelho respiratório	1.936.444 (2º lugar)	16,22	1.452.505 (2º lugar)	12,79	1.186.828 (3º lugar)	9,85
Cap 11 Doenças do aparelho digestivo	1.013.732 (4º lugar)	8,49	1.041.125 (4º lugar)	9,17	1.208.223 (2º lugar)	10,03
Cap 12 Doenças da pele e do tecido subcutâneo	135.848	1,14	204.654	1,80	283.365	2,35
Cap 13 Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	243.735	2,04	199.868	1,76	218.986	1,82
Cap 14 Doenças do aparelho geniturinário	837.978 (6º lugar)	7,02	793.650	6,99	870.853	7,23
Cap 15 Gravidez, parto e puerpério	2.913.953 (1º lugar)	24,41	2.377.699 (1º lugar)	20,93	2.446.113 (1º lugar)	20,31
Cap 16 Algumas afecções no período perinatal	258.770	2,17	202.414	1,78	306.628	2,55
Cap 17 Malformações, deformidades anomalias cromossômicas	84.040	0,70	79.412	0,70	91.033	0,76
Cap 18 Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos	146.904	1,23	150.518	1,33	216.034	1,79
Cap 19 Lesões e outras consequências de causas externas	693.987	5,81	929.245 (6º lugar)	8,18	1.127.415 (5º lugar)	9,36
Cap 21 Fatores influenciam o contato com serviços de saúde	145.086	1,22	211.202	1,86	270.041	2,24
TOTAL DE INTERNAÇÃO	11.937.323	100,00	11.357.965	100,00	12.044.457	100,00

Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS 2000, 2010 e 2019).

Verifica-se na Tabela 32 que, no ano de 2000, as principais causas de internação hospitalar no Brasil foram: Gravidez, parto e puerpério (24,4% das internações), Doenças do aparelho respiratório (16,2%), Doenças do aparelho circulatório (9,5%), Doenças do aparelho digestivo (8,5%), Doenças infecciosas e parasitárias (7,4%) e Doenças do aparelho geniturinário (7%), sendo que, juntos, estes seis grupos de causas de doenças foram responsáveis por 73% das internações hospitalares no país naquele ano.

No ano de 2010, as principais causas de internações hospitalares no Brasil continuam sendo praticamente as mesmas: Gravidez, parto e puerpério continua em primeiro lugar (20,9% das internações), em segundo lugar vem as Doenças do aparelho respiratório (12,8%), em terceiro lugar as Doenças do aparelho circulatório (10,2%), em quarto lugar as Doenças do aparelho digestivo (9,2%), em quinto lugar estão as Doenças infecciosas e parasitárias (8,9%), no entanto, neste ano, as Doenças do aparelho geniturinário deixa de figurar entre as seis principais causas de internações hospitalares, cedendo lugar para o grupo de causas referente a ‘Lesões e outras consequências de causas externas’ (8,2%), nas quais incluem-se as internações por causas relacionadas a violência e a acidentes de trânsito. Com isto, pode-se dizer que houve uma pequena mudança no perfil de morbidade no Brasil no ano de 2010 em relação ao ano de 2000. Além da inclusão das ‘causas externas’ no elenco das seis principais causas de morbidade/internações no país, chama atenção o fato das ‘doenças infecto parasitárias, que em geral são enfermidades relacionadas à pobreza, terem aumentado a sua participação nas internações, uma vez que representava 7,4% das internações no país em 2000 passando para 8,9%, em 2010 (TAB. 32).

No ano de 2019, ocorre mais uma mudança no perfil de morbidade no Brasil em relação a 2010. O grupo de causas ‘Gravidez, parto e puerpério’ continua ocupando o primeiro lugar no *ranking* das internações hospitalares no país (20,3%), as Doenças do aparelho digestivo que no ano de 2010 ocupava o quarto lugar passa a ocupar o segundo lugar, em 2019 (10%). As ‘Doenças do aparelho respiratório’ que ocupavam o segundo lugar passa a ser o terceiro (9,8%). As ‘Doenças do aparelho circulatório’ que ocupava o terceiro lugar passa a ser o quarto (9,78%). O grupo de causas ‘Lesões e outras consequências de causas externas’ que ocupava o sexto lugar passa a ser o quinto (9,36%). E, por fim, as neoplasias (tumores), que no ano de 2010 não aparecia no elenco das seis principais causas de morbidade, passa a ser a sexta principal causa de internação hospitalar no Brasil (7,32% das internações).

Chama atenção aqui algumas questões importantes: primeiro o fato das “doenças infecto-parasitárias” não figurarem mais no elenco das seis principais causas de internações hospitalares no Brasil, o que é positivo e pode estar relacionado à melhoria nas ações da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem no seu escopo ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde auxilia na redução das doenças infecto-parasitárias. Segundo, ocorre um ganho de importância do grupo de causas ‘Lesões e outras consequências de causas externas’ que, em 2010, representava 8,2% das internações e, em 2019, passa a representar 9,36%; o que pode estar relacionado ao aumento da violência no Brasil. E, em terceiro lugar chama atenção o fato das neoplasias, que tem sido considerada uma doença que tem apresentado tendência crescente em todo o mundo, passar a fazer parte das seis principais causas de morbidade no Brasil, em 2019 (TAB. 32).

Merece destaque, também, o fato de estar no topo do *ranking* das causas de morbidade hospitalar no Brasil, em todos os anos analisados, o grupo de causas referente a “Gravidez, parto e puerpério”, representando cerca de 2,5 milhões de parturientes internados anualmente, em média, representando sempre mais de 20% das internações, em cada ano, mas chama atenção o fato das internações por esta causa estarem reduzindo sistematicamente a cada ano (24% em 1991, 21% em 2000 e 20% em 2019), o que se relaciona à queda na taxa de natalidade que tem ocorrido no país (TAB. 32), conforme mencionado nos capítulos anteriores.

Em relação às “Doenças do aparelho respiratório”, este grupo de causas merece também um destaque em decorrência da queda na participação destas doenças nas internações totais no país. No ano de 2000, representava a segunda maior prevalência nas internações, representando 16,22% das hospitalizações totais, tendo uma queda para 12,79%, em 2010, reduzindo mais ainda, indo para 9,85% das causas de morbidade hospitalar, no ano de 2019, perdendo esta posição para as “Doenças do aparelho digestivo” que, diferentemente das causas do aparelho respiratório em queda, as internações por doenças do aparelho digestivo cresceu de 8,49% em 2000, para 10,03% em 2019 (TAB. 32).

Além de se conhecer as principais morbidades no Brasil é importante, também, que se conheça a proporção de internações hospitalares no país para se ter uma noção do percentual de população, geral e específica, que estão precisando de internações hospitalares a cada ano. Nesta perspectiva, a seguir, será apresentada a proporção de internações hospitalares gerais no Brasil e, mais adiante, na seção que trata da morbidade do idoso, será apresentada a proporção de internações hospitalares de idosos no Brasil e regiões.

A Tabela 33 apresenta a proporção de internações hospitalares no Brasil e nas regiões brasileiras nos anos de 2000, 2010 e 2019. Esta proporção de internações faz uma relação do número de internação hospitalar em relação à população total do país.

TABELA 33 - PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES GERAIS NO BRASIL E REGIÕES, ANOS 2000, 2010, 2019.

REGIÃO	2000			2010			2019		
	POP TOTAL	INT TOTAL	%	POP TOTAL	INT TOTAL	%	POP TOTAL*	INT TOTAL	%
BRASIL	169.799.170	11.937.323	7,03	190.755.799	11.357.965	5,95	210.147.125	12.044.457	5,73
Norte	12.900.704	921.872	7,15	15.864.454	1.016.080	6,40	18.430.980	977.599	5,30
Nordeste	47.741.711	3.608.186	7,56	53.081.950	3.213.591	6,05	57.071.654	3.216.344	5,64
Sudeste	72.412.411	4.522.090	6,24	80.364.410	4.335.729	5,40	88.371.433	4.768.233	5,40
Sul	25.107.616	1.988.109	7,92	27.386.891	1.892.683	6,91	29.975.984	2.150.159	7,17
Centro-Oeste	11.636.728	897.065	7,71	14.058.094	899.882	6,40	16.297.074	932.123	5,72

Fonte: IBGE (Censos demográficos 2000, 2010 e *estimativa 2019) / Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS para os anos de 2000, 2010 e 2019 (SIH/SUS).

O que se vê na Tabela 33 é uma população crescente, porém, uma proporção de internações decrescente. Em 2000, a proporção de internações hospitalares tanto no Brasil quanto nas regiões brasileiras oscilava entre 6,24% e 7,71%. Nesse ano, a região que registrou menor proporção de internações hospitalares foi a região Sudeste (6,24% da população precisou internar) e a que registrou a maior proporção de internações foi a região Sul (7,92%).

Em 2010, a proporção de internações hospitalares no Brasil e nas regiões brasileiras oscilava entre 5,40% a 6,91% sendo que, neste ano, a região que registrou menor proporção de internações hospitalares foi novamente a região Sudeste (5,40%) e a que registrou a maior proporção de internações foi mais uma vez a região Sul (6,91%) (TAB. 33).

No ano de 2019, a proporção de internações hospitalares no Brasil e nas regiões brasileiras oscilava entre 5,30% a 7,17% sendo que, neste ano, a região que registrou menor proporção de internações hospitalares foi a região Norte (5,30%) e a que registrou a maior proporção de internações foi novamente a região Sul (7,17%) (TAB. 33). Em linhas gerais, o que se verifica na Tabela 33 é uma redução na proporção de internações. No Brasil, no ano de 2000 a proporção de internações era de 7,03%, em 2010 esta proporção reduziu para 5,95% e, em 2019, reduziu ainda mais para 5,73%.

Como o foco principal deste trabalho de tese é o idoso e, tendo em vista que conhecer o perfil de morbidade deste grupo etário no Brasil, num país que envelhece a cada dia, é de fundamental importância para o planejamento e a gestão da saúde pública; no

próximo item discutir-se-á, de forma específica, mas densa, o perfil de morbidade da população idosa no Brasil.

4.2 Perfil de morbidade de idosos no Brasil

Foi a partir de 1970 que o país teve seu perfil demográfico transformado de uma sociedade rural e tradicional, com famílias numerosas e com uma população majoritariamente jovem; para uma sociedade urbana, com menos filhos, com um contingente cada vez mais significativo de pessoas com 60 anos ou mais de idade, e com nova estrutura familiar. Assim, o Brasil caminhou rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, onde o incremento das doenças crônicas e de incapacidades funcionais passa a implicar na necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente àquelas voltadas para atender às crescentes demandas do idoso nas áreas da saúde, previdência e assistência social (MORAES, 2012).

Os idosos consomem mais serviços de saúde, as internações hospitalares deste grupo, em geral, são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias, sendo necessário um planejamento de ações efetivas de saúde para esse grupo, isso inclui conhecer o perfil das internações da população idosa. Em linhas gerais, indivíduos idosos possuem doenças coexistentes e este quadro de cronicidade revela-se como incapacitante e causador de fragilidades (RAMOS, 1999; MERCADANTE, 1996). Caso possua um quadro de múltiplas morbidades, o idoso enfrentará dificuldades em obter um tratamento adequado podendo agravar, ainda mais, em decorrência das condições socioeconômicas que implicam a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Lima-Costa; Veras (2003) argumentam que com as mudanças na pirâmide etária brasileira, especialmente no que se refere à população idosa, haverá muitos desafios, como maior demanda por serviços de saúde; maior demanda por internações e maior demanda de recursos, uma vez que, além do idoso internar mais, ele, em geral, requer maior tempo de ocupação do leito no hospital, em função da grande ocorrência de doenças crônicas e múltiplas, típicas da população idosa, doenças estas que são mais duradouras e precisam de maior acompanhamento, cuidados, medicação e exames.

A Tabela 34 mostra a proporção de internações hospitalares de idosos no Brasil e nas regiões brasileiras nos anos de 2000, 2010 e 2019. Trata-se da relação da população idosa com o número de internações hospitalares deste mesmo grupo etário.

TABELA 34 - PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE IDOSOS NO BRASIL E NAS REGIÕES, NOS ANOS DE 2000, 2010 E 2019

REGIÃO	2000			2010			2019		
	POP IDOSA	INT. IDOSA	%	POP IDOSA	INT. IDOSA	%	POP IDOSA*	INT. IDOSA	%
BRASIL	14.536.029	2.139.188	14,7	20.590.599	2.454.665	11,9	28.369.862	3.189.714	11,2
Norte	707.071	94.422	13,4	1.081.469	127.879	11,8	1.673.822	153.813	9,2
Nordeste	4.020.857	541.343	13,5	5.456.177	591.171	10,8	7.205.945	731.599	10,2
Sudeste	6.732.888	898.888	13,4	9.527.354	1.049.541	11	13.135.246	1.414.843	10,8
Sul	2.305.348	457.171	19,8	3.287.465	506.647	15,4	4.482.438	679.720	15,2
Centro-Oeste	769.865	147.364	19,1	1.238.134	179.427	14,5	1.872.411	209.740	11,2

Fonte: IBGE (Censos demográficos 2000, 2010 e *estimativa 2019) / Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS para os anos de 2000, 2010 e 2019 (SIH/SUS).

Verifica-se, na Tabela 34, que a proporção de internações hospitalares entre idosos é significativamente maior do que a proporção de internações hospitalares na população total. Isto porque, em geral, o idoso adoece mais e requer mais internações hospitalares. À exemplo do que aconteceu no caso da proporção de internações gerais, o que se vê na Tabela 34 é, também, uma população de idosos crescente, porém, uma proporção de internações de idosos decrescente ao longo do período analisado.

Em 2000, a proporção de internações hospitalares de idosos tanto no Brasil quanto nas regiões brasileiras oscilava entre 13,4% e 19,8% sendo que, neste ano, as regiões que registraram menor proporção de internações hospitalares de idosos foram as regiões Norte e Sudeste (as duas com 13,4% da população idosa internada) e a que registrou a maior proporção de internações de idosos foi a região Sul (19,8%) (TAB. 34).

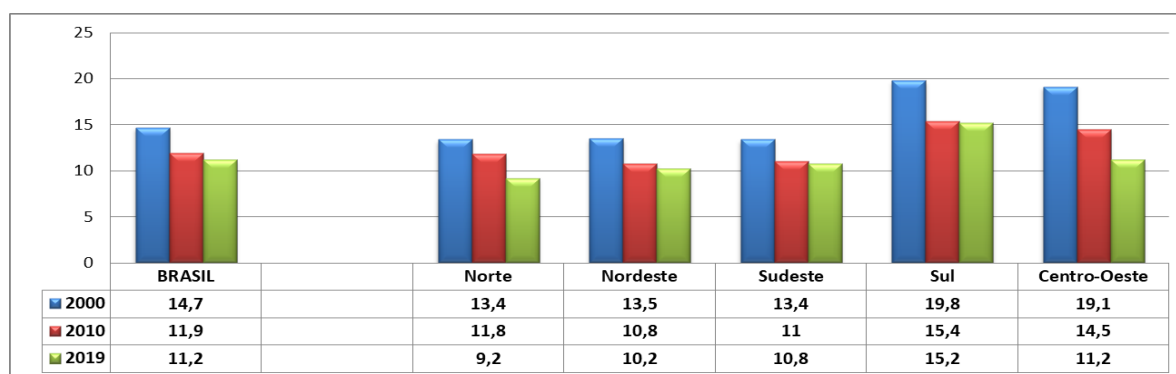
Em 2010, a proporção de internações hospitalares de idosos no Brasil e nas regiões brasileiras oscilava entre 11% e 15,4% sendo que, neste ano, a região que registrou a menor proporção de internações de idosos foi a região Sudeste (11%) e a que registrou a maior foi a região Sul (15,4%) (TAB. 34). Em 2019, a proporção de internações hospitalares de idosos no Brasil e nas regiões brasileiras oscilava entre 9,2% e 15,2% sendo que, neste ano, a região que registrou a menor proporção foi a região Norte (9,2%) e a que registrou a maior foi a região Sul (15,2%) (TAB. 34).

Uma das explicações para este fenômeno de declínio na proporção de internação hospitalar de idosos é que, desde 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) – e posteriormente a Estratégia de Saúde da Família (ESF) –, o Brasil tem buscado melhorar o acesso à saúde, reorientando seu modelo assistencial com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS), na prevenção de doenças e diminuição da necessidade de utilização dos demais níveis de atenção do sistema, particularmente os hospitais (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Outra explicação para o declínio da proporção de internação hospitalar de idosos está no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), existente em todas as unidades ambulatoriais do SUS. Tais medidas geram acompanhamento e monitoramento contínuo de hipertensos e diabéticos na rede básica de saúde, o que pode contribuir para uma redução no número de internações de idosos (BUENO; MOTTA, 2011).

O Gráfico 13 apresenta a proporção (em percentuais) de internações hospitalares de idosos no Brasil, de forma mais dinâmica, estratificados por regiões brasileiras.

GRÁFICO 13 – PROPORÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DA POPULAÇÃO IDOSA NOS ANOS 2000, 2010 E 2019



Fonte: IBGE (Censos demográficos 2000, 2010 e *estimativa 2019) / Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS para os anos de 2000, 2010 e 2019 (SIH/SUS). Adaptação: OTTONI, 2020.

O que se percebe no Gráfico 13, além de uma nítida queda na proporção de internações hospitalares de idosos em todas as regiões brasileiras, é que as regiões Sul e Centro-Oeste apresentam índices maiores em relação às demais regiões e, inclusive, acima da média nacional. Estudos de LIMA-COSTA et al. (2011) demonstraram uma redução das internações hospitalares na população idosa, entre 1998 e 2008, devido à atuação da Estratégia da Saúde da Família, que atua na promoção da saúde, e na prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos que ocorrem com maior frequência.

Outro importante indicador para se entender o comportamento das internações hospitalares entre os idosos é saber o tempo médio de permanência destes pacientes no hospital. A Tabela 35 apresenta dados deste indicador em duas colunas onde, na primeira tem-se o tempo de permanência da população em geral e, na segunda, se vê a média de permanência da população idosa.

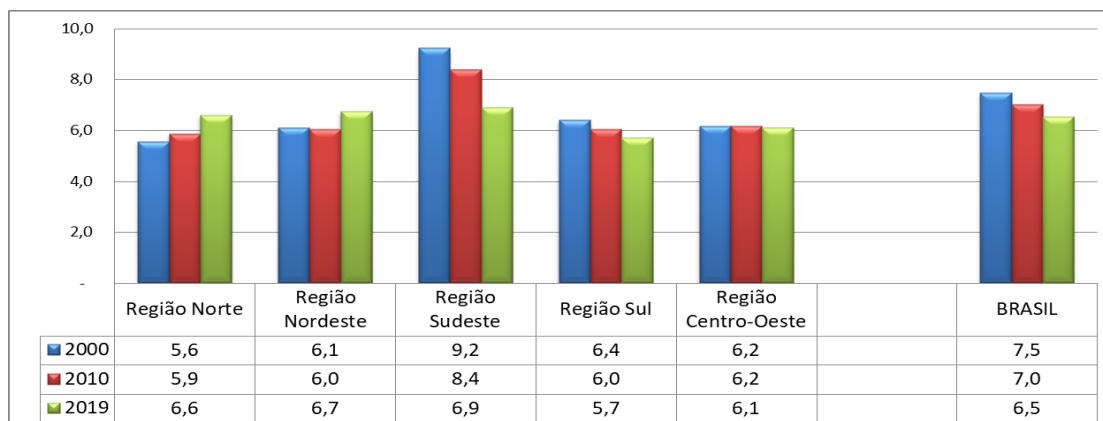
TABELA 35 - TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NO HOSPITAL DA POPULAÇÃO IDOSA EM RELAÇÃO AO TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA DA POPULAÇÃO GERAL NO BRASIL E NAS REGIÕES BRASILEIRAS, 2000, 2010, 2019

Brasil e Regiões	2000		2010		2019	
	TMP GERAL	TMP IDOSO	TMP GERAL	TMP IDOSO	TMP GERAL	TMP IDOSO
BRASIL	6,1	7,5	5,7	7,0	5,3	6,5
Região Norte	3,9	5,6	4,1	5,9	4,7	6,6
Região Nordeste	5,1	6,1	5,0	6,0	5,2	6,7
Região Sudeste	7,6	9,2	6,8	8,4	5,6	6,9
Região Sul	6,1	6,4	5,5	6,0	5,0	5,7
Região Centro-Oeste	5,5	6,2	5,2	6,2	5,0	6,1

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS 2000, 2010 e 2019).

Nos anos de 2000, 2010 e 2019, o indicador ‘Tempo Médio de Permanência’ de um paciente hospitalizado, indiferente da faixa etária, era de 6,1; 5,7 e 5,3 dias; respectivamente. Em relação à população idosa, este indicador apresentou resultados superiores à média geral, sendo 7,5 dias, em 2000; 7,0 dias, em 2010; e 6,5 dias, em 2019, ou seja, o idoso, em geral, permanece hospitalizado mais dias do que pacientes de outras faixas etárias (TAB. 35). Outro dado que merece destaque em relação à população idosa é que as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste reduziram o Tempo Médio de Permanência do idoso no hospital, principalmente na região Sudeste, que caiu de 9,2 dias, em 2000; para 6,9 dias, em 2019. Já as regiões Norte e Nordeste, aumentaram o tempo de permanência destes idosos nas instituições hospitalares. A região Nordeste aumentou de 6,1 dias, em 2000; para 6,7 dias de internação, em média, no ano de 2019; enquanto que, a região Norte aumentou de 5,6 dias, em 2000, para 6,6 dias, em 2019, ou seja, apresentando um incremento de um dia a mais no tempo médio de permanência (TAB. 35). O Gráfico 14 apresenta, mais claramente, a média de permanência da população idosa no hospital, consolidada por regiões brasileiras.

GRÁFICO 14 - TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NO HOSPITAL DA POPULAÇÃO IDOSA DO BRASIL E DAS REGIÕES BRASILEIRAS NOS ANOS 2000, 2010, 2019



Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS 2000, 2010 e 2019).

O Gráfico 14 revela que a região Sudeste é a que apresenta os maiores *rankings* no tempo de permanência dos idosos em leitos hospitalares. Já as regiões Norte e Nordeste, diferentemente das demais regiões e do país, ao invés de reduzir o tempo de permanência no hospital, estão aumentando este tempo ao longo dos anos analisados.

Para Amorim (2017), o aumento do contingente etário idoso no Brasil teve como consequência a maior utilização dos serviços de saúde por parte dessa população, sobretudo nos hospitais, devido às doenças crônicas comuns no grupo de idosos, além do declínio funcional e o aumento da morbidade/adoecimento. Outra consequência foi a elevação da taxa de hospitalização e as recorrentes internações que demandam mais tempo de permanência desses pacientes nos hospitais.

Segundo Lima-Costa; Veras (2003), o que se constata é que o idoso utiliza mais os serviços de saúde, requerem mais internações hospitalares que passam a ser mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado às demais faixas etárias. O tempo de permanência no hospital dependerá de vários fatores como o tipo de doença, o estado geral do idoso, a resposta ao tratamento realizado e potenciais complicações existentes. Em geral, as doenças dos idosos perduram por vários anos e exigem cuidados permanentes.

O Brasil tem experimentado, nas últimas décadas, um progressivo envelhecimento, como mostrado por meio do indicador ‘índice de envelhecimento populacional’, que refere-se à proporção de idosos para cada grupo de 100 jovens de até 15 anos, crescendo sistematicamente no país ao longo dos anos. No ano de 1991, o índice de envelhecimento populacional era de 21%, no ano de 2000 era 28,9%, no ano de 2010 já era 44,8% e a projeção para 2019 chegou a ser de 40,85% (TAB. 21 do capítulo anterior). Neste

cenário de envelhecimento, conhecer o perfil de morbidade deste estrato populacional é de fundamental importância para que se possa planejar e gerir políticas públicas de saúde voltadas para a população idosa. A Tabela 36 apresenta os principais grupos de causas de internações hospitalares entre idosos no Brasil, nos anos 2000, 2010 e 2019, especificados pela classificação CID-10.

TABELA 36 - MORBIDADE HOSPITALAR ENTRE IDOSOS NO SUS, SEGUNDO CAPÍTULOS DO CID-10, BRASIL, ANOS 2000, 2010 E 2019

CID-10	2000		2010		2019	
	n	%	n	%	n	%
Cap 01 Doenças infecciosas e parasitárias	119.343 (5º lugar)	5,6	195.322 (5º lugar)	8,0	248.996 (6º lugar)	7,8
Cap 02 Neoplasmas (tumores)	106.196 (7º lugar)	5,0	207.796 (4º lugar)	8,5	377.052 (3º lugar)	11,8
Cap 03 Doenças do sangue	16.966	0,8	26.668	1,1	40.370	1,3
Cap 04 Endócrinas, nutricionais e metabólicas	110.178 (6º lugar)	5,2	133.532 (7º lugar)	5,4	112.290 (7º lugar)	3,5
Cap 05 Transtornos mentais e comportamentais	42.967	2,0	19.953	0,8	21.777	0,7
Cap 06 Doenças do sistema nervoso	64.957	3,0	46.907	1,9	55.106	1,7
Cap 07 Doenças do olho e anexos	47.180	2,2	40.889	1,7	86.342	2,7
Cap 08 Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1.493	0,1	1.045	0,0	2.323	0,1
Cap 09 Doenças do aparelho circulatório	616.729 (1º lugar)	28,8	641.504 (1º lugar)	26,1	703.825 (1º lugar)	22,1
Cap 10 Doenças do aparelho respiratório	437.606 (2º lugar)	20,5	400.968 (2º lugar)	16,3	427.734 (2º lugar)	13,4
Cap 11 Doenças do aparelho digestivo	214.483 (3º lugar)	10,0	255.947 (3º lugar)	10,4	336.807 (4º lugar)	10,6
Cap 12 Doenças da pele e do tecido subcutâneo	27.531	1,3	42.947	1,7	75.416	2,4
Cap 13 Doenças sist. osteomuscular e tecido conjuntivo	48.121	2,2	44.022	1,8	58.201	1,8
Cap 14 Doenças do aparelho geniturinário	132.084 (4º lugar)	6,2	175.237 (6º lugar)	7,1	264.463 (5º lugar)	8,3
Cap 15 Gravidez, parto e puerpério	494	0,0	208	0,0	310	0,0
Cap 16 Algumas afecções no período perinatal	309	0,0	1.054	0,0	557	0,0
Cap 17 Malformações, deformidades anomalias cromossômicas	3.003	0,1	3.108	0,1	3.130	0,1
Cap 18 Sintomas, sinais e achados anormais exames clínicos e laboratoriais	33.895	1,6	43.758	1,8	76.282	2,4
Cap 19 Lesões e outras conseq. de causas externas	84.341	3,9	149.466	6,1	265.757	8,3
Cap 20 Causas externas de morbidade / mortalidade	8.455	0,4	640	0,0	-	0,0
Cap 21 Fatores influenciam o contato serv. de saúde	22.854	1,1	23.694	1,0	32.973	1,0
TOTAL DE INTERNAÇÃO	2.139.188	100,0	2.454.665	100,0	3.189.711	100,0

Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS 2000, 2010 e 2019).

Pode-se constatar, na Tabela 36, que as causas de doenças que mais geraram internações hospitalares entre idosos no Brasil nos últimos anos foram: doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, neoplasias, doenças infecciosas e parasitárias, doenças endócrinas e metabólicas e, também, as doenças do aparelho geniturinário. A seguir, far-se-á a análise, ano a ano, para que se possa compreender as mudanças ocorridas.

No ano de 2000, as principais causas de internação hospitalar entre idosos no Brasil foram: em primeiro lugar as Doenças do aparelho circulatório, nas quais incluem as doenças cardiovasculares, que foram responsáveis por 28,8% das internações deste grupo. Em segundo lugar as Doenças do aparelho respiratório respondendo por 20,5%. Em terceiro lugar as Doenças do aparelho digestivo respondendo por 10%. Em quarto lugar as Doenças do aparelho geniturinário que foram responsáveis por 6,2% das internações. Em quinto lugar ficaram as Doenças infecciosas e parasitárias que responderam por 5,6%. Em sexto lugar estão as Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, nas quais inclui o diabetes mellitus, ficando responsável por 5,2%. E, em sétimo lugar ficaram as Neoplasias que responderam por 5% das internações de idosos neste mesmo ano (TAB. 36).

No ano de 2010, ocorre uma mudança importante no perfil de morbidade entre idosos no Brasil, sendo que as principais causas de internações hospitalares, na ordem de ocorrência são as seguintes: Doenças do aparelho circulatório (26,1% das internações), Doenças do aparelho respiratório (16,3%), Doenças do aparelho digestivo (10,4%), Neoplasias (8,5%), Doenças infecciosas e parasitárias (8%), Doenças do aparelho geniturinário (7,1%) e Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (5,4%). Observa-se que, neste ano, as três principais causas de internações de idosos continuam as mesmas em relação ao ano de 2000. No entanto, as Neoplasias, que no ano de 2000 ocupavam o sétimo lugar entre as internações de idosos passam a ocupar o quarto lugar entre as internações desta população, mostrando um aumento da incidência desta doença entre os idosos no país. As doenças infecciosas e parasitárias, geralmente relacionadas à pobreza e falta de higiene, continuam sendo a quinta causa de internação entre idosos no Brasil. As Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, nas quais inclui o diabetes, que no ano de 2000 ocupavam o sexto lugar entre as internações de idosos passa a ocupar o sétimo lugar, cedendo espaço para as Doenças do aparelho geniturinário que é a sexta causa de internação de idosos neste ano de 2010 (TAB. 36).

No ano de 2019, as internações de idosos no Brasil seguem tendo as principais causas como basicamente as mesmas, porém ocorre uma mudança na ordem de importância. As duas principais causas de internações hospitalares de idosos nesse ano, continuam sendo as Doenças do aparelho circulatório (22,1% das internações) e Doenças do aparelho respiratório (13,4%), sendo responsáveis por mais de um terço (35,5%) das internações de pessoas com mais de 60 anos, no entanto, ocorre uma redução na proporção das internações por estas causas, uma vez que, no ano de 2000, estas duas causas respondiam por quase metade (42,4%), ou seja, por 26,1% e 16,3%, respectivamente. As Doenças do aparelho digestivo que no ano de 2010 ocupavam o terceiro lugar entre as internações, passam a ser o quarto lugar, em 2019, respondendo por 10,6% das internações de idosos e cedendo lugar para as Neoplasias que, neste ano de 2019, já ocupavam o terceiro lugar entre as causas de internação de idosos, respondendo por 11,8% das internações hospitalares, mostrando algo coerente com a literatura que mostra que a incidência de neoplasias tem sido crescente em todo o mundo, sendo que, no Brasil, esta doença que apresentou no ano de 2000 a sétima posição e em 2010 apresentou a quarta posição no *ranking* de causas de internação entre idosos, já assume a terceira posição de maior ocorrência de internações neste estrato populacional.

As doenças do aparelho geniturinário que, em 2010, eram a sexta causa de internação passam a ocorrer em maior quantidade assumindo o quinto lugar, em 2019. As Doenças infecciosas e parasitárias, por sua vez, perdem um pouco de espaço em 2019 e passa a ser a sexta causa de internações entre idosos no Brasil, no entanto, chama atenção o fato deste grupo de causas de doença, em pleno século XXI, ainda figurar-se entre as seis principais causas de internações entre idosos no Brasil, o que é um ponto negativo, visto que em países desenvolvidos esta doença não aparece mais no elenco de principais causas de internações hospitalares. As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas é a sétima causa de internações de idosos, o que pode estar relacionado à grande incidência de diabetes e outras doenças metabólicas entre a população idosa (TAB. 36).

Em linhas gerais, com relação ao perfil de morbidade do idoso no Brasil chama atenção o fato das ‘doenças do aparelho circulatório’, primeiro lugar entre as causas de internações de idosos, em todos os anos analisados, ter apresentado uma redução, saindo de uma participação de 28,8% das internações, em 2000, para 22,1%, em 2019. Outro grupo de causas de internações que teve uma redução significativa foi o referente às ‘doenças do aparelho respiratório’, segundo lugar entre as causas de internações de idosos, em todos os

anos analisados, que representavam 20,5% das internações, em 2000, caindo para 16,3%, em 2010, e reduzindo ainda mais a sua participação em 2019, caindo para 13,4% (TAB. 36).

Observa-se, também, que diferentemente do caso de redução das internações por doenças do aparelho circulatório e respiratório, têm-se o caso das internações por neoplasias (tumores) que aumentaram sua participação nas internações de idosos de 5,0%, em 2000, para 11,8%, em 2019, mais do que dobrando a sua parcela no período; semelhantemente às internações por doenças do aparelho geniturinário que apresentou um leve aumento de 6,2% para 8,3% nos respectivos anos (TAB. 36).

Em relação às internações de idosos no Brasil, destaca-se que dos 21 capítulos (grupos de causas) de classificação das doenças (CID-10), sete deles representam, em todos os anos analisados, cerca de 80% das causas de adoecimento e internação de idosos no país, conforme demonstra o consolidado na Tabela 37.

TABELA 37 – CONSOLIDADO DOS SETE PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE IDOSOS NO BRASIL, SUS, ANOS 2000, 2010 E 2019

CID-10	2000		2010		2019	
	n	%	n	%	n	%
01 Doenças infecciosas e parasitárias	119.343 (5º lugar)	5,6	195.322 (5º lugar)	8,0	248.996 (6º lugar)	7,8
02 Neoplasmas (tumores)	106.196 (7º lugar)	5,0	207.796 (4º lugar)	8,5	377.052 (3º lugar)	11,8
04 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	110.178 (6º lugar)	5,2	133.532 (7º lugar)	5,4	112.290 (7º lugar)	3,5
09 Doenças do aparelho circulatório	616.729 (1º lugar)	28,8	641.504 (1º lugar)	26,1	703.825 (1º lugar)	22,1
10 Doenças do aparelho respiratório	437.606 (2º lugar)	20,5	400.968 (2º lugar)	16,3	427.734 (2º lugar)	13,4
11 Doenças do aparelho digestivo	214.483 (3º lugar)	10,0	255.947 (3º lugar)	10,4	336.807 (4º lugar)	10,6
14 Doenças do aparelho geniturinário	132.084 (4º lugar)	6,2	175.237 (6º lugar)	7,1	264.463 (5º lugar)	8,3
TOTAL DAS INTERNAÇÕES DE IDOSOS PELOS SETE GRUPOS DE CAUSAS PRINCIPAIS	1.736.619	81,3%	2.010.306	81,8%	2.471.167	77,5%
TOTAL GERAL DE INTERNAÇÃO DE IDOSOS PELOS 21 GRUPOS DE CAUSAS DO CID-10	2.139.188	100,0	2.454.665	100,0	3.189.711	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS.2000, 2010 e 2019).

É possível constatar na Tabela 37 que, no ano de 2000, os sete principais grupos de causas de internações hospitalares de idosos no Brasil representavam, juntos, 81,3% de todas as internações de idosos naquele ano; já no ano de 2010 estes sete grupos representavam

81,8% e, em 2019, estes grupos respondiam por 77,5% das internações de idosos no país, por isto, pode-se considerar que este é o perfil de morbidade hospitalar do idoso no Brasil, estes são os grupos de doenças que mais geram adoecimento e, conseqüentemente, internações hospitalares deste estrato populacional no Brasil. Portanto, conhecer esse grupo de causas que acometem os idosos na doença e que geram grandes quantidades de internações hospitalares entre eles é de fundamental importância para se planejar e atuar sobre eles, com vistas à minimização das internações de idosos por estas causas e conseqüente melhor atenção e melhoria da qualidade de vida deste grupo.

É sabido que o idoso geralmente interna mais do que a população geral, sabendo-se, também, que as internações deste grupo, em geral, tem maior duração, sendo importante conhecer o custo da internação do idoso no Brasil. Nesta perspectiva, a Tabela 38 mostra o valor gasto com a internação hospitalar para o idoso, no Brasil e nas regiões brasileiras. Estes valores e suas respectivas proporções são em relação ao gasto total.

TABELA 38 - VALOR GASTO COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR DA POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA E DAS REGIÕES, ANOS 2000, 2010, 2019

BRASIL E REGIÕES	INT. IDOSO	INT. GERAL	[%]
Brasil (2000)	R\$ 1.137.231.145,61	R\$ 4.886.816.432,81	23,27
Região Norte	R\$ 34.982.434,77	R\$ 266.381.658,92	13,13
Região Nordeste	R\$ 223.218.450,74	R\$ 1.208.354.841,41	18,47
Região Sudeste	R\$ 561.696.062,99	R\$ 2.178.624.267,65	25,78
Região Sul	R\$ 247.225.168,78	R\$ 893.301.372,19	27,68
Região Centro-Oeste	R\$ 70.109.028,33	R\$ 340.154.292,64	20,61
Brasil (2010)	R\$ 3.057.946.229,92	R\$ 10.740.754.368,48	28,47
Região Norte	R\$ 110.514.504,79	R\$ 651.117.653,57	16,97
Região Nordeste	R\$ 566.770.856,08	R\$ 2.458.939.113,89	23,05
Região Sudeste	R\$ 1.505.375.853,92	R\$ 4.772.660.178,46	31,54
Região Sul	R\$ 682.298.764,65	R\$ 2.093.895.571,65	32,59
Região Centro-Oeste	R\$ 192.986.250,48	R\$ 764.141.850,91	25,26
Brasil (2019)	R\$ 5.630.423.076,81	R\$ 15.717.474.085,50	35,82
Região Norte	R\$ 195.531.398,54	R\$ 891.635.617,67	21,93
Região Nordeste	R\$ 1.165.145.532,40	R\$ 3.691.026.841,37	31,57
Região Sudeste	R\$ 2.562.746.297,81	R\$ 6.679.660.252,80	38,37
Região Sul	R\$ 1.354.185.617,12	R\$ 3.355.063.500,93	40,36
Região Centro-Oeste	R\$ 352.814.230,94	R\$ 1.100.087.872,73	32,07

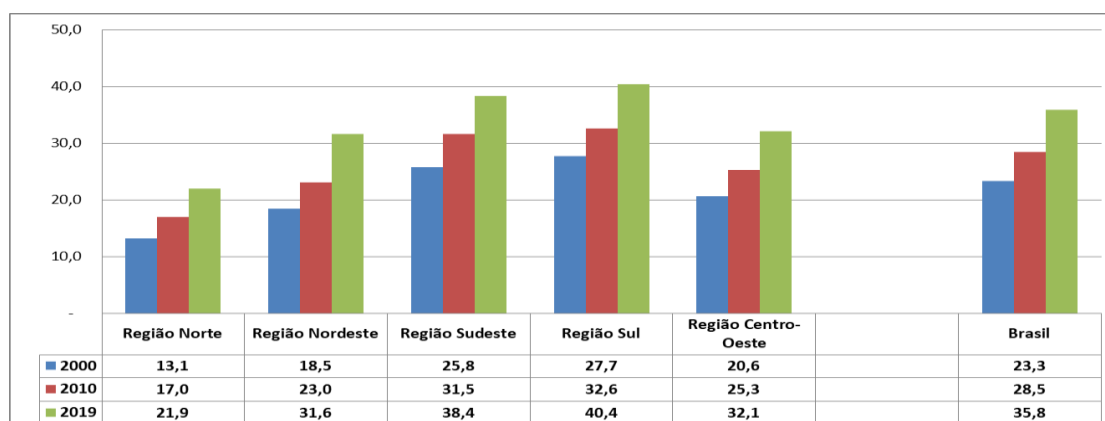
Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS 2000, 2010 e 2019).

É possível constatar na Tabela 38 que, no ano de 2000, o Brasil gastou quase 5 bilhões de reais em internação hospitalar, dobrando este gasto em 2010. Em 2019, chegou a gastar mais do triplo (15,7 bi) com internação hospitalar, se comparado ao ano 2000. Em relação aos valores gastos com os idosos, no que diz respeito à internação hospitalar, estes valores foram ainda mais volumosos. Em 2000, os valores gastos com internações de idosos

no Brasil foram de 1,1 bilhões e, em 2010, teve um aumento de 495% ultrapassando 5,6 bilhões de reais. Outra informação que merece destaque é que, em 2000, o volume de gastos com internação específica para idosos representava 23,27% do gasto total. Em 2010 esta parcela aumentou para 28,47%. Em 2019, os valores gastos com internação hospitalar da população idosa já representavam 35,82% em relação ao gasto total no mesmo ano, ou seja, mais de 1/3 dos gastos foram para as internações com idosos (TAB. 38).

A partir das informações relacionadas aos valores gastos com internação hospitalar de idosos, o Gráfico 15 foi elaborado, para melhor visualizar este fenômeno crescente de gastos com idosos internados, em porcentagens, nos anos analisados.

GRÁFICO 15 - PERCENTUAL DE GASTO COM INTERNAÇÕES HOSPITALARES DA POPULAÇÃO IDOSA EM RELAÇÃO AO GASTO TOTAL



Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS 2000, 2010 e 2019).

O Gráfico 15 comprova o crescente aumento com gastos específicos de internações de idosos. Importante destacar que as regiões Sul e Sudeste representam maior fatia em relação à média do Brasil com gasto com internação de idosos, isso implica que estas regiões gastam mais que as demais com estes serviços. Para se ter uma ideia, a região Sul, em 2019, superou a marca dos 40% de valores gastos com internação hospitalar em idosos e o Sudeste quase alcançou percentual similar, chegando a 38,4%, no mesmo ano. As regiões Norte e Nordeste, com percentual abaixo da média, chegaram a 21,9% e 31,6%, em 2019, respectivamente.

Olhando somente em relação a valores gastos com internação hospitalar entre os idosos no Brasil e nas grandes regiões, a Tabela 39 apresenta as proporções destes gastos em cada região do país.

TABELA 39 - PROPORÇÃO DE VALORES GASTOS COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR DA POPULAÇÃO IDOSA NAS REGIÕES BRASILEIRAS, ANOS 2000, 2010, 2019

Brasil e Regiões	2000		2010		2019	
	Valor Gasto	%	Valor Gasto	%	Valor Gasto	%
Brasil	R\$ 1.137.231.145,61	100,0	R\$ 3.057.946.229,92	100,0	R\$ 5.630.423.076,81	100,0
Norte	R\$ 34.982.434,77	3,1	R\$ 110.514.504,79	3,6	R\$ 195.531.398,54	3,5
Nordeste	R\$ 223.218.450,74	19,6	R\$ 566.770.856,08	18,5	R\$ 1.165.145.532,40	20,7
Sudeste	R\$ 561.696.062,99	49,4	R\$ 1.505.375.853,92	49,2	R\$ 2.562.746.297,81	45,5
Sul	R\$ 247.225.168,78	21,7	R\$ 682.298.764,65	22,3	R\$ 1.354.185.617,12	24,1
Centro-Oeste	R\$ 70.109.028,33	6,2	R\$ 192.986.250,48	6,3	R\$ 352.814.230,94	6,3

Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS 2000, 2010 e 2019).

O que se vê na Tabela 39 é que as regiões Norte e Centro-Oeste são as que menos gastam com internações hospitalares e a região Sudeste é a que mais gasta, nos três anos analisados. Daí, levanta-se mais um questionamento: qual seria a média de gasto por leito com idosos? De posse do número total de internações com idosos e o valor gasto com estas respectivas internações entre esta faixa etária idosa, a Tabela 40 demonstra os resultados do Brasil e regiões em relação à média de gasto por internação de idoso, inserindo uma coluna da média geral indiferente da faixa etária, para se conhecer a média de gasto por leito/internação de idosos.

TABELA 40 - MÉDIA DE GASTO POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DA POPULAÇÃO IDOSA NOS ANOS 2000, 2010 E 2019

BRASIL E REGIÕES	VALOR GASTO COM INTERNAÇÃO DA POP. IDOSA	QUANT DE INTERNAÇÕES DA POP. IDOSA	MÉDIA DE VALOR GASTO DA POP. IDOSA	MÉDIA DE VALOR GASTO POP. TOTAL
Brasil (2000)	R\$ 1.137.231.145,61	2.139.188	R\$ 531,62	R\$ 409,37
Região Norte	R\$ 34.982.434,77	94.422	R\$ 370,49	R\$ 288,96
Região Nordeste	R\$ 223.218.450,74	541.343	R\$ 412,34	R\$ 334,89
Região Sudeste	R\$ 561.696.062,99	898.888	R\$ 624,88	R\$ 481,77
Região Sul	R\$ 247.225.168,78	457.171	R\$ 540,77	R\$ 449,32
Região Centro-Oeste	R\$ 70.109.028,33	147.364	R\$ 475,75	R\$ 379,19
Brasil (2010)	R\$ 3.057.946.229,92	2.454.665	R\$ 1.245,77	R\$ 945,66
Região Norte	R\$ 110.514.504,79	127.879	R\$ 864,21	R\$ 640,81
Região Nordeste	R\$ 566.770.856,08	591.171	R\$ 958,73	R\$ 765,17
Região Sudeste	R\$ 1.505.375.853,92	1.049.541	R\$ 1.434,32	R\$ 1.100,77
Região Sul	R\$ 682.298.764,65	506.647	R\$ 1.346,69	R\$ 1.106,31
Região Centro-Oeste	R\$ 192.986.250,48	179.427	R\$ 1.075,57	R\$ 849,16
Brasil (2019)	R\$ 5.630.423.076,81	3.189.714	R\$ 1.765,18	R\$ 1.304,95
Região Norte	R\$ 195.531.398,54	153.813	R\$ 1.271,23	R\$ 912,07
Região Nordeste	R\$ 1.165.145.532,40	731.599	R\$ 1.592,60	R\$ 1.147,58
Região Sudeste	R\$ 2.562.746.297,81	1.414.843	R\$ 1.811,33	R\$ 1.400,87
Região Sul	R\$ 1.354.185.617,12	679.720	R\$ 1.992,27	R\$ 1.560,38
Região Centro-Oeste	R\$ 352.814.230,94	209.740	R\$ 1.682,15	R\$ 1.180,20

Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS 2000, 2010 e 2019).

Os dados da Tabela 40 permitem constatar que, gastava-se no Brasil, no ano de 2000, por internação geral, um valor médio de R\$ 409,37, enquanto que, por internação de idoso o valor era bem maior, alcançando R\$ 531,62. No ano de 2010, o gasto geral com internação, em média, era de R\$ 945,66 e, em relação ao idoso, no mesmo ano, este valor chegou a R\$ 1.245,77. Em 2019, os valores continuam crescendo e chegaram a uma média da população total no valor de R\$ 1.304,95 enquanto que, no mesmo ano, a média de gasto por internação de idoso foi de R\$ 1.765,18 (TAB. 40). Com isso, constata-se que o custo médio da internação do idoso, no Brasil e em todas as regiões do país, é maior do que o custo médio da internação da população geral, em todos os anos analisados. Verifica-se, também, que as regiões Sul e Sudeste, em todos os anos analisados, apresentaram as maiores médias de gasto com internação tanto da população total quanto da população idosa, realidade bem diferente nas regiões Norte e Nordeste liderando os menores gastos médios por internação hospitalar, tanto geral quanto de idosos (TAB. 40).

Numa tentativa de melhor entender esta questão, a Tabela 41 apresenta a diferença (em reais) entre os gastos médios com internação hospitalar entre a população total e a população idosa, assim como a variação (em porcentagem) desse incremento de gasto que a internação de idosos demanda.

TABELA 41- DIFERENÇA DA MÉDIA DE GASTO POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DA POPULAÇÃO NOS ANOS 2000, 2010, 2019

BRASIL E REGIÕES	MÉDIA DE VALOR POP. IDOSA	MÉDIA DE VALOR POP. TOTAL	DIFERENÇA (EM REAIS)	VARIAÇÃO (EM %)
Brasil (2000)	R\$ 531,62	R\$ 409,37	R\$ 122,25	29,86
Região Norte	R\$ 370,49	R\$ 288,96	R\$ 81,53	28,21
Região Nordeste	R\$ 412,34	R\$ 334,89	R\$ 77,45	23,13
Região Sudeste	R\$ 624,88	R\$ 481,77	R\$ 143,11	29,71
Região Sul	R\$ 540,77	R\$ 449,32	R\$ 91,45	20,35
Região Centro-Oeste	R\$ 475,75	R\$ 379,19	R\$ 96,56	25,46
Brasil (2010)	R\$ 1.245,77	R\$ 945,66	R\$ 300,11	31,74
Região Norte	R\$ 864,21	R\$ 640,81	R\$ 223,40	34,86
Região Nordeste	R\$ 958,73	R\$ 765,17	R\$ 193,56	25,30
Região Sudeste	R\$ 1.434,32	R\$ 1.100,77	R\$ 333,55	30,30
Região Sul	R\$ 1.346,69	R\$ 1.106,31	R\$ 240,38	21,73
Região Centro-Oeste	R\$ 1.075,57	R\$ 849,16	R\$ 226,41	26,66
Brasil (2019)	R\$ 1.765,18	R\$ 1.304,95	R\$ 460,23	35,27
Região Norte	R\$ 1.271,23	R\$ 912,07	R\$ 359,16	39,38
Região Nordeste	R\$ 1.592,60	R\$ 1.147,58	R\$ 445,02	38,78
Região Sudeste	R\$ 1.811,33	R\$ 1.400,87	R\$ 410,46	29,30
Região Sul	R\$ 1.992,27	R\$ 1.560,38	R\$ 431,89	27,68
Região Centro-Oeste	R\$ 1.682,15	R\$ 1.180,20	R\$ 501,95	42,53

Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS 2000, 2010 e 2019).

Na Tabela 41 percebe-se que o valor médio gasto com internação hospitalar do idoso é superior aos valores médios de gastos com internação em relação à população total. Essa variação de incremento a mais com gasto com idoso também é crescente e preocupante. No Brasil em 2000, a média de gasto por internação de idosos foi de R\$ 531,62, enquanto que, naquele mesmo ano, o valor médio de gasto por internação hospitalar geral alcançava valor de R\$ 409,37, ou seja, R\$ 122,25 a mais na internação do idoso, representando um incremento de 29,86%. Em 2019, o Brasil gastava mais que o triplo em relação a este serviço. A média de gasto com internação hospitalar da população idosa alcançou um vultoso valor de R\$ 1.765,18 em relação à média geral de R\$ 1.304,95. Isso implica numa diferença de R\$ 460,23 dando um incremento de 35,27%.

Como a população idosa no Brasil é crescente, além deste grupo etário precisar, frequentemente, de internações, uma estratégia para se reduzir o gasto com internação hospitalar de idoso no país se torna um grande desafio e uma preocupação a mais para o sistema de saúde brasileiro que já sobrevive no limite dos gastos. Uma estratégia que pode ser eficiente frente a este desafio são os investimentos na Atenção Primária à Saúde que tem como foco a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o controle e monitoramento das doenças crônicas, muito comuns entre idosos, de forma a tentar diminuir a demanda de internação por parte do idoso (PEREIRA et al., 2007; PEREIRA et al., 2018).

Aliado a este problema, ainda se tem a questão relacionada ao número e oferta de leitos hospitalares no Brasil e a relação leito/habitante no país. Uma equipe multiprofissional do Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz) lançou um importante boletim informático denominado ‘Monitoramento da Assistência Hospitalar no Brasil (2009-2017)’ onde mostra a preocupante situação da oferta de leitos à população brasileira. A queda do número de hospitais e o descadastramento de tantos leitos foram alguns dos dados que mais chamaram a atenção no referido relatório.

Para se ter uma ideia, segundo os dados do PROADESS, houve uma redução de 3,7%, dos hospitais nos últimos anos. No ano de 2009, havia 6.041 hospitais no Brasil, sendo que este número cai para 5.819 unidades oito anos depois, ou seja, em 2017. Já o número de leitos hospitalares (clínicos, cirúrgicos, pediátricos e obstétricos) também acompanhou a queda no período, reduzindo de 1,87 por cada mil habitantes, em 2009, para 1,72/mil habitantes, em 2017, número inferior ao estabelecido e recomendado pelo Ministério da

Saúde, Portaria GM/MS n° 1101/2002, que era de 2,5 a 3,0 leitos por cada mil habitantes (MENDES et al., 2012).

Em relação ao número de leitos hospitalares disponíveis no SUS, foi realizado um levantamento junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde, utilizando os anos de referência 2010 e 2019, e os resultados apontam para números ainda mais impactantes em relação a este indicador, conforme demonstra a Tabela 42.

TABELA 42 - NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES DO SUS NO BRASIL E NAS REGIÕES, ANOS 2010, 2019

BRASIL E REGIÕES	2010	2019	VARIAÇÃO
Brasil	335.482	294.968	-40.514
Região Norte	24.677	24.353	-324
Região Nordeste	101.158	91.517	-9.641
Região Sudeste	130.259	105.878	-24.381
Região Sul	53.338	49.781	-3.557
Região Centro-Oeste	26.050	23.439	-2.611

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES/MG).

Verifica-se, claramente, na Tabela 42, uma variação negativa no número de leitos no SUS no ano de 2019 em relação a 2010, o que, naturalmente, gera um déficit de leitos hospitalares no SUS e isto tem a ver com descredenciamentos de hospitais deste sistema de saúde. Isto é preocupante, principalmente considerando que no Brasil mais de 75% da população é dependente do SUS. É preocupante assistir uma perda de mais de 40 mil leitos sendo descredenciados do SUS no Brasil, sendo que destes, 24.381 são da região Sudeste e 9.641 são da região Nordeste. A maior perda foi registrada na região Sudeste, justamente a mais populosa do Brasil e onde, em 2019, vivia quase metade (46,3%) dos idosos do Brasil (TAB. 24).

Considerando que o número de idosos no Brasil é crescente e que esta população é a que mais demanda internações hospitalares, pode-se inferir que esta redução no número de leitos do SUS pode comprometer mais justamente este estrato populacional. Neste cenário de redução de leitos hospitalares, o Brasil vive um dilema: se, por um lado, a informação de que se viverá mais é positiva, por outro, o envelhecimento da população representa um grande problema para o sistema de saúde pública no país.

Foi demonstrado, até aqui, que o Brasil envelhece rapidamente e com uma esperança de vida cada vez maior. Foram destacadas, também, as características de cada região brasileira, com suas respectivas peculiaridades, incluindo as disparidades econômicas e

sociais entre estas regiões, algumas bem mais desenvolvidas que outras, além dos principais indicadores sociais e demográficos desses idosos nos seus respectivos espaços territoriais.

Na próxima seção será traçado o perfil de morbidade de idosos, especificamente em cada uma das regiões brasileiras, numa perspectiva de avaliar se as condições socioeconômicas e sanitárias destas regiões interferem no perfil de morbidade de idosos.

4.3 Perfil de morbidade de idosos nas regiões brasileiras

Depois de ter sido realizada, no capítulo 3 desta tese, uma ampla discussão sobre as peculiaridades das regiões brasileiras, peculiaridades estas de natureza econômica, social, demográfica e sanitária, é importante traçar o perfil de morbidade nas cinco regiões brasileiras, de forma a verificar se estas peculiaridades regionais produzem perfis de morbidade diferentes.

Neste sentido, esta seção dedica-se a um diagnóstico e uma discussão sobre o perfil de morbidade de idosos em cada uma das cinco regiões brasileiras, ou seja, por meio deste diagnóstico, conhecer-se-á os principais grupos de doenças que geram maiores quantidades de internação hospitalar de idosos em cada substrato regional do país, tentando entender como as peculiaridades regionais produzem perfis de morbidade diferentes, sendo que, tendo em vista as condições gerais do Brasil, qualquer diferença é importante e pode ter relação com condições diferentes presentes nas regiões.

Optou-se por realizar a análise, primeiramente, das duas regiões com indicadores econômicos, sociais e sanitários mais vulneráveis, as regiões Norte e Nordeste, justamente numa perspectiva de se avaliar se as características de vulnerabilidade destas regiões estão interferindo no perfil de morbidade de idosos nas mesmas.

Iniciando pela região Norte, a Tabela 42 mostra o consolidado das dez principais causas de morbidade do idoso nesta região nos anos de 2000, 2010 e 2019.

TABELA 43 - PERFIL DE MORBIDADE ENTRE IDOSOS NA REGIÃO NORTE, SEGUNDO PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES REALIZADAS NO SUS, CLASSIFICAÇÕES DO CID-10, ANOS 2000, 2010 2019

REGIÃO NORTE	2000			2010			2019		
	n	%	Ranking	n	%	Ranking	2019	%	Ranking
Cap 01- Doenças infecciosas e parasitárias	10.065	10,66	4°	16.630	13,00	3°	15.743	10,24	4°
Cap 02 - Neoplasias (tumores)	2.788	2,95	9°	6.218	4,86	8°	10.140	6,59	7°
Cap 04 - Endócrinas, nutricionais e metabólicas	4.008	4,24	7°	7.474	5,84	6°	8.509	5,53	8°
Cap 06 - Doenças do sistema nervoso	3.348	3,55	8°	1.726	1,35	10°	2.579	1,68	10°
Cap 09 - Doenças do aparelho circulatório	22.974	24,33	1°	30.060	23,51	1°	29.470	19,16	1°
Cap 10 - Doenças do aparelho respiratório	18.785	19,89	2°	20.765	16,24	2°	23.619	15,36	2°
Cap 11- Doenças do aparelho digestivo	11.583	12,27	3°	15.576	12,18	4°	17.416	11,32	3°
Cap 12 - Doenças da pele e tecido subcutâneo	1.381	1,46	10°	2.188	1,71	9°	5.251	3,41	9°
Cap 14 - Doenças do aparelho geniturinário	8.390	8,89	5°	12.281	9,60	5°	15.124	9,83	5°
Cap 19 - Lesões, envenenamento e outras de causas externas	4.594	4,87	6°	7.337	5,74	7°	14.164	9,21	6°
Demais Grupos de Causas do CID-10 agrupados	6.506	6,89	-	7.624	5,96	-	11.797	7,67	-
Total	94.422	100,00		127.879	100,00		153.812	100,00	

Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS 2000, 2010 e 2019).

Verifica-se, na Tabela 43, que os dois principais grupos de causas de internações dos idosos na região Norte são os mesmos, em todos os anos analisados e, também, os mesmos do Brasil, ou seja, as doenças do aparelho circulatório, que responderam por 24% das internações de idosos na região Norte, no ano de 2000, por 23,5% no ano de 2010 e por 29% no ano de 2019; e as doenças do aparelho respiratório que responderam por 19,8% das internações em 2000, 16,2% em 2010 e 15,3% em 2019. Verifica-se que, no ano de 2019, somente estes dois grupos de causas foram responsáveis por mais de um terço (34,52%) das internações de idosos realizadas na região Norte (TAB. 43). Sobre esta questão, ressalta-se que as doenças do aparelho circulatório incluem as doenças cardiovasculares cuja incidência tem sido crescente em todo o mundo, tendo forte relação com o estilo de vida moderno.

Corroborando esta informação, Andrade; Rodrigues (2002) argumentam que as doenças mais prevalentes em causa de morbidade entre os idosos são as denominadas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre as quais as mais prevalentes são as doenças cardiovasculares. Ainda sobre o tema, Louvison e Barros (2009) relatam que em

torno de 80% dos idosos apresentam pelo menos uma enfermidade crônica, sendo a hipertensão a mais prevalente, impactando na crescente demanda e utilização dos serviços de saúde, principalmente hospitalares. Já as doenças do aparelho respiratório, apesar de serem menos letais que as doenças cardiovasculares, são muito comuns entre idosos e representam a segunda causa de anos de vida perdidos por incapacidade no Brasil (ANTUNES, et al, 2013; SCHRAMM et. al, 2004), sendo que muitos são os estudos que destacam o crescimento das doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório no perfil de morbimortalidade no Brasil e em regiões específicas do país (LOYOLA-FILHO et al., 2004; PEREIRA et al., 2009; PEREIRA et al., 2018).

Ainda em relação às doenças mais prevalentes no perfil de morbidade da região Norte do país, as doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório, Duncan et al. (2012) comentam que estas podem ser minimizadas com a adoção de práticas saudáveis e hábitos de vida mais adequados, como, por exemplo, a redução do tabagismo e do consumo excessivo do álcool; além de dieta equilibrada com baixo valor calórico; práticas de atividades físicas; além de importantes intervenções que promovam a saúde, como atividades educativas, campanhas de vacina, atendimentos domiciliares, etc.

As ‘doenças do aparelho digestivo’, que eram a terceira causa de internações de idosos na região Norte no ano de 2000 (12,27% das internações), perde um pouco de importância no ano de 2010 (12,18% das internações), passando a ser o quarto lugar, cedendo o terceiro lugar para as doenças infecciosas e parasitárias e, estas por sua vez, que eram a quarta causa de internação nesta região no ano de 2000, respondendo por 10,66% das internações, aumentam sua participação para 13%, em 2010, e voltam a cair em 2019, passando a representar 10,22% das internações de idosos e assumindo, novamente o quarto lugar nas internações de idosos nesta região (TAB. 43). Sobre esta questão, estudos demonstram que áreas e grupos populacionais em situação socioeconômica desfavorável, como é o caso da região Norte, apresentam taxas de morbidade por doenças infecciosas e parasitárias mais elevadas (ROCHA et al., 2018; PAIVA, SOUZA, 2018).

As doenças do aparelho geniturinário’ assumem a quinta posição no perfil de morbidade na região Norte, em todos os anos analisados, observando-se, inclusive, que a participação deste grupo de causa nas internações de idosos nesta região aumenta de 8,89% em 2000 para 9,60% em 2010 e reduzindo um pouco para 9,83%, em 2019 (TAB. 43). Estas doenças como as infecções do trato urinário (ITU), doenças da próstata em homens idosos, prolapso vesical (“queda da bexiga”), cálculos urinários, entre outros, são relacionadas ao

sistema renal e urinário e são muito comuns entre idosos (SALDANHA; CALDAS, 2004; GOIS; VERAS, 2010).

Chama atenção o fato de que, já em 2000, o grupo de causas ‘Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas’, já aparecia no elenco de principais grupos de causas de internações entre idosos na região Norte, quando este grupo de causas ainda não aparecia nos sete principais grupos de causas de internações de idosos no Brasil (TAB. 43). As “causas externas”, como também é conhecido este grupo, referem-se a causas de internações referentes à violência, como acidentes, tentativas de homicídio, entre outros, sendo que, no ano de 2000, este grupo de causas externas representava o sexto lugar nas internações de idosos na região Norte, representando 4,87% das internações deste grupo, aumentando para 5,74% das internações, em 2010, e aumentando, ainda mais, para 9,21% em 2019, assumindo o sexto lugar entre as internações de idosos nesta região neste ano (TAB. 43). Sobre esta questão, estudos já apontam para o crescimento da violência na região Norte nas últimas décadas (IPEA, 2017¹²) o que justifica a presença deste grupo de causas no perfil de morbidade entre idosos nesta região, assumindo o sexto lugar nas internações de idosos nesta região.

As ‘Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas’, nas quais inclui o diabetes, que é uma enfermidade cuja incidência tem sido crescente no mundo e também no Brasil, além de ser uma doença comum na população idosa, assumem o sétimo lugar entre as internações de idosos na região Norte, representando 4,24% das internações deste grupo no ano de 2000, aumentando para 5,84% no ano de 2010 e reduzindo um pouco, para 5,53%, no ano de 2019 (TAB. 43). Apesar de representar um aumento insipiente nos idosos, se torna preocupante devido ao aumento da obesidade e da diabetes nesse estrato populacional. Ressalta-se que no perfil de morbidade do Brasil este grupo de causa aparece como sexto lugar entre as internações em 2000 (5,2%), e como sétimo lugar em 2010 e 2019, representando 5,84% e 5,53%, respectivamente, das internações de idosos no Brasil (GÓIS; VERAS, 2010).

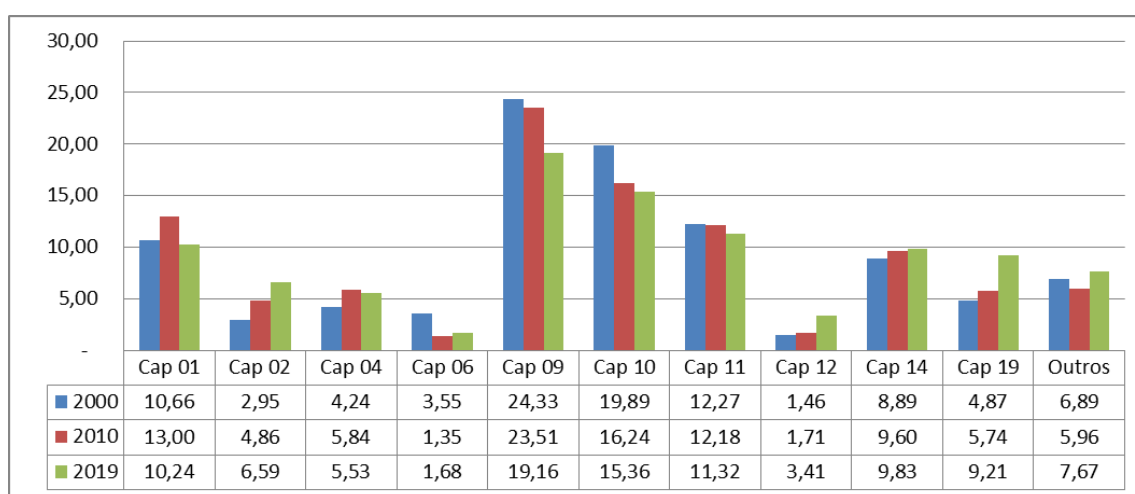
Ressalta-se que, no ano de 2019, somente os seis principais grupos de causas de internações entre idosos na região Norte (doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho digestivo; doenças infecciosas e parasitárias; doenças do aparelho geniturinário; Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas) respondem, juntas, por 75,12% das internações de idosos nesta região (TAB. 43),

¹²Atlas da Violência 2017 – Fórum Brasileiro de Segurança Pública. IPEA (2017).

mostrando que o perfil de morbidade hospitalar de idosos na região Norte chama atenção para a necessidade de investimento em políticas públicas gerais e de saúde pública voltadas para a minimização destas doenças e consequente redução de internações por essas causas.

O Gráfico 16 demonstra visualmente o perfil de morbidade na região Norte do Brasil.

GRÁFICO 16 – COMPORTAMENTO DOS PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR ENTRE IDOSOS NA REGIÃO NORTE, SEGUNDO CLASSIFICAÇÕES DO CID-10, ANOS 2000, 2010 E 2019



Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS 2000, 2010 e 2019).

O Gráfico 16 corrobora as informações sobre as principais causas de morbidade entre idosos na região Norte, mostrando que as causas de internações mais prevalentes entre os idosos nesta região são, em primeiro, segundo e terceiro lugar as doenças do aparelho circulatório, as doenças do aparelho respiratório e as doenças do aparelho digestivo, (Capítulos 09, 10 e 11 do CID-10, respectivamente). Porém, o gráfico também chama atenção para um processo de queda, ainda que lenta, das internações por estas causas. Chama atenção, também no gráfico, a importante participação das ‘Doenças infecciosas e parasitárias’ e as ‘Doenças do aparelho geniturinário’ e as ‘Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas’ (capítulos 1, 14 e 19 do CID-10), que se destacam no perfil de morbidade de idosos nesta região.

A região Nordeste apresenta, no perfil de morbidade de idosos, uma situação similar à região Norte, apesar de apresentar algumas peculiaridades importantes, como a presença das Neoplasias no grupo das seis principais causas de morbidade e de internações

hospitalares de idosos (4ª causa) nesta região no ano de 2019, conforme demonstram os dados da Tabela 44.

TABELA 44 - PERFIL DE MORBIDADE ENTRE IDOSOS NA REGIÃO NORDESTE, SEGUNDO PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES REALIZADAS NO SUS, CLASSIFICAÇÕES DO CID-10, ANOS 2000, 2010 2019

REGIÃO NORDESTE	2000			2010			2019		
	n	%	Ranking	n	%	Ranking	2019	%	Ranking
Cap 01 – infecciosas e parasitárias	52.404	9,68	4°	74.574	12,61	3°	72.496	9,91	5°
Cap 02 – neoplasmas (tumores)	20.590	3,80	8°	41.299	6,99	5°	75.280	10,29	4°
Cap 04 – endócrinas, nutricionais e metabólicas	28.602	5,28	6°	41.150	6,96	6°	34.324	4,69	8°
Cap 09 – aparelho circulatório	142.678	26,36	1°	146.411	24,77	1°	155.982	21,32	1°
Cap 10 – aparelho respiratório	107.929	19,94	2°	84.383	14,27	2°	99.970	13,66	2°
Cap 11 – aparelho digestivo	55.959	10,34	3°	62.491	10,57	4°	75.917	10,38	3°
Cap 12 – pele e tecido subcutâneo	8.432	1,56	10°	15.622	2,64	9°	25.799	3,53	9°
Cap 14 – Doenças do aparelho geniturinário	36.233	6,69	5°	40.618	6,87	7°	56.655	7,74	7°
Cap 18 – Sintomas, sinais e achados anormais de exames	9.478	1,75	9°	10.761	1,82	10°	19.767	2,70	10°
Cap 19 – Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas	22.028	4,07	7°	31.172	5,27	8°	59.898	8,19	6°
Demais Grupos de Causas do CID-10 agrupados	57.010	10,53	-	42.690	7,22	-	55.511	7,59	-
Total	541.343	100,00		591.171	100,00		731.599	100,00	

Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS 2000, 2010 e 2019).

É possível verificar na Tabela 44 que, assim como no caso do Brasil e da região Norte, os dois principais grupos de causas de internações dos idosos na região Nordeste, em todos os anos analisados, também são as ‘doenças do aparelho circulatório’, que responderam por 26,36% das internações de idosos na região Nordeste no ano de 2000, por 24,77% no ano de 2010 e por 21,32% no ano de 2019; e as ‘doenças do aparelho respiratório’ que responderam por 19,94% das internações de idosos nesta região no ano de 2000, diminuindo para 14,27%, em 2010, e diminuindo mais lentamente, com 13,66% das internações de idosos, em 2019 (TAB. 44). É possível constatar que, assim como aconteceu na região Norte,

no ano de 2019, somente estes dois grupos de causas foram responsáveis por mais de um terço (34,98%) das internações de idosos realizadas na região Nordeste.

Como já foi mencionado, há vários anos estas duas causas de morbidade, as doenças do aparelho circulatório incluem as doenças cardiovasculares e as doenças do aparelho respiratório, muito comum entre idosos, estão no topo das principais causas de internações hospitalares em todo o Brasil e, também, nestas duas regiões mais vulneráveis do Brasil, as regiões Norte e Nordeste. Muitos estudos científicos chamam atenção para a necessidade de o país fazer investimentos no sentido de prevenção e enfrentamento destes dois grupos de causas de adoecimento (ANDRADE; RODRIGUES, 2002; LOUVISON; BARROS, 2009; ANTUNES, et al, 2013; SCHRAMM et al, 2004; LOYOLA-FILHO et al, 2004; PEREIRA et al., 2007; PEREIRA et al., 2018).

O grupo de causas de internações por ‘doenças do aparelho digestivo’ na região Nordeste tem o mesmo comportamento da região Norte. As doenças do aparelho digestivo assumiam o terceiro lugar entre as causas de internações de idosos na região Nordeste no ano de 2000, respondendo por 10,34% das internações neste ano, mas ao contrário do que aconteceu na região Norte, continua crescendo, em 2010, mesmo que lentamente, respondendo por 10,57% das internações, mas assumindo o quarto lugar neste ano, também cedendo o terceiro lugar para as doenças infecciosas e parasitárias e voltando a assumir o terceiro lugar, em 2019, respondendo por 10,38% das internações de idosos nesta região neste ano (TAB. 44).

Em relação à performance do grupo de causas referentes às ‘doenças infecto-parasitárias’ no elenco de internações de idosos na região Nordeste, essa também foi similar ao que aconteceu na região Norte. No Nordeste, estas doenças que assumiam a quarta posição no perfil de morbidade de idosos no ano de 2000, respondendo por 9,68% das internações neste ano, aumentam sua participação para 12,61% no ano de 2010, mas reduz a sua parcela nas internações de idosos no ano de 2019, passando a representar 9,91% das internações neste ano, assumindo o quinto lugar no perfil de morbidade do idoso na região Nordeste (TAB. 44), quando na região Norte estas mesmas doenças assumem um lugar de maior destaque, o quarto lugar, nas internações de idosos no ano de 2019 (TAB. 43). Isso significa dizer que, embora estas duas regiões, Norte e Nordeste, tenham perfis socioeconômico e sanitário semelhantes e, diga-se de passagem, os mais deficitários do país; na região Norte observou-se uma superioridade, mesmo que pequena, de idosos que adoecem e internam de doenças infecto-parasitárias em relação à região Nordeste.

Levando em consideração que este grupo de doenças, em geral, tem relação com pobreza, com falta de higiene e falta de acesso a indicadores sanitários como água tratada, coleta de lixo e saneamento básico, pode-se explicar porque estas duas regiões, que são as que apresentam estes indicadores mais deficitários do Brasil (TAB. 30), ainda apresentam as doenças infecto-parasitárias, que nos países desenvolvidos já foram solucionadas para a população, oscilando entre terceira ou quarta causa mais prevalente nas internações de idosos, realidade esta que mostra o quanto estas duas regiões ainda precisam realizar investimentos em Atenção Primária à Saúde, prevenção de doenças e promoção de saúde. Importante reforçar que vários estudos demonstram que áreas e grupos populacionais em situação socioeconômica desfavorável, como é o caso dessas duas regiões, apresentam taxas de morbidade por doenças infecciosas e parasitárias mais elevadas (PAIVA, SOUZA, 2018; MARMOT et al, 1978; SILVA et al., 2014; CARNEIRO et al, 2013; PEREIRA et al., 2007; PEREIRA et al., 2018).

Em se tratando do grupo de causas de morbidade referente a ‘doenças do aparelho geniturinário’ a situação da região Nordeste se difere um pouco da região Norte. Na região Nordeste, este grupo de causas representava o quinto lugar nas causas de internações de idosos no ano de 2000, representando 6,69% das internações, passando a ocupar o sétimo lugar, em 2010, respondendo por 6,87% das internações e mantendo-se no sétimo lugar em 2019, mas neste ano respondendo por 7,74% das internações (TAB.44). A diferença da região Norte em relação a estas doenças é que naquela região as ‘doenças do aparelho geniturinário’ mantiveram-se em quinto lugar entre as internações de idosos em todos os anos analisados, muito embora esta causa de internação também seja crescente naquela região (TAB. 43). Observa-se que a incidência das doenças do aparelho geniturinário entre idosos na região Nordeste é crescente, uma vez que aumenta, sistematicamente, a cada ano analisado, a participação deste grupo de doenças nas internações de idosos nesta região (TAB. 44).

Em relação ao grupo de causas ‘doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas’, na região Nordeste, essas assumiam, no ano de 2000, a sexta causa de morbidade entre idosos, respondendo por 5,28% das internações deste grupo. No ano de 2010 este grupo de causas perde importância nas internações de idosos, passando a assumir o sexto lugar (6,96% das internações) e ocupando menor espaço ainda no perfil de morbidade de idosos no ano de 2019, quando passa a ocupar o oitavo lugar entre as internações. Observa-se, no período analisado, uma queda das internações de idosos por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, sobretudo no último ano analisado (2019) (TAB. 44), nas quais inclui o diabetes

que é comum entre idosos. No entanto, esta queda na internação de idosos por estas causas, que também é observada na região Norte, pode estar associado às ações de controle e tratamento do diabetes que vem sendo desenvolvidas por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) e nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) no país inteiro e, certamente, também nas unidades Básicas de Saúde (UBS) do Nordeste e do Norte, o que faz com que as internações por esta causa caiam, ainda que estes continuem sendo prevalentes nestas duas regiões. No caso da região Norte, a performance das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas se assemelham à região Nordeste (TAB. 43 e 44). Existem estudos que mostram que a APS e a ESF são capazes de reduzir as internações por diabetes (PEREIRA et al., 2018; SANTOS, 2015).

No caso da região Nordeste, merece também atenção os grupos de causas de morbidade referentes as ‘Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas’ e as ‘Neoplasias’, que embora não apareçam muito fortemente nas internações de idosos nesta região nos anos de 2000 e 2010, a partir de 2019, elas entram no grupo das seis principais causas de internações de idosos no Nordeste (TAB. 44).

No caso das ‘lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas’ (causas externas), elas começam o ano de 2000 sendo a sétima causa de internação de idosos na região Sudeste (4,07% das internações), em 2010, assume o oitavo lugar (5,27%) e, no ano de 2019, esta já é a sexta causa de internação de idosos nesta região (8,19%). Observa-se que a incidência de casos de internações de idosos por ‘causas externas’ no Nordeste é crescente, ocorrendo 22.028 internações por este grupo de causas nesta região, no ano de 2000 (4,07% das internações de idosos), 31.172 no ano de 2010 (5,27%) e 59.898 (8,19%) no ano de 2019 (TAB. 44). Como já foi mencionado, as ‘causas externas’ estão relacionadas com internações por causas ligadas à violência como acidentes, tentativas de homicídio, entre outros, e existem estudos que apontam para o crescimento destas causas no Brasil, tanto ligados à morbidade quanto à mortalidade (MENDES et al., 2012).

Segundo estudo do Ipea (2019) nas causas externas, de acordo com o CID-10, incluem as mortes violentas com causa indeterminada (MVCI). Essa categoria se dá por morte ocorrida por causa não natural, no qual não foi possível informar a motivação. Em 2017 houve um aumento de MVCI por 100 mil habitantes, no qual os piores classificados foram Rio de Janeiro (8,2), Bahia (8,2), Minas Gerais (7,5) e São Paulo (5,8).

As causas externas de mortalidade na CID-10 incluem:

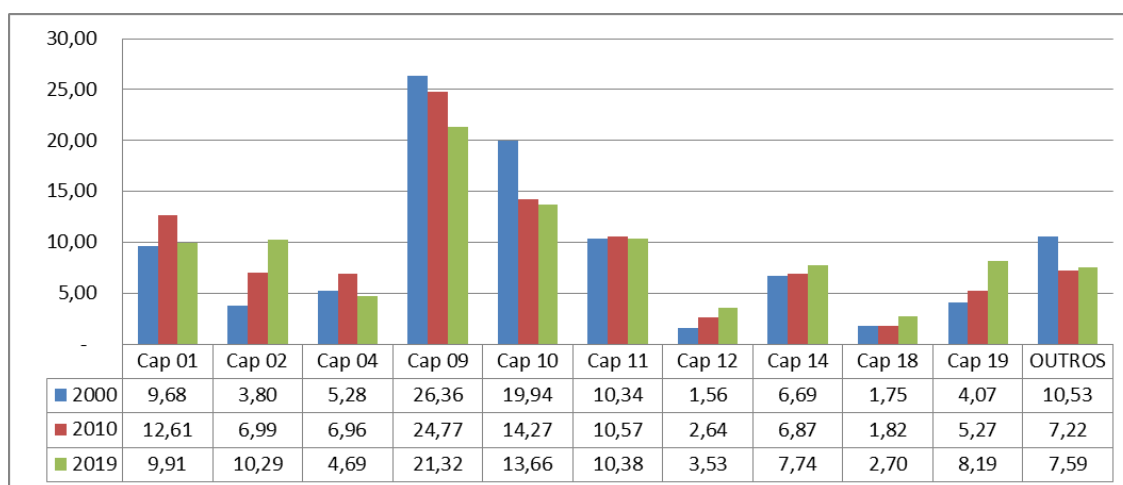
Acidentes de transporte; quedas; afogamento e submersão acidentais; exposição à fumaça, ao fogo e às chamas; envenenamento, intoxicação por ou exposição a substâncias nocivas; lesões autoprovocadas voluntariamente; agressões; Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada; intervenções legais e operações de guerra; e todas as outras causas externas (IPEA, 2019, p. 88).

No caso do grupo de causas relacionado às ‘Neoplasias’, elas se iniciam no de 2000 sendo a oitava causa de internação de idosos na região Sudeste (3,80% das internações), em 2010, assumindo o quinto lugar (6,99%) e, no ano de 2019, esta já é a quarta causa de internação de idosos nesta região (10,29%). Observa-se que a incidência de casos de internações de idosos por Neoplasias na região Nordeste é crescente, ocorrendo 20.590 internações por este grupo de causas nesta região no ano de 2000 (3,80% das internações de idosos), 41.299 no ano de 2010 (6,99%) e 75.280 (10,29%) no ano de 2019, o que representa um crescimento de 265,6% nas internações de idosos por esta causa na região no período analisado (TAB. 44). Sobre essa questão, ressalta-se que muitos estudos apontam para o crescimento da incidência e prevalência de casos de Neoplasias no mundo e no Brasil (INCA, 2019).

Fazendo uma análise apenas do ano mais recente de 2019, verifica-se que as principais causas de internações de idosos, e que, portanto, define o perfil de morbidade de idosos na região Nordeste são as seguintes: em primeiro lugar, as doenças do aparelho circulatório (21,32% das internações); em segundo lugar, as doenças do aparelho respiratório (13,66%); em terceiro lugar, as doenças do aparelho digestivo (10,38%); em quarto lugar, as Neoplasias (10,29%); em quinto lugar, as doenças infecciosas e parasitárias (9,91%); e em sexto lugar, as lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas (8,19%). Importante destacar que, juntas, estes seis grupos de causas de morbidade respondem por 73,75% das internações de idosos nesta região (TAB. 44). E, se inserir a essas também as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e as doenças do aparelho geniturinário, que também são prevalentes nas internações de idosos na região, respondendo por 4,69% e 7,74% das internações, respectivamente, em 2019, estes oito grupos de internações de idosos respondem por nada menos do que 86,18% das internações de idosos nesta região (TAB. 44), evidenciando o quão importante se torna os investimentos no controle dessas doenças na região Nordeste do Brasil. O Gráfico 17, mais uma vez, corrobora as informações sobre as principais causas de morbidade e, portanto, de internações hospitalares entre idosos na região Nordeste.

A análise do Gráfico 17 revela um destaque e uma robustez no volume de internações de idosos nessa região por três grupos de causas, as relacionadas a doenças do aparelho respiratório, às doenças do aparelho circulatório e às doenças do aparelho digestivo, (Capítulos 09, 10 e 11 do CID-10).

GRÁFICO 17 – COMPORTAMENTO DOS PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR ENTRE IDOSOS NA REGIÃO NORDESTE, SEGUNDO CLASSIFICAÇÕES DO CID-10, ANOS 2000, 2010 E 2019



Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS 2000, 2010 e 2019).

Porém, esse gráfico também chama atenção para a grande participação das ‘doenças infecciosas e parasitárias’ que ainda ocupam um lugar importante no elenco de principais causas de internações de idosos nesta região (GRAF. 17), lembrando que, em geral, essas doenças estão relacionadas à pobreza e, como na região Nordeste a questão da pobreza ainda não foi solucionada para um grande contingente da população, conforme demonstrado no capítulo 3 desta tese, era esperado que estas doenças ocupassem (como ocupam) lugar de destaque no perfil de morbidade entre idosos que, juntamente com as crianças, são as pessoas mais acometidas pelas doenças infecciosas e parasitárias.

A Tabela 45 apresenta o perfil de morbidade de idosos na região Sudeste, a região mais populosa e uma das mais desenvolvidas do país, nas últimas três décadas, ou seja, nos anos de 2000, 2010 e 2019. A característica marcante do perfil de morbidade da região Sudeste é que, ao contrário das regiões Norte e Nordeste, as ‘doenças infecto parasitárias’, que são doenças tipicamente associadas à pobreza, não se inserem no elenco das seis principais causas de morbidade e de internações hospitalares de idosos na região Sudeste (TAB. 45). Com relação ao perfil de morbidade de idosos na região Sudeste, verifica-se, que

as ‘doenças do aparelho circulatório’ ocupam, em todos os anos analisados, a primeira colocação no elenco de internações deste estrato populacional (TAB. 45), a exemplo do que também acontece nas regiões Norte (TAB. 43) e Nordeste (TAB. 44), e seguindo também a mesma tendência nacional, uma vez que há alguns anos, desde 2000, esta tem sido a primeira causa de internação hospitalar entre idosos no Brasil (TAB. 37).

TABELA 45 - PERFIL DE MORBIDADE ENTRE IDOSOS NA REGIÃO SUDESTE, SEGUNDO PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES REALIZADAS NO SUS, CLASSIFICAÇÕES DO CID-10, ANOS 2000, 2010 2019

SUDESTE	2000			2010			2019		
	n	%	Ranking	n	%	Ranking	2019	%	Ranking
Cap 01 – infecciosas e parasitárias	34.189	3,80	8°	60.967	5,81	7°	100.698	7,12	7°
Cap 02 – neoplasmas (tumores)	54.260	6,04	4°	99.541	9,48	4°	177.758	12,56	2°
Cap 04 – endócrinas, nutricionais e metabólicas	53.110	5,91	6°	52.825	5,03	8°	45.273	3,20	9°
Cap 07 – doenças do olho e anexos	24.246	2,70	9°	23.982	2,28	9°	50.791	3,59	8°
Cap 09 – doenças do aparelho circulatório	276.268	30,73	1°	280.872	26,76	1°	309.765	21,89	1°
Cap 10 – doenças do aparelho respiratório	146.569	16,31	2°	153.206	14,60	2°	168.223	11,89	3°
Cap 11 – doenças do aparelho digestivo	87.099	9,69	3°	111.401	10,61	3°	152.191	10,76	4°
Cap 14 – doenças do aparelho geniturinário	53.699	5,97	5°	78.372	7,47	5°	125.633	8,88	5°
Cap 18 – Sintomas, sinais e achados anormais de exames	17.296	1,92	10°	21.106	2,01	10°	34.219	2,42	10°
Cap 19 – Lesões, (...) e causas externas	45.482	5,06	7°	74.317	7,08	6°	118.096	8,35	6°
Demais Grupos de Causas–do CID-10 agrupados	106.670	11,87	-	92.952	8,86	-	132.193	9,34	-
Total	898.888	100,00		1.049.541	100,00		1.414.840	100,00	

Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS 2000, 2010 e 2019).

Observa-se, também, que as internações de idosos por ‘doenças do aparelho circulatório’ na região Sudeste é sistematicamente decrescente no período analisado, saindo de uma participação de 30,73% nesta região, no ano de 2000, para uma participação menor de 26,76%, no ano de 2010 e caindo, ainda mais, para 21,89%, no ano de 2019, muito embora ainda se mantenha como primeira causa de internação de idosos (TAB. 45).

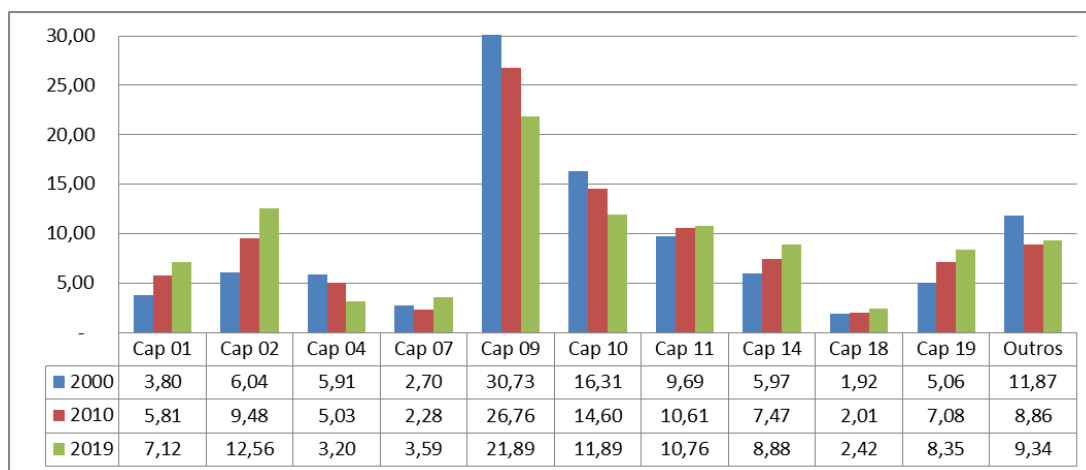
Em relação ao segundo grupo de causas de internações de idosos no Sudeste, observa-se uma pequena diferença em relação às regiões Norte e Nordeste, e também em relação ao Brasil, uma vez que as ‘doenças do aparelho respiratório’ que assumiam o segundo lugar entre as causas de internações deste estrato populacional no Brasil e nas regiões Norte e Nordeste, em todos os anos analisados, assume o segundo lugar na região Sudeste somente nos anos de 2000 e 2010, cedendo lugar para as Neoplasias, que nesta região Sudeste, passa a ocupar o segundo lugar entre as internações de idosos, no ano de 2019 (TAB. 45).

Quanto à performance das ‘Neoplasias’ no perfil de morbidade do idoso na região Sudeste, destaca-se que estas ocupavam o quarto lugar entre as internações de idosos nesta região no ano de 2000 (6,04% das internações), o quarto lugar também no ano de 2010, mas com uma participação mais robusta (9,48%) nas internações de idosos; e uma participação maior ainda, no ano de 2019 (12,56%), assumindo o segundo lugar entre as internações de idosos nesta região neste ano (TAB. 45).

Quanto às ‘doenças do aparelho digestivo’, estas ocupavam o terceiro lugar entre as internações de idosos na região Sudeste nos anos de 2000 e 2010, respondendo por 9,69% e 10,61%, respectivamente, passando a ocupar o quarto lugar entre as internações de idosos nesta região no ano de 2019, representando 10,76% das internações neste ano (TAB. 45). Fazendo uma análise do perfil de morbidade de idosos na região Sudeste no ano recente de 2019, verifica-se que as principais causas de internações de idosos nesta região são: em primeiro lugar as ‘doenças do aparelho circulatório’ (21,89% das internações), em segundo lugar as Neoplasias’ (12,56%), em terceiro lugar as ‘doenças do aparelho respiratório’ (11,89%), em quarto lugar as ‘doenças do aparelho digestivo’ (10,76%), em quinto lugar as ‘doenças do aparelho geniturinário’ (8,88%) e em sexto lugar as ‘Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas’ (8,35%) das internações de idosos nesta região. Juntas, estes seis grupos de causas de morbidade foram responsáveis por 74,33% de todas as internações de idosos nesta região, no ano de 2019 (TAB. 45).

O Gráfico 18 mostra, visualmente, e corrobora as informações sobre o perfil de morbidade e, portanto, os principais grupos de causas de internações hospitalares entre idosos na região Sudeste do país que, como já foi mencionado, por tratar-se de uma das regiões mais desenvolvidas do Brasil, apresenta alguns diferenciais em relação às duas regiões mais pobres anteriormente analisadas.

GRÁFICO 18 – COMPORTAMENTO DOS PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR ENTRE IDOSOS NA REGIÃO SUDESTE, SEGUNDO CLASSIFICAÇÕES DO CID-10, ANOS 2000, 2010 E 2019



Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS 2000, 2010 e 2019).

O que chama atenção no Gráfico 18 em relação ao perfil de morbidade entre idosos na região Sudeste é a pujança das internações por doenças do aparelho circulatório que, embora tenha reduzido ao longo do tempo, ainda são bastante expressivas no cômputo das internações de idosos, sendo que só essa causa representa, nos anos analisados, entre 20% e 30% das internações desta faixa etária nessa região (30,73% em 2000; 26,76% em 2010; e 21,89% em 2019).

Chama atenção, igualmente, no Gráfico 18, a menor participação das ‘doenças infecto parasitárias’ no elenco de internações de idosos na região Sudeste, o que já era esperado, por essa ser uma das regiões mais desenvolvidas do país e que apresenta melhores indicadores econômicos, sociais e sanitários em relação às regiões Norte e Nordeste (TAB. 30), onde a prevalência dessas doenças é maior. Sobre esta questão, estudos apontam para maiores prevalências das doenças infecto-parasitárias em localidades mais pobres e menos desenvolvidas (PAIVA; SOUZA, 2018).

A Tabela 46 apresenta o perfil de morbidade de idosos na região Sul nas últimas três décadas, ou seja, nos anos de 2000, 2010 e 2019.

TABELA 46 - PERFIL DE MORBIDADE ENTRE IDOSOS NA REGIÃO SUL, SEGUNDO PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES REALIZADAS NO SUS, CLASSIFICAÇÕES DO CID-10, ANOS 2000, 2010 E 2019

SUL	2000			2010			2019		
	n	%	Ranking	n	%	Ranking	2019	%	Ranking
Cap 01 – Algumas doenças infecciosas e parasitárias	15.748	3,44	8°	28.664	5,66	6°	45.965	6,76	7°
Cap 02 – Neoplasmas (tumores)	23.148	5,06	5°	47.926	9,46	3°	92.086	13,55	3°
Cap 04 – Endócrinas, nutricionais e metabólicas	17.694	3,87	7°	21.469	4,24	8°	17.382	2,56	8°
Cap 06 – Doenças do sistema nervoso	22.224	4,86	6°	12.156	2,40	9°	13.588	2,00	10°
Cap 09 – Doenças do aparelho circulatório	128.324	28,07	2°	138.580	27,35	1°	163.172	24,01	1°
Cap 10 – Doenças do aparelho respiratório	130.098	28,46	1°	107.635	21,24	2°	104.279	15,34	2°
Cap 11 – Doenças do aparelho digestivo	44.149	9,66	3°	47.911	9,46	4°	69.174	10,18	4°
Cap 13 – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	10.650	2,33	10°	10.075	1,99	10°	14.803	2,18	9°
Cap 14 – Doenças do aparelho geniturinário	24.705	5,40	4°	30.400	6,00	5°	49.422	7,27	6°
Cap 19 – Lesões, (...) e causas externas	14.870	3,25	9°	26.940	5,32	7°	51.904	7,64	5°
Demais Grupos de Causas do CID-10 agrupados	25.561	5,59		34.891	6,89		57.945	8,52	
Total	457.171	100,00		506.647	100,00		679.720	100,00	

Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS 2000, 2010 e 2019).

Com relação ao perfil de morbidade de idosos na região Sul, é possível verificar, por meio da análise dos dados da Tabela 45, uma diferença no perfil de morbidade de idosos nesta região em relação às outras regiões brasileiras, anteriormente analisadas, sobretudo em relação às regiões Norte e Nordeste, porque, assim como aconteceu na região Sudeste, as ‘doenças infecto parasitárias’ não estão entre as seis principais causas de morbidade nesta região Sul, quando esteve presente, inclusive de forma importante, nas regiões Norte e Nordeste (TAB. 46). Como já foi mencionado, como este grupo de causas de morbidade tem relação com pobreza, era mesmo de se esperar que essas não fizessem parte do perfil de principais morbidades da região Sul, visto que essa região configura-se como uma das mais desenvolvidas e ricas do Brasil, conforme demonstrado no capítulo 3 desta tese.

No ano de 2000, o grupo de causas de morbidade que tinha maior participação nas internações hospitalares de idosos na região Sul era o referente às ‘doenças do aparelho respiratório’, que representavam 28,46% das internações deste estrato populacional neste ano, e não as ‘doenças do aparelho circulatório’ que assumiam o primeiro lugar, em todos os anos, nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste e inclusive no Brasil. Porém, nos anos subsequentes,

2010 e 2019, as doenças do aparelho respiratório passam a registrar uma queda nas internações de idosos nesta região representando 21,24% e 15,34% das internações de idosos, respectivamente, com as doenças do aparelho circulatório assumindo o primeiro lugar (TAB. 46).

Observa-se, também, que as internações de idosos por doenças do aparelho circulatório na região Sul ocupavam o segundo lugar entre as internações no ano 2000, mas, nos anos de 2010 e 2019 elas assumem o primeiro lugar. Assim como ocorre na região Sudeste, a participação das ‘doenças do aparelho circulatório’ é sistematicamente decrescente na região Sul no período analisado, saindo de uma participação de 28,07%, nas internações de idosos no ano de 2000, para uma participação um pouco menor de 27,35%, no ano de 2010, e caindo para 24,01%, no ano de 2019 (TAB. 46).

As ‘doenças do aparelho digestivo’ no perfil de morbidade da região Sul têm um comportamento semelhante ao da região Sudeste. No ano de 2000, elas ocupavam o terceiro lugar entre as internações de idosos na região Sul (9,66% das internações de idosos) e nos anos de 2000 e 2010 perdem um pouco de importância, passando a assumir o quarto lugar, respondendo por 9,46% e 10,18%, respectivamente (TAB. 46).

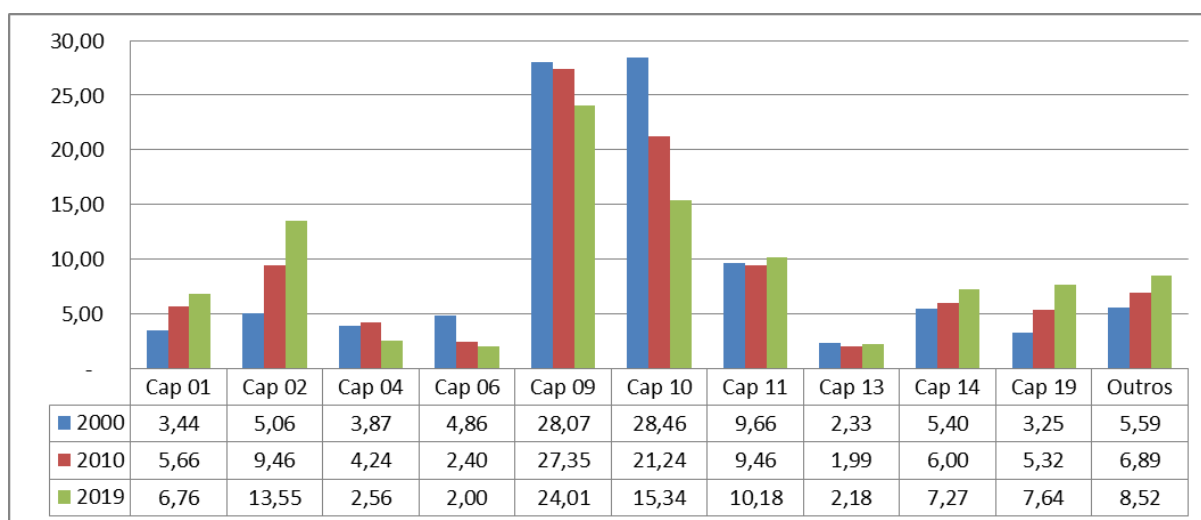
No caso das ‘Neoplasias’, ressalta-se que elas ocupavam o quinto lugar entre as internações de idosos na região Sul no ano de 2000 (5,06% das internações), ganhando importância no perfil de morbidade e passando a ocupar o terceiro lugar nas internações de idosos, tanto no ano de 2010 quanto no ano de 2019, representando percentuais cada vez maiores no cômputo das internações de idosos, ou seja, respondendo por 9,46% e 13,55%, respectivamente, nestes últimos anos (TAB. 46), percentuais estes bastante semelhantes aos da região Sudeste (TAB. 45) para este grupo de doenças.

Analisando o ano recente de 2019, verifica-se que as principais causas de internações de idosos, e que, portanto, define o perfil de morbidade de idosos na região Sul são as seguintes: em primeiro lugar as ‘doenças do aparelho circulatório’ (24,01% das internações), em segundo lugar as ‘doenças do aparelho respiratório’ (15,34%), em terceiro lugar as ‘Neoplasias’ (13,55%), em quarto lugar as ‘doenças do aparelho digestivo’ (10,18%), em quinto lugar as Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas (7,64%) e em sexto lugar as ‘Doenças do aparelho geniturinário’ (7,27%). Importante destacar que, juntas, estes seis grupos de causas de morbidade respondem por 77,99% das internações de idosos nessa região (TAB. 46). A principal diferença do perfil de morbidade de idosos na região Sul em relação à região Sudeste, visto que ambas são consideradas como uma das

regiões mais desenvolvidas do Brasil está no fato de que na região Sudeste as ‘Neoplasias’ assumem o segundo lugar entre as internações de idosos, ao passo que na região Sul o segundo lugar é assumido pelas ‘doenças do aparelho respiratório’.

O Gráfico 19 corrobora as informações sobre o perfil de morbidade e os principais grupos de causas de internações hospitalares entre idosos na região Sul.

GRÁFICO 19 – COMPORTAMENTO DOS PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR ENTRE IDOSOS NA REGIÃO SUL, SEGUNDO CLASSIFICAÇÕES DO CID-10, ANOS 2000, 2010, 2019



Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS 2000, 2010 e 2019).

Chama atenção no Gráfico 19 em relação ao perfil de morbidade entre idosos, na região Sul, a preponderância de três grupos de causas, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho digestivo no cômputo das internações de idosos na região Sul nos anos analisados, bem como o crescimento da participação das ‘Neoplasias’ nas internações de idosos nessa região, sobretudo a partir de 2010.

A última região analisada é a região Centro-Oeste. A Tabela 47 apresenta o perfil de morbidade de idosos nessa região nos anos de 2000, 2010 e 2019.

TABELA 47 - PERFIL DE MORBIDADE ENTRE IDOSOS NA REGIÃO CENTRO-OESTE, SEGUNDO PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES REALIZADAS NO SUS, CLASSIFICAÇÕES DO CID-10, ANOS 2000, 2010 E 2019

CENTRO-OESTE	2000			2010			2019		
	n	%	Ranking	n	%	Ranking	2019	%	Ranking
Cap 01 – Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6.937	4,71	5°	14.487	8,07	4°	14.094	6,72	7°
Cap 02 – Neoplasmas (tumores)	5.410	3,67	8°	12.812	7,14	6°	21.788	10,39	4°
Cap 04 – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	6.764	4,59	6°	10.614	5,92	7°	6.802	3,24	8°
Cap 06 – Doenças do sistema nervoso	3.484	2,36	9°	3.045	1,70	9°	3.463	1,65	10°
Cap 09 – Doenças do aparelho circulatório	46.485	31,54	1°	45.581	25,40	1°	45.436	21,66	1°
Cap 10 – Doenças do aparelho respiratório	34.225	23,22	2°	34.979	19,49	2°	31.643	15,09	2°
Cap 11 – Doenças do aparelho digestivo	15.693	10,65	3°	18.568	10,35	3°	22.109	10,54	3°
Cap 13 – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2.611	1,77	10°	3.041	1,69	10°	3.917	1,87	9°
Cap 14 – Doenças do aparelho geniturinário	9.057	6,15	4°	13.566	7,56	5°	17.629	8,41	6°
Cap 19 – Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas	5.822	3,95	7°	10.340	5,76	8°	21.695	10,34	5°
Outros – Demais Capítulos do CID-10 agrupados	10.876	7,38	-	12.394	6,91		21.164	10,09	
Total	147.364	100,00		179.427	100,00		209.740	100,00	

Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS 2000, 2010 e 2019).

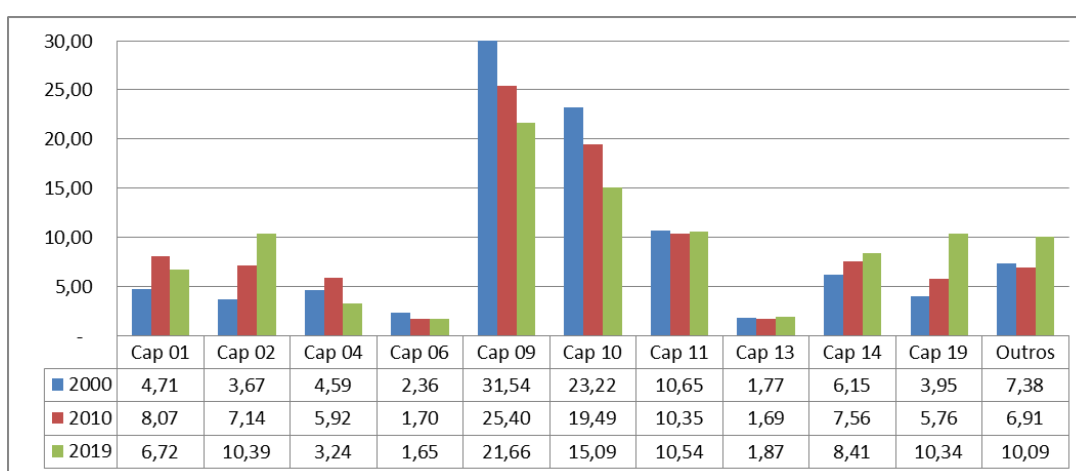
Verifica-se na Tabela 47 que na região Centro-Oeste, nos três anos analisados, os três principais grupos de causas de morbidade entre idosos são: em primeiro lugar as ‘doenças do aparelho circulatório’ que responderam por 31,54% das internações em 2000; 25,40% em 2010 e 21,66% em 2019. Em segundo lugar as ‘doenças do aparelho respiratório’ que responderam por 23,22% das internações em 2000, 19,49% em 2010 e 15,09% em 2019. E, em terceiro lugar as ‘doenças do aparelho digestivo’ que foram responsáveis por 10,65% das internações em 2000, por 10,35% em 2010 e por 10,54% em 2019 (TAB. 47).

Analisando o perfil de morbidade de idosos na região Centro-Oeste no ano de 2019, constata-se que os principais grupos de causas das internações de idosos nesta região neste ano foram: em primeiro lugar as ‘doenças do aparelho circulatório’ (21,66% das internações), em segundo lugar as ‘doenças do aparelho respiratório’ (15,09%), em terceiro lugar as ‘doenças do aparelho digestivo’ (10,54%), em quarto lugar as ‘Neoplasias’ (10,39%),

em quinto lugar as Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas (10,34%) e em sexto lugar as ‘Doenças do aparelho geniturinário’ (8,41). Ressalta-se que juntas, estes seis grupos de causas de morbidade respondem por 76,43% das internações de idosos nesta região (TAB. 47).

Por meio do Gráfico 20, pode-se visualizar melhor o perfil de morbidade e os principais grupos de causas de internações hospitalares entre idosos na região Centro-Oeste.

GRÁFICO 20 – COMPORTAMENTO DOS PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR ENTRE IDOSOS NA REGIÃO CENTRO-OESTE, SEGUNDO CLASSIFICAÇÕES DO CID-10, ANOS 2000, 2010, 2019



Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS 2000, 2010 e 2019).

Chama atenção no Gráfico 20 a robusta participação das três principais causas de morbidade as ‘doenças do aparelho circulatório’, as ‘doenças do aparelho respiratório’ e as ‘doenças do aparelho digestivo’ no cômputo geral das internações hospitalares de idosos nesta região, mas chama também atenção o fato do número de internações por estas causas, sobretudo das duas primeiras, estarem se reduzindo ao longo dos anos analisados, embora mantenham-se como as principais. Também é relevante o crescimento das internações de idosos por ‘Neoplasias’, por ‘Doenças do aparelho geniturinário’ e por ‘Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas’.

Concluindo esta seção, ressalta-se que as peculiaridades socioeconômicas e sanitárias das cinco macrorregiões brasileiras, de fato, produziram diferentes perfis de morbidade entre idosos nos anos analisados, apesar de serem sutis essas diferenças no padrão de morbidade, mesmo sendo um dos principais questionamentos deste trabalho de tese. No próximo capítulo, como forma de confirmar esta tese, procurar-se-á mensurar as diferenças no perfil de morbidade das regiões brasileiras por meio de um teste estatístico.

CAPÍTULO V - IMPACTO DE FATORES SOCIOECONÔMICOS E SANITÁRIOS NA MORBIDADE DE IDOSOS NO BRASIL: UMA AVALIAÇÃO A PARTIR DA TÉCNICA “ANÁLISE DE DADOS EM PAINEL”

A tese que se defende neste trabalho de doutoramento é que “fatores socioeconômicos e sanitários impactam o perfil de morbidade de idosos no Brasil e que, portanto, as peculiaridades e disparidades socioeconômicas e sanitárias, produzem diferentes perfis de morbidade de idosos nos espaços territoriais brasileiros”.

Nos capítulos 3 e 4 deste trabalho foram apresentadas as relevantes disparidades socioeconômicas e sanitárias entre as cinco macrorregiões brasileiras e, também, discutida a morbidade hospitalar de idosos em cada uma destas macrorregiões, identificando os principais grupos de doenças que geram o maior número de internações de idosos em cada uma delas e mostrando, claramente, as diferenças que a realidade socioeconômica e sanitária produzem neste país tão controverso, que é o Brasil.

O objetivo deste quinto capítulo é mensurar o impacto de alguns dos principais indicadores socioeconômicos e sanitários na morbidade de idosos no Brasil e, para tanto, adotou-se uma ferramenta estatística, o modelo de análise de dados em painel, que permite fazer esta mensuração.

Ressalta-se que a proposição inicial era tentar mensurar o impacto de alguns dos principais indicadores socioeconômicos e sanitários na morbidade de idosos nas cinco mesorregiões brasileiras para ser coerente com as comprovações dos capítulos 3 e 4, mas, devido a uma indisponibilidade de dados anuais sobre os indicadores socioeconômicos e sanitários no Brasil, uma vez que estes somente estão disponíveis para os anos censitários, e devido ao fato da técnica de análise de dados em painel exigir uma quantidade bastante robusta de observações, e de uma série histórica longa, optou-se por fazer esta mensuração do impacto destes indicadores na morbidade de idosos para o país como um todo, o que se permitiu processar informações de todos os municípios brasileiros aumentando, assim, o número de observações processadas e dando uma maior significância aos resultados. Ressalta-se, também, que esta estratégia de analisar Brasil nesta mensuração não afasta dos objetivos propostos, apesar de, de certa forma, privar de um olhar para as macrorregiões brasileiras, como era desejado. Esta estratégia pode-se dizer que não foi a desejável, mas, foi a possível, diante da heterogeneidade dos dados disponíveis para este estudo, ou seja, para as

informações de morbidade tem-se dados disponíveis para todos os anos, no DATASUS, mas para as informações referentes aos indicadores socioeconômicos somente se tem informações decenais (1991, 2000 e 2010), o que exigiu uma mudança de estratégia. Mas, o mais importante é que o objetivo de “mensurar o impacto de alguns dos principais indicadores socioeconômicos e sanitários na morbidade de idosos no Brasil” foi atingido.

Este capítulo 5 está organizado em duas partes. Inicialmente, apresenta-se a metodologia utilizada caracterizando a técnica de análise de dados em painel, onde são detalhadas, também, a fonte de dados, o universo e série histórica estudada, o detalhamento dos procedimentos analíticos e a descrição das variáveis utilizadas no modelo. E, posteriormente, apresenta-se e discute-se os resultados desta análise estatística, apontando o impacto de alguns dos principais indicadores socioeconômicos e sanitários na morbidade de idosos no Brasil.

5.1 Metodologia

5.1.1 A técnica “Análise de dados em painel”

A análise de dados em painel, ou *panel data* como também é conhecida, refere-se a informações de unidades, indivíduos ou empresas, neste caso da morbidade de idosos no Brasil e dos indicadores econômicos e sanitários no país, que podem ser acompanhadas ao longo do tempo. A análise também pode ser aplicada a diferentes séries de dados observados em duas dimensões, por exemplo, observar as unidades, como municípios e, numa outra dimensão, nas diferentes regiões do país (GREENE, 2008). Mas, neste caso, as unidades de observação na técnica de análise em painel foram a morbidade de idosos no Brasil (variável dependente) e os indicadores econômicos e sanitários no país (variáveis explicativas), procurando identificar uma possível relação (direta ou inversa) entre estas variáveis.

Na análise de dados em painel, para proceder a observação que se deseja, ou seja, para observar que fatores estariam impactando a morbidade de idosos no Brasil, foi necessário definir as variáveis que, de antemão, se esperaria que pudessem estar interferindo. Neste sentido, a escolha das variáveis que entraram no modelo estatístico (análise de dados em painel) se deu à partir de inúmeras tentativas e testes utilizando-se dados do perfil socioeconômico e sanitário do Brasil, ou seja, de todos os municípios brasileiros, inseridos nas macrorregiões, e também dados de morbidade de idosos de todos os municípios

brasileiros que consolidam estas regiões. Ou seja, observou-se, através de um painel de dados, o comportamento dos indicadores socioeconômicos e sanitários e, ao mesmo tempo, o comportamento da morbidade hospitalar de idosos no país.

De forma geral, o modelo de dados em painel pode ser definido como na equação 1:

$$Y_{it} = X_{it}\beta_i + \alpha_i + v_{it} \quad (1)$$

Em que Y_{it} é a variável dependente, neste caso, a morbidade hospitalar de idosos no Brasil, X_{it} é o vetor de variáveis explicativas, neste caso, os indicadores socioeconômicos e sanitários do país, que poderiam estar impactando esta morbidade de idosos, β_i seus respectivos coeficientes, v_{it} é o termo de erro, α_i é a heterogeneidade setorial não-observada, $i = 1, 2, \dots, N$ – unidades de observação, no caso os municípios brasileiros e $t = 1, 2, \dots, T$ – período de tempo analisado (em anos).

Seguindo uma abordagem com dados em painel, procurou-se analisar os impactos das variáveis explicativas (indicadores socioeconômicos e sanitários no país) na variável dependente (morbidade de idosos no Brasil), procurando identificar uma possível relação (direta ou inversa) entre estas variáveis.

O modelo de dados em painel pode ser estimado por efeitos fixos ou aleatórios. Conforme Wooldridge (2002), o principal determinante para a escolha entre o modelo de efeitos fixos e o modelo de efeitos aleatórios é o efeito não observado α_i . Considerando que α_i é correlacionado com as variáveis explicativas, o modelo de efeitos fixos é o mais indicado. Caso contrário, se α_i não é correlacionado com as variáveis explicativas, o modelo de efeitos aleatórios deve ser utilizado. Neste caso, o modelo foi estimado pelos dois efeitos, fixo e aleatório, mas, ao final, concluiu-se que a estimação por efeito fixo foi mais eficiente e optou-se por ela nas análises dos resultados.

É importante ressaltar que, para escolher entre esses dois tipos de efeitos, ou seja, verificar se existe correlação entre α_i e as variáveis explicativas, Greene (2008) aponta o teste de Hausman e formula a hipótese nula e alternativa para o teste: $H_0: \alpha_i$ não é correlacionado com as variáveis explicativas e $H_1: \alpha_i$ é correlacionado com as variáveis explicativas. Caso a hipótese nula seja aceita, não há evidências que α_i seja correlacionado com as variáveis explicativas, implicando na utilização de efeitos aleatórios. Por outro lado, se a hipótese alternativa for aceita, deve-se utilizar o modelo de efeitos fixos (GREENE, 2008;

JOHNSTON & DINARDO, 2001; WOOLDRIDGE, 2002).

5.1.2 Fonte de dados, universo e série histórica estudada

Para definir a morbidade hospitalar de idosos no Brasil foram levantadas as internações hospitalares de idosos em todos os municípios do país, tendo como referência os vinte e um grupos de causas de internações hospitalares de idosos classificados no Código Internacional de Doenças atualmente em vigor, o CID-10.

As informações sobre morbidade de idosos no Brasil foram coletadas a partir de dados secundários do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), mais especificamente, no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), fontes que têm sido amplamente utilizadas como base de estudos científicos na área da saúde pública no Brasil.

As informações socioeconômicas e sanitárias foram coletadas nas bases do IBGE, do Atlas do Desenvolvimento Humanos no Brasil, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); por serem as fontes mais utilizadas como base de estudos populacionais e científicos no Brasil.

A série histórica estudada compreende o período de 2000-2019. Optou-se por trabalhar com esta série histórica para padronizar as informações, uma vez que esta série histórica é a mesma utilizada para definir os dados de morbidade e dos indicadores socioeconômicos e, também, a mesma série histórica utilizada para definir o perfil de morbidade de idosos no país e nas macrorregiões brasileiras, relatadas no capítulo quatro. Vale ressaltar, também, que esta série histórica utilizada coincide com um período de maior consolidação na implementação do SUS no país e, também, de algumas das principais políticas públicas contemporâneas voltadas para a população idosa, como a PNI, a PNSPI e o Estatuto do Idoso, que foram discutidas no capítulo dois desta tese.

Do ponto de vista do banco de dados, ressalta-se que as internações hospitalares de idosos registradas no SIH-SUS são obtidas do total de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pagas a todos os hospitais conveniados ao SUS. Ressalta-se que as informações são referentes às internações realizadas na rede do SUS, não incluindo, portanto, as internações ocorridas no sistema suplementar/planos de saúde.

Para efeito da aplicação da técnica “Análise de Dados em Painel”, inicialmente, foram levantadas todas as causas de morbidade/internações hospitalares de idosos (pessoas acima de 60 anos) em todos os municípios brasileiros, considerando os 21 (vinte e um) grupos

de causas de morbidade da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Posteriormente, foram selecionados os seis principais grupos de causa de morbidade responsáveis pela maior quantidade de internações hospitalares de idosos, já com o intuito de partir para a mensuração e as análises das variáveis socioeconômicas e sanitárias que poderiam estar impactando este perfil de morbidade no país.

5.1.3 Detalhamento dos procedimentos analíticos

Para este trabalho utilizou-se como método econométrico a regressão múltipla com dados em painel. A regressão múltipla consiste na análise da relação entre uma variável explicada e duas ou mais variáveis explicativas. Através dela, buscou-se conhecer (estimando/prevendo) o valor médio da primeira em termos dos valores conhecidos ou fixados das segundas. Os dados em painel acompanham as mesmas informações, neste caso, a morbidade de idosos em todos os municípios brasileiros, ao longo do tempo, ou seja, esta análise possui tanto uma dimensão de corte transversal quanto temporal. Dentre as vantagens da utilização de dados em painel tem-se que, como o tamanho da amostra é ampliado, é mais adequado para analisar as mudanças ocorridas ao longo do tempo, além de permitir que as heterogeneidades sejam captadas (GUJARATI; PORTER, 2011).

Os painéis podem ser classificados em painel balanceado, desbalanceado, curto e longo. Um painel é balanceado quando para cada unidade de corte transversal possui a mesma quantidade de observações, caso contrário, é considerado desbalanceado. É chamado de painel curto quando o número de unidades de corte transversal é maior que o número de períodos de tempo e de painel longo quando o número de períodos de tempo é superior ao número de unidades de análise de corte transversal (GUJARATI; PORTER, 2011). O painel estimado para este estudo é classificado como balanceado, porém, curto.

Os modelos de regressão com dados em painel comumente utilizados na literatura empírica são: modelo MQO para dados empilhados (*pooled data*); modelo de efeitos fixos dentro de um grupo (EF) e; modelo de efeitos aleatórios (EA).

No *pooled data* despreza-se a natureza de corte transversal e de série temporal dos dados, todas as observações são empilhadas e as especificações dos coeficientes são constantes. Esse modelo é estimado conforme o especificado pela equação 2.

$$Y_{it} = \alpha + \beta x'_{it} + u_{it} \quad (2)$$

Em que \mathbf{x}' representa a matriz de variáveis explicativas, i é a i -ésima unidade analisada, t é o período de tempo relacionado às variáveis observadas e u_{it} é o termo de erro que, por definição, em um modelo de regressão linear, $u_{it} \sim N(0, \sigma^2)$, segue distribuição normal, tem média zero e variância constante. Este é um dos modelos de dados em painel mais restritivos, não sendo muito utilizado na literatura.

No modelo de efeitos fixos dentro de um grupo (EF), são combinadas todas as observações, mas, para cada município as variáveis são expressas como desvio de seu valor médio, então é realizada uma regressão por MQO contra esses valores corrigidos pela média. A equação 3 é a representação do modelo de EF.

$$Y_{it} = \alpha_i + \beta \mathbf{x}'_{it} + u_{it} \quad (3)$$

O modelo de EF permite a existência de um intercepto para cada unidade analisada, α_i , ou seja, é permitida a existência de um intercepto diferente para cada município brasileiro. Entretanto, esse intercepto é invariante no tempo. A equação 3 pressupõe que os coeficientes angulares dos regressores não variam entre unidades de análise ou com o tempo.

No modelo de efeitos aleatórios, também conhecido como modelo dos componentes dos erros, pressupõe-se que os valores dos interceptos sejam extraídos de forma aleatória de uma população bem maior. Esse modelo assume que os efeitos individuais são distribuídos de forma independente das variáveis explicativas. O intercepto é tratado como uma variável aleatória com valor médio de α_i , sendo incluído no termo de erro no processo de estimação, como mostra a equação 4.

$$Y_{it} = \beta \mathbf{x}'_{it} + (\alpha_i + u_{it}) \quad (4)$$

Nesse modelo, o termo de erro é composto por um componente de corte transversal ou específico dos municípios brasileiros, α_i , e o elemento de erro combinado da série temporal e corte transversal, pode variar de acordo com o município e também com o tempo. As hipóteses básicas do modelo, acerca do termo de erro, são especificadas pela equação 5.

$$\text{var}(\varepsilon_{it}) = \sigma_a^2 + \sigma_u^2$$

$$\text{cov}(\varepsilon_{it}, \varepsilon_{is}) = \sigma_a^2 \quad (5)$$

$$\rho = \text{correlação}(\varepsilon_{it}, \varepsilon_{is}) = \frac{\sigma_a^2}{\sigma_a^2 + \sigma_u^2}$$

Sendo que $t \neq s$

A equação 5 mostra que o termo de erro é homocedástico. Entretanto, pode-se perceber uma correlação entre ε_{it} e ε_{is} ($t \neq s$), o que demonstra que os termos de erro de uma unidade de corte transversal são correlacionados em dois pontos diferentes no tempo. Para fins de ajuste do modelo, foram utilizadas o Teste de Chow, o Teste de Hausman e o Teste do Multiplicador de Langrange de Breusch Pagan.

O Teste de Chow tem como hipótese nula o modelo restrito (*polled data*), estimação individual para cada unidade de *cross-section*, é mais adequada à amostra e como hipótese alternativa como modelo irrestrito (efeitos fixos) e se aplica melhor aos dados. O teste de Hausman pode ser usado para decidir entre o modelo de efeitos fixos (hipótese alternativa) e o modelo de efeitos aleatórios (hipótese nula). E por último, o teste do multiplicador de Langrange de Breusch-Pagan verifica a adequação do modelo *Pooled Data* (hipótese nula) ao modelo de EA (hipótese alternativa). O modelo foi estimado considerando erros padrões robustos para correção dos possíveis problemas de autocorrelação e heterocedasticidade.

5.1.4 Descrição das variáveis utilizadas no modelo

A base de dados do modelo estatístico é composta por dados de morbidade de idosos no Brasil e de dados de indicadores socioeconômicos e sanitários de todos os municípios brasileiros para os anos 2000 e 2010, totalizando 11.066 observações.

A Tabela 48 apresenta a descrição das variáveis utilizadas no modelo, ressaltando-se que a definição destas variáveis que entraram no modelo somente foi possível depois de uma infinidade de testes que iam descartando a entrada de algumas variáveis, por ausência de significância nos resultados e decidindo pela inclusão de outras variáveis, pelo motivo inverso.

**TABELA 48 - DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS UTILIZADAS
NA ANÁLISE DE DADOS EM PAINEL, 2020**

SIGLA	VARIÁVEL	ESPECIFICAÇÃO
morb	Morbidade hospitalar de idosos no Brasil	Número total de internações hospitalares de pessoas com 60 anos ou mais, segundo o CID-10.
t_analf	Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade	Razão entre a população de 15 anos ou mais de idade que não sabe ler nem escrever um bilhete simples e o total de pessoas nesta faixa etária multiplicado por 100.
rdpc	Renda per capita média	Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.
t_banagua	Percentual da população que vive em domicílios com banheiro e água encanada	Razão entre a população que vive em domicílios particulares permanentes com água encanada em pelo menos um de seus cômodos e com banheiro exclusivo e a população total residente em domicílios particulares permanentes multiplicado por 100. A água pode ser proveniente de rede geral, de poço, de nascente ou de reservatório abastecido por água das chuvas ou carro-pipa. Banheiro exclusivo é definido como cômodo que dispõe de chuveiro ou banheira e aparelho sanitário.
t_lixo	Percentual da população que vive em domicílios urbanos com serviço de coleta de lixo	Razão entre a população que vive em domicílios com coleta de lixo e a população total residente em domicílios particulares permanentes multiplicado por 100. Estão incluídas as situações em que a coleta de lixo realizada diretamente por empresa pública ou privada, ou o lixo é depositado em caçamba, tanque ou depósito fora do domicílio, para posterior coleta pela prestadora do serviço. São considerados apenas os domicílios particulares permanentes localizados em área urbana.
idhm_l	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Dimensão Longevidade	Índice da dimensão Longevidade que é um dos 3 componentes do IDHM. É obtido a partir do indicador Esperança de vida ao nascer, através da fórmula: $[(\text{valor observado do indicador}) - (\text{valor mínimo})] / [(\text{valor máximo}) - (\text{valor mínimo})]$, onde os valores mínimo e máximo são 25 e 85 anos, respectivamente.

FONTE: Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Acesso em março de 2020.

No processo de estimação, as variáveis “morbidade hospitalar de idosos no Brasil” e “renda per capita média da população foram colocadas em base logarítmica. As variáveis foram escolhidas tendo por base a literatura discutida nos capítulos anteriores. Foram utilizadas variáveis *proxys* para representação das condições sanitárias como saneamento básico da população, percentual de indivíduos com coleta de lixo, banheiro e água encanada e, também, para o perfil socioeconômico, renda per capita, longevidade e analfabetismo. Importante destacar que, neste caso, foram utilizadas ‘variáveis *proxis*’ em função do Brasil não disponibilizar dados para estes indicadores socioeconômicos e sanitários para categorias de idade específicas, e sim para a população como um todo.

As estatísticas descritivas dessas variáveis são apresentadas na Tabela 49 que apresenta a descrição das variáveis utilizadas.

TABELA 49 - ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DE TODOS OS MUNICÍPIOS BRASILEIROS QUE COMPÕEM AS CINCO REGIÕES, ANOS 2000, 2010

VARIÁVEL	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO	Nº DE OBSERVAÇÕES
morb	415,13	1934,17	1,00	127663,00	11066
t_analf	18,96	11,56	0,91	59,95	11066
rdpc	416,54	232,90	62,65	2043,74	11066
t_banagua	71,85	28,20	0,00	100,00	11066
t_lixo	86,93	20,49	0,00	100,00	11066
idhm_l	0,76	0,07	0,54	0,89	11066

FONTE: Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Acesso em março de 2020.

5.2 Resultados e discussões

Os resultados da estimação econométrica são apresentados na Tabela 50. Foram estimados três modelos: i) modelo de dados empilhados em painel (*pooled data*); ii) modelo de efeitos fixos dentro de um grupo (EF) e; iii) modelo de efeitos aleatórios.

TABELA 50 - RESULTADOS DAS ESTIMAÇÕES COM PAINEL DE DADOS E COM VARIÁVEL DEPENDENTE: MORBIDADE DE IDOSOS NO BRASIL

VARIÁVEL	POOLED DATA	EFEITOS FIXOS	EFEITOS ALEATÓRIOS
t_analf	0,0064* (0,0022)	-0,0243* (0,0034)	-0,0242* (0,0021)
rdpc	1,4859* (0,0573)	-0,1527* (0,0366)	0,2355* (0,0356)
t_banagua	-0,0061* (0,0009)	-0,0027* (0,0008)	-0,0024* (0,0007)
t_lixo	0,0068* (0,0008)	0,0053* (0,0006)	0,0057* (0,0006)
idhm_l	-4,3271* (0,3280)	0,4947** (0,2399)	-1,3420* (0,1928)
Intercepto	-0,6515** (0,3327)	5,7694* (0,2554)	4,8206* (0,2008)

FONTE: Elaboração própria, abril de 2020.

Notas: 1) *significativo a 1%, ** significativo a 5%; 2) Erro padrão entre parênteses.

Com o intuito de escolher o melhor modelo, ou seja, analisar em quais modelos os parâmetros estimados são consistentes e eficientes, foram realizados os testes apresentados na Tabela 51.

TABELA 51 - RESULTADOS DOS TESTES REALIZADOS PARA ESCOLHER O MELHOR MODELO

Teste	<i>F test</i>	Chisq	Normal	p-valor
Chow	15,82			0,000
Hausman		1015,47		0,000
Breusch Pagan			3701,02	0,000

Fonte: Elaboração própria, abril de 2020.

O teste de Chow testa a hipótese nula (H_0) que o modelo de MQO para dados empilhados é preferível ao modelo de efeitos fixos. A base calculada pelo teste foi estatisticamente significativa ao nível de significância de 1%, portanto, rejeita-se H_0 de que o melhor modelo seja o *pooled data*. Portanto, o modelo de efeitos fixos passou a ser considerado o melhor. A H_0 do teste de Hausman diz que o modelo de efeitos aleatórios é mais adequado, contra a hipótese alternativa (H_1) de que o modelo de efeitos fixos é mais apropriado. O resultado encontrado para o p-valor foi de 0,000, considerando o nível de significância de 1%, onde rejeita-se H_0 . Dessa forma, verifica-se que o modelo de efeitos fixos é preferível ao modelo de componentes dos erros.

Por meio do teste de Breusch-Pagan é testada a H_0 que representa o modelo *pooled data* e a H_1 o modelo de efeitos aleatórios. O valor atribuído ao p-valor foi de 0,000, ou seja, ao nível de significância de 1% rejeita-se H_0 , e o modelo mais adequado é o modelo de efeitos aleatórios. Conclui-se, então, que através dos testes realizados, o modelo que mais se aplica para as variáveis estudadas é o modelo de efeitos fixos.

Os resultados da estimação por efeitos fixos apontam que a elevação de 1% na “renda per capita média” reduz a morbidade de idosos no Brasil em 0,1527%, mantendo-se os demais fatores constantes. Este resultado, embora pareça tímido, mostra uma relação inversa entre “renda per capita média” e “morbidade de idosos”, mostrando que a variável dependente “morbidade ou internações de idosos” é sensível à variável explicativa “renda per capita média” e que, por isto, injeções neste indicador econômico favorece a redução do indicador de saúde “morbidade de idosos no Brasil”, o que é um dado muito relevante, principalmente se considerar que, em algumas regiões do país, sobretudo nas regiões Norte

e Nordeste, que além de ser as mais pobres e menos desenvolvidas do país, apresentaram perfis de morbidade de idosos diferenciados das demais regiões do país, emerge a necessidade de se pensar em políticas públicas de injeção e estímulo às melhorias nas rendas médias em favor de possíveis reduções de internações de idosos.

De forma análoga, o aumento de 1% no “percentual de pessoas com banheiro e água encanada” reduz em a 0,0027% o número de internações de idosos, tudo o mais mantendo-se constante. Esta confirmação, mais uma vez, mostra uma relação inversa entre um indicador sanitário importante, acesso a banheiro e água encanada, e o indicador de morbidade de idosos, revelando uma sensibilidade da morbidade em relação a este indicador. Isto implica que investimentos em questões sanitárias também são capazes de reduzir a morbidade de idosos no país.

Ao testar a desagregação do IDHM para longevidade no impacto à morbidade de idosos no Brasil, o resultado mostrou-se interessante e coerente. Verificou-se uma relação diretamente proporcional da longevidade com a morbidade de idosos, uma vez que, mantendo-se todas as demais variáveis constantes, a elevação de 1% nessa variável IDHM-Longevidade, o número de internações de idosos sofre uma elevação de 0,4947%. Isto implica que à medida que avança o envelhecimento no Brasil, aumenta também a morbidade/internação hospitalar de idosos no país. Este resultado, por sua vez, é fundamental e mostra o quão importante são as políticas públicas voltadas para o bem estar e a saúde da população idosa em um país que está experimentando, de forma rápida e contínua, o fenômeno do envelhecimento populacional.

Há de se ressaltar que as variáveis “taxa de analfabetismo” e “percentual da população urbana com coleta de lixo”, apesar de significativas, apresentaram uma relação diferente do esperado.

Constata-se, então, com base nos resultados da análise de dados em painel, que dentre as políticas públicas de inclusão social, aquelas relacionadas ao ‘aumento da renda média’ e ‘melhoria do acesso a saneamento básico’, são as mais eficazes para reduzir as taxas de morbidade de idosos no Brasil, o que não exclui a importância de outras políticas públicas voltadas para o segmento etário idoso, como a Estratégia de Saúde da Família. Neste sentido, recomenda-se investimentos nestas políticas públicas, com vistas a reduzir as taxas de morbidade e as internações hospitalares de idosos e assim melhorar o *status* de saúde e o bem-estar deste estrato populacional que, além de crescer em números, ganha maior longevidade no Brasil de hoje.

CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional, fenômeno que iniciou-se nos países desenvolvidos, passou a ser experimentado também pelos países em desenvolvimento e, no Brasil, tem acontecido de forma contínua e crescente, fenômeno este que, por um lado é motivo de comemoração porque tem-se ganhado muito em expectativa e em anos de vida, mas, por outro lado, passa a ser um motivo de preocupação, visto que o envelhecimento expõe mais as pessoas às suas fragilidades, ao adoecimento e intensificação de problemas de saúde, exigindo que os países que estejam experimentando este fenômeno se organizem em relação à criação e implementação de políticas públicas voltadas para o estrato populacional de idosos. Entretanto, nem todos os países têm conseguido um enfrentamento eficiente frente a esta problemática.

Fazendo uma análise longitudinal, é possível vislumbrar, do ponto de vista real, o comportamento dos indicadores etários no Brasil e, conseqüentemente, o crescimento da população idosa no país ao longo dos anos, o que faz com que o envelhecimento populacional seja ainda mais preocupante em escala nacional. Em 1950, o Brasil contava com um percentual baixo de população de idosos (apenas 4,3% da população era idosa), com baixa expectativa de vida (vivia-se uma média de 48 anos no país), idade mediana prematura (18 anos), caracterizando população eminentemente jovem, índice de envelhecimento baixo (10,3 idosos para cada grupo de 100 jovens de até 15 anos) e uma elevada taxa de fecundidade (média de 6,2 filhos por mulher). Entretanto, passados sessenta anos, os indicadores etários do Brasil já haviam sofrido modificações importantes. No ano de 2010, o Brasil já contava com um percentual bem mais elevado de população de idosos (10,8% da população era idosa), com uma expectativa de vida bem superior (73,9 anos), idade mediana mais elevada (27 anos), caracterizando redução da população muito jovem, índice de envelhecimento bem mais elevado (44,8 idosos para cada grupo de 100 jovens de até 15 anos), uma taxa de fecundidade bem reduzida (média de 1,9 filhos por mulher).

Entre 1950 e 2010, o índice de envelhecimento populacional no Brasil quadruplicou, a esperança de vida ao nascer deu um salto com um ganho de quase 26 anos de vida a mais para o brasileiro e as taxas de natalidade e fecundidade reduziram drasticamente, o suficiente para serem índices inferiores ao da reposição populacional. Esses dados são os responsáveis pela inversão na pirâmide etária brasileira, indícios de uma rápida evolução do envelhecimento populacional no país que, por um lado, é motivo de satisfação, mas de outro,

de preocupação para o poder público nacional; uma vez que este envelhecimento populacional se processa no Brasil em um cenário de desigualdades e de necessidade de estruturação, principalmente no que tange às políticas públicas do idoso e do setor saúde no país.

Estes dados, ou estas mudanças demográficas que foram se desenhando no país ao longo destes sessenta anos já evidenciavam problemas, claramente, e apontavam para a necessidade de se pensar políticas públicas voltadas para o estrato populacional idoso, muito embora estas políticas públicas só começassem a ser criadas e implementadas no Brasil, de forma mais contundente, com o advento da Constituição Federal de 1988 e com a criação e implementação do SUS, o que, de certa forma, fez cumular problemas e aumentar os desafios a serem enfrentados.

Olhando o Brasil mais recente, um país extenso e plural, porém, muito desigual, onde em 1991 apenas 7,3% da população eram de idosos (10.722.705), já em 2019 representava 13,5% (28.369.862), tendo experimentado, em aproximadamente vinte anos, um crescimento de 164,6% da população idosa; verificou-se que o país tem vivenciado sérios desafios em relação à melhoria de indicadores socioeconômicos e sanitários que atingem a população como um todo e, de forma especial, o idoso. Mas há de se considerar, também, que o Brasil tem experimentado uma melhoria do acesso aos serviços de saúde, com a implementação do SUS; e de algumas políticas específicas de atenção ao idoso como o Estatuto do Idoso, a Política Nacional do Idoso (PNI), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que, em seus conjuntos de ações, reorganizaram o direito e a proteção social da população idosa; aperfeiçoaram leis e políticas; asseguraram direitos de cidadania aos idosos; e garantiram atenção integral à saúde das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no Brasil.

Merece destaque aqui, também, uma exemplificação típica da disparidade presente nos espaços territoriais brasileiros, ao se apresentar a situação das duas regiões mais populosas do Brasil e que, por sua vez, são as mais díspares: as regiões Sudeste e Nordeste. A região Sudeste, a mais populosa do Brasil, compõe quase a metade de toda a população brasileira (42,1%) e é considerada a mais desenvolvida do ponto de vista econômico, correspondendo a mais da metade (55,4%) do PIB brasileiro. Por se destacar no cenário nacional nos quesitos industrial, comercial, financeiro e de serviços, representa oportunidades de trabalho, o que faz com que essa região enfrente grandes problemas sociais como imigração, favelização e superpopulação. Numa situação oposta, a região Nordeste, que compõe o segundo maior contingente populacional do país, em 2019, abrigando quase um

terço dos brasileiros (27,2%), representa a terceira maior economia do país, com cerca de 13,5% do PIB Nacional, porém, seus indicadores econômicos e sociais são vulneráveis e preocupantes, principalmente no que se refere à precária estrutura econômica, social e sanitária, peculiares a este espaço regional.

Do ponto de vista da localização da população idosa no Brasil, em 2010, a região Sudeste era a que abrigava a maior proporção de idosos do país (46,3%) e, em seguida, a região Nordeste abrigando 26,5% de idosos. Juntas, essas duas regiões, tão díspares, abrigam a maioria (72,8%) da população idosa do país. A região Sul, por sua vez, abriga 16% dos idosos e as regiões menos populosas de idosos foram as regiões Centro-Oeste (6,0%) e Norte (5,3%).

Mas, não obstante a isso, faz intensificar as preocupações com o envelhecimento populacional no Brasil que possui características continentais, de país em desenvolvimento e de uma desigualdade na distribuição de renda, peculiares ao país que, embora tenha experimentado nos últimos anos uma importante política de distribuição de renda, o Programa Bolsa Família, ainda contava, em 2010, com a triste realidade de mais de um terço da população (34,7%) sobrevivendo com renda *per capita* de até 1/2 salário mínimo e 16,2% da população com renda *per capita* inferior à 1/4 do salário mínimo. Mais preocupante ainda o fato das duas regiões mais pobres do país, Nordeste e Norte, onde estão localizados e vivendo quase um terço da população idosa brasileira (31,8%, sendo 26,5% no Nordeste e 5,3% no Norte), apresentarem proporções ainda mais elevadas de pessoas com baixa renda. Na região Nordeste, mais da metade da população (56,1%) vive com renda *per capita* de até 1/2 salário mínimo e 29,8% da população vive com renda *per capita* inferior à 1/4 do salário mínimo; e na região Norte, onde também mais da metade da população (52,8%) vive com renda *per capita* até 1/2 salário mínimo e 29% da população vive com renda *per capita* inferior à 1/4 do salário mínimo, revelando uma forte e dura disparidade nos níveis de renda *per capita* e das condições de vida do brasileiro; disparidade esta que atinge muito fortemente os idosos, e se coloca como um dos principais desafios de enfrentamento do Brasil neste cenário de envelhecimento populacional, visto que existe uma relação importante entre pobreza e saúde.

O comportamento do Índice de *Gini*, no Brasil e nas cinco regiões brasileiras, reforça, mais uma vez, o fato de que as regiões Sul e Sudeste apresentaram valores mais baixos que a média nacional, confirmando uma menor desigualdade na renda domiciliar *per capita*. Já as regiões Norte e Nordeste apresentaram oscilações no Índice de *Gini*, sempre

volumosas, em relação à marca nacional, demonstrando maior desigualdade de renda nessas regiões.

Neste cenário de desigualdade, apesar de todos os esforços empreendidos por estas recentes políticas de atenção ao idoso, anteriormente mencionadas, não tem sido fácil contemporizar os interesses relacionados aos direitos assegurados ao estrato populacional de idosos e as restrições diversas do Brasil, restrições estas de natureza financeira, política e de gestão que, muitas vezes se colocam como desafios e como empecilhos a serem enfrentados. Como exemplo destas restrições e desafios pode-se citar a decisão recente de congelamento dos gastos públicos, nos quais se inserem os gastos com o Sistema Único de Saúde (SUS) que é o sistema que abriga tanto as políticas de saúde de idosos quanto a maior parte das demandas de saúde deste estrato populacional no país.

No capítulo 3 desta tese, procurou-se conhecer e discutir o processo de envelhecimento populacional dentro da pluralidade territorial brasileira, identificando as principais características das suas grandes regiões, carregadas de múltiplas peculiaridades e singularidades, inclusive marcadas por disparidades socioeconômicas e sanitárias. Para além dos problemas relacionados às iniquidades na distribuição de renda e pobreza, o estudo apontou relevantes fragilidades sanitárias existentes nas cinco macrorregiões do país, fragilidades estas que, evidentemente, ficam maximizadas neste momento de grande crise na saúde pública mundial, se apresentando como preocupação e desafio para a saúde pública brasileira, sobretudo para a saúde de populações mais vulneráveis e com saúde mais sensível aos indicadores socioeconômicos e sanitários, como é o caso da população idosa.

Em relação a alguns dos principais indicadores sanitários analisados, o estudo aponta que nas regiões mais pobres do país, as regiões Norte e Nordeste, em todos os anos analisados, o indicador de acesso a água encanada é bastante inferior à média nacional. No ano de 2010, em pleno século XXI, enquanto no Brasil apresentava uma média de 92,72% da população com acesso a esse serviço, nas regiões Norte e Nordeste, um percentual significativo da população (11,03% no Norte e 15,89% no Nordeste) viviam sem, sequer, ter água encanada em seus domicílios; viviam sem acesso a este serviço tão essencial para a vida e a saúde, o que é um dado alarmante, visto que o acesso à água, além de essencial à vida, é um condicionante importante da saúde da população.

Tão importante quanto o acesso à água é o acesso a banheiro sanitário. O estudo apontou que, nas regiões Norte e Nordeste, em todos os anos analisados, este indicador é também bastante inferior à média nacional. No ano de 2010, somente 66,79% da população na

região Norte e 74,76% na região Nordeste tinham acesso a banheiro com água encanada em seus domicílios. Como se não bastasse, o estudo revelou que, no ano de 2010, 5,63% da população na região Norte e 6,93% na região Nordeste viviam sem o serviço de coleta de lixo em seus domicílios o que, mais uma vez, é um dado preocupante, visto que este indicador de coleta de lixo é, também, um condicionante da saúde da população. Importante ressaltar que a presença de água encanada e banheiro em casa e o acesso à coleta de lixo, além de essencial, é fundamental para as questões de higiene e de prevenção das doenças infecto-parasitárias, muito comuns na população idosa, doenças essas que configuram-se, ainda, no elenco das principais causas de internação hospitalar de idosos justamente nestas duas regiões, não assumindo posições importantes nas demais regiões do país, o que comprova uma relação entre indicadores sanitários e saúde, sobretudo da população idosa.

Em relação ao ‘percentual de pessoas que vivem em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitários inadequados’, o estudo apontou, uma vez mais, para uma situação preocupante nas regiões Nordeste e Norte onde, em 2010, 12,06% e 18,94% da população destas regiões, respectivamente, viviam, ainda, em condições sanitárias muito precárias, com percentuais importantes de sua população com abastecimento de água e esgotamento sanitários, inadequados. Considerando que cerca de um terço (31,8%) dos idosos brasileiros vivem nestas duas regiões, (26,5% no Nordeste e 5,3% no Norte), e que parte destes idosos encontram-se vivendo sob condições sanitárias inadequadas, concluiu-se que existem espaços importantes para o investimento em melhorias dos indicadores socioeconômicos e sanitários, sobretudo nas regiões mais pobres do país, o que pode vir a melhorar as condições de saúde nestes espaços territoriais.

No quesito educação, a região Nordeste também chama atenção por ser a que apresenta índices de analfabetismo mais elevados, diferentemente das regiões Sul e Sudeste, o que, por sua vez, pode explicar disparidades nos níveis de renda *per capita*, nos processos educacionais e nas condições de vida entre as regiões brasileiras, especialmente entre o Sudeste e o Nordeste do Brasil.

Em relação ao perfil do idoso brasileiro, um dado que chama atenção refere-se a uma maior prevalência de idosos do sexo feminino, fenômeno chamado de feminização do envelhecimento, também observado em outras partes do mundo, sendo que uma das explicações para tal fenômeno é o fato das mulheres, em geral, cuidarem mais da saúde ao longo da sua trajetória de vida.

Em relação ao perfil de morbidade de idosos nas macrorregiões brasileiras, chamando atenção para a importância dos indicadores socioeconômicos e sanitários na saúde deste estrato populacional, foram destacadas, a seguir, a situação de duas regiões brasileiras extremamente díspares: a região Sudeste, considerada a mais rica e desenvolvida e que apresenta melhores indicadores socioeconômicos e sanitários do país; e a região Nordeste, considerada a mais pobre e que apresenta os indicadores socioeconômicos e sanitários mais vulneráveis.

O estudo apontou que, na região Sudeste, as ‘doenças do aparelho circulatório’ ocupam, em todos os anos analisados, a primeira colocação no elenco de internações deste estrato populacional, seguindo a tendência nacional, uma vez que há alguns anos, desde 2000, esta tem sido a primeira causa de internação hospitalar entre idosos no Brasil. Em relação ao segundo grupo de causas de internações de idosos no Sudeste, observa-se uma pequena diferença em relação à região Nordeste, e também em relação ao Brasil, uma vez que as ‘doenças do aparelho respiratório’ que assumiam o segundo lugar entre as causas de internações deste estrato populacional no Brasil e na região Nordeste, em todos os anos analisados, assumiu o segundo lugar na região Sudeste somente nos anos de 2000 e 2010, cedendo lugar para as Neoplasias que, nesta região Sudeste, passou a ocupar o segundo lugar entre as internações de idosos, no ano de 2019.

Quanto à performance das ‘Neoplasias’ no perfil de morbidade do idoso na região Sudeste, destaca-se que estas ocupavam o quarto lugar entre as internações de idosos nesta região no ano de 2000 (6,04% das internações), o quarto lugar também no ano de 2010, mas com uma participação mais robusta (9,48%) nas internações de idosos; e uma participação maior ainda, no ano de 2019 (12,56%), assumindo o segundo lugar entre as causas de internação hospitalar de idosos nessa região neste ano de 2019. O que chama atenção em relação ao perfil de morbidade entre idosos na região Sudeste é a pujança das internações por doenças do aparelho circulatório que, embora tenha reduzido ao longo do tempo, ainda são bastante expressivas no cômputo das internações de idosos, sendo que só essa causa representa, nos anos analisados, sempre entre 20% e 30% das internações desta faixa etária nesta região.

Quanto ao perfil de morbidade de idosos na região Nordeste, o estudo apontou que, assim como no caso do Brasil e da região Sudeste, os dois principais grupos de causas de internações dos idosos na região Nordeste, em todos os anos analisados, também são as ‘doenças do aparelho circulatório’, que responderam por 26,36% das internações de idosos na

região no ano de 2000; por 24,77% no ano de 2010; e por 21,32% no ano de 2019; e as ‘doenças do aparelho respiratório’ que responderam por 19,94% das internações de idosos nesta região no ano de 2000, caiu bastante e passa a responder por 14,27%, em 2010, e continua caindo, mas ainda representando 13,66% das internações de idosos, em 2019. Ressalta-se que somente estes dois grupos de causas foram responsáveis por mais de um terço (34,98%) das internações de idosos realizadas na região Nordeste.

Entretanto, chama atenção no perfil de morbidade de idosos na região Nordeste a performance do grupo de causas referentes às ‘doenças infecto-parasitárias’ no elenco de internações de idosos nesta região, situação similar ao que aconteceu na região Norte. No Nordeste, as ‘doenças infecto-parasitárias’ que assumiam a quarta posição no perfil de morbidade de idosos no ano de 2000, respondendo por 9,68% das internações neste ano, aumentam sua participação para 12,61% no ano de 2010, mas reduz a sua parcela nas internações de idosos no ano de 2019, passando a representar 9,91% das internações neste ano, assumindo o quinto lugar no perfil de morbidade do idoso na região Nordeste. Importante destacar que o grupo de ‘doenças infecto-parasitárias’ assume uma performance semelhante no perfil de morbidade de idosos na região Norte do Brasil, que também apresenta indicadores socioeconômicos e sanitários insatisfatórios.

A característica marcante do perfil de morbidade das regiões mais pobres do Brasil, as regiões Nordeste e Norte, é que, ao contrário das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, no Norte e Nordeste do país as ‘doenças infecto-parasitárias’, são doenças tipicamente associadas à pobreza, inserem-se, ainda, no elenco das seis principais causas de morbidade e de internações hospitalares de idosos nestas duas regiões, o que não acontece mais nas demais regiões do país, agravando a situação o fato de que, nestas duas regiões mais vulneráveis, além dos idosos serem atingidos pelas doenças típicas do desenvolvimento, persistem entre eles as doenças típicas da pobreza ainda não solucionada para grande contingente da população.

Levando em consideração que este grupo de doenças infecto-parasitárias, em geral, tem relação com pobreza, com falta de higiene e falta de acesso a indicadores sanitários como água tratada, coleta de lixo e saneamento básico, pode-se explicar porque estas duas regiões, Norte e Nordeste, que são as que apresentam estes indicadores mais deficitários do Brasil, ainda apresentam as doenças infecto-parasitárias assumindo lugar de destaque em seus perfis de morbidade de idosos, oscilando entre terceira ou quarta causa mais prevalente nas internações de idosos, doenças estas que nos países desenvolvidos já foram solucionadas para

a população, realidade esta que mostra o quanto estas duas regiões ainda precisam investir em melhorias dos indicadores socioeconômicos e sanitários e, também, realizar investimentos em Atenção Primária à Saúde, prevenção de doenças e promoção de saúde.

Por fim, conclui-se que, através de teste estatístico, o estudo comprovou que os indicadores socioeconômicos e sanitários impactam a morbidade de idosos no Brasil, à medida em que os testes comprovaram que uma elevação de 1% na “renda per capita média” reduz a morbidade de idosos no Brasil em 0,1527%, mostrando uma relação inversa entre “renda per capita média” e “morbidade de idosos” no país, revelando que “morbidade ou internações de idosos” é sensível à “renda per capita média” e que, por isto, injeções neste indicador econômico pode favorecer a redução do indicador de saúde “morbidade de idosos no Brasil”. Este é um dado relevante se considerarmos que, em algumas regiões do país, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste que, além de serem as mais pobres e menos desenvolvidas, também apresentaram perfis de morbidade de idosos diferenciados das demais regiões do país, e isso emerge a necessidade de se pensar em políticas públicas efetivas e estímulo às melhorias nas rendas médias em favor de possíveis reduções de internações de idosos.

De forma análoga, o estudo comprova que um aumento de 1% no “percentual de pessoas com banheiro e água encanada” reduz em a 0,0027% o número de internações de idosos no país. Esta confirmação, mais uma vez, mostra uma relação inversa entre um indicador sanitário importante, acesso a banheiro e água encanada, e o indicador de morbidade de idosos, revelando uma sensibilidade da morbidade em relação a este indicador. Isto implica que investimentos em questões sanitárias são capazes de reduzir a morbidade de idosos no país.

Outro resultado importante que o estudo apontou refere-se a presença de uma relação diretamente proporcional da longevidade com a morbidade de idosos, uma vez que uma elevação de 1% na variável IDHM-Longevidade mostrou provocar uma elevação de 0,4947% no número de internações de idosos no Brasil. Isto implica que à medida que avança o envelhecimento no Brasil aumenta, também, a morbidade/internação hospitalar deste estrato populacional no país. Este resultado, por sua vez, mostra o quão importante são as políticas públicas voltadas para o bem estar e a saúde da população idosa em um país que está experimentando, de forma rápida e contínua, o fenômeno do envelhecimento populacional.

Neste sentido, conclui-se que a tese foi confirmada, uma vez que por meio deste estudo foi possível comprovar que *“o envelhecimento populacional no Brasil, fenômeno crescente e contínuo que faz emergir políticas públicas voltadas ao idoso no país, ocorre, na prática, em um cenário de disparidades, de acordo com as peculiaridades regionais, sendo que iniquidades em relação aos indicadores socioeconômicos e sanitários nas cinco macrorregiões brasileiras produzem perfis de morbidade diferentes em desfavor das regiões mais pobres do país e, revelando que indicadores socioeconômicos e sanitários impactam a morbidade de idosos no Brasil”*.

Finalizando, constatou-se então, com base nos resultados deste estudo, que dentre as políticas públicas de inclusão social, aquelas relacionadas ao ‘aumento da renda média’ e ‘melhoria do acesso a saneamento básico’, são as mais eficazes para reduzir as taxas de morbidade de idosos no Brasil. Neste sentido recomenda-se, aos gestores públicos do país, investimentos nestas políticas públicas, com vistas a reduzir as taxas de morbidade e as internações hospitalares de idosos no país e, assim, melhorar o *status* de saúde e o bem-estar deste estrato populacional que, além de crescer em números ganha maior longevidade no Brasil.

Por tratar-se de tema complexo e de múltiplas possibilidades de análise, este trabalho não pretende esgotar a discussão aqui, ao contrário, espera-se estimular novos estudos para que se possa ampliar o espectro de análise sobre este tema tão atual e tão importante.

REFERÊNCIAS

- ALDESTEIN, A. **Tuberculosis death: a generation effect.** *Pop. Trends*, 8:20-3, 1977.
- ALISSON, E. Brasil terá sexta maior população de idosos no mundo até 2025. **Agência FAPESP**. 6 jul. 2016. Disponível em: <<http://agencia.fapesp.br/brasil-tera-sexta-maior-populacao-de-idosos-no-mundo-ate-2025/23513/>>. Acesso em: 28 jan. 2020.
- ALVES J. E. D. **A transição demográfica e a janela de oportunidade.** São Paulo: Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial, 2008.
- ALVES, J. E. D. **Envelhecimento da população mundial: o tsunami grisalho.** 2012. Disponível em: <<https://www.ecodebate.com.br/2012/04/20/envelhecimento-da-populacao-mundial-o-tsunami-grisalho-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>>. Acesso em: 18 jul. 2019.
- ALVES, J. E. D. **O envelhecimento se espalha pelo mundo.** 2017. Disponível em: <<https://www.ecodebate.com.br/2017/01/04/o-envelhecimento-se-espalha-pelo-mundo-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>>. Acesso em: 25 nov. 2019.
- ALVES J. E. D. **As novas projeções da ONU sobre a população brasileira e mundial.** Portal EcoDebate, 2017. Disponível em: <<https://www.ecodebate.com.br/2017/06/23/as-novas-projecoes-da-onu-sobre-populacao-brasileira-e-mundial-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>>. Acesso em: 29 jan. 2019.
- ALVES, J. E. D. **O mundo com mais idosos do que crianças pequenas a partir de 2019.** 2019. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2019/06/05/o-mundo-com-mais-idosos-do-que-criancas-pequenas-a-partir-de-2019-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>. Acesso em: 20 out. 2019.
- AMARAL, A. C. S.; COELI, C. M. C.; COSTA, M. C. E. C.; CARDOSO, V. S. C.; TOLEDO, A. L. A. T.; FERNANDES, C. R. F. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1617-1626, Dec. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600020&lng=en&nrm=iso>.
- AMARTYA SEN. **Desarrollo y Libertad.** Editorial Planeta. Buenos Aires, 2000.
- AMORIM, D. N. P.; CHIARELLO, M. D.; VIANNA, L. G.; MORAES, C. F.; VILAÇA, K. H. C. Interactions through conditions sensitive to primary attention of elderly persons in Brazil, 2003 to 2012. **Journal of Nursing UFPE** on line, v. 11, n. 2, p. 576-583, 2017. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10083>>. Acesso em: 07 nov. 2019.
- ANDRADE, L. L.; PINA, A. R. de M.; SILVA, I. C. F.; GOMES, K. de M.; GONÇALVES, T. C. **As Conferências Nacionais de Saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).** Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva, 2013. p. 263-279.

ANDRADE, O. G.; RODRIGUES, R. A. P. Abordagem holística do sistema de cuidado familiar do idoso com acidente vascular cerebral. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 1, n. 1, p. 185-191, jan./jun. 2002.

ANTUNES, F. P.; COSTA, M. C. N.; PAIM, J. S.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; CRUZ, A. A.; NATIVIDADE, M.; BARRETO, M. L. Desigualdades sociais na distribuição espacial das hospitalizações por doenças respiratórias. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.7, p.1346-1356, jul. 2013.

ATLAS BRASIL. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)**; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fundação João Pinheiro. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013>>. Acesso em: 18 dez. 2018.

BARBOSA, A. L. N. H. Participação feminina na força de trabalho brasileira: evolução e determinantes. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: IPEA, 2014, p. 407-442.

BATISTA, A. S.; JACCOUD, L. B.; AQUINO, L.; EI-MOOR, P. D. **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social**. Brasília, DF: MPS, SPPS; 2008.

BEAUVOIR, S. de. **A velhice**. Trad. De Maria Helena Franco Martins. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BENEDICTO, R. P.; WAI, M. F. P.; OLIVEIRA, R. M.; GODOY, C.; JÚNIOR, M. L. C. Análise da evolução dos transtornos mentais e comportamentais ao longo das revisões da Classificação Internacional de Doenças. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** Ribeirão Preto, v.9, n.1, p. 25-32, Jan.-Abr. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762013000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 abr. 2020

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. **Mapeamento socioeconômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000**. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14., 2004, Caxambu; CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINO AMERICANA DE POPULAÇÃO, 1., 2004, Caxambu. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2004. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_471.pdf>.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2008.

BRASIL. **Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984**. Altera dispositivos do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1980-1988/L7209.htm>. Acesso em: 14 fev. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas

Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 64/2010, pelo Decreto Legislativo no 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 32. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 05 fev. 2019. (a).

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível AM: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 05 mar. 2019. (b)

BRASIL. **Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.** Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm>. Acesso em: 23 fev. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 21 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS).** 1994. Disponível em www.saude.gov/datasus.

BRASIL. **Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996.** Regulamenta a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1948.htm>. Acesso em: 12 jan. 2019.

BRASIL. **Estatuto do Idoso.** Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados: Edições Câmara, 2003. Em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 07 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Cadernos de Atenção Básica nº 19, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: DF, 2006(a).

BRASIL. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006(b).** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 23 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. 2009. **Manual Técnico Operacional SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais.** Disponível em http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1273242960988Manual_Operacional_SIA2010.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. CONASS. **Coleção para entender a gestão do SUS.** Políticas do SUS voltadas para a população idosa, 2015.

BRASIL. **Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras**: 2016. Brasília; PNUD; IPEA: FJP, 2016. 55 p.: il., gráfs. mapas color. ISBN: 978-85-8820.

BRASIL. **Brasil 2050: Desafios de uma nação que envelhece**. Câmara dos Deputados, Centro de Estudos e Debates Estratégicos, Consultoria Legislativa; relator Cristiane Brasil; consultores legislativos Alexandre Cândido de Souza (coord.), Alberto Pinheiro [et al.]. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle das doenças não transmissíveis no Brasil**. Brasília, 2018.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V. M. R.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília: DF; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRITO, F.; SOUZA, J. **Expansão urbana nas grandes metrópoles: o significado das migrações intrametropolitanas e da mobilidade pendular na reprodução da pobreza**. São Paulo Perspec., São Paulo, v. 19, n. 4, p. 48-63, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010288392005000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2020.

BRODY, E. M.; JOHNSEN, P. T.; FULCOMER, M. C.; LANG, A. M. **Women's changing roles and help to elderly parents: attitudes of three generation of women**. *J.Gerontol.*, 38 :597-607, 1983.

BUCCI, M. P. D. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari. **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

BUENO, J. B. D.; MOTTA, I. D. Instrumentos para Efetivação do Direito à Saúde como Direito da Personalidade: Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense – CISAMUSEP e sua Aplicabilidade. **Revista Jurídica Cesumar** - Mestrado. 2011; 11(2): 481-494.

CALAZANS, M. E.; PERINE, A. R. C.; PIÑEIRO, E. S (Orgs.). **Políticas e Práticas de Atenção ao Envelhecimento**. Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2020.

CAMARANO, A. A.; BELTRÃO, K. I.; PASCOS, A. R. P.; MEDEIROS, M.; GOLDANI, A. M. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, dez. 1999(a).

CAMARANO, A. A. (org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, dez. 1999(b).

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Texto para discussão nº 858. Rio de Janeiro, IPEA, 2002.

CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, A. A. **Estatuto do idoso: avanços com contradições**. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. Menos jovens e mais idosos no mercado de trabalho? In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: IPEA, 2014, p. 377-406.

CAMARANO, A. A.; BELTRÃO, K. I. **Distribuição espacial da população brasileira: Mudanças na segunda metade do século**. Texto para discussão nº 766. Rio de Janeiro: IPEA, 2000.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária: como ficam as mulheres?** Texto para Discussão nº 883. Rio de Janeiro, Ipea, 2002.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina**. Texto para discussão nº 1292. Rio de Janeiro: IPEA, 2007.

CAPELLA, A. C. N. **Formulação de políticas**. Brasília: Enap, 2018.

CAPELLOS, V. M. Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 00, n. 00, 2020. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/82273/78353>>. Acesso em: 20 out. 2020.

CARNEIRO, L. A. F.; CAMPINO, A. C. C.; LEITE, F.; RODRIGUES, C. G.; SANTOS, G. M. M.; SILVA, A. R. A. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro**. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS, 2013.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Revista Estudos Avançados**. São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2019.

CARVALHO, J. A. M. de; GARCIA, R. A. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, mai-jun, 2003, p. 725-733.

CASTRO, Iná Elias de. Seca versus seca. novos interesses, novos territórios, novos discursos no NE. In: CASTRO, Iná Elias de (Org.). **Brasil: questões atuais da reorganização do território**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

CID-10. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo: EDUSP, 2008. 3v. Versão em português organizada pelo Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: ago. 2009.

CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.443-458, Set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232012000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 set. 2019.

CONASS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Livro 1 Sistema Único de Saúde - SUS**. Coleção para entender a gestão do SUS, Brasília (DF), 2015.

CONTEL, F. B. **As divisões regionais do IBGE no século XX (1942, 1970 e 1990)**. Terra Brasilis (Nova Série) [Online], 3, 2014. Acesso em 23 abr, 2019. Disponível em: <http://journals.openedition.org/terrabrasilis/990>.

COUTO, E. C. Em que medida a Política Nacional do Idoso tem sido efetiva? In: Alcântara, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

DAL RIO, M. C. **Perspectiva social do envelhecimento**. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. Fundação Padre Anchieta. São Paulo: 2009.

DEBERT, G. G. A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento. São Paulo: Universidade de São Paulo, FAPESP, 2004.

DEMO, P. **Política social, educação e cidadania**. Campinas, SP: Papirus, 1994.

DIAMOND, J. **O mundo até ontem: o que podemos aprender com as sociedades tradicionais?** Tradução de Maria Lúcia de Oliveira. 1.ed. Rio de Janeiro: Record, 2014.

DIAS, R.; MATOS, F. **Políticas públicas: princípios, propósitos e processos**. São Paulo: Atlas, 2012.

DUARTE, E. C.; SCHNEIDER, M. C.; PAES-SOUSA, R.; SILVA, J. B.; CASTILLO-SALGADO, C. Expectativa de vida ao nascer e mortalidade no Brasil em 1999: análise exploratória dos diferenciais regionais. **Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health**. 2002. p. 436-444.

DUNCAN, B. B.; CHOR, D.; AQUINO, E. M. L.; BENSENOR, I. M.; MILL, J. G.; SCHMIDT, M. I.; LOTUFO, P. A.; VIGO, A.; BARRETO, S. M. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 126-134, Dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2020.

FALEIROS, V. de P. A pessoa idosa e seus direitos: sociedade, política e constituição. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012. p. 45-66.

FELIX, J. Desafios da Previdência Social para um país que envelhece e o risco da aposentadoria como prêmio. In: BERZINS, Marília Viana; BORGES, M. C. **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012. p. 135-154.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

FRIES, J. F.; CRAPO, L. M. **Vitality and aging: implications of the retangular curve**. San Francisco, W.H. Freeman&Co., 1981.

GALLAGHER, J. **Quase metade dos países tem nascimentos insuficientes para evitar declínio da população**. 2018. Disponível em: <<https://www.terra.com.br/noticias/mundo/quase-metade-dos-paises-tem-nascimentos-insuficientes-para-evitar-declinio-da-populacao,04f4dff95610e1603525d909e1ae66f2z4dlahcm.html>>. Acesso em: 22 jan. 2019.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 3. ed. Cortez, 1989.

GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. de. Políticas Habitacionais para Idosos: avanços e desafios. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. (Org.). **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012. p. 181-208.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; JORGE, M. H. P. M.; KOIZUMI, M. S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.50, n.1, p.97-103, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000100044&lng=en&nrm=iso>.

GIACOMIN, K. C. Envelhecimento populacional e os desafios para as políticas públicas. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012. p.17-44.

GIACOMIN, K. C.; MAIO, I. G. A PNI na área da saúde. In: ALCÂNTARA, A. de O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

GIANOTTI, V. **História das lutas dos trabalhadores no Brasil**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2007.

GIOVANNI, G. D. **Políticas Públicas e Política Social**. 2008. Disponível em: <<http://geradigiovanni.blogspot.com/2008/08/politicas-pblicas-e-poltica-social.html>>. Acesso em: 17 jan. 2019.

GLAESER, E. L. **Os centros urbanos: a maior invenção da humanidade**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

GÓIS, A. L. B.; VERAS, R. P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p.2859-2869, 2010.

GRANEMANN, S. Políticas sociais e financeirização dos direitos do trabalho. **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. 2007. p. 57-68.

GREENE, W. H. **Econometric Analysis**. 6ª. ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2008.

GRINBERG, A.; GRINBERG, B. **A arte de envelhecer com sabedoria**. São Paulo: Nobel, 1999.

HADDAD, E. G. de M. **O direito à velhice: os aposentados e a previdência social**. 2.ed. São Paulo, Cortez, 2001.

HOOVER, S. L. & SIEGEL, J. A. **International demographic trends and perspectives on aging**. J.Cross-Cult. Geront., 1:5-30, 1986.

IBGE. ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL. Rio de Janeiro, 1982. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb_1982.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Expectativa de vida dos brasileiros aumenta para 76,3 anos em 2018**. 2019. Disponível em: <<https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/26103-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-para-76-3-anos-em-2018.html>>. Acesso em: 12 jan. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE atualiza dados geográficos de estados e municípios brasileiros**. 2020. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/27737-ibge-atualiza-dados-geograficos-de-estados-e-municipios-brasileiros>>. Acesso em: 21 ago. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2008.

IBGE. **Em 2017, expectativa de vida era de 76 anos**. 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23200-em-2017-expectativa-de-vida-era-de-76-anos>>. Acesso em: 05 jun. 2019.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2019. Disponível em www.ibge.org.br.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INGRÁCIO, A. **Aposentadorias antes e depois da Reforma da Previdência**. 2019. Disponível em: <<https://ingracao.adv.br/aposentadoria-inss-reforma-da-previdencia/>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da violência 2019**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Ipea, 2019.

JOHNSTON, J.; DINARDO J. **Métodos econométricos**. 4 ed. McGrawHill; 2001.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3, p.200-210, Jun. 1987. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101987000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jan. 2019.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, Ago, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2019.

KLIKSBERG, B. Um tema crucial: a desigualdade na saúde. **Desigualdade na América Latina: o debate adiado**. São Paulo: Cortez, Brasília: UNESCO, 2000.

LAPORTA, T. **Idade mínima para se aposentar vai subir no mundo**. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/economia/noticia/2015/07/idade-minima-para-se-aposentar-vai-subir-no-mundo-veja-mudancas.html>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

LAURENTI, R. Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID-10): A revisão do final do século. **Bol Oficina Sanit Param**, 1995. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/15603/v118n3p273.pdf?sequence=1>. Acesso em: 01 fev 2020.

LAURENTI, R.; NUBILA, H. B. V. D.; QUADROS, A. A. J. Q.; CONDE, M. T. R. P.; OLIVEIRA, A. S, B. **A Classificação Internacional de Doenças, a Família de Classificações Internacionais, a CID-11 e a Síndrome Pós-Poliomielite**. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, São Paulo, v. 71, p. 3-10, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2013000900111>. Acesso em: 03 fev. 2020.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 10. ed. São Paulo: Editora Método, 2006.

LEWIS, M. Health needs of women as they age. **Women&Hlth**, 10(2/3) : 1-8, 1985.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L.; CAMARGOS, V. P.; MACINKO, J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 16., n. 9. 2011.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 19, n. 3, p. 700-701, mai/jun, 2003.

LINS, I. L.; ANDRADE, L. V. R. A feminização da velhice: representação e silenciamento de demandas nos processos conferencistas de mulheres e pessoas idosas. **Revista de Ciências Sociais**. V. 23, n.3, 2018. p. 436-465.

LOUVISON, M. C. P.; BARROS, S. **Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS**. BIS - **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 47, p. 53-55, abr. 2009.

LOUVISON; M. C. P.; ROSA, T. E. C. Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012. p. 155-179.

MALTHUS, T. R. **Princípios de economia política**: e considerações sobre sua aplicação prática; ensaio sobre a população / Thomas Robert Malthus; tradução: Regis de Castro Andrade. São Paulo: Abril Cultural, 1996.

MARTINS, C. R. M. **O envelhecer segundo adolescentes, adultos e idosos usuários do SESC Maringá**: um estudo de representações sociais. 2002. 168 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MATHIAS, T. A. F.; JORGE, M. H. P. M.; ANDRADE, O. G. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.1, p.17-24, Feb. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1169200600010003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 abr. de 2020.

MARMOT, M.; ROSE, G.; SHIPLEY, M.; HAMILTON, P. Employment grad and coronary heart disease in British civil servants. **Journal of Epidemiology Health**, v.32, p.244-249, 1978.

MENDES, A. C. G.; SÁ, D. A.; MIRANDA, G. M. D.; LYRA, T. M.; TAVARES, R. A. W. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28,n. 5, p. 955-964, mai. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2020.

MERCADANTE, E. **Aspectos antropológicos do envelhecimento**. In: PAPALÉO, M. N. (Org.) Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996. p.73-6.

MINAYO, M. C. de S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 2, p. 208-210, Fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2019.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 507-519, Jun. 2016 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2019.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso**: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOREIRA, M. de M. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. In: WONG, Laura L. Rodrigues. (Org.). **O envelhecimento da população brasileira e o aumento da**

longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso. Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG e Abep, 2000, p. 25-56.

MOTA, A. E. **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

NÉRI, A. L. (org.). **Cuidar de idosos no contexto da família:** questões psicológicas e sociais. Campinas, (SP): Ed. Alínea, 2002.

NÉRI, A. L. (Org.). Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. In MALLOY-DINIZ, L. F.; FUENTES, D.; CONSENZA, R. M. (Orgs.). **Neuropsicologia do Envelhecimento.** Rio Grande do Sul: Artmed, 2013.

NEVES, A. S. **O tripé: cidadania, educação, mundo do trabalho e o contexto sócio educacional de pessoas jovens, adultas e idosas em situação de analfabetismo.** Universidade Católica do Salvador. Anais da 22ª Semana de Mobilização Científica. SEMOC, 2019.

OLIVEIRA, A. L. de. **História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS.** Revista Encontros Teológicos, ano 17, nº 01, p. 31-42. 2012.

OLIVEIRA, A. **Tudo sobre EJA: o que é e como funciona?** 2018. Disponível em: <https://www.educamaisbrasil.com.br/educacao/noticias/tudo-sobre-eja-o-que-e-e-como-funciona>. Acesso em 17 jan. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde.** Brasília: OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ONU. DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>>. Acesso em 12 mar 2019.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** Décima revisão. Volume 2. Edição de 2015. Washington, DC: OPAS, 2016.

PAIVA, R. F. P. S.; SOUZA, M. F. P. Associação entre condições socioeconômicas, sanitárias e de atenção básica e a morbidade hospitalar por doenças de veiculação hídrica no Brasil. **Caderno de Saúde Pública** (CSD), v.34, n. 1, p. 01-11, 2018.

PARADELLA, R. **Expectativa de vida do brasileiro sobe para 76 anos; mortalidade infantil cai.** 2018. Disponível em: < <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/23206-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-76-anos-mortalidade-infantil-cai>>. Acesso em: 21 mar. 2019.

PEREIRA, M. I. **Os serviços de saúde na região Norte de Minas Gerais antes e depois da municipalização:** avaliação de eficiência à partir de medidas regionais e de bem estar social. Dissertação de mestrado. CEPEPLAR/UFMG, Belo Horizonte, 2001.

PEREIRA, S. M. I.; FRANCO, E. F. P. M.; MACIEL, A. G.; FARIA, A. A.; VALE, M. L. F.; RODRIGUES NETO, J. F.; ELEUTERIO, A. M. **Morbidade na Região Norte de Minas Gerais, 1997, 2001, 2006.** UNIMONTES Científica, v. 9, p. 99-109, 2007.

PEREIRA, S. M. I.; MACIEL, A. G. ; MARTINS, A. M. E. B. L.; FRANCO, E. F. P. M.; FARIA, A. A.; VALE, M. L. F.; FERREIRA, R. C.; RODRIGUES NETO, J. F. **Perfil de Mortalidade na Região Norte de Minas Gerais 1997, 2001 e 2005.** UNIMONTES Científica, v. 11, p. 22/1/2-30, 2009.

PEREIRA, S. M. I.; FAHEL, M. C. X.; CERQUEIRA, M. B. R.; VERISSIMO, F. M.; FERNANDES, T. F.; GONCALVES, M. E. Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva de coordenadores dos serviços. **Economia e Políticas Públicas**, v.4, p.33-54, 2018.

PEREIRA, I. C.; OLIVEIRA, M. A. de C. **Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário.** São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014.

PERES, M. A. de C. A andragogia no limiar da relação entre velhice, trabalho e educação. **Revista História Sociedade e Educação no Brasil (HISTEDBR)**, da Faculdade de Educação da UNICAMP, n. 20, dez., 2005, p. 20-27.

PERES, M. A. de C. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. **Revista Sociedade e Estado**, vol. 26, n. 3, 2011. p. 631-622.

PEREIRA, S. D. **Conceitos e definições da saúde e epidemiologia usados na Vigilância Sanitária.** São Paulo, 2007. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visa.pdf. Acesso em: 05 fev. 2020.

PEREZ, M. A. A participação da sociedade na formulação, decisão e execução das políticas públicas. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org). **Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico.** São Paulo: Saraiva, 2006.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do **Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).** **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1903-1914, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=en&nrm=iso>.

PNAD. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: **Síntese de Indicadores** 1992.

PNAD. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira - 2012.** Rio de Janeiro: IBGE; 2012. (Estudos e Pesquisas); (Informação Demográfica e Socioeconômica).

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasil; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Fundação João Pinheiro (FJP). **O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro.** Brasília: PNUD, 2013.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2014**. Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência. Nova York: PNUD, 2014.

RADIS. Dados. **Mortalidade por causas externas no Brasil**. 3(8): 1-16, 1985.

RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE, A. **Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira**. **Revista Saúde Pública**, São Paulo: 21:211-24, 1987.

RAMOS, L. R.; MACEDO FILHO, J. M. C. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.5, p.445-53, 1999.

RAUTH, J.; PY, L. A história por trás da lei: o histórico, as articulações de movimentos sociais e científicos, a as lideranças políticas envolvidas no processo de constituição da Política Nacional do Idoso. In: ALCÂNTARA, A. de O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

RIBEIRO, O. O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição. **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, n. 2, 2012, p. 33-52. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4265/426539987004.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

RIOS-NETO, E. L. G. **Questões emergentes na demografia brasileira**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Ciências Econômicas, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, 2005. 51 p. (Texto para discussão, n. 276). Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20276.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2019. Informações disponíveis no sítio <https://nacoesunidas.org/pnud-brasil-divulga-relatorio-de-desenvolvimento-humano-2019/>

ROCHA, A. C. T.; ROSSONI, H. A. V.; FARIA, M. T. S. Determinantes envolvidos no perfil de doenças relacionadas às condições sanitárias inadequadas nos municípios brasileiros: avaliação realizada nas 10 melhores e 10 piores cidades do *ranking* do saneamento. **For Science: revista científica do IFMG**, Formiga, v. 6, n. 2, e00407, out. 2018. Edição Especial.

SALDANHA, A. L.; CALDAS, P. C. (Org.) **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004.

SANTOS, Milton; Maria Laura Silveira. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

SCHIRRMACHER, F. **A revolução dos idosos: o que muda no mundo com o aumento da população mais velha**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.897-908, Dez. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 abr. 2020.

SHORES, N. **Custo de subsídio público a gratuidade de idosos em ônibus pode crescer mais de 50% até 2030**. Disponível em: <https://infograficos.estadao.com.br/focas/planeje->

sua-vida/custo-de-subsidio-publico-a-gratuidade-de-idosos-em-onibus-pode-crescer-mais-de-50-ate-2030. Acesso em: 19 ago. 2019.

SILVA, M. S.; SILVA, N. B.; ALVES, A. G. P.; ARAÚJO, S. P; OLIVEIRA, A. C. Risco de doenças crônicas não transmissíveis na população atendida em Programa de Educação Nutricional em Goiânia (GO), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(5):1409-1418, 2014.

SIMÕES, C. C. S. **Breve histórico do processo demográfico**. In: Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI / Adma Hamam de Figueiredo, organizadora. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Geografia, 2016.435 p.

SOARES, M. R. P.; ISTOE, R. S. C. Alfabetização e inclusão de pessoas idosas: uma proposta interdisciplinar mediada pelas tecnologias da informação e da comunicação. **Revista Científica Interdisciplinar**, nº 3, vol. 2, jul-set, 2015.

SOUZA, B. **Em 2034, cada mulher brasileira terá apenas 1,5 filho**. 2013. Disponível em: <<https://exame.com/brasil/em-2030-cada-mulher-brasileira-tera-em-media-1-5-filho/>>. Acesso em: 13 ago. 2020.

SOUZA, E. A.; SCOCHI, M. J.; MARASCHIN, M. S. **Estudo da morbidade em uma população idosa**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.380-388, Jun. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200022&lng=en&nrm=iso>.

SOUZA FILHO, P. P. de.; MASSI, G. A. de A.; RIBAS, A. Escolarização e seus efeitos no letramento de idosos acima 65 anos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2014. 17(3):589-600. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00589.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2019.

UNITED NATIONS. **Patterns of urban and rural growth populations studies**. New York, 1980. (Serie n.o 68).

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, dez. 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 fev. 2020.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-233, Jun. 1987. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 fev. 2019.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. M. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.23, n.1, p.5-26, jan./jun, 2006.

WOOLDRIDGE J.; **Econometric analysis of cross section and panel data**.Massachusetts: MIT Press; 2002.

YAZBEK, M. C. **Classes subalternas e assistência social**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

ANEXO I

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO POR UNIDADE DE FEDERAÇÃO NOS ANOS 1991, 2000 E 2010

ESTADO	1991				2000				2010			
	IDHM	IDHM_E	IDHM_L	IDHM_R	IDHM	IDHM_E	IDHM_L	IDHM_R	IDHM	IDHM_E	IDHM_L	IDHM_R
Acre	0,402	0,176	0,645	0,574	0,517	0,325	0,694	0,612	0,663	0,559	0,777	0,671
Alagoas	0,370	0,174	0,552	0,527	0,471	0,282	0,647	0,574	0,631	0,520	0,755	0,641
Amapá	0,472	0,254	0,668	0,620	0,577	0,424	0,711	0,638	0,708	0,629	0,813	0,694
Amazonas	0,430	0,204	0,645	0,605	0,515	0,324	0,692	0,608	0,674	0,561	0,805	0,677
Bahia	0,386	0,182	0,582	0,543	0,512	0,332	0,680	0,594	0,660	0,555	0,783	0,663
Ceará	0,405	0,204	0,613	0,532	0,541	0,377	0,713	0,588	0,682	0,615	0,793	0,651
Distrito Federal	0,616	0,419	0,731	0,762	0,725	0,582	0,814	0,805	0,824	0,742	0,873	0,863
Espírito Santo	0,505	0,304	0,686	0,619	0,640	0,491	0,777	0,687	0,740	0,653	0,835	0,743
Goiás	0,487	0,273	0,668	0,633	0,615	0,439	0,773	0,686	0,735	0,646	0,827	0,742
Maranhão	0,357	0,173	0,551	0,478	0,476	0,312	0,649	0,531	0,639	0,562	0,757	0,612
Mato Grosso	0,449	0,221	0,654	0,627	0,601	0,426	0,740	0,689	0,725	0,635	0,821	0,732
Mato Grosso do Sul	0,488	0,259	0,699	0,641	0,613	0,445	0,752	0,687	0,729	0,629	0,833	0,740
Minas Gerais	0,478	0,257	0,689	0,618	0,624	0,470	0,759	0,680	0,731	0,638	0,838	0,730
Pará	0,413	0,194	0,640	0,567	0,518	0,319	0,725	0,601	0,646	0,528	0,789	0,646
Paraíba	0,382	0,191	0,565	0,515	0,506	0,331	0,672	0,582	0,658	0,555	0,783	0,656
Paraná	0,507	0,298	0,679	0,644	0,650	0,522	0,747	0,704	0,749	0,668	0,830	0,757
Pernambuco	0,440	0,242	0,617	0,569	0,544	0,372	0,705	0,615	0,673	0,574	0,789	0,673
Piauí	0,362	0,164	0,595	0,488	0,484	0,301	0,676	0,556	0,646	0,547	0,777	0,635
Rio de Janeiro	0,573	0,392	0,690	0,696	0,664	0,530	0,740	0,745	0,761	0,675	0,835	0,782
Rio Grande do Norte	0,428	0,242	0,591	0,547	0,552	0,396	0,700	0,608	0,684	0,597	0,792	0,678
Rio Grande do Sul	0,542	0,328	0,729	0,667	0,664	0,505	0,804	0,720	0,746	0,642	0,840	0,769
Rondônia	0,407	0,181	0,635	0,585	0,537	0,345	0,688	0,654	0,690	0,577	0,800	0,712
Roraima	0,459	0,240	0,628	0,643	0,598	0,457	0,717	0,652	0,707	0,628	0,809	0,695
Santa Catarina	0,543	0,329	0,753	0,648	0,674	0,526	0,812	0,717	0,774	0,697	0,860	0,773
São Paulo	0,578	0,363	0,730	0,729	0,702	0,581	0,786	0,756	0,783	0,719	0,845	0,789
Sergipe	0,408	0,211	0,581	0,552	0,518	0,343	0,678	0,596	0,665	0,560	0,781	0,672
Tocantins	0,369	0,155	0,589	0,549	0,525	0,348	0,688	0,605	0,699	0,624	0,793	0,690

Fonte: Atlas Brasil (2013)

Legenda: IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) / IDHM_E (Educação) / IDHM_L (Longevidade) / IDHM_R (Renda).

ANEXO II

PRODUTO INTERNO BRUTO A PREÇOS CORRENTES, IMPOSTOS, LÍQUIDOS DE
SUBSÍDIOS, SOBRE PRODUTOS E VALOR ADICIONADO A PREÇOS CORRENTES
TOTAL E POR ATIVIDADE ECONÔMICA, E RESPECTIVAS PARTICIPAÇÕES

Brasil, Grande Região e Unidade da Federação	Ano	
	2010	2017
Brasil	R\$ 3.885.847.000,00	R\$ 6.583.319.000,00
Norte	R\$ 207.093.645,00	R\$ 367.861.916,00
Nordeste	R\$ 522.769.315,00	R\$ 953.213.241,00
Sudeste	R\$ 2.180.987.792,00	R\$ 3.480.767.312,00
Sul	R\$ 620.180.426,00	R\$ 1.121.717.832,00
Centro-Oeste	R\$ 354.815.823,00	R\$ 659.758.699,00
Rondônia	R\$ 23.907.887,00	R\$ 43.506.499,00
Acre	R\$ 8.342.356,00	R\$ 14.271.063,00
Amazonas	R\$ 60.877.123,00	R\$ 93.204.175,00
Roraima	R\$ 6.639.150,00	R\$ 12.103.236,00
Pará	R\$ 82.684.518,00	R\$ 155.195.371,00
Amapá	R\$ 8.237.795,00	R\$ 15.479.885,00
Tocantins	R\$ 16.404.816,00	R\$ 34.101.687,00
Maranhão	R\$ 46.309.633,00	R\$ 89.524.184,00
Piauí	R\$ 22.269.149,00	R\$ 45.358.616,00
Ceará	R\$ 79.336.299,00	R\$ 147.890.392,00
Rio Grande do Norte	R\$ 36.184.502,00	R\$ 64.294.547,00
Paraíba	R\$ 33.522.492,00	R\$ 62.386.787,00
Pernambuco	R\$ 97.189.760,00	R\$ 181.550.642,00
Alagoas	R\$ 27.133.038,00	R\$ 52.843.468,00
Sergipe	R\$ 26.404.893,00	R\$ 40.703.766,00
Bahia	R\$ 154.419.547,00	R\$ 268.660.841,00
Minas Gerais	R\$ 351.123.418,00	R\$ 576.199.051,00
Espírito Santo	R\$ 85.310.285,00	R\$ 113.351.863,00
Rio de Janeiro	R\$ 449.858.101,00	R\$ 671.362.364,00
São Paulo	R\$ 1.294.695.988,00	R\$ 2.119.854.035,00
Paraná	R\$ 225.205.255,00	R\$ 421.374.933,00
Santa Catarina	R\$ 153.726.007,00	R\$ 277.191.961,00
Rio Grande do Sul	R\$ 241.249.164,00	R\$ 423.150.937,00
Mato Grosso do Sul	R\$ 47.270.656,00	R\$ 96.372.195,00
Mato Grosso	R\$ 56.600.955,00	R\$ 126.805.058,00
Goiás	R\$ 106.770.109,00	R\$ 191.898.690,00
Distrito Federal	R\$ 144.174.102,00	R\$ 244.682.756,00

Fonte: IBGE, em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA

ANEXO III

NÚMERO TOTAL DE HABITANTE NO BRASIL NOS ANOS CENCITÁRIOS DE 1991, 2000 E 2010

FAIXA ETÁRIA	1991	2000	2010
0 a 4 anos	8.379.650	8.331.082	7.025.701
5 a 9 anos	8.836.268	8.419.650	7.623.609
10 a 14 anos	8.585.508	8.783.839	8.727.095
15 a 19 anos	7.460.490	9.027.994	8.557.608
20 a 24 anos	6.712.435	8.048.459	8.627.665
25 a 29 anos	6.174.959	6.814.307	8.458.790
30 a 34 anos	5.406.785	6.364.584	7.718.081
35 a 39 anos	4.597.824	5.956.042	6.767.177
40 a 44 anos	3.860.918	5.113.150	6.319.971
45 a 49 anos	2.994.785	4.215.695	5.692.722
50 a 54 anos	2.526.581	3.405.733	4.825.839
55 a 59 anos	2.017.494	2.594.151	3.912.544
60 a 64 anos	1.715.601	2.155.967	3.033.130
65 a 69 anos	1.308.343	1.631.458	2.224.862
70 a 74 anos	872.424	1.246.425	1.675.553
75 a 79 anos	575.738	786.515	1.089.024
80 anos ou mais	459.319	707.265	1.127.621

Fonte: IBGE (Dados demográficos)