

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Giana Silva Giacomelli

**ENVELHECIMENTO E EQUIDADE
EM SAÚDE NO BRASIL**

**Santa Maria, RS, Brasil
2018**

Giana Silva Giacomelli

**ENVELHECIMENTO E EQUIDADE
EM SAÚDE NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Administração.**

Orientador: Prof. Dr. Pascoal José Marion Filho

**Santa Maria, RS, Brasil
2018**

GIACOMELLI, GIANA SILVA
ENVELHECIMENTO E EQUIDADE EM SAÚDE NO BRASIL / GIANA
SILVA GIACOMELLI.- 2018.
93 p.; 30 cm

Orientador: PASCOAL JOSÉ MARION FILHO
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Administração, RS, 2018

1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO 2. EQUIDADE
EM SAÚDE 3. ÍNDICE DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE 4. MODELO DE
DETERMINANTES SOCIAIS DESAÚDE I. MARION FILHO, PASCOAL
JOSÉ II. Título.

Giana Silva Giacomelli

**ENVELHECIMENTO E EQUIDADE
EM SAÚDE NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Administração**.

Aprovado em 31 de Agosto de 2018:



Prof. Dr. Pascoal José Marion Filho
(Presidente/Orientador)




Prof.ª Dr.ª Kelmara Mendes Vieira
(UFSM)



Prof. Dr. Marco Aurélio de Figueiredo Acosta
(UFSM)



Prof.ª Dr.ª Alethéia Peters Bajotto
(UFN)



Prof.ª Dr.ª Juliana Silveira Colomé
(UFN)

Santa Maria, RS
2018

DEDICATÓRIA

A minha família, em especial as minhas avós Alda Vicentina Irion Giacomelli e Maria Holanda Bica da Silva, com o desejo que tenham um envelhecimento saudável e possam perceber e aproveitar os benefícios da longevidade.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho representa muito mais do que a conclusão de uma etapa da minha vida acadêmica, representa a realização de um sonho que me parecia imensamente distante, se não impossível, há 10 anos, quando concluí minha graduação. Se construí esse sonho e consegui realizá-lo foi por que tive comigo pessoas muito especiais que oportunizaram essa realização, a quem eu agradeço imensamente:

Ao meu orientador, que esteve sempre disponível, e, acima de tudo, por acreditar e apoiar uma proposta bastante distante do seu campo habitual de pesquisa. Mesmo tendo competência e poder para alterar meu rumo, aceitou o desafio e me permitiu realizá-lo, me mantendo sempre com os pés no chão.

Ao professor e às professoras da banca examinadora, Marco, Kelmara, Alethéia e Juliana, cada um na sua área colaborou de forma indispensável para a continuidade deste trabalho, suas sugestões na banca de qualificação foram inspiradoras e orientadoras. Certamente, o mesmo ocorrerá com as contribuições para o resultado final desta tese.

Aos meus pais, o Jambrão e a Bijou, jamais saberei como lhes agradecer de forma suficiente. Se cheguei aqui, se sonhei com isso, é por que sou fruto de uma criação onde a educação sempre foi total prioridade. Meu maior desejo é que se espalhem pelo mundo pais como os meus, lhes garanto, teremos um mundo melhor.

Ao meu companheiro, Fernando Pradella, que é efetivamente um companheiro para todas as horas, pela paciência, pelo incentivo e por sempre me trazer de volta à calma, quando as coisas pareciam ficar fora do controle. Junto dele, agradeço ao nosso filho, Miguel, que está a caminho, e foi o maior impulso que recebi para concluir este trabalho, dando o melhor de mim.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram com a realização deste sonho, incentivando, acreditando, dando forças. Em especial a minha tia Ani Leda Irion Giacomelli, minhas amigas Marciéle Machado, Giana Lucca Kroth e Tatiane Sartori, pelo apoio, compreensão e parceria.

Enfim, agradeço a Deus por colocar no meu caminho tantas pessoas de bem que só contribuem com as minhas conquistas.

RESUMO

ENVELHECIMENTO E EQUIDADE EM SAÚDE NO BRASIL

AUTORA: Giana Silva Giacomelli
ORIENTADOR: Pascoal José Marion Filho

Este trabalho tem como objetivo analisar a dinâmica e a evolução do envelhecimento populacional nos estados, e a equidade em saúde entre os idosos brasileiros. A tese está embasada nos conceitos e diretrizes atuais para a ação pública frente ao envelhecimento populacional adotados pela Organização Mundial de Saúde, que entende o envelhecimento como um processo multidimensional, que tem influências nos mais diversos aspectos da vida humana. Fundamenta-se ainda no conceito de equidade em saúde adotado pela OMS, que é instrumentalizado pelo Modelo de Determinantes Sociais de Saúde. A análise do envelhecimento foi determinada pelo Índice de Envelhecimento Populacional para os estados brasileiros, nos anos de 2000 e 2010. Para avaliar a equidade em saúde entre os idosos foi calculado o Índice de Concentração em Saúde, utilizando dados disponíveis no Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP – Idoso). Os resultados encontrados evidenciam que o Brasil encontra-se em processo de envelhecimento populacional. No ano de 2000 o Índice de Envelhecimento foi de 28,90, enquanto em 2010 esse índice foi de 44,82, representando uma evolução de 55,10%. Todas as grandes regiões e estados brasileiros apresentam evolução do envelhecimento populacional. Os Índices de Concentração em Saúde encontrados para as diversas dimensões do Modelo de Determinantes Sociais de Saúde sugerem que, em uma análise geral, não existe equidade em saúde no Brasil, sendo que as condições mais favoráveis estão mais presentes entre os idosos que vivem em melhores condições socioeconômicas, enquanto as condições de saúde menos adequadas estão mais presentes entre a população idosa mais pobre. Nos níveis mais dependentes de ações públicas, as iniquidades em saúde entre os idosos brasileiros são maiores, evidenciando a necessidade de maior atenção dos gestores públicos para os desafios decorrentes do processo de envelhecimento populacional.

Palavras-chave: Envelhecimento populacional brasileiro. Equidade em saúde. Índice de Concentração em Saúde. Modelo de Determinantes Sociais de Saúde.

ABSTRACT

AGING AND HEALTH EQUITY IN BRAZIL

AUTHOR: Giana Silva Giacomelli
ADVISOR: Pascoal José Marion Filho

This study aims to analyze the dynamics and evolution of population aging in the states, and health equity among Brazilian elderly. The thesis is based on the current concepts and guidelines for public action against population aging adopted by the World Health Organization, which understands aging as a multidimensional process that influences the most diverse aspects of human life. It is also based on the concept of health equity adopted by WHO, which is instrumented by the Model of Social Determinants of Health. The Index of Population Aging for the Brazilian states determined the analysis of aging in the years 2000 and 2010. To evaluate the Health Equity Index was calculated using data available in the System of Health Indicators and Follow - up of Policies of the Elderly (SISAP - Elderly). The results show that Brazil is in the process of aging population. In 2000, the Aging Index was 28.90, while in 2010 this index was 44.82, representing an evolution of 55.10%. All major Brazilian regions and states show an evolution of population aging. The Health Concentration Indexes found for the different dimensions of the Model of Social Determinants of Health suggest that, in a general analysis, there is no equity in health in Brazil, with the most favorable conditions being more present among older people living in better socioeconomic conditions, while less adequate health conditions are more present among the poorest elderly population. At the most dependent levels of public actions, health inequities among Brazilian elderly are greater, evidencing the need for greater attention of public managers to the challenges arising from the aging process.

Keywords: Brazilian population aging. Equity in health. Index of Concentration in Health. Model of Social Determinants of Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Ações e políticas voltadas ao Idoso no Brasil	22
Figura 1 – Os principais determinantes sociais da saúde	34
Figura 2 – Curva de concentração em saúde	43
Quadro 2 – Resumo das variáveis de saúde utilizadas	49
Figura 3 – Gráficos da curva de concentração de saúde entre os idosos no Brasil – Dimensão 1 – Idade, sexo e fatores hereditários	56
Figura 4 – Gráficos da curva de concentração de saúde entre os idosos no Brasil – Dimensão 2 – Estilo de vida	58
Figura 5 – Gráficos da curva de concentração de saúde entre os idosos no Brasil – Dimensão 3 – Redes sociais e comunitárias	60
Figura 6 – Gráficos da curva de concentração de saúde entre os idosos no Brasil – Dimensão 4 – Condições de vida e trabalho	64
Figura 7 – Gráficos da curva de concentração de saúde entre os idosos no Brasil – Dimensão 5 – Condições socioeconômicas, culturais e ambientais	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Identificação do grau de concentração	42
Tabela 2 – Índice de envelhecimento da população brasileira	52
Tabela 3 – Resultados da Dimensão 1 – Idade, sexo e fatores hereditários para o Brasil	54
Tabela 4 – Resultados da Dimensão 2 – Estilo de vida para o Brasil	56
Tabela 5 – Resultados da Dimensão 3 – Redes sociais e comunitárias para o Brasil	58
Tabela 6 – Resultados da Dimensão 4 – Condições de vida e trabalho para o Brasil	61
Tabela 7 – Resultados da Dimensão 5 – Condições socioeconômicas, culturais e ambientais para o Brasil	65
Tabela 8 – Resultados por estado brasileiro para a Dimensão 1 – Idade, sexo e fatores hereditários	67
Tabela 9 – Resultados por estado brasileiro para a Dimensão 3 – Redes sociais e comunitárias	70
Tabela 10 – Resultados por estado brasileiro para a Dimensão 4 – Condições de vida e trabalho	73
Tabela 11 – Resultados por estado brasileiro para a Dimensão 5 – Condições socioeconômicas, culturais e ambientais	77

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	12
1.2	OBJETIVOS	13
1.2.1	Objetivo Geral	13
1.2.2	Objetivos Específicos	13
1.3	JUSTIFICATIVA	14
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO	16
2.2	EQUIDADE EM SAÚDE	27
2.3	O MODELO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE	32
3	METODOLOGIA	37
3.1	ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	38
3.2	ÍNDICE DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE	39
3.3	DADOS UTILIZADOS	43
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
4.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL	51
4.2	ÍNDICE DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL	54
4.3	ÍNDICE DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE NOS ESTADOS BRASILEIROS	66
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS	84
	APÊNDICE A - ÍNDICES DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE EM MÓDULO ABSOLUTO E ESCALA DE CORES	93

1 INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da Ciência Econômica, a dinâmica populacional preocupa estudiosos com relação ao seu impacto no bem-estar e na prosperidade das sociedades. Adam Smith e seus seguidores acreditavam que o volume populacional relacionava-se positivamente à prosperidade social. Enquanto Thomas Malthus afirmava que o crescimento populacional levaria ao aumento da pobreza e limitaria o crescimento econômico (CAMARANO, 2014).

A visão negativa sobre a evolução da população foi predominante até meados do século XX, principalmente com relação aos países menos desenvolvidos (CAMARANO, 2014). No entanto, a partir daquele século identificou-se a ocorrência do fenômeno de transição demográfica, apresentado inicialmente por Warren Thompson (1929) e Frank Notestein (1953), que possibilitou confirmar e complementar uma visão positiva para a dinâmica populacional (REICHERT, 2015; SOUZA, 2012; ALVES, 2014).

A transição demográfica é caracterizada pela passagem de um regime demográfico em que as taxas de natalidade e mortalidade são altas para outro, em que estas taxas passam a reduzir e se tornam baixas (LEBRÃO, 2007). Gradualmente, esse fenômeno leva à redução do crescimento populacional e inclusive pode ocasionar um crescimento negativo (BRITO, 2007a).

Dentre as consequências da transição demográfica está o envelhecimento populacional, que se configura como um desafio à gestão pública, na medida em que têm seus reflexos no perfil de saúde da população e na economia do país. Uma população madura apresenta alterações de suas características, tanto em termos de demanda quanto em capacidade de produção. Dispor de meios que enfrentem essa situação de forma eficaz é indispensável para o desenvolvimento econômico e social de uma nação.

No caso brasileiro, a alteração do perfil etário de uma população jovem para outra que começa envelhecer é resultante da expressiva queda nos índices de mortalidade, que ocorreu entre as décadas de 1940 e 1960, e da redução da taxa de fecundidade, a partir dos anos 1960 (LEBRÃO, 2007; NASRI, 2008). As projeções atuais alertam para o fato de que, gradual e continuamente, a demanda por condições de vida adequadas a pessoas idosas aumentará (BRITO, 2007a; MENDES et al., 2012).

Em nível mundial, esforços são direcionados para definir estratégias para atender eficientemente às demandas oriundas do processo de envelhecimento populacional. Em 2002, na Assembleia Nacional de Madri teve origem o Plano Internacional do Envelhecimento. Este plano marca a transição de um conceito de envelhecimento definido unicamente pela idade

cronológica, para um entendimento multidimensional do envelhecer. Desde então, entende-se que o envelhecimento envolve o indivíduo e a coletividade onde vive, as escolhas realizadas no decorrer de sua vida, sua autonomia, participação social e segurança (KALACHE, 2007; WHO, 2015).

No ano de 2015, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu Relatório sobre Envelhecimento e Saúde, adota o conceito de Envelhecimento Saudável como direcionador de políticas públicas para o envelhecimento populacional. O envelhecimento deve ser percebido como um processo no qual as pessoas idosas possam viver com bem-estar através da manutenção da capacidade funcional (WHO, 2015).

Este conceito abrange desde a importância das funções físicas e mentais dos idosos, representadas pela capacidade intrínseca, até a liberdade que os idosos devem ter de escolher viver conforme valorizam, representada pela capacidade funcional (WHO, 2015). Consolida a visão multidimensional da Organização Mundial de Saúde frente ao envelhecimento, fundamentada por abordagens que ultrapassam a preocupação apenas com a utilidade econômica e ausência de doenças na vida das pessoas com mais idade (WHO, 2015).

Desta forma, a concepção mais atual para o envelhecimento, proposta pela Organização Mundial de Saúde, conecta-se com o conceito de equidade em saúde, proposto na constituição desta instituição mundial. Para a OMS, a equidade em saúde refere-se a oportunizar, a todos os indivíduos de uma nação, o alcance do mais alto padrão de saúde, sem distinção de raça, religião, etnia, ideologia política ou qualquer outro fator social (WHITEHEAD; DAHLGREN, 2007).

Com o objetivo de atingir a situação idealizada pela OMS, Margareth Whitehead e Göhran Dahlgren organizaram na década de 1990 um Modelo de Determinantes Sociais de Saúde, para orientar políticas públicas de saúde nos países membros da Região Europeia da OMS. A equidade em saúde é definida como a inexistência de diferenças em saúde, consideradas injustas e evitáveis, determinadas por fatores sociais (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Fundamentado nas diretrizes para o envelhecimento saudável e no conceito de equidade em saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), o presente trabalho identifica como estão distribuídos os determinantes sociais de saúde entre os idosos no Brasil, com a finalidade de analisar como o envelhecimento populacional brasileiro vem ocorrendo, em termos de equidade em saúde.

O Modelo de Determinantes Sociais de Saúde organiza os fatores que influenciam na busca pela equidade em saúde em camadas definidas conforme o nível de intervenção política

possível. O Modelo parte da dimensão central, que se constitui das características genéticas, hereditárias e biológicas dos indivíduos, e atinge até a camada mais externa, que compreende fatores ambientais, socioeconômicos e culturais, que têm maior sensibilidade a intervenções políticas. A abrangência multidimensional do Modelo de Determinantes Sociais de Saúde vai ao encontro das diretrizes propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ao conceber o Envelhecimento Saudável no Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde de 2015, que é a diretriz mais atual referente a políticas públicas direcionadas ao envelhecimento populacional.

O presente estudo utiliza o Índice de Concentração em Saúde (ICS), um dos indicadores propostos pela Organização Pan-americana de Saúde (OPS, 2016) para analisar a distribuição dos determinantes sociais de saúde em países em desenvolvimento. O ICS é uma medida complexa de desigualdade em saúde que permite mensurar a extensão das desigualdades sociais em saúde entre unidades geopolíticas (OPS, 2016).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

O avanço da longevidade é considerado uma importante conquista para a vida humana. No entanto, é necessário que a gestão pública esteja ciente das responsabilidades que esta conquista gera. Uma população envelhecida oferece desafios e institui demandas diferentes de uma população jovem, especialmente na área da saúde, uma vez que altera-se o perfil epidemiológico da população, que passa a conviver com doenças crônicas que exigem maiores períodos de tratamento ou até mesmo tratamentos contínuos.

No caso brasileiro, no período de 1940 a 1970 o país passava por um processo de industrialização e contava com uma população jovem crescente. Nas décadas de 1950 a 1970, apesar da queda na imigração internacional, registrou-se a maior elevação da população brasileira, atingindo um percentual próximo a 3% ao ano. É neste mesmo período que se acompanha o declínio da mortalidade e a evolução da expectativa de vida, influenciadas por avanços como: campanhas sanitárias, expansão dos equipamentos sociais urbanos, o advento dos antibióticos, e campanhas de vacinação (CAMARANO, 2014).

Atualmente, projeta-se que as características demográficas da população brasileira sejam direcionadas ao “superenvelhecimento” e à diminuição da população, decorrentes da queda da fecundidade e da mortalidade (CAMARANO, 2014). Tais projeções são compatíveis com a fase da transição demográfica em que o Brasil se encontra, em que a parcela idosa da população começa a aumentar, em contraste com a redução da parcela de

jovens no total da população, levando ao envelhecimento populacional.

O envelhecimento populacional acarreta em uma mudança de paradigma na saúde pública, a saúde deixa de ser vista simplesmente como inexistência de doença e passa a ser percebida a partir dos determinantes sociais que podem interferir na manutenção da capacidade funcional dos indivíduos (RAMOS, 2003). A análise dos determinantes sociais de saúde permite identificar a existência ou não de equidade em saúde entre uma população ou grupo. Pensar em equidade em saúde exige estabelecer uma relação estreita com as dimensões mais básicas da vida. Considera não apenas a desigualdade de acesso a serviços de saúde, mas também as diferenças existentes no contexto geral de vida dos indivíduos que configuram-se como iniquidades em saúde.

A existência de desigualdades em saúde é uma característica presente na grande maioria dos países (NORONHA; ANDRADE, 2001). Estudos comprovam que um dos fatores influenciadores da situação de saúde dos idosos brasileiros é a situação socioeconômica em que vivem (LIMA-COSTA et al., 2003). O Brasil é um dos países com maior concentração de renda no mundo, em torno de 68% dos idosos residentes na Região Nordeste do País vivem em domicílios onde a renda per capita é menor do que um salário mínimo, enquanto nas regiões Sul e Sudeste esta parcela é inferior a 35% da população idosa (GEIB, 2012).

Considerando a diversidade brasileira, em termos socioeconômicos, o presente trabalho investiga: Como está o envelhecimento no Brasil e como se distribuem os determinantes sociais de saúde em relação à equidade, na população idosa no País?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a dinâmica e a variação do envelhecimento populacional nos estados brasileiros, e a equidade em saúde entre os idosos no Brasil.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o índice de envelhecimento populacional e a sua variação nos estados brasileiros;
- determinar os índices de concentração dos determinantes sociais de saúde entre a

- população idosa nos estados brasileiros e no País;
- investigar a equidade em saúde entre a população idosa brasileira.

1.3 JUSTIFICATIVA

A visão multidimensional do processo de envelhecimento teve origem na década de 1930, com Marjory Warren, e foi essencial para o desenvolvimento das discussões e a evolução do conceito de envelhecimento (PAPALÉO NETTO, 2013). No âmbito da OMS, desde as primeiras discussões sobre a atuação pública frente ao envelhecimento populacional, que deu origem ao conceito de Envelhecimento Ativo (WHO, 2005), é adotada a perspectiva dos determinantes sociais de saúde para direcionar políticas públicas (KALACHE, 2007; VERAS, 2009).

De acordo com o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, é de urgente necessidade que sejam adotadas ações de saúde pública abrangentes relacionadas ao envelhecimento populacional, e tais ações devem e podem ocorrer em todos os países, independentemente do nível de desenvolvimento socioeconômico (WHO, 2015).

O Modelo de Determinantes Sociais de Saúde de Dahlgren e Whitehead é um modelo multidimensional de gestão de saúde pública, que foi desenvolvido para atuar frente a desigualdades injustas e evitáveis identificadas na região europeia da OMS. O seu principal objetivo é orientar a formulação de estratégias para a redução de desigualdades em saúde socialmente determinadas, que afetam especialmente os grupos sociais mais vulneráveis, como idosos e crianças.

Nos países da América Latina, o processo de envelhecimento ocorre em um ambiente de economia frágil, com altos índices de pobreza e desigualdades. Ao contrário da Europa, a situação do Brasil e seus vizinhos, caracteriza-se por um processo contraído, no qual o envelhecimento ocorre de forma mais acelerada e o acesso a serviços e recursos públicos torna-se cada vez mais restrito para toda a população (LEBRÃO, 2007).

O Brasil encontra-se em pleno processo de transição demográfica, fase na qual o país convive com o declínio da taxa de fecundidade e a desaceleração do crescimento populacional (BRITO, 2007a; JANUZZI, 2012). Projeta-se que, gradual e continuamente, a demanda por condições de vida adequadas a pessoas idosas aumentará (BRITO, 2007a; MENDES et al., 2012).

O envelhecimento populacional é um fenômeno que se aproxima da realidade brasileira. Assim, é urgente a definição de políticas públicas eficientes para atender às novas

demandas que o acompanharão. A determinação de tais políticas depende do conhecimento da situação da população brasileira, fundamentado no reconhecimento do grau em que as iniquidades em saúde se distribuem no País. A construção de políticas sociais adequadas para a população idosa está entre os grandes desafios contemporâneos (LIMA-COSTA et al., 2003).

A presente pesquisa destina-se a contribuir com informações importantes sobre a situação dos idosos no Brasil, buscando contemplar a diversidade de dimensões que abrangem o processo de envelhecimento e a equidade em saúde.

Dentre as contribuições deste estudo, está o fato de analisar um índice de desigualdade tendo como unidade de estudo os estados brasileiros. Além disso, a saúde é um tema central na Agenda de 2030 da OMS, e esta meta tem relação direta com muitas outras definidas nesta agenda (WHO, 2016).

The 2030 Agenda thus has major implications for the health sector, and its realization will entail the development of coherent, integrated approaches, and an emphasis on equity and multisectoral action. Each of these broad objectives will require debate and the generation of new approaches at global, regional and country levels (WHO, 2016, p.1).

Esta pesquisa contribui ao abordar em âmbito nacional um tema que é uma das metas da OMS para o desenvolvimento sustentável, que é garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho está organizado em cinco seções primárias, de forma que, após esta introdução, apresenta o referencial teórico, onde constam os conceitos e as diretrizes indicados para a atuação pública frente ao envelhecimento da população, trata dos temas equidade em saúde e expõe os aspectos teóricos do Modelo de Determinantes Sociais de Saúde. A terceira seção traz a metodologia utilizada para cumprir com os objetivos propostos, na qual consta a construção do Índice de Envelhecimento Populacional, do Índice de Concentração em Saúde e os dados utilizados para realizar a pesquisa. Na quarta seção são apresentados os resultados e a discussão referente ao processo de envelhecimento populacional brasileiro, bem como à análise dos índices de concentração em saúde para o País e, posteriormente, para os estados brasileiros. Por fim, têm-se as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A presente seção apresenta o referencial teórico que fundamentou a construção desta pesquisa. Inicialmente, aborda a evolução do conceito de envelhecimento e as diretrizes propostas pela Organização Mundial de Saúde para enfrentar o envelhecimento populacional, que é uma realidade mundial. Apresenta ainda o conceito de equidade em saúde, a forma como passou a ser discutida em âmbito mundial e a sua importância para a formulação de políticas públicas abrangentes. Por fim, são apresentados os aspectos teóricos do Modelo de Determinantes Sociais de Saúde, desenvolvido por Dahlgren e Whitehead (1991), que fundamentou a definição das variáveis utilizadas para o cálculo dos índices de concentração em saúde.

2.1 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

Os estágios da vida, como são definidos atualmente, nem sempre foram tão claros. Na era pré-industrial, por exemplo, não havia distinções entre crianças, adolescentes, adultos e idosos. Na sociedade norte-americana, tais distinções foram sendo descobertas no início do século XIX, na medida em que se percebiam características peculiares a diferentes grupos etários (HAREVEN, 1999).

A transição de uma economia fundamentada na unidade doméstica para a abertura do mercado de trabalho apresentou mudanças sociais e econômicas que exigiram a definição dos diferentes papéis dos diversos grupos que compunham a sociedade. Em resposta às novas necessidades oriundas desta transição tem-se a padronização dos estágios da vida como são conhecidos hoje: infância, adolescência, idade adulta e velhice (DEBERT, 2010).

Na medida em que a sociedade passou a perceber as diferentes necessidades e aptidões de cada grupo, foram sendo criadas instituições, e as fases da vida foram sendo definidas, tanto para proteger os grupos em si, quanto para a proteção social como um todo. A descoberta da infância como estágio de vida foi estabelecida a partir da percepção da necessidade de definir o papel privado da família e a separação entre ambiente de trabalho e lar, assim como representou uma resposta às mudanças demográficas de redução da mortalidade infantil e conscientização sobre a quantidade de filhos (ARIÈS, 1981). A adolescência, por sua vez, surge da identificação de tensões sociais provocadas por grupos etários com características peculiares, que acabavam por representar riscos à ordem social

(DEMOS; DEMOS, 1969).

Da mesma forma, a definição da “velhice” traz consigo um histórico construído junto com a evolução da sociedade. O interesse da sociedade norte-americana em conhecer o envelhecimento, despertado especialmente em fins do século XIX e início do século XX, envolve questões sociais e econômicas. Em meio a um período de crescente industrialização, a importância da utilidade e eficiência do trabalho, e mais tarde a percepção da necessidade de proteção social às pessoas mais velhas, estimulam o interesse na elaboração de um significado para o envelhecimento (HAREVEN, 1999; FISCHER, 1977).

Em fins do século XIX, no campo da psicologia, foi realizada por George Beard a primeira pesquisa científica que relacionava a eficiência e o envelhecimento, formando a base para a constituição do “homem aposentado”. É nesta mesma época que a velhice, até então tida como um processo natural da vida, passa a ser vista pela sociedade norte-americana como uma fase diferenciada marcada pelo “declínio, fraqueza e obsolescência” (HAREVEN, 1999, p. 15).

Assim, pode-se dizer que a classificação etária da população teve início no século XIX, a partir do qual hábitos e funções passam a ser diferenciados de acordo com o estágio de vida dos indivíduos, conforme afirma Silva (2008, p. 156-157):

A partir do século XIX surgem, gradativamente, diferenciações entre as idades e especialização de funções, hábitos e espaços relacionados a cada grupo etário. Têm início a segmentação do curso da vida em estágios mais formais, as transições rígidas e uniformes de um estágio a outro e a separação espacial dos vários grupos etários. Desse modo, o reconhecimento da velhice como uma etapa única é parte tanto de um processo histórico amplo – que envolve a emergência de novos estágios da vida como infância e adolescência –, quanto de uma tendência contínua em direção à segregação das idades na família e no espaço social.

Na entrada do século XX, a definição de um estágio da vida que abarcasse as pessoas mais velhas passa a ser uma preocupação de diferentes áreas do conhecimento, e a velhice passa a ser compreendida como uma questão social e não apenas individual. Misturam-se visões que analisam os impactos econômicos do envelhecimento, como um redutor da eficiência industrial, com estudos que abordam a situação de vida e pobreza vivenciadas por pessoas mais velhas (DOUGLAS, 1936; EPSTEIN, 1922).

Apesar de as alterações oriundas da idade estarem relacionadas a fenômenos biológicos, a significação de cada grupo etário é carregada de características sociais, culturais e temporais (HAREVEN, 1999). Atualmente, para a Organização Mundial de Saúde, o envelhecimento envolve questões complexas que alteram a vida das pessoas, e atingem desde

perdas biológicas até mudanças nas relações e papéis que exercem no contexto onde vivem (WHO, 2015).

Schneider e Irigaray (2008) afirmam que a compreensão da velhice envolve entender as relações históricas, culturais, políticas, econômicas e geográficas, nas quais os indivíduos vivem, e são estas relações que constroem as representações sociais sobre o envelhecimento. Na cultura ocidental, a velhice desde sua definição como um estágio da vida é relacionada a doenças e incapacidade das pessoas, enquanto que em culturas não ocidentais é vista como algo positivo (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Na medida em que o envelhecimento populacional constitui-se em uma situação presente nos países desenvolvidos e previsível para os países em desenvolvimento, começam a surgir esforços para que este estereótipo de velhice como algo indesejado seja repensado. Compreender a multidimensionalidade e heterogeneidade do envelhecimento é indispensável para avaliá-lo com outro olhar e propor políticas públicas que possibilitem o aproveitamento dos aspectos positivos da longevidade. O envelhecimento só se torna um problema na medida em que se ignora a necessidade de adaptar os sistemas sociais e econômicos a este evento, que, na verdade, é uma conquista para qualquer sociedade (HERCE, 2010).

Um marco para a visão multidimensional do envelhecimento é o documento adotado pela OMS, que direciona a elaboração de políticas a partir do conceito de Envelhecimento Ativo (VERAS, 2009). Tal conceito significa envelhecer com boa saúde, participação na sociedade e segurança, e tem como finalidade proporcionar um envelhecimento acompanhado da melhoria da qualidade de vida (OMS, 2005).

No Relatório de Envelhecimento e Saúde de 2015, a OMS aborda o conceito de Envelhecimento Saudável, para o qual sugere que devem ser estruturadas políticas públicas de saúde que possibilitem aos indivíduos construir trajetórias positivas do envelhecimento. O Envelhecimento Saudável é definido como um processo que possibilita o bem-estar dos idosos através do desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional dos indivíduos (WHO, 2015).

Em termos de idade, no Brasil, considera-se idoso todas as pessoas com 60 anos ou mais, característica de países em desenvolvimento. No caso dos países desenvolvidos, são consideradas idosas as pessoas com 65 ou mais (BRASIL, 2003; WHO, 2005), e é com base nestas faixas etárias que os indicadores sobre envelhecimento populacional são construídos.

O aumento da participação de idosos no conjunto da população é algo presente em muitos países avançados e constitui-se em uma realidade muito próxima para os países em desenvolvimento. No caso do Brasil, no ano de 2000, o percentual de idosos no total da

população era de 8,21%, e em 2010 atingiu 10,03%. Outro indicador que evoluiu também foi o índice de envelhecimento populacional, pois em 2000 o Brasil tinha 27,32 idosos para cada grupo de 100 jovens menores de 15 anos, e em 2010 essa relação foi de 39,26, de acordo com dados das projeções do IBGE. Neste sentido, a OMS alerta para a necessidade de uma resposta abrangente em termos de saúde pública, visando atender aos desafios impostos por esse fenômeno que ocorre, ou ocorrerá em breve, no mundo todo (WHO, 2015).

Na origem do pensamento econômico sobre a estrutura da população e seu impacto no desenvolvimento econômico das sociedades, a principal preocupação dos estudiosos era o crescimento populacional. De diferentes formas, predomina a ótica pessimista sobre a população, sendo vista basicamente pelos problemas expostos à sociedade como: fome, pobreza, excesso de consumo, escassez de investimento, recursos naturais reduzidos, entre outros (CAMARANO, 2014). Atualmente, o foco da preocupação é o envelhecimento populacional, como um evento demográfico que trará “problemas” desafiadores à gestão pública, especialmente no âmbito da seguridade social e saúde (COLEMAN; ROWTHORN, 2011; REHER, 2007).

O envelhecimento populacional está relacionado ao desenvolvimento do país, na medida em que o processo de transição de uma sociedade agrário-rural para uma sociedade urbano-industrial deve promover a elevação da renda per capita, melhorar as condições de vida da população e envolver mudanças estruturais na alocação de recursos da economia. Assim como, pode representar alterações positivas em indicadores sociais, como redução da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida, promovendo o envelhecimento populacional (ALVES, 2002).

Na atualidade, o envelhecimento populacional é considerado um dos principais eventos demográficos, resultante das alterações da estrutura demográfica decorrentes da combinação dos processos de transição demográfica e epidemiológica, que ocorrem em diferentes fases em todo o mundo (NASRI, 2008). Para Berenstein e Wajnman (2008), a transição demográfica e epidemiológica, que ocorrem concomitantemente, estão intimamente relacionadas, e o envelhecimento da população está diretamente vinculado à alteração do perfil de morbimortalidade.

A transição epidemiológica refere-se às alterações no perfil das doenças predominantes em uma população, configurada pela passagem da prevalência de doenças transmissíveis e quadros agudos de tratamento, que resultam na cura ou morte, para um quadro de doenças crônico-degenerativas que demandam cuidados de longo prazo, com maiores custos, mas com uma vida mais longa (BERENSTEIN; WAJNMAN, 2008).

A transição demográfica, configura-se como um fenômeno de alteração da estrutura etária da população e se desenvolve em quatro fases, que ocorrem, em algum momento, em todos os países do mundo. Desta forma, todas as nações encontram-se em alguma das fases da transição demográfica, que são classificadas por Brito (2007a) como:

- a) Pré-transição demográfica - países que apresentam altas taxas brutas de natalidade e mortalidade, e conseqüente baixo crescimento vegetativo da população;
- b) Início da transição - tem início a queda da taxa de mortalidade, mas mantém-se alta a taxa de fecundidade, sustentando o crescimento natural da população;
- c) Incremento populacional a ritmo decrescente - inicia-se o declínio da taxa de fecundidade, desacelera o crescimento populacional. Januzzi (2012) classifica esta fase como “Transição Plena”;
- d) Pós-transição demográfica - os baixos níveis de fecundidade e mortalidade são mantidos, levando a um crescimento lento ou negativo, e ao conseqüente envelhecimento populacional.

Lebrão (2007) entende a transição demográfica como um processo em que ocorre a alteração de um regime demográfico caracterizado por altas taxas de natalidade e mortalidade para outro no qual reduzem os níveis de mortalidade e, em seguida, nota-se a redução dos índices de fecundidade. O envelhecimento populacional se dá a partir da ocorrência do declínio da fecundidade em conjunto com o aumento da expectativa de vida (CARVALHO; GARCIA, 2003; NASRI, 2008), pois a população envelhece na medida em que reduzem os nascimentos e aumenta a proporção de pessoas idosas sobre o total da população (NASRI, 2008).

Carvalho e Garcia (2003) argumentam que o declínio da mortalidade não resulta necessariamente no envelhecimento populacional. Este evento é resultante de uma dinâmica conjunta entre queda de mortalidade e queda do índice de fecundidade. Desta forma, a taxa de fecundidade compõe um grupo de importantes indicadores para a formulação de políticas públicas, assim como, podem indicar os níveis educacionais, de renda e de acesso à saúde e à informação em uma população (BERQUO; CAVENAGHI, 2006).

A fecundidade pode ser considerada o fator demográfico de maior importância em termos de mudanças na formação etária de um país. A trajetória passada dos índices de fecundidade exerce influência nas flutuações da estrutura etária, associada à inércia populacional. Enquanto a sua trajetória futura interfere nas alterações mais imediatas na base da pirâmide etária, que representa os grupos mais jovens da população (RIOS-NETO, 2005).

No Brasil, segundo dados do IBGE, em 2000 a taxa de fecundidade era de 2,39 filhos por mulher, em 2010 esse índice caiu para 1,87 e em 2016 chegou a 1,69 filho por mulher.

Dentre os fatores que implicam a redução da fecundidade em uma nação, estão: a urbanização, melhores e mais abrangentes níveis de educação, participação das mulheres no mercado de trabalho, acesso à informação e mudanças no padrão de consumo (MERRICK; GRAHAM, 1981; MERRICK; BERQUÓ, 1983). Além disso, a decisão de ter filhos expressa confiança no futuro e na segurança que os indivíduos esperam oferecer aos seu filhos. Neste sentido, as restrições políticas e econômicas da nação interferem no nível de confiança que norteia essa decisão, e a nova composição de valores da sociedade atual, que inclui o consumo racional, a satisfação feminina no trabalho e a necessidade familiar de rendas múltiplas, contribui para a baixa fecundidade (CAMARANO, 2013).

O envelhecimento populacional pode ser percebido como uma conquista social, que tem origem nos avanços da medicina e no desenvolvimento econômico das nações (KINSELLA; PHILIPS, 2005). No caso dos países desenvolvidos, quando teve início o processo de envelhecimento populacional, estes já contavam com padrões elevados de vida, baixos níveis de desigualdades sociais e econômicas (LEBRÃO, 2007). Desta forma, o desenvolvimento social e econômico destes países já estava praticamente consolidado quando as demandas de uma sociedade envelhecida foram reconhecidas.

No entanto, na América Latina, o processo de envelhecimento ocorre em um ambiente de economia frágil, com altos índices de pobreza e desigualdades. Ao contrário do europeu, caracteriza-se por um processo contraído, no qual o acesso a serviços e recursos públicos torna-se cada vez mais restrito para toda a população (LEBRÃO, 2007).

Dada a existência do envelhecimento como um fenômeno mundial, que ocorre ou ocorrerá em algum momento em todos os países, a Organização Mundial da Saúde concentrou esforços sobre os desafios e as possibilidades de ações para enfrentar este fenômeno da melhor forma possível.

Segundo Britto (2007), políticas públicas de saúde, educação, mercado de trabalho e previdência são direcionadas a segmentos da estrutura etária. Consequentemente devem levar em conta o processo de transição demográfica que ocorre no país, uma vez que tal processo refletirá em redução do peso relativo da população jovem, aumento da população em idade ativa e, por fim, aumento do peso relativo da população idosa, gerando o envelhecimento populacional.

É indispensável que a elaboração e gestão de políticas públicas estejam fundamentadas na condição demográfica dos países, a fim de que sejam eficientes e garantam o alcance do

desenvolvimento nacional. A carga de incapacidades, perdas e doenças relacionadas a idade é maior a partir dos 60 anos e, apesar de ocorrer com pessoas idosas em todos os países, independentemente do nível socioeconômico da nação, seus efeitos são mais fortes em países de baixa e média renda (WHO, 2015).

Apesar de, no Brasil, algumas garantias aos idosos constarem na Constituição de 1988, a família manteve-se como principal responsável pela atenção e qualidade de vida dos idosos. No decorrer da década de 1990, foram sendo percebidos alguns avanços mais específicos por parte do Estado, através da instituição de planos, regulamentações e políticas voltadas para a pessoa idosa (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Com base na evolução histórica apresentada por Camarano e Pasinato (2004), apresenta-se o Quadro 1, um breve resumo da evolução de políticas e ações voltadas ao idoso no Brasil.

Quadro 1 - Ações e políticas voltadas ao Idoso no Brasil

Ano	Evento
1991	Planos de Custeio e de Benefícios da Previdência Social.
1993	Regulamentação dos princípios constitucionais referentes à assistência social, com programas de atenção ao idoso e benefício continuado para maiores de 70 anos. Em anos posteriores a idade reduziu para 65 anos.
1994	Aprovação da Política Nacional do Idoso (PNI – Lei 8.842).
1999	Criação da Política Nacional de Saúde do Idoso – PNSI.
2002	Implementação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI).
2003	Sancionado o Estatuto do Idoso.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Camarano e Pasinato (2004).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde do Idoso – PNSI e o Estatuto do Idoso são instrumentos que oferecem as diretrizes para a atuação do setor de saúde na definição de programas, atividades, planos e projetos direcionados à população idosa ou em processo de envelhecimento. Dentre as diretrizes da PNSI, constam ações que proporcionem a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e/ou reabilitação da capacidade funcional, a

assistência às necessidades de saúde dos idosos, a capacitação de recursos humanos, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, e aos estudos e pesquisas. O Estatuto do Idoso abrange aspectos legais considerados direitos fundamentais relacionados à saúde do idoso (MIYATA et al., 2005).

Marin e Panes (2015) afirmam que o Brasil insere o idoso em sua agenda de políticas públicas de saúde apenas com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI). É só a partir de então que têm início movimentos no sentido de proteger e promover a saúde dos idosos no país, que conta ainda com uma diversidade de desafios para atingir os preceitos básicos de um envelhecimento com autonomia e qualidade de vida (MARIN; PANES, 2015).

Em nível nacional existem ações e programas federais direcionados à saúde do idoso como: distribuição medicamentos para algumas doenças, campanhas de imunização de idosos, campanhas de cirurgias de cataratas e programas de capacitação profissional e de cuidadores. No entanto, as iniciativas encontradas ainda ficam aquém do que está previsto na PNSI e no Estatuto do idoso (MIYATA et al., 2005).

Com relação à inserção da equidade nas políticas públicas de saúde no Brasil, Viana et al. (2003) realizaram uma análise com foco na alocação de recursos financeiros, oferta e utilização de serviços de saúde. De acordo com os autores, são perceptíveis alguns avanços, em termos de equidade, após a criação do SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente em termos de descentralização de políticas de saúde.

No âmbito mundial, a discussão sobre o envelhecimento populacional oportunizou a elaboração de diretrizes importantes, no sentido de orientar os países a compreender e atuar frente a este evento demográfico, com o objetivo de oferecer longevidade com qualidade. As principais diretrizes tem origem nos Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas; decorrente da Assembleia Mundial de Madri, em 2002, da qual originou o Plano Internacional do Envelhecimento e na qual definiu-se o conceito de Envelhecimento Ativo, uma contribuição da Organização Mundial da Saúde (OMS) àquela Assembleia (KALACHE, 2007; WHO, 2015).

Atualmente, a OMS adota o conceito de Envelhecimento Saudável, que envolve os conceitos de capacidade funcional e intrínseca dos indivíduos, que fundamentam a consideração dos funcionamentos e da saúde para os idosos (WHO, 2015). A capacidade intrínseca (*Intrinsic capacity*) está relacionada a todas as capacidades físicas e mentais com as quais um indivíduo pode contar em qualquer momento da vida. A capacidade funcional (*Functional ability*) compreende atributos relacionados à saúde que possibilitam que as pessoas sejam e façam aquilo que valorizam. Assim, a capacidade funcional abrange as

características ambientais e as relações entre indivíduos no contexto onde vivem.

Fundamentada nos conceitos de Capacidade Funcional e Capacidade Intrínseca, a OMS define Envelhecimento Saudável como: *“the process of developing and maintaining the functional ability that enables well-being in older age”* (WHO, 2015, p.28). Atuar com base no conceito de Envelhecimento Saudável exige proporcionar o bem-estar das pessoas idosas através do desenvolvimento e manutenção das suas capacidades funcionais.

Desde o conceito de Envelhecimento Ativo (WHO, 2005), a visão da OMS frente a esse processo aborda as perspectivas dos determinantes sociais da saúde, que consideram os aspectos sociais, econômicos, comportamentais, individuais, culturais, ambientais e acesso a serviços (KALACHE, 2007; VERAS, 2009). O conceito de Envelhecimento Saudável proposto pela OMS em 2015 é a diretriz mais atual referente a políticas públicas direcionadas ao envelhecimento populacional. Esta abordagem ultrapassa a análise do envelhecimento a partir dos anos de vida ou apenas da situação de saúde das pessoas, e compreende desde a análise do indivíduo até o ambiente geral no qual está inserido.

No entanto, o envelhecimento foi percebido como um processo multidimensional e interdisciplinar ainda na década de 1930, com Marjory Warren, através do seu trabalho de reabilitação de pacientes institucionalizados. A partir de então foi possível ultrapassar as barreiras do envelhecimento biológico e fisiológico e chegar ao primeiro conceito de envelhecimento bem-sucedido, que abarcava o curso de vida das pessoas até a morte e os diversos aspectos que abrangem o envelhecer (PAPALÉO NETTO, 2013).

Formalmente, o termo “Envelhecimento bem-sucedido”, como conceito, tem origem em uma publicação de 1987 de Rowe e Khan, segundo a qual este conceito é estruturado por três dimensões básicas, a saber: baixo risco de doenças e deficiências, alta atividade mental e física e envolvimento ativo na vida cotidiana (ACOSTA, 2012).

O conceito de envelhecimento bem-sucedido foi utilizado mundialmente por muito tempo e, por vezes, era utilizado como sinônimo de envelhecimento saudável, ativo, robusto, sem receber uma definição única. Na década de 1990, passou a ser substituído pela expressão “Envelhecimento Ativo” e pela definição estabelecida pela OMS, em 2002, no Segundo Encontro Mundial sobre Envelhecimento (TEIXEIRA; NERI, 2008; ACOSTA, 2012).

A compreensão do envelhecimento como um processo abrangente que envolve aspectos individuais e coletivos, justifica a utilização do Modelo de Determinantes Sociais de Saúde para avaliá-lo. Pois, o modelo considera a diversidade de fatores que determinam as oportunidades que os indivíduos podem ter de atingir seu pleno potencial de saúde, abrangendo questões individuais e coletivas.

A avaliação das necessidades de saúde das pessoas idosas deve levar em consideração não apenas doenças específicas, mas o impacto delas na trajetória de funcionamentos disponíveis a estes indivíduos (WHO, 2015). O conceito de funcionamentos adotado pela Organização Mundial da Saúde relaciona-se ao conceito presente na abordagem das capacitações¹, na qual os funcionamentos são os elementos básicos constitutivos do bem-estar de um indivíduo e valorosos para si, como: comer, falar, pensar, escutar, dentre outros (SEN, 1985, 1988).

Tal visão oferece um conceito mais abrangente para a saúde na velhice, que ultrapassa pensar saúde apenas como ausência de doenças, e abarca a possibilidade de realizar “coisas” que os idosos consideram importantes e valorosas para si, conforme segue:

These are complex considerations that cannot be addressed by a narrow conceptualization of health in older age as a state defined by the absence of disease. Instead, this report considers health as a fundamental and holistic attribute that enables older people to achieve the things that are important to them. This is consistent with work undertaken in other spheres on capabilities (WHO, 2015, p.27).

A disponibilidade de funcionamentos pode diferir para cada indivíduo, e influencia nas opções que cada um terá para atingir o seu bem-estar. Para Sen (1988), as diferentes opções de escolha ou disponibilidades de funcionamentos definirão quais indivíduos terão maior liberdade e quais sofrerão privações, tal fato diversifica o nível de bem-estar que poderá ser atingido por cada um.

O conceito de Envelhecimento Saudável representa mais uma mudança na percepção do processo de envelhecimento, e tem como objetivo possibilitar que os idosos possam elaborar capacidades que lhes permitam viver de forma valorosa frente às transformações inerentes à longevidade. Esta percepção concebe a ideia de oportunizar que as pessoas possam realizar aquilo que valorizam, e vai além da utilidade econômica e da simples ausência de doenças (WHO, 2015).

O desenvolvimento de políticas públicas para o envelhecimento exige atenção não apenas para as perdas associadas à idade avançada, mas também às perdas que levam ao fortalecimento da capacidade de resistência e crescimento psicossocial dos idosos (WHO, 2015). A Organização Mundial da Saúde adota uma visão multidimensional para o envelhecimento populacional, e sugere que este seja “enfrentado” considerando a amplitude

¹A abordagem das capacitações foi desenvolvida paralelamente por duas Ciências, na Filosofia política, por Martha Nussbaum e, na Economia, pelo economista indiano Amartya Sen. Na Economia, a abordagem das capacitações representa uma ruptura com os conceitos e espaços utilizados pela corrente teórica tradicional do bem-estar, adota uma visão multidimensional para a avaliação do progresso social e apresenta a ideia de desenvolvimento humano como complementar ao desenvolvimento econômico (GIACOMELLI et al., 2017).

da vida das pessoas que envelhecem (VERAS, 2009).

Certamente, para qualquer país o aumento da longevidade é uma meta desejada, mas é a qualidade de vida acrescida aos anos extras que confere o caráter de conquista a este fenômeno. Desta forma, é essencial que a capacidade funcional, em toda sua abrangência, seja considerada na elaboração de políticas públicas direcionadas ao envelhecimento. É a manutenção da capacidade de exercer sua autonomia, independência e autodeterminação que confere saúde ao idoso, independente da convivência com doenças crônicas (VERAS, 2009).

A saúde, como um conceito global, é fator determinante da amplitude de oportunidades que serão possibilitadas pelo aumento da expectativa de vida. Envelhecer com saúde permite que as pessoas idosas tenham capacidade de realizar aquilo que valorizam, ainda que de forma diferente dos mais jovens. No entanto, quando a capacidade funcional declina com o avanço da idade, os impactos negativos recaem não apenas sobre os idosos, mas também sobre a sociedade como um todo (WHO, 2015).

Assim como Dahlgren e Whitehead (1991), a WHO (2015) afirma que os resultados em saúde que os indivíduos atingem no decorrer da vida são fruto de herança genética, mas também de fatores ambientais que influenciam nas decisões e oportunidades que as pessoas têm de ser saudáveis. O contexto exerce influências positivas e negativas sobre a saúde das pessoas, e é constituído do lar do indivíduo, da vizinhança, da comunidade, da sociedade e ambiente político e econômico geral onde vivem, todos estes componentes fazem parte dos determinantes sociais de saúde (WHO, 2015; DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Além disso, as relações mantidas entre os indivíduos e estes ambientes sofrem influências de fatores pessoais, questões de gênero, família e etnia. Todos estes fatores em conjunto determinam as realizações em saúde dos indivíduos, de tal forma que podem promover quadros de iniquidades em saúde, que são caracterizados como situações injustas e evitáveis (WHO, 2015). O processo cumulativo de iniquidades em saúde no decorrer do curso de vida das pessoas é responsável pelas adversidades encontradas pelos idosos e pelo declínio da capacidade funcional quando se alcança a velhice (WHO, 2015).

O objetivo principal de uma política voltada à equidade em saúde é direcionar esforços para melhorar as condições de vida dos grupos sociais mais vulneráveis, através da elaboração de estratégias viáveis e sustentáveis (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991). Os autores afirmam que é importante avaliar o progresso social e a qualidade de vida de uma sociedade a partir da análise da situação de saúde dos grupos sociais menos privilegiados e das mudanças que ocorreram para estes indivíduos no decorrer do tempo.

Idosos e crianças são grupos etários considerados mais vulneráveis e expostos aos

fatores determinantes das desigualdades sociais em saúde. Além disso, doenças crônicas e outras relacionadas à idade tendem a estar presentes precocemente entre indivíduos que vivem em condições menos favoráveis de vida (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

O objetivo fundamental do Modelo de Determinantes Sociais de Saúde é o de reduzir tais iniquidades, oferecendo diretrizes para que sejam elaboradas políticas que possibilitem que todas as pessoas atinjam o seu potencial máximo de saúde, independentemente de qualquer fator socialmente determinado (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Promover a equidade em saúde exige, primeiramente, conhecer o nível de desigualdades injustas e inaceitáveis presentes na sociedade. Desta forma, mensurar as iniquidades em saúde é o primeiro passo para fundamentar um planejamento em busca da equidade em saúde (SCHNEIDER et al., 2002). O item a seguir apresenta a evolução do conceito de equidade em saúde e sua importância em termos de gestão de saúde pública.

2.2 EQUIDADE EM SAÚDE

O termo “equidade em saúde” é frequentemente presente nos discursos políticos atuais em nível mundial, mas a definição deste termo passou por uma longa trajetória até chegar no conceito adotado atualmente pela Organização Mundial de Saúde. Uma diversidade de tipificações foi abordada para definir a equidade em saúde, e a primeira sugestão foi dividi-la em horizontal e vertical (NUNES, 2011). Basicamente, a equidade horizontal refere-se ao tratamento igual a necessidades iguais, enquanto a equidade vertical preza pelo tratamento equitativo, desigual para desiguais (MCLNTYRE; MOONEY, 2014).

O interesse pelas desigualdades em saúde pode ser identificado já no século XIX (em 1845) nas discussões de Friedrich Engels (MCLNTYRE; MOONEY, 2014). No século XX, essa discussão foi despertada pelos resultados apresentados por relatórios ingleses sobre os indicadores de saúde e sua relação com a situação socioeconômico da população (BLACK REPORT, 1980). Estes estudos evidenciaram que indicadores sociais de saúde da Inglaterra, como mortalidade infantil e expectativa de vida, apresentavam melhorias em termos absolutos. No entanto, na comparação entre diferentes grupos sociais, evidenciou-se que as diferenças entre estes indicadores crescia, representando um progressivo aumento das desigualdades em termos de saúde entre grupos da população inglesa.

No âmbito da economia da saúde, a equidade em saúde foi abordada, especialmente entre as décadas de 1970 e 1980, na direção da equidade de assistência à saúde e de acesso a recursos e serviços. Os economistas da saúde preocupavam-se apenas com uma forma de

mesurar a equidade em saúde, o que acabou dificultando uma definição concreta e fundamentada do termo (MCLNTYRE; MOONEY, 2014).

Inicialmente, o foco das definições manteve-se no âmbito da equidade horizontal, através do qual os autores passaram a propor a concepção da equidade em saúde com base em algum tipo de igualdade. Turner (1986) sugere que a equidade em saúde é representada pela igualdade de oportunidades, condições e resultados, admitindo que a falta de igualdade de oportunidades impede que as pessoas tenham iguais condições e iguais resultados em saúde.

Artells (1983) propõe definições também fundamentadas em diversos tipos de igualdade, como igualdade de despesa per capita com saúde, de renda per capita, de recursos, de acesso, necessidades, utilização de serviços, satisfação marginal e condições de saúde. Le Grand (1988) resume que as diversas definições de equidade tinham fundamentalmente uma mesma ideia, e suas variações poderiam ser representadas por três grupos básicos, a saber: igualdade de tratamento para iguais necessidades, igualdade de acesso e igualdade de saúde.

Desta forma, o conceito inicial da equidade em saúde se deu em termos de acesso a serviços de saúde, e era fundamentalmente representada pela garantia de iguais oportunidades de acesso à assistência à saúde para grupos com iguais necessidades de saúde (MCLNTYRE; MOONEY, 2014). O que balizava o conceito de equidade eram as necessidades dos diversos grupos sociais, oriundas das doenças as quais estavam expostos. Na década de 1990, Culyer (1991) oferece uma visão mais abrangente para a equidade em saúde e para a consideração de necessidades, e começa a aparecer uma visão mais vertical para o conceito da equidade.

Para Culyer (1991), a equidade em saúde deveria ser representada pela igualdade de oportunidades de obter benefícios à saúde a partir da disponibilidade de serviços de saúde eficientes. Considera-se que algo só é necessário se é capaz de promover benefícios, não basta ter igual acesso a serviços de saúde se estes são ineficientes, pois, se assim o são, não são necessários à população. Neste sentido, a necessidade é desvinculada da doença e considera-se a necessidade de obter benefícios para a vida, inclusive através da prevenção e não apenas pela cura.

Assim, a partir da década de 1990 a equidade em saúde passa a ser definida com maior abrangência, extrapolando a questão da assistência à saúde em si. Surge o argumento de que para trabalhar em prol da equidade em saúde é necessário conhecer os fatores determinantes das desigualdades consideradas injustas e evitáveis (WHITEHEAD, 1990). Entende-se que a igualdade na utilização de serviços não oferece garantia de igualdade de resultados em saúde, uma vez que a possibilidade de obtenção de benefícios será diferente para cada indivíduo (TRAVASSOS, 1992).

A equidade em saúde é compreendida como um conceito ético, com fundamentação em princípios de justiça social (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2003b). Desta forma, a definição da equidade em saúde depende do conceito de justiça presente em dada sociedade, e este, por sua vez, é oriundo da teoria social adotada (PEREIRA, 1990). Neste sentido, a equidade em saúde e a justiça social configuram-se em dois conceitos que variam conforme o contexto no qual são analisados (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2003b).

Rawls (2008) e Sen (2011) afirmam que o conceito de equidade está intimamente relacionado à justiça dos arranjos sociais, e representa a imparcialidade nas definições que norteiam a organização de uma sociedade. A tentativa de definir o conceito de equidade, tendo como base fundamental a justiça e a igualdade, é uma reflexão que acompanha os pensadores desde Aristóteles: “Se as pessoas não são iguais, não receberão coisas iguais; mas isso é origem de disputas e queixas (como quando iguais têm e recebem partes desiguais, ou quando desiguais recebem partes iguais)” (ARISTÓTELES, 1985 apud SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005, p. 134).

Organizar a sociedade com o objetivo de atingir a equidade exige considerar as individualidades das pessoas; tratar cidadãos com equidade é diferente de tratá-los como iguais, e, inclusive, muitas vezes, exige um tratamento desigual (SEN, 2012). O fato de as pessoas não serem todas iguais justifica que sejam tratadas desigualmente (LETWIN, 1983 apud SEN 2008). No entanto, tratar de justiça social prevê buscar igualdade, mas o conceito de igualdade só passa a ter sentido quando se especifica um espaço informacional a ser igualado, permitindo equalizar a importância da igualdade em um determinado espaço em detrimento de outros (SEN, 2010).

Neste sentido, essencialmente, a justiça social relaciona-se com o conceito de equidade e não com a pura igualdade, o que exige a definição de um espaço de acordo com os princípios e valores de cada sociedade. É no momento desta definição que a saúde apresenta-se como um espaço importante, e a equidade em saúde torna-se essencial para o entendimento de justiça social (SEN, 2010). Tamanha importância é justificada pelo fato de que os fatores que contribuem com as condições de saúde dos indivíduos ultrapassam a situação de saúde em si e abrangem desde predisposições genéticas, estilo de vida, hábitos, renda, condições de moradia e trabalho, enfim, o contexto geral de vida das pessoas.

A equidade difere da igualdade, na medida em que a primeira é um conceito normativo com foco sobre a distribuição de recursos e organização de processos, que podem levar à iniquidades em saúde entre diferentes grupos sociais. Enquanto a igualdade serve

apenas como ponto de referência para avaliar e alcançar a equidade em saúde, que refere-se à igualdade de oportunidades para ser saudável (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2003b).

A busca pela equidade deve ter como objetivo possibilitar que todas as pessoas possam saber como usufruir dos bens e serviços que têm a sua disposição. A importância está em possibilitar que as pessoas tenham condições de transformar bens e recursos em bem-estar, em boas condições e resultados de saúde. Neste sentido, a equidade em saúde transpõe as barreiras do campo da saúde e atinge todos os aspectos sociais que envolvem a vida dos indivíduos, como: educação, renda, trabalho e outros (SEN, 2002).

A OMS, desde sua constituição em 1946, propõe-se a trabalhar para que todos os indivíduos, sem distinção de raça, religião, ideologia, gênero, condição econômica e social, tenham alcance aos maiores padrões de saúde possíveis (WHITEHEAD; DAHLGREN, 2007). Este objetivo é o fundamento básico do conceito de equidade em saúde, que refere-se à inexistência de desigualdades em saúde, originadas por fatores sociais.

Em meados de 1930, em Estocolmo, a identificação de diferenças alarmantes nas taxas de mortalidade infantil entre nascidos ricos e pobres levou o governo a propor políticas direcionadas à saúde materna. Tais políticas foram realizadas em conjunto com ações direcionadas à previdência social, habitação e a melhores condições de vida para a população em geral, e ocasionaram uma importante redução na desigualdade em termos de mortalidade infantil (BURSTRÖM, 2004). Em 2007, a Suécia já apresentava taxas de mortalidade infantil muito semelhantes entre os diferentes grupos sociais, praticamente, eliminando as desigualdades sociais para este indicador (WHITEHEAD; DAHLGREN, 2007).

Em 1977, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o alcance da equidade em saúde até o ano de 2000 como o seu principal objetivo, assim como dos governos dos seus países-membros. No mesmo caminho, a OPS – Organização Pan-Americana de Saúde entende que a equidade em saúde representa um dos valores fundamentais que direcionam a cooperação entre os países-membros (SCHNEIDER et al., 2002).

Na década de 1980, a equidade em saúde foi estabelecida como a primeira de 38 metas dos países da Região Europeia na OMS, e organizou-se uma política de saúde comum, como resposta às evidências de desigualdades em saúde presentes na Europa na época. O primeiro alerta sobre diferenças em saúde, oriundas de fatores socialmente determinados, foi o “Black Report” que apontou para melhorias nas taxas de mortalidade e expectativa de vida, no âmbito geral, mas identificou também que as mesmas melhorias não eram verificadas nas classes sociais menos favorecidas (BLACK et al., 1980).

Em 2013, a redução das desigualdades em saúde ainda figura entre as metas dos Estados-Membros da Região Europeia da OMS para o ano de 2020 (WHO, 2016). O Relatório da Saúde na Europa em 2015 evidencia que muitos progressos no sentido de atingir a equidade em saúde já foram realizados, mas ainda há trabalho a ser feito (WHO, 2015b). De acordo com o relatório, a Região Europeia ainda tem potencial a ser atingido em termos de resultados e de redução de iniquidades em saúde. Dentre as melhorias sugere especialmente o trabalho referente a obtenção e tratamento de dados e informações, além da necessidade de apoio internacional para a promoção de uma agenda de pesquisa que priorize o desenvolvimento de informações em saúde para o melhor monitoramento do alcance das metas (WHO, 2015b).

Em termos de informação, as diferenças nos resultados de saúde entre os indivíduos constituem-se em uma importante fonte para monitorar a equidade em saúde. No entanto, é necessário considerar que não são suficientes para isso, mas fazem parte de um conjunto de dimensões que são contempladas pelo conceito global de equidade em saúde (SEN, 2002). Investigar a equidade em saúde ultrapassa pensar os resultados em saúde, e exige considerar como se dão as relações entre a saúde e questões como a alocação de recursos e arranjos sociais. O sentido da equidade em saúde é o de eliminar obstáculos e oferecer oportunidades para que todos os indivíduos, independentemente de qualquer circunstância socialmente determinada, possam realizar o seu máximo potencial de saúde. Desta forma, sob o ponto de vista da equidade em saúde, é inaceitável que apenas um grupo em específico atinja seu pleno potencial de saúde, ou que exista um estrato da população em desvantagem para atingi-lo (WHITEHEAD; DAHLGREN, 2007).

Braveman e Gruskin (2003) associam o conceito de iniquidades em saúde à existência de diferenças injustas e evitáveis entre grupos com níveis díspares de vantagem ou desvantagem social. Afirmam que a igualdade de oportunidades para ser saudável promove a equidade em saúde, que representa a ausência de desigualdades causadas por fatores como nível de renda, gênero, raça, religião e etnia (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2003).

Woodward e Kawachi (2000) corroboram à ideia de que as desigualdades configuram-se como desleais quando são socialmente determinadas, considerando inaceitável que um arranjo inadequado dos determinantes sociais de saúde resulte em uma situação de saúde debilitada para um grupo de pessoas. Desta forma, atingir a equidade em saúde traduz-se em eliminar desvantagens atribuíveis a fatores que ultrapassam o controle próprio dos indivíduos (WOODWARD; KAWACHI, 2000).

A equidade em saúde extrapola a preocupação com as diferenças em saúde ou a atenção sanitária, e atinge questões que vão desde gênero e biológicas, abrangendo educação, alimentação, habitação, características individuais, além do acesso à renda e serviços de saúde (SEN, 2002). McCartney et al. (2013) argumentam que o impacto negativo da pobreza econômica sobre o estado de saúde das pessoas é fortalecido por outros fatores socialmente determinados, como gênero, etnia, raça e religião.

Para Whitehead e Dahlgren (2007), as evidências de iniquidades em saúde oferecem a oportunidade de identificar o nível de saúde que é possível que toda a população alcance, considerando o nível atingido pelo grupo mais favorecido da população. A presença de desigualdades em saúde, socialmente determinadas, impede que uma nação, com um todo, atinja melhores índices de saúde, uma vez que a manutenção de grupos sociais em situação desfavorável reduzirá o indicador geral do país.

Existem razões econômicas, sociais e morais que justificam a importância do foco na redução de iniquidades em saúde. Tais razões têm origem na evidência de que a morte, as deficiências, os fatores de riscos pessoais de saúde e os fatores ambientais de perigo a saúde não estão distribuídos uniformemente entre a população (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1992).

Foi com o objetivo de propor políticas públicas que promovessem a equidade em saúde na Europa que o Modelo de Determinantes Sociais de Saúde de Dahlgren e Whitehead (1991) foi elaborado. Para Dahlgren e Whitehead (1992), o enfrentamento do problema da iniquidade em saúde exige que as causas de tais iniquidades sejam levantadas. Os autores direcionam seu foco em fatores causadores destas diferenças injustas em saúde, que consideram evitáveis e inaceitáveis. Argumentam que tais fatores estão comumente mais presentes na situação de vida de grupos que vivem em maior desvantagem ou vulnerabilidade social, como idosos e crianças. A seguir, é apresentado o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), que é o fundamento para a escolha dos dados utilizados na elaboração dos índices de concentração em saúde desta pesquisa.

2.3 O MODELO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

O Modelo de Determinantes Sociais de Saúde foi desenvolvido na década de 1990 pelo economista Göhran Dahlgren e pela especialista em saúde pública Margareth Whitehead. A formulação do Modelo ocorreu em função de uma preocupação do Grupo Europeu da Organização Mundial da Saúde ao identificar que em fins da década de 1980 indicadores

sociais, como taxas de mortalidade, apresentavam melhorias no geral, mas quando analisadas em diferentes realidades sociais, os níveis de evolução não eram os mesmos (WHITEHEAD, 1990).

Fundamentados nestas diferenças apresentadas pelos indicadores sociais, em diferentes situações socioeconômicas na Europa, procuraram desenvolver um “guia” de ações públicas para reduzir as desigualdades de saúde injustas e evitáveis. Com o objetivo principal de guiar intervenções dos gestores públicos na busca pela equidade em saúde, formularam o Modelo de Determinantes Sociais de Saúde embasado no estudo apresentado por Margareth Whitehead (1990).

A saúde em si é um fator indispensável para que os indivíduos vivam bem, e, desta forma, é uma dimensão importante para avaliar a vida das pessoas e o desenvolvimento humano das sociedades. No entanto, a equidade em saúde ultrapassa o pensar a saúde em si, uma vez que é um conceito que abrange as dimensões essenciais na vida das pessoas.

Desde a constituição da Organização Mundial de Saúde em 1946, objetiva-se proporcionar que todos os indivíduos, sem distinção de raça, religião, ideologia, gênero, condição econômica e social, tenham alcance aos maiores padrões de saúde disponíveis na sociedade (WHITEHEAD; DAHLGREN, 2007). O conceito de equidade em saúde está fundamentalmente ligado à inexistência de desigualdades em saúde, oriundas de fatores sociais, entre diferentes grupos da sociedade (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

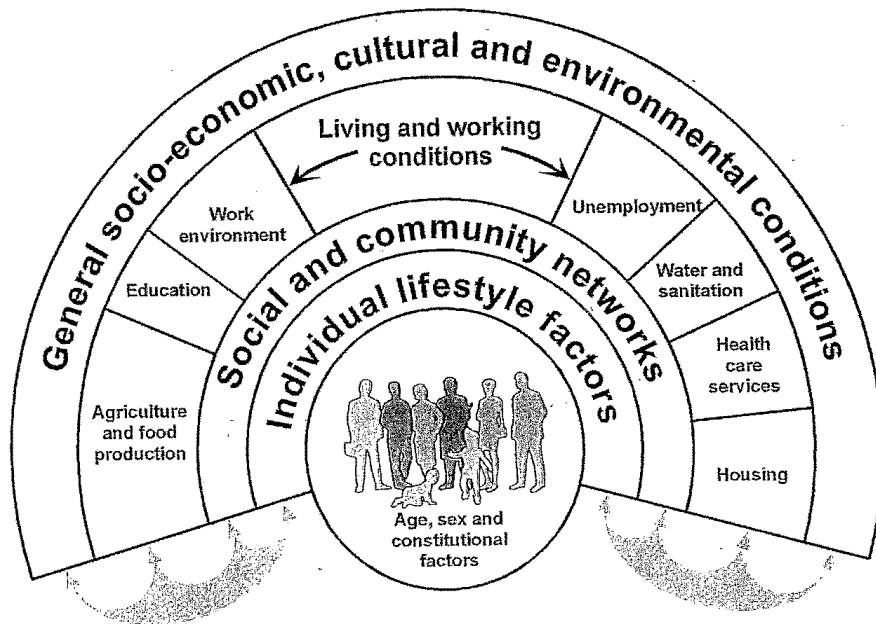
Dahlgren e Whitehead (1992) distinguem grupos de fatores de risco que são responsáveis pela geração de iniquidade em saúde: fatores associados aos recursos econômicos e ao ambiente físico e social, em que as pessoas vivem e trabalham, como situação de pobreza, desemprego, moradia inadequada, condições de trabalho estressantes e/ou perigosas, escassez de suprimento alimentar, falta de suporte social e educacional, poluição ambiental, entre outros.

Um segundo grupo de fatores compreende o comportamento individual, como o hábito de fumar, nutrição inadequada e falta de exercício. Apesar de serem considerados uma escolha individual, tais fatores estão restritos a condições socioeconômicas, demonstrando a importância de considerar que o ambiente social e o comportamento podem ser inter-relacionados. Outro grupo de fatores de risco, citado por Dahlgren e Whitehead (1992), é aquele relacionado aos cuidados de saúde, representado, por exemplo, pela falta de acesso aos serviços básicos e prestação de serviços de baixa qualidade.

Por fim, Dahlgren e Whitehead (1992) classificam como um fator de risco a tendência de pessoas doentes se tornarem pobres. Alertam para o fato de que ainda que um indivíduo

esteja em uma situação de doença que foi inevitável, a pobreza oriunda desta situação é evitável e inaceitável, como é o caso de indivíduos idosos. A Figura 1 ilustra os principais determinantes sociais de saúde, de acordo com Dahlgren e Whitehead (1991).

Figura 1 - Os principais determinantes sociais da saúde



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991).

Para Buss e Pelegrini (2007), o Modelo evidencia que a posição social dos grupos e indivíduos determinam diferenças de saúde entre a população, e possibilita identificar possíveis pontos de intervenção política com potencial para minimizar essas diferenças socialmente determinadas.

Além disso, apresenta a percepção de seus idealizadores com relação ao fato de que para a elaboração de estratégias e políticas públicas com relação à saúde, é necessário que os formuladores tenham a compreensão devida sobre os principais fatores que influenciam na saúde (BADZIAK; MOURA, 2010). Nesse sentido, cada grupo de fatores influenciadores exige diferentes formas de intervenção e, por isso, é importante a classificação dos Determinantes Sociais de Saúde realizada por Dahlgren e Whitehead (1991), uma vez que agrupam as diversas influências em diferentes categorias, conforme pode ser visualizado na Figura 1.

De acordo com Dahlgren e Whitehead (1991), a camada mais externa da Figura 1

representa o ambiente estrutural principal, considerado o mais acessível às ações de políticas públicas. Seguido pela camada que representa as condições materiais e sociais em que as pessoas vivem e trabalham, que são determinadas por questões como educação, habitação, alimentação, acesso a serviços de saúde, saneamento, emprego, ambiente de trabalho e desemprego.

O nível imediatamente anterior é constituído pela relação com a família, amigos e a comunidade local. O nível que circunda a dimensão central representa o estilo de vida que as pessoas adotam, como as escolhas pelo tipo de alimentação, prática de esportes e hábitos saudáveis ou prejudiciais à saúde. Para Dahlgren e Whitehead (1991), estes níveis mais externos são mais passíveis de controle através de intervenções políticas. Por fim, o nível central do diagrama está relacionado a questões como idade, sexo, fatores hereditários e genéticos, que, de acordo com os autores, são de mais difícil controle por meio de políticas, devido as suas características.

Existe uma diversidade de modelos que procuram compreender os determinantes sociais de saúde. Atualmente, o mais conhecido é o Modelo de DSS desenvolvido por Dahlgren e Whitehead, conhecido também por influência em camadas ou em níveis (SOUZA, 2017). Apesar da abrangência e da vasta aceitação em nível mundial deste modelo, ele é alvo de críticas por alguns estudiosos, especialmente do ramo da epidemiologia. No geral, as críticas referem-se ao aspecto fragmentar que os modelos de determinantes sociais de saúde representam, diferente dos modelos alternativos de determinação de saúde (BARATA, 2005; SOUZA, 2017).

De acordo com Barata (2005), a análise dos determinantes possibilita que variáveis sejam isoladas e, justamente essa fragmentação, acaba fragilizando a compreensão da complexidade do processo saúde-doença. Outra crítica, é no sentido de que a visão fragmentar do modelo de Dahlgren e Whitehead oferece uma atenção maior aos fatores de risco e causalidade, deixando de lado os processos sócio histórico que determinam a saúde e a doença (SOUZA, 2017).

Borde et al. (2005) entendem o Modelo de Determinantes Sociais de Saúde como insuficiente para a completa compreensão e transformação das iniquidades em saúde, na medida em que não consegue captar as relações de poder, marginalização e exploração que subjazem às hierarquias sociais. Ainda assim, admitem que o MDSS de Dahlgren e Whitehead deixa claro que o contexto socioeconômico e político gera assimetrias de poder e privilégios a grupos diferenciáveis por classe social, gênero, etnia, educação, ocupação e renda. Os autores assumem ainda a unanimidade da adoção desta abordagem em nível

mundial.

Considerando a discussão e o enfoque do presente trabalho, o planejamento de políticas públicas, na busca dos melhores resultados possíveis, pode ser fundamentado no Modelo de Determinantes Sociais de Saúde de Dahlgren e Whitehead. Isto é possível porque o modelo permite selecionar variáveis que representem os fatores que compõe cada um dos seus níveis. Em âmbito mundial, o atual entendimento sobre o envelhecimento populacional exige ações que promovam o envelhecimento saudável, e evidenciam a necessidade de promover uma sociedade na qual a equidade em saúde seja alcançada.

Dada a multidimensionalidade do conceito de equidade em saúde, presente no Modelo de Determinantes Sociais de Saúde, ela pode ser interpretada como facilitadora do processo de liberdade de escolha das pessoas. Este potencial do Modelo de Determinantes Sociais de Saúde vai ao encontro do conceito de Envelhecimento Saudável proposto pela OMS no Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde 2015, que refere-se à oportunidade de as pessoas idosas viverem de forma valorosa. Diz respeito à liberdade das pessoas mais velhas serem e fazerem aquilo que têm razões para realizar e viverem com bem-estar, independente da convivência com doenças crônicas (WHO, 2015).

O envelhecimento é fruto da integração entre contexto social, cultural e vivências pessoais ocorridas, é resultado das decisões presentes sobre a vida e das expectativas para o futuro, não é um aspecto determinado simplesmente pela idade cronológica (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). O envelhecer faz parte da sociedade, e configura-se como um desafio aos gestores públicos, que têm a obrigação de formular estratégias para enfrentar da melhor forma as mudanças que ocorrem na sociedade. A eficiência na gestão pública exige o conhecimento da realidade social em que se atua, conhecimento este que pode ser atingido através da análise de indicadores sociais.

A interpretação da equidade em saúde a partir do Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) vai ao encontro das diretrizes para enfrentar o envelhecimento populacional, na medida em que abarca amplamente o contexto de vida dos indivíduos. A seção a seguir apresenta a metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho.

3 METODOLOGIA

Esta seção destina-se a apresentar a metodologia utilizada para responder ao questionamento proposto por este trabalho. A decisão pelo uso de determinada abordagem teórico-metodológica não é simples, e envolve a consideração da disponibilidade de materiais, dados, recursos temporais e pessoais acessíveis ao pesquisador, que, ciente de tais restrições, procura utilizar a abordagem que possibilite atingir o melhor resultado possível, no sentido de contribuir tanto para a melhor compreensão do fenômeno estudado, quanto para o avanço do bem estar social (GÜNTHER, 2006).

A presente pesquisa pode ser caracterizada como de abordagem quantitativa, na medida em que se baseia em dados secundários e utiliza instrumentos de mensuração para analisar determinado fenômeno social (LANDIM et al., 2006). Os Métodos quantitativos de pesquisa não apresentam interesse pela dimensão subjetiva, mas buscam compreender a magnitude e as causas de fenômenos sociais; apresentam distanciamento dos dados e objetividade; além de serem orientados a resultados e à possibilidade de replicação e generalização da pesquisa (SERAPIONI, 2000).

Tais características estão presentes neste trabalho, na medida em que os dados utilizados são oriundos de fontes secundárias, e a pesquisa pode ser replicada para outras realidades, como países, e até mesmo para municípios ou bairros. Desta forma, abre-se um leque de possibilidades de pesquisas no sentido de conhecer os aspectos da equidade em saúde em diferentes grupos populacionais.

Adota-se uma abordagem analítica de categorias em particular, uma vez que são feitas comparações dos resultados obtidos para os diferentes estados do país. Em termos de apresentação dos resultados, o trabalho utiliza representações visuais, como gráficos, figuras e quadros resumos que evitam o excesso de informações e facilitam o processo de análise e elaboração de conclusões (PEREIRA, 2004).

Com a finalidade de contextualizar a atual situação demográfica do país, a seção de resultados e discussão tem início com a análise do índice de envelhecimento populacional nos diferentes estados brasileiros. A forma como este índice foi calculado e demais aspectos referentes a ele estão descritos na subseção a seguir. Sempre que possível, busca-se enriquecer a análise através da discussão com trabalhos já realizados sobre o tema. No entanto, existem poucos trabalhos com pesquisas semelhantes.

3.1 ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional pode ser analisado por diferentes óticas, no âmbito da demografia e economia utiliza-se o índice de envelhecimento populacional de uma determinada região geográfica para acompanhar este processo. Este índice é definido pela razão entre o número de indivíduos com 60 anos ou mais de idade para cada 100 indivíduos menores de 15 anos de idade residentes em um determinado espaço geográfico. Quanto mais elevado for o índice de envelhecimento populacional, mais avançada está a transição demográfica na região analisada.

O índice de envelhecimento populacional tem a vantagem de possibilitar a análise comparativa do ritmo do envelhecimento da população de diferentes áreas geográficas. Além disso, é uma medida de fácil interpretação que considera os dois grupos etários responsáveis pelo processo de envelhecimento e é sensível às variações na distribuição etária (CLOSS; SCHWANKE, 2012).

Quando comparado com indicadores como idade média da população, proporção de pessoas idosas na população e redução da proporção de jovens, o índice de envelhecimento populacional pode ser considerado o melhor indicador para avaliar o envelhecimento demográfico, devido a sua sensibilidade às alterações na composição etária (SIEGEL; SWANSON, 2004).

Neste trabalho, apresenta-se o índice de envelhecimento populacional do Brasil, das Grandes Regiões e das Unidades Federativas brasileiras para os anos de 2000 e 2010, com a finalidade de contextualizar o processo de envelhecimento demográfico que ocorre no país.

Considera-se que valores menores que 15 para este índice representam uma população jovem, enquanto que valores entre 15 e 30 são representativos de uma população em nível intermediário de envelhecimento, e índices acima de 30 refletem uma população idosa (SIEGEL; SWANSON, 2004).

Além do índice de envelhecimento populacional, apresenta-se o Índice de

Concentração em Saúde. A subseção a seguir expõe a forma como se deu a construção do Índice de Concentração em Saúde, e em seguida são apresentadas as informações referentes aos dados utilizados para a realização do trabalho.

3.2 ÍNDICE DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE

Analisar a situação saúde de uma população oferece subsídios aos formuladores de políticas públicas. Além disso, possibilita que sejam traçadas tendências de saúde e identificadas áreas específicas para direcionar ações com o objetivo de reduzir as desigualdades injustas e evitáveis (OPS, 2016).

O Manual para o monitoramento das desigualdades em saúde com ênfase para os países de baixa e média renda, publicado em 2016, oferece uma gama de métodos para mensurar as iniquidades em saúde. Tais métodos dividem-se basicamente em medidas simples e complexas de desigualdades, adotadas conforme o objetivo de cada estudo. Sugere-se que medidas simples sejam utilizadas por tomadores de decisão, e que as medidas complexas sejam utilizadas por pesquisadores da área (MACKENBACH; KNUST, 1997).

Na escolha de um indicador de iniquidades em saúde deve-se levar em conta que existem três propriedades básicas que ele deve atender, a saber:

- 1) Refletir a dimensão socioeconômica das desigualdades em saúde; 2) incorporar informações sobre todos os grupos populacionais definidos pelo indicador e 3) ser sensível às mudanças na distribuição e tamanho da população ao longo da escala socioeconômica (SCHNEIDER et al., 2002, p.3).

Conforme Noronha e Andrade (2001), das medidas de desigualdade em saúde mais utilizadas na literatura, apenas duas atendem a estes requisitos mínimos, que são o Índice de Concentração em Saúde (ICS) e o Índice Relativo de Desigualdade (IRD), ambos classificados como medidas complexas. O primeiro, mensura a extensão das desigualdades sociais em saúde entre unidades geopolíticas, enquanto o segundo apresenta, em termos relativos, a diferença de saúde média entre grupos socioeconômicos.

A análise realizada no presente trabalho é feita com o uso do Índice de Concentração em Saúde (ICS), uma vez que é realizada entre unidades federativas do Brasil. Além disso, segundo Wagstaff et al. (1991) e Kakwani et al. (1997), existe uma estreita relação entre este

indicador e o Índice Relativo de Desigualdade, mas o índice de concentração possibilita interpretar e comparar os resultados com maior facilidade (NORONHA; ANDRADE, 2001).

A obtenção do Índice de Concentração em Saúde exige definir uma variável socioeconômica, outra que representa o estado de saúde da população estudada e a variável que indica a população estudada. Nesta pesquisa, a situação de saúde é representada pelas diversas variáveis que atendem a cada uma das dimensões do Modelo de Determinantes Sociais de Saúde, para cada uma das Unidades da Federação.

Usualmente, as variáveis socioeconômicas utilizadas são educação ou renda (OPS, 2016; SCHNEIDER et al., 2002; NORONHA; ANDRADE, 2001). O presente trabalho realiza uma construção utilizando a variável renda domiciliar per capita. A variável que representa a situação socioeconômica tem importância classificatória, e sua variação não interfere necessariamente no índice de concentração. A importância para o Índice de Concentração em Saúde está na relação entre a variável classificatória e a variável que representa a situação de saúde (O'DONNELL et al., 2008).

Avaliar a equidade exige agrupar indivíduos em melhor e pior situação, e comparar um grupo em relação ao outro (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2003). O Índice de Concentração em Saúde (ICS) possibilita essa comparação, na medida em que o primeiro passo para sua construção é ordenar a população segundo a variável socioeconômica elencada, da pior para a melhor situação.

A definição das variáveis socioeconômicas permite a classificação da população estudada em quintis, possibilitando separar a população estudada em cinco níveis, que vão da pior a melhor situação socioeconômica em um dado momento. Tal fato é possível na medida em que após a classificação crescente da população em termos de situação socioeconômica, realiza-se o cálculo da fração acumulada. A população aqui estudada refere-se à idosa em cada uma das unidades federativas do Brasil. No caso da dimensão 5, as variáveis populacionais utilizadas são população total e número de nascidos vivos. Em todas as dimensões a classificação ocorre pela variável socioeconômica, renda per capita.

O primeiro passo do presente estudo é identificar a renda per capita de cada uma das unidades federativas e classificá-las de forma decrescente. Para a análise por estados, o mesmo processo é feito, mas classificando os municípios dentro de cada estado brasileiro, de acordo com a renda per capita.

Após definida a variável socioeconômica, realizada a classificação da população e calculada a frequência acumulada daquela variável, deve-se definir a variável que representa a situação de saúde da população na construção do índice. Considerando os conceitos de

envelhecimento saudável e equidade em saúde adotados nesta pesquisa, opta-se por trabalhar com as cinco dimensões dos determinantes sociais de saúde, propostas por Dahlgren e Whitehead (1991).

Desta forma, é construído um índice para cada uma das variáveis que representam cada dimensão do Modelo de Determinantes Sociais de Saúde, discriminadas na seção 4.3 e resumidas no Quadro 2. Por exemplo, a dimensão central, aqui chamada de dimensão 1 do Modelo de DSS, refere-se às características individuais. Para contemplar esta dimensão são calculados índices de concentração considerando como variáveis representativas da situação de saúde as seguintes: idosos com alguma deficiência, idosos com deficiência mental e idosos com deficiência motora.

O índice de concentração resulta da relação entre o ordenamento da população e a proporção acumulada de um grupo determinado de indivíduos, no caso os idosos, e a proporção acumulada deste grupo em uma determinada situação de saúde. O resultado desta relação apresenta o grau em que um indicador de saúde concentra-se entre os grupos que vivem em melhores ou entre os que vivem em piores condições socioeconômicas (OPS, 2016).

O ordenamento realizado inicialmente, de acordo com a variável socioeconômica, serve para todas as dimensões do Modelo de DSS. No entanto, para cada dimensão são utilizadas diferentes variáveis que representam a situação de saúde do grupo populacional estudado. Sendo assim, na dimensão central, por exemplo, é realizada a relação entre a proporção acumulada de idosos em cada unidade federativa e a proporção acumulada de idosos com alguma deficiência, dando origem ao primeiro Índice de Concentração em Saúde a ser analisado (ICSdef), realizado a partir da seguinte equação:

$$ICS = 1 - \sum_{i=0}^{k-1} (Y_{i+1} + Y_i) \times (X_{i+1} - X_i) \quad (\mathbf{1})^2$$

Onde:

$X=$ é a frequência acumulada da variável populacional, ordenada pela variável socioeconômica;

$Y =$ é a frequência acumulada da variável que representa a situação de saúde;

$i =$ representa as Unidades da Federação.

² Equação utilizada para a estimação do Índice de Concentração em Saúde a partir de dados agrupados (O'DONNELL et al., 2008; SCHNEIDER et al. 2002).

Os mesmos passos são repetidos para cada uma das diferentes variáveis escolhidas para representar a situação de saúde da população idosa em cada uma das dimensões do Modelo de DSS. A análise é realizada para o país como um todo e para cada estado, permitindo avaliar a concentração em saúde no Brasil e entre os estados brasileiros.

Teoricamente, o índice de concentração pode variar de -1 a 1 (O'DONNELL et al., 2008). No entanto, dificilmente são encontrados valores que ultrapassam 0,5. Um resultado entre 0,2 e 0,3 indica um grau razoavelmente alto de desigualdade relativa (OPS, 2016). Quando apresenta valor negativo, indica concentração da variável que representa o estado de saúde entre a parcela menos favorecida da população. Quando positivo, o índice de concentração mostra que a variável de estado de saúde está mais presente entre o grupo de melhor situação socioeconômica (OPS, 2016; O'DONNELL et al., 2008).

Em termos de definição do grau de concentração em saúde, adotou-se como métrica a afirmação da OPS (2016), de que um ICS igual 0,20 ou 0,30 é considerado um grau razoavelmente alto de concentração. Além disso, leva-se em conta o conceito de iniquidade em saúde determinado com desigualdades injustas e evitáveis e, por isso, qualquer valor diferente de 0,00 pode ser considerado iniquidade, ainda que em baixo grau. Neste caso, sugere-se que os índices encontrados sejam analisados a partir das referências definidas na Tabela 1.

Tabela 1 – Identificação do grau de concentração

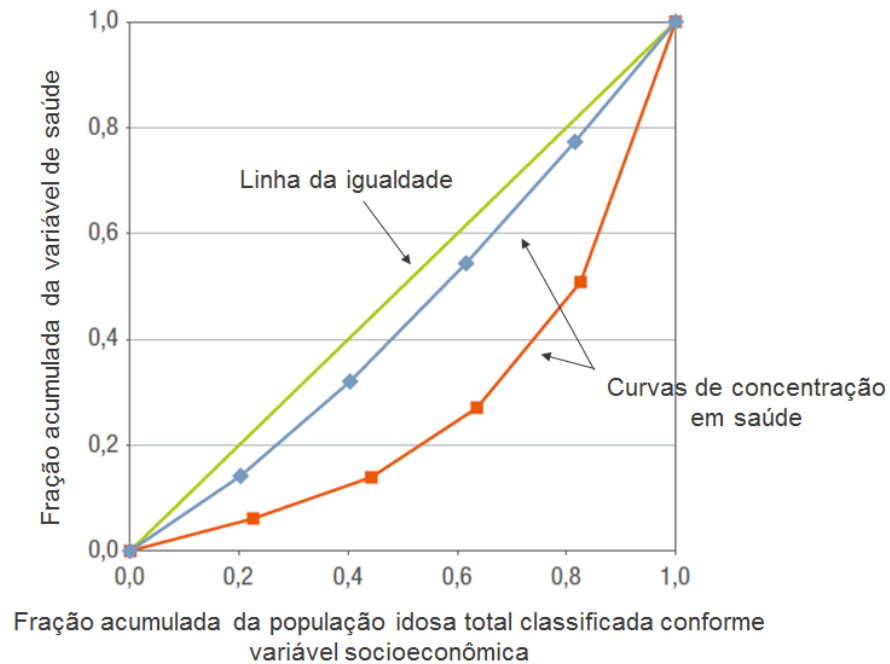
ICS	Grau de Concentração
= 0,00	Inexistente
> 0,00 < 0,20	Baixo
= 0,20 < 0,30	Alto
≥ 0,30	Muito Alto

Fonte: Elaborada pela autora com base em OPS (2016).

O índice de concentração é apresentado graficamente através da curva de concentração em saúde (Figura 2) o que facilita a comunicação dos resultados obtidos através desta medida. A curva de concentração em saúde é construída com base em uma linha hipotética de igualdade, que indica equidade total em relação ao fator de saúde considerado (OPS, 2016; SCHNEIDER et al., 2002; NORONHA; ANDRADE, 2001).

O'Donneel et al. (2008) define o índice de concentração como sendo o dobro da área entre a curva de concentração e a linha de igualdade. Quanto mais distante da linha de igualdade, maior a iniquidade existente, pois o Índice de Concentração em Saúde resulta da área entre a linha de igualdade e a linha real observada, retratadas na Figura 2.

Figura 2- Curva de concentração em saúde



Fonte: Adaptado de OPS (2016).

As variáveis de situação de saúde consideradas para calcular o Índice de Concentração em Saúde foram definidas com base no Modelo de Determinantes Sociais de Saúde, e referem-se à população brasileira com mais de 60 anos. Apenas na dimensão 5, por se tratar do macro ambiente em que a população estudada vive, a população considerada foi a população total e o número de nascidos vivos. A adoção do Modelo de Determinantes Sociais tem como principal objetivo a busca pela equidade em saúde e vai ao encontro das diretrizes da OMS para o envelhecimento saudável. A seguir são apresentados os dados a serem utilizados para a realização da pesquisa.

3.3 DADOS UTILIZADOS

As variáveis foram selecionadas de acordo com os conceitos presentes no Modelo de Determinantes Sociais de Saúde de Dahlgren e Whitehead. Assim, foram escolhidas aquelas que conceitualmente permitem formar cada uma das cinco dimensões consideradas no modelo.

A maioria das variáveis de situação de saúde foi obtida via SISAP – IDOSO – Sistema de Indicadores de Saúde Acompanhamento de Políticas do Idoso que utiliza como fonte de dados os censos demográficos do IBGE dos anos de 2000 e 2010 e as PNADs - Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (2008 e 2013).

Hakkert (1996) afirma que o Censo de um país configura-se na principal fonte de informação para a construção de indicadores sociais, devido a abrangência e possibilidade de desagregação espacial dos dados. Dentre as variáveis de situação de saúde, a variável *Número de óbitos infantis*, utilizada para o cálculo do *ICStmi*, da dimensão 5, foi obtida a partir de dados do Atlas do Desenvolvimento Humano, também para os anos de 2000 e 2010. Bem como, a variável *cobertura do programa estratégia saúde da família*, utilizada para calcular o *ICSesf*, da dimensão 5, teve como fonte de dados o sistema do SUS (e-Gestor Atenção Básica).

As transformações oriundas da transição epidemiológica, do envelhecimento populacional e do aumento da longevidade, levaram à identificação da necessidade de acompanhar as diferentes dimensões da saúde dos idosos e relacioná-los com políticas públicas de saúde no Brasil. O Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-IDOSO) foi criado para atender as demandas do setor saúde, influenciadas por estas transformações.

O SISAP – IDOSO é um sistema construído em conjunto entre o Ministério da Saúde, o Laboratório de Informação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica e a Fundação Oswaldo Cruz. Trata-se de uma fonte de informações sobre saúde dos idosos brasileiros que apresenta os dados presentes nos Censos e nas PNADs conforme os determinantes sociais de saúde. Também dispõe de outras informações pertinentes à saúde dos idosos, como o acompanhamento de políticas públicas específicas.

Assim, o SISAP – IDOSO apresenta-se como uma importante ferramenta para a elaboração deste trabalho, na medida em que possibilita o acompanhamento da situação de saúde dos idosos brasileiros através de informações confiáveis e organizadas. Por este motivo, o conceito da maioria das variáveis foi definido de acordo com o SISAP – IDOSO e são utilizadas conforme disponibilizadas por este sistema.

Com relação ao período, a análise é predominantemente realizada para os anos de 2000 e 2010. No entanto, a variável de saúde *cobertura do programa estratégia saúde da família*, da dimensão 5, está disponível a partir de 2007. Nestes casos, o estudo foi realizado para os anos de 2007 e 2017, sem prejuízo, uma vez que cada índice gerado é interpretado separadamente.

Outra questão oriunda das limitações da fonte de dados a ser considerada, é o fato de que para as variáveis que compõem a dimensão 2, referente ao estilo de vida, não foi possível encontrar dados municipais, impossibilitando a análise do índice de concentração para os estados. Neste caso, a análise foi realizada apenas em nível de país para os anos de 2008 e 2013. O Quadro 2 apresenta um resumo das variáveis de saúde utilizadas.

A dimensão central do Modelo de Determinantes Sociais de Saúde de Dahlgren e Whitehead compreende as características individuais, fatores hereditários, sexo e idade dos indivíduos (WHITEHEAD; DAHLGREN, 2007). Os autores assumem que este nível é mais difícil de alterações via ações públicas. No entanto, consideram indispensável que, independentemente dos fatores individuais, as pessoas tenham iguais condições de atingir seus plenos resultados em saúde. Para avaliar esta dimensão, utilizam-se as seguintes variáveis, descritas conforme o SISP-Idoso:

- Idosos com alguma deficiência - População de 60 anos ou mais de idade que declara ter alguma das seguintes deficiências: deficiência mental permanente, deficiência física (tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia permanente), deficiência física (falta de membro ou de parte dele: perna, braço, mão, pé ou dedo polegar), deficiência visual (incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de enxergar), deficiência auditiva (incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de ouvir) e deficiência motora (incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas);
- Idosos com deficiência mental - População de 60 anos ou mais de idade que declara ter alguma deficiência mental permanente. A capacidade que os idosos têm de exercer suas atividades diárias é influenciada pela presença de alguma deficiência mental;
- Idosos com deficiência motora - População de 60 anos ou mais de idade que declara ter alguma deficiência motora (incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas). A capacidade de locomoção e exercício das atividades diárias em geral, por parte dos idosos, pode ser prejudicada pela presença de alguma deficiência motora.

A segunda dimensão é a que aborda o estilo de vida das pessoas. De acordo com Dahlgren e Whitehead (1991), ainda que o estilo de vida possa ser uma escolha individual, esta escolha é influenciada por fatores externos. Desta forma, ações de políticas públicas podem direcionar as pessoas à adoção de estilos de vida mais adequadas, promovendo um

envelhecimento saudável. Para representar esta dimensão, as seguintes variáveis foram selecionadas e são descritas a seguir, conforme constam no SISAP-Idoso:

- Idosos fumantes - Percentual de idosos de 60 anos ou mais que fumam algum produto de tabaco, em determinado espaço geográfico, no ano considerado;
- Idosos fisicamente inativos - Percentual de idosos de 60 anos ou mais que simultaneamente: (1) não costumam ir à pé ou utilizar bicicleta para ir de casa até o local de trabalho, (2) não andam a maior parte do tempo, carregam peso ou fazem alguma atividade física intensa em seu trabalho, (3) não praticaram algum tipo de exercício físico ou esporte nos últimos 3 meses e (4) não realizam faxina em seu próprio domicílio, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A terceira dimensão proposta por Dahlgren e Whitehead (1991) refere-se a redes sociais e comunitárias. Estas redes são constituídas por parentes, amigos, vizinhos, grupos religiosos e demais grupos que possibilitam o desenvolvimento de relações de cooperação e solidariedade entre as pessoas (GEIB, 2012). Este conjunto de relações constitui o capital social, e seu empobrecimento é um dos fatores de risco para as iniquidades em saúde (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991). Laços de coesão social enfraquecidos, explicam consideravelmente a inferioridade da situação de saúde em sociedades não equitativas quando comparadas com sociedades em que o capital social é mais fortalecido (GEIB, 2012). Este nível é representado pelas seguintes variáveis, descritas conforme SISAP-Idoso:

- Idosos morando sozinho - População de 60 anos ou mais de idade que declara morar sozinha;
- Idosos responsáveis pelo domicílio - População de 60 anos ou mais de idade responsável pelo domicílio. O conceito de responsável pelo domicílio, utilizado pelo IBGE, está baseado na indicação pelos moradores do domicílio daquela pessoa considerada como referência do domicílio (ou da família);
- Razão de apoio familiar - Expressa o contingente populacional de 80 anos ou mais que vive com pessoas que podem exercer papel de cuidador. O indicador é a proporção de pessoas de 80 anos ou mais de idade que vivem com pessoas entre 50 e 64 anos de idade. Indica a demanda familiar de apoio aos idosos. A relação de apoio familiar é um indicador aproximado das mudanças ocorridas nos sistemas familiares de apoio aos idosos.

Quanto mais externa a camada considerada, mais acessível é a dimensão por meio de políticas públicas, no sentido de realizar ações que evitem ou reduzam as iniquidades em saúde. A quarta dimensão estabelecida por Dahlgren e Whitehead (1991) diz respeito às condições de vida e trabalho em que as pessoas de um determinado grupo social vivem. Esta camada abrange questões relacionadas a ambiente de trabalho, educação, produção, desemprego, água e esgoto, serviços de saúde e habitação. Neste trabalho é representada pelo conjunto de variáveis abaixo, descritas de acordo com o SISAP-Idoso:

- Idosos que vivem em domicílios adequados - População idosa de 60 anos ou mais de idade que vive em domicílios urbanos considerados adequados. Foram considerados adequados os domicílios que atendessem simultaneamente os seguintes critérios: densidade de até dois moradores por dormitório, coleta de lixo direta ou indireta por serviço de limpeza, abastecimento de água por rede geral, e esgotamento sanitário por rede coletora ou fossa séptica. A moradia adequada é uma das condições determinantes para a qualidade de vida da população. Um domicílio pode ser considerado satisfatório quando apresenta um padrão mínimo de aceitabilidade dos serviços de infraestrutura básica, além de espaço físico suficiente para seus moradores. A densidade de moradores por dormitório é um dos indicadores que expressa a qualidade de vida na moradia, e em conjunto com as características constitutivas e a disponibilidade de serviços básicos de infraestrutura têm forte influência na saúde e no bem-estar da população;
- Idosos economicamente ativos - População de 60 anos ou mais de idade que exerce alguma atividade econômica com ou sem remuneração;
- Idosos em situação de pobreza - População de 60 anos ou mais de idade em situação de pobreza. São considerados em situação de pobreza, indivíduos com renda domiciliar per capita de até meio salário mínimo;
- Internações de idosos por causas consideradas evitáveis - As internações consideradas evitáveis são aquelas cuja causa é definida como de condição sensível à atenção primária. O conceito de condições sensíveis à atenção primária desenvolvido por Billings et al. (1993) representa um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações, tais como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas e o controle e acompanhamento de patologias crônicas. A lista de causas sensíveis utilizada foi a estabelecida pelo Ministério da

Saúde através da Portaria MS/SAS no. 221, de 17/04/2008. Para definir internações evitáveis na população idosa, estabeleceu-se a faixa etária de 60 a 74 anos;

- Mortalidade de idosos por causas consideradas evitáveis - O conceito de mortes evitáveis utilizado foi o proposto por Rutstein et al. (1976), que as define como aquelas mortes cuja ocorrência está relacionada à qualidade da intervenção médica. Nesse sentido, determinados óbitos não deveriam ocorrer por ser possível a prevenção e/ou o tratamento do agravo, ou condição que o determina, por meio de ações de atenção à saúde. Para definir mortes evitáveis na população idosa, estabeleceu-se a faixa etária de 60 a 74 anos.

A quinta e última dimensão é constituída do ambiente estrutural principal em que vive a população analisada. Dahlgren e Whitehead (1991) afirmam que este nível deve levar em conta questões como: distribuição de renda, redução das desigualdades sociais, redução do risco de desemprego e promoção da estabilidade de renda, segurança econômica e geográfica, garantias de acesso a cuidados de saúde e ao ensino superior. Para compor esta dimensão foram adotados os seguintes indicadores:

- Número de idosos que atingiram a esperança de vida ao nascer – Número de pessoas que, no ano de 2000 tinham 70 anos ou mais e, em 2010, 75 anos ou mais. A esperança de vida ao nascer é indicativa das condições de saúde, e uma elevada expectativa de vida indica melhores condições de vida e saúde, que propiciam a longevidade da sociedade (JANUZZI, 2012);
- Número de óbitos infantis – Calculado a partir da multiplicação da taxa de mortalidade infantil pelo número de nascidos vivos, dividida por 1000, com base em dados do Atlas do Desenvolvimento Humano. A mortalidade infantil pode ser utilizada para reconhecer as condições de saúde e vida predominantes em uma determinada população. Resulta da razão entre o número de óbitos de crianças até 1 ano de vida e o número de nascidos vivos, multiplicado por 1000 (JANUZZI, 2012);
- População coberta pelo Programa Estratégia Saúde da Família - Cobertura populacional estimada de equipes de saúde da família (ESF) e de equipes de Atenção Básica (EAB) utilizada para o monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE - e-gestor).

Quadro 2 - Resumo das variáveis de saúde utilizadas

Dimensão	Índice	Variável de saúde
1 - Idade, sexo e fatores hereditários	ICSdef	Idosos com alguma deficiência.
	ICSmen	Idosos com deficiência mental.
	ICSmot	Idosos com deficiência motora.
2 - Estilo de vida	ICSfum	Idosos fumantes.
	ICSinat	Idosos inativos.
3 - Redes sociais e comunitárias	ICSfam	Idosos com apoio familiar.
	ICSres	Idosos responsáveis pelo domicílio.
	ICSsol	Idosos morando sozinhos.
4 - Condições de vida e trabalho	ICSadeq	Idosos vivendo em moradia adequada.
	ICSecat	Idosos economicamente ativos.
	ICSpob	Idosos vivendo em situação de pobreza.
	ICSinev	Internação de idosos por causas evitáveis.
	ICSmev	Óbito de idosos por causas evitáveis.
5 - Condições socioeconômicas, culturais e ambientais	ICSespv	Idosos que ultrapassaram a esperança de vida para o ano.
	ICSstmi	Número de óbitos infantis.
	ICSesf	População coberta pelo Programa Estratégia Saúde na Família.

Fonte: Elaborado pela autora.

Como variável socioeconômica classificatória, utiliza-se a seguinte:

- Renda per capita - Razão entre o somatório da renda de todos os

indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes e o número total desses indivíduos (PNUD et al., 2018).

A variável populacional utilizada para as dimensões 1,2,3 e 4 é:

- População Idosa Total - População de 60 anos ou mais residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (SISAP-Idoso).

No caso da dimensão 5, por se tratar do macro ambiente em que está inserida a população estudada, foram utilizadas duas variáveis populacionais de maior amplitude, de acordo com as variáveis de saúde elencadas. Para os índices *ICSespvd* e *ICSesf* a variável populacional foi a População total, obtida pelo IBGE. Já para o índice *ICStmi*, a variável populacional foi o Número de nascidos vivos, obtida no Atlas do Desenvolvimento Humano.

Todas as variáveis são utilizadas conforme disponibilizadas pelas fontes de dados, exceto nos casos em que são fornecidas como razão ou proporção. Neste caso, as variáveis foram transformadas em número absoluto. A seção a seguir apresenta os resultados encontrados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção são apresentados os resultados obtidos, os índices foram analisados em separado. Inicialmente foi realizada uma análise contextual a partir da variação do índice de envelhecimento da população brasileira, nos anos de 2000 e 2010, para cada um dos estados do País. Em seguida são apresentados e discutidos os resultados para os índices de concentração em saúde no Brasil, para cada uma das dimensões do Modelo de Determinantes Sociais de Saúde de Dahlgren e Whitehead. Em uma última análise estão evidenciados os índices de concentração de cada um dos estados brasileiros, organizados pelas Grandes Regiões do País.

Para enriquecer a análise, buscou-se apresentar resultados encontrados em trabalhos já realizados sobre o tema. No entanto, existem poucos estudos sobre equidade em saúde e envelhecimento populacional no Brasil. As pesquisas encontradas tratam de um ou de outro tema, ou então, de algum tópico peculiar da saúde do idoso, como promoção da saúde e acesso a serviços de saúde. Em geral, os trabalhos são realizados por profissionais das áreas de enfermagem, ciências da saúde, saúde pública, odontologia e medicina, e não da área de gestão, ainda que tratem de gestão de políticas públicas.

No Apêndice A os resultados para os índices de concentração estão apresentados em módulo absoluto e em escala de cores, com o intuito de facilitar a visão geral das maiores desigualdades em saúde no Brasil e nos estados. A escala de cores varia de vermelho a verde, quanto mais próximo da cor vermelha (cores mais quentes), maiores são os índices de concentração em saúde, quanto mais próximos da cor verde (cores mais frias) menores são os valores absolutos destes índices. Esta análise permite observar que os maiores índices, tanto para Brasil quanto para os estados, foram registrados nas dimensões 4 e 5 e nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste.

4.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL

O envelhecimento é um processo complexo que ocorre nas sociedades e abrange

diversas dimensões da vida dos indivíduos, como questões biológicas, psicológicas, bem como o papel social que exercem tanto no âmbito familiar quanto no ambiente geral onde convivem (WHO, 2015).

Em uma análise puramente demográfica sobre o envelhecimento populacional, Carvalho e Garcia (2003) comparam o caso brasileiro ao processo europeu, evidenciando que a agilidade com que o processo de envelhecimento no Brasil é consideravelmente mais veloz do que na Inglaterra. Os autores sugerem que isto ocorre devido ao acelerado declínio da taxa de fecundidade da população brasileira.

No período de 2000 para 2010, o índice de envelhecimento geral do país variou 55,09%, passando de 28,90 para 44,82 em 10 anos (Tabela 2). O Brasil passou de um país em nível intermediário de envelhecimento para um país envelhecido. Estudos apontam que o Brasil até a década de 1990 caracterizava-se como um país jovem, quando em 1990 atingiu 21,03 de índice de envelhecimento, passando a figurar no intervalo intermediário de envelhecimento. Nas duas décadas anteriores apresentou índices de 12,18, em 1970, e 15,90, em 1980 (CLOSS; SCHWANKE, 2012).

Tabela 2 - Índice de envelhecimento da população brasileira

(continua)

Localidade	Índice de envelhecimento		
	2000	2010	Δ%
Brasil	28,90	44,82	55,09
Região Sul	33,33	54,99	64,99
Santa Catarina	28,49	48,14	68,97
Paraná	29,44	49,02	66,51
Rio Grande do Sul	40,12	65,60	63,51
Região Centro-Oeste	22,09	35,99	62,92
Distrito Federal	18,78	32,55	73,32
Mato Grosso	18,13	30,86	70,22
Goiás	24,42	38,86	59,13
Mato Grosso do Sul	24,69	39,19	58,73
Região Sudeste	34,83	54,58	56,70
Minas Gerais	31,97	52,60	64,53
Espírito Santo	28,14	44,96	59,77
São Paulo	34,05	53,83	58,09
Rio de Janeiro	42,59	61,40	44,17
Região Nordeste	25,52	38,64	51,41
Piauí	24,83	39,98	61,01
Ceará	26,45	41,54	57,05
Bahia	25,76	40,36	56,68
Rio Grande do Norte	28,57	43,73	53,06

Sergipe	21,97	33,44	52,21
Alagoas	20,46	30,33	48,24
Paraíba	32,33	47,29	46,27
Maranhão	19,23	27,89	45,03
Pernambuco	28,61	41,49	45,02
Região Norte	14,68	21,84	48,77
Rondônia	15,09	26,61	76,34
Roraima	10,57	16,62	57,24
Tocantins	19,14	29,54	54,34
			(conclusão)
Amapá	10,32	15,67	51,84
Pará	15,49	22,69	46,48
Amazonas	12,51	18,18	45,32
Acre	13,97	18,92	35,43

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do IBGE (2018).

Das grandes regiões brasileiras, aquelas que apresentaram maior variação no índice de envelhecimento de 2000 para 2010 foram a Região Sul e Centro-Oeste. A Região Sul aumentou 64,99%, ao passar de um índice de 33,33 para 54,99, em 2010. Esta região já se caracterizava como uma população idosa desde 2000. A Região Centro-Oeste variou em 62,92%, mas apenas em 2010 ultrapassou o nível de envelhecimento intermediário. Em 2000, seu índice de envelhecimento era de 22,09 e passou para 35,99 em 2010.

Ainda que tenha apresentado uma das maiores variações no índice de envelhecimento populacional, a Região Centro-Oeste é a segunda mais jovem do Brasil, antecedida pela Região Norte, que apresentou um índice de 21,84 em 2010, e seguida pela Região Nordeste, com um índice de 38,64. No ano de 2000, a população da Região Norte ainda poderia ser considerada jovem, com um índice de 14,68. No entanto, a partir de 2010 fica evidente que os perfis intermediário de envelhecimento e idoso passam a ser uma característica geral da população brasileira que, definitivamente, deixa de ser uma população jovem, na medida em que, até mesmo, as regiões mais jovens apresentam índices de envelhecimento superiores a 15.

Conforme resultados de Closs e Schwanke (2012), a Região Sudeste historicamente apresenta um índice de envelhecimento superior as outras regiões brasileiras. Na década de 1970, as regiões Sul e Nordeste apresentavam índices semelhantes, mas a partir da década de 1980 a Região Sul passou a acompanhar a Região Sudeste. Até 2010, ambas figuravam como as regiões mais envelhecidas do País, ano em que a Região Sul ultrapassou a Sudeste, apresentando um índice de envelhecimento de 54,99, contra 54,58 da Região Sudeste.

Dentre as unidades federativas brasileiras, Rondônia e o Distrito Federal apresentaram

a maior variação no índice de envelhecimento, no ano de 2000 para 2010, o primeiro passou de 15,09 para 26,61, contabilizando uma variação de 76,34%. O Distrito Federal passou de 18,78 para 32,55, registrando uma variação de 73,32% no envelhecimento de sua população.

Os estados da federação que apresentaram, em 2010, maior índice de envelhecimento foram o Rio Grande do Sul (65,60) e o Rio de Janeiro (61,40). Os menores índices foram registrados pelos estados de Amapá (15,67) e Roraima (16,62). Os índices encontrados nas unidades da federação corroboram a ideia de que o Brasil se encaminha para constituir-se majoritariamente de uma população idosa ou em processo de envelhecimento. No ano de 2000, alguns estados da Região Norte ainda apresentavam um perfil populacional jovem, Roraima (10,57), Amapá (10,32), Amazonas (12,51) e Acre (13,97), porém, a partir de 2010, até mesmo estes estados ultrapassaram o indicador de idosos (15) para cada grupo de 100 jovens.

Em geral, o envelhecimento populacional apresenta-se como um desafio aos formuladores de políticas públicas de saúde, na medida em que exige enfoque em uma parcela da população que até então não era relevante, em termos de quantidade de indivíduos. Miranda et al. (2017) analisam as alterações demográficas e sociais do Brasil e discutem os desafios para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde decorrentes da transição demográfica. Os autores alertam para a necessidade de o Brasil aproveitar o fato de estar na terceira fase da transição, pois investimentos em saúde, educação e mercado de trabalho, neste momento, oportunizam um futuro social promissor, ainda que com a população envelhecida.

4.2 ÍNDICE DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

A dimensão 1 representa o nível central do Modelo de Determinantes Sociais de Saúde, e está relacionada às características genéticas e hereditárias, bem como vinculadas ao sexo e idade dos indivíduos. Na análise realizada neste trabalho, as variáveis de saúde utilizadas para calcular o Índice de Concentração em Saúde, referente à dimensão central, foram o número de *idosos com alguma deficiência (ICSdef)*; *idosos com deficiência mental (ICSmen)* e *idosos com deficiência motora (ICSmot)*. A Tabela 3 apresenta os resultados encontrados para os índices da dimensão central.

Tabela 3 – Resultados da dimensão 1 - Idade, sexo e fatores hereditários para o Brasil

Índice	Ano
--------	-----

	2000	2010
ICSdef	-0,08	-0,04
ICSmen	-0,04	-0,01
ICSmot	-0,06	-0,05

Fonte: Elaborada pela autora com base nos resultados da pesquisa.

Analisando os índices para o Brasil, é possível identificar que existe inequidade para todas as variáveis, especialmente no ano de 2000, e seus níveis apresentaram redução no ano de 2010. Os índices encontrados são todos negativos, o que evidencia que as deficiências entre os idosos estão concentradas entre a população menos favorecida socioeconomicamente. Para a dimensão central, a maior concentração foi registrada quando considerada a variável *idosos com alguma deficiência*, no ano de 2000, registrando um *ICSdef* de -0,08. Em 2010, foi reduzida a concentração desta característica entre a população mais pobre, mas ainda assim existe. Considera-se aqui que a iniquidade é inaceitável em qualquer magnitude, pois diz respeito à existência de diferenças injustas e evitáveis no âmbito da saúde.

A variável *idosos com deficiência mental (ICSmen)* apresentou o menor índice de concentração dentre as variáveis consideradas, e passou de -0,04, em 2000, para -0,01, em 2010, aproximando-se muito da inexistência de iniquidade entre a população idosa brasileira mais e menos favorecida socioeconomicamente, quando contabilizados os idosos com deficiência mental e classificados pela renda familiar per capita.

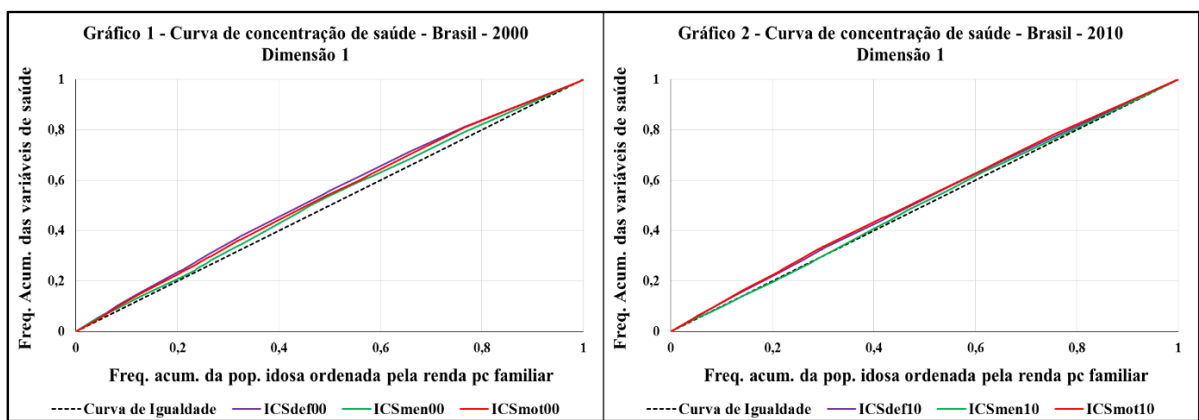
O índice que apresentou a concentração de *idosos com deficiência motora* para o Brasil foi o *ICSmot*, sendo o que menos variou de 2000 para 2010. Em ambos os períodos pode ser considerado um índice baixo de concentração. Em 2000, o índice foi -0,06 e, em 2010, de -0,05, evidenciando a concentração de idosos que convivem com alguma deficiência motora entre a população idosa menos favorecida. Em pesquisa realizada por Lima-Costa et al. (2003) foi confirmado que as dificuldades relativas à mobilidade, em seus diversos aspectos, como para se alimentar, tomar banho e caminhar, são mais frequentes entre os idosos que vivem com menor renda domiciliar per capita.

Ramos (2003) apresenta dados do 1º inquérito populacional de seguimento com idosos na comunidade no Brasil – EPIDOSO, e discute os fatores que determinam um envelhecimento saudável e interferem nos riscos de morte e incapacidade funcional. Além disso, apresenta as implicações para o planejamento em saúde. Com relação ao risco de morte, dentre os fatores considerados, apenas o estado cognitivo e o grau de dependência no dia-a-dia mostraram-se significativamente potenciais para a redução do risco de morte.

Referente à incapacidade funcional, Ramos (2003) afirma que a saúde física e mental dos idosos apresentam forte associação com o nível de renda. Em termos de planejamento em saúde, o autor alerta para a necessidade de uma reestruturação na qual a conservação da capacidade funcional das pessoas idosas seja o objetivo principal.

A Figura 3 apresenta os gráficos de concentração de saúde entre os idosos no Brasil para a dimensão que abrange idade, sexo e fatores hereditários.

Figura 3 – Gráficos da curva de concentração de saúde entre os idosos no Brasil – Dimensão 1 – Idade, sexo e fatores hereditários



Fonte: Elaborada pela autora com base nos resultados da pesquisa.

É possível identificar a redução da concentração no Gráfico 2 da Figura 3, considerando os anos de 2000 e 2010, todas as curvas ficam mais próximas à curva de igualdade, especialmente a do *ICSmen*. No entanto, permanece visível a manutenção da concentração da situação de saúde entre a população nacional idosa menos favorecida, uma vez que as curvas dos índices calculados estão todas posicionadas acima da curva de igualdade.

A dimensão 2 engloba aspectos relativos ao estilo de vida das pessoas, e está relacionada às escolhas individuais por hábitos saudáveis ou não. Ainda que sejam escolhas individuais, Dahlgren e Whitehead (1991) acreditam que ações públicas têm influência sobre estas escolhas. Devido à reduzida disponibilidade de dados públicos relacionados ao estilo de vida dos idosos, os anos utilizados para o cálculo dos índices da dimensão 2 foram 2008 e 2013, pois não foram encontrados dados para os anos de 2000 e 2010. Os índices calculados para a dimensão 2 são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Resultados da dimensão 2 – Estilo de vida para o Brasil

Índice	Ano	
	2008	2013
ICSfum	-0,09	-0,08
ICSinat	0,00	0,06

Fonte: Elaborada pela autora com base nos resultados da pesquisa.

Na Tabela 4, as variáveis utilizadas referem-se ao hábito do tabagismo (*ICSfum*) e à inatividade física (*ICSinat*). Quando analisado o hábito de fumar, em 2008, o índice *ICSfum* foi de -0,09, e em 2013 praticamente se manteve, atingindo -0,08. Os valores negativos evidenciam que o percentual de idosos que fumam produtos do tabaco está concentrado entre a parcela mais pobre da população com mais de 60 anos. Senger et al. (2011) afirmam que existe uma forte relação entre a pobreza e a manutenção de hábitos prejudiciais à saúde. Em estudo realizado na cidade de Porto Alegre, observaram que 17,4% dos idosos que possuíam renda mensal familiar de até dois salários mínimos tinham o hábito de fumar.

O índice *ICSinat* refere-se à parcela de idosos que não costumam caminhar ou utilizar bicicleta para ir ao trabalho, não carregam peso ou realizam alguma atividade física intensa em seu trabalho, não praticam exercícios físicos ou esportes e também não realizam faxina em suas residências. No ano de 2008, este índice representou equidade para a variável *idoso inativo*, uma vez que não há concentração dela entre nenhum dos extremos socioeconômicos da população. No entanto, no ano de 2013 nota-se a concentração de inatividade física entre a população idosa mais favorecida economicamente, apresentando um *ICSinat* de 0,06. Esta concentração entre os mais favorecidos pode ter relação com o fato de que os idosos menos favorecidos socioeconomicamente têm a necessidade de continuar trabalhando após os 60 anos, e então acabam exercendo atividades como ir para o trabalho caminhando ou de bicicleta, além de realizar atividades profissionais que exigem algum tipo de esforço físico.

Cabe aqui salientar que as atividades físicas consideradas para a variável *idoso inativo* abrangem exercícios físicos, mas também consideram atividades diárias, que compreendem as atividades físicas não estruturadas, executadas a título de deslocamentos, trabalho e realizações de atividades domésticas.

Segundo Maciel (2010, p. 1029)

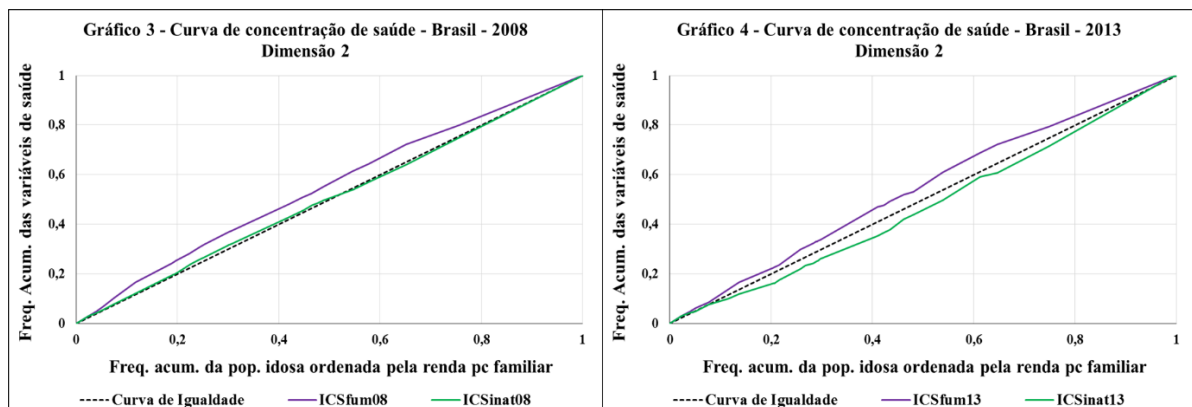
A prática da atividade física pode ser subdividida em quatro dimensões: 1) lazer (exercícios físicos/esportes); 2) deslocamento ativo (andando a pé ou de bicicleta); 3) atividades domésticas (lavar, passar, etc); 4) laboral (atividades relacionadas à

tarefa profissional). A primeira dimensão pode ser classificada como uma atividade estruturada (segundo as características de exercícios físicos), enquanto que as demais, como não estruturadas, realizadas espontaneamente ao longo do dia.

Neste caso, as atividades consideradas para a variável utilizada pertencem às dimensões deslocamento ativo, atividades domésticas e laborais. Caso fossem considerados apenas exercícios físicos regulares e programados, provavelmente a inatividade estaria concentrada entre os idosos mais pobres, pois em pesquisas realizadas em nível mundial, a falta de exercícios físicos está relacionada com o baixo nível socioeconômico e de escolaridade (MACIEL, 2010).

A Figura 4 apresenta as curvas de concentração dos índices de saúde, utilizando as variáveis *idosos fumantes (ICSfum)* e *idosos inativos (ICSinat)*.

Figura 4 – Gráficos da curva de concentração de saúde entre os idosos no Brasil – Dimensão 2 – Estilo de vida



Fonte: Elaborada pela autora com base nos resultados da pesquisa.

Na análise gráfica é evidente a manutenção da distância do *ICSfum* para a linha de igualdade, e a concentração entre a população mais pobre, na medida em que a curva é localizada acima da linha da igualdade. Ao analisar o *ICSinat*, é possível identificar a variação ocorrida do ano de 2008 para 2013. Em 2008, a curva do índice localizou-se sobre a curva da igualdade, denotando a equidade existente para a variável inatividade entre idosos. Enquanto em 2013, a curva do *ICSinat* ficou localizada abaixo da linha da igualdade, evidenciando a concentração de inatividade física entre os idosos com melhores condições socioeconômicas.

A dimensão 3 está relacionada ao ambiente em que os indivíduos vivem, sua relação com a família, amigos e comunidade local. Foram selecionadas como variáveis para analisar a concentração em saúde, para esta dimensão, as seguintes: *Apoio familiar (ICSfam)*, *Idoso responsável pelo domicílio (ICSres)* e *Idosa morando sozinha (ICSsol)*. Os resultados

referentes a esta dimensão estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Resultados da dimensão 3 – Redes sociais e comunitárias para o Brasil

Índice	Ano	
	2000	2010
ICSfam	-0,03	-0,02
ICSres	-0,01	-0,01
ICSsol	0,07	0,06

Fonte: Elaborada pela autora com base nos resultados da pesquisa.

É possível identificar que os índices de concentração de saúde para o *ICSfam* e *ICSres* são próximos a zero, mas indicam reduzida concentração entre a população idosa menos favorecida socioeconomicamente. A concentração do índice de apoio familiar apresentou uma leve redução do ano de 2000 para 2010, passando de -0,03 para -0,02. Já o índice de concentração de idosos responsáveis pelo domicílio se manteve em -0,01 nos dois períodos analisados.

Antigamente, a presença de idosos em uma família era representativa de *status* social elevado, as famílias eram numerosas e conviviam em um mesmo ambiente domiciliar. No entanto, as mudanças socioculturais e econômicas impactaram nesta forma de composição familiar e o apoio familiar caiu, especialmente pela inserção feminina no mercado de trabalho (MEIRELES et al., 2007).

O índice que apresentou maior concentração na dimensão 3 foi o de idosos morando sozinhos, em ambos os períodos a concentração se deu entre a população idosa mais favorecida. No ano de 2000, o *ICSsol* foi de 0,07, e em 2010 apresentou uma leve redução, sendo de 0,06. Camargos et al. (2011) afirmam que fatores como melhores condições de saúde, idade mais avançada; ausência de filhos e melhores condições socioeconômicas contribuem para que o idoso more sozinho.

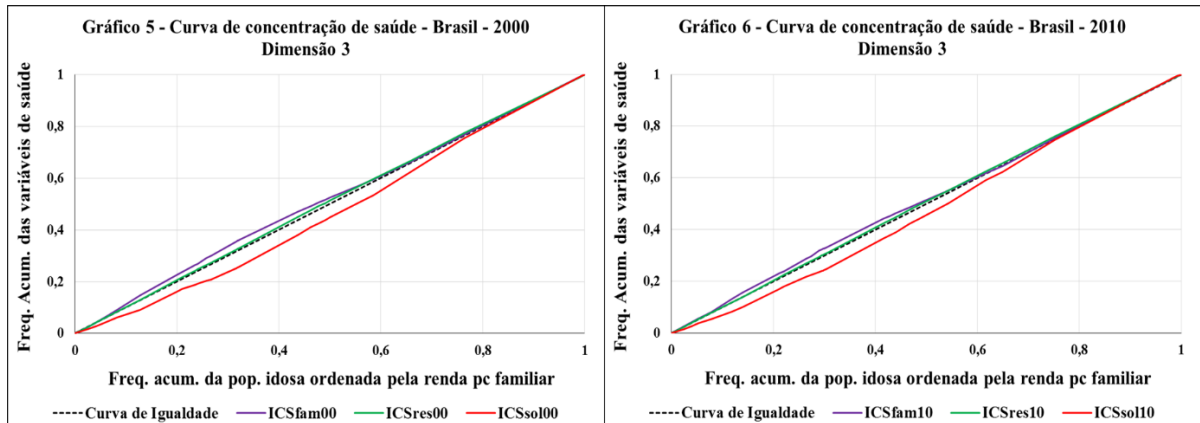
Na pesquisa de Ramos (2003), os resultados permitem identificar que as composições domiciliares multigeracionais estão significativamente associadas a um baixo nível de renda. Entretanto, o nível socioeconômico mais elevado está relacionado a idosos morando sozinhos, ou apenas com o cônjuge.

A

Figura 5 apresenta as curvas de concentração para os índices de *apoio familiar*

(*ICSfam*), *idoso responsável pelo domicílio (ICSres)* e *idoso morando sozinho (ICSsol)*.

Figura 5 – Gráficos da curva de concentração de saúde entre os idosos no Brasil – Dimensão 3 – Redes sociais e comunitárias



Fonte: Elaborada pela autora com base nos resultados da pesquisa.

O índice *ICSsol*, em ambos os períodos, é o que mais se distancia da linha da igualdade, e posiciona-se abaixo dela, evidenciando que a população de idosos morando sozinho está concentrada entre a população idosa mais favorecida socioeconomicamente. O índice *ICSres* é muito próximo da linha da igualdade, representando uma concentração muito baixa, no sentido dos idosos mais pobres, para a variável *idoso responsável pelo domicílio*. A curva do índice *ICSfam* apresenta-se um pouco acima da linha da igualdade, evidenciando que o apoio familiar está concentrado entre os idosos menos favorecidos, a alteração de 2000 para 2010 é praticamente imperceptível nas curvas.

A dimensão 4 está entre as dimensões mais externas do Modelo de Determinantes Sociais de Saúde, e entre as dimensões mais acessíveis por ações de políticas públicas. Abrange as condições materiais e sociais em que as pessoas vivem, constituídas por questões como habitação, educação, alimentação, acesso à saúde e trabalho. As variáveis utilizadas para identificar a existência ou não de concentração de saúde nesta dimensão foram: *idoso vivendo em moradia adequada (ICSadeq)*, *idoso economicamente ativos (ICSecat)*, *idoso vivendo em situação de pobreza (ICSspob)*, *internações de idosos por causas evitáveis (ICSinev)* e *mortes de idosos por causas evitáveis (ICSmev)*. A Tabela 6 apresenta os resultados dos índices de concentração para a dimensão 4.

Tabela 6 - Resultados da dimensão 4 – Condições de vida e trabalho para o Brasil

Índice	Ano	
	2000	2010
ICSadeq	0,14	0,10
ICSecat	-0,06	0,00
ICSpob	-0,32	-0,25
ICSinev	-0,04	-0,09
ICSmev	0,14	0,02

Fonte: Elaborada pela autora com base nos resultados da pesquisa.

O índice *ICSadeq* avalia a concentração de idosos vivendo em condições habitacionais adequadas, com rede geral de abastecimento de água e esgoto, ou pluvial ou fossa séptica, coleta de lixo direta ou indireta e até 2 moradores por dormitório. Este índice apresentou um nível médio de concentração em ambos os períodos. Em 2000, registrou um ICS de 0,14 e, em 2010, 0,10. Estes valores indicam que há concentração desta variável de saúde entre a população socioeconomicamente mais favorecida. Apesar de ter reduzido em 2010, a concentração mantém-se em um nível médio, considerando os parâmetros utilizados neste trabalho, e inaceitável, uma vez que é oriunda de questões evitáveis provocadas por diferenças socioeconômicas.

Pasternak (2016) alerta para a importância do papel da habitação e do meio ambiente na manutenção da saúde das pessoas, especialmente daquelas mais vulneráveis como doentes, idosos e crianças, uma vez que estes passam a maior parte do seu tempo em casa, o que majora a relevância de atentar aos riscos relacionados à saúde nesse ambiente. A autora defende ainda que a relação saúde-habitação abrange, pelo menos, quatro grupos de questões importantes para uma moradia saudável, que são: doenças transmissíveis, necessidades fisiológicas, acidentes domésticos e saúde mental.

Em estudo realizado para as grandes regiões brasileiras, utilizando dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) dos anos de 2008 e 2009, foram encontrados resultados que evidenciam a prevalência de serviços básicos satisfatórios para os grupos de idosos com maior renda e escolaridade. Os idosos com menores níveis de renda e escolaridade acabam vivendo em condições precárias de acesso a serviços básicos como: acesso a água potável, saneamento básico, coleta de lixo, acesso ao transporte, iluminação e saúde (MELO et al., 2014).

O índice *ICSecat* identifica a concentração de idosos economicamente ativos, e apresentou uma variação no período de 2000 para 2010, uma vez que no primeiro período

registrou uma concentração de -0,06, indicando a concentração de idosos economicamente ativos entre a população idosa menos favorecida. No entanto, no ano de 2010, este índice foi de 0,00, indicando que a variável *idoso economicamente ativo* está distribuída entre toda população idosa, independente de fatores socioeconômicos. Este fato, não indica necessariamente que esta população vive em boas condições de saúde, mas que a população como um todo vive nas mesmas condições de saúde, sejam elas boas ou más, considerando a variável analisada.

Em pesquisa realizada na Bahia, Khoury et al. (2010) afirmam que existe uma diversidade de fatores que influenciam na decisão dos idosos de retornar ao mercado de trabalho. A pesquisa procurou elencar tais motivos e concluiu que entre os idosos de baixa renda, o retorno ao trabalho deve-se a fatores psicossociais, mas o fator complementação de renda é listado em primeiro lugar. No entanto, entre os idosos de alta renda, os fatores psicossociais são mais prioritários que a renda. Cockell (2014) afirma que na área da construção civil os idosos retornam ao mercado de trabalho para manter as condições financeiras que tinham antes da aposentadoria.

De acordo com Wajnman et al. (2004), a maior disponibilidade ao mercado de trabalho está entre os idosos que dependem do rendimento das atividades econômicas. No entanto, é para as pessoas, em idade avançada, com maior escolaridade que existe maior probabilidade de manutenção no mercado de trabalho. Os autores afirmam ainda que a tendência de manutenção dos idosos no mercado de trabalho é reforçada pelo fato de que o benefício da aposentadoria, que seria um incentivo ao afastamento, não estar produzindo resultados. De 1981 para 2001 a proporção de pessoas com mais de 60 anos no mercado de trabalho cresceu de 49% para 68% no meio urbano, e de 59% para 92% no meio rural (WAJNMAN et al., 2004).

O índice relacionado a uma vida em situação de pobreza (*ICS_{pob}*) evidencia um alto nível de iniquidade no Brasil, concentrado entre a população idosa menos favorecida. Apesar de apresentar redução, os índices encontrados foram altos para os dois períodos, sendo de -0,32 em 2000 e -0,25 em 2010. Lima-Costa et al. (2003) desenvolveram um estudo que objetiva identificar a influência da situação socioeconômica sobre a saúde dos idosos no Brasil, utilizando dados da PNAD 1998. Neste estudo, conseguem identificar que, diferente do que acontece em alguns países desenvolvidos, os idosos brasileiros que compõem os quintis mais baixos de renda também apresentam inferioridade nas condições de saúde e maior dificuldade no acesso a serviços de saúde. Afirmam que no Brasil a situação de saúde dos idosos é suficientemente sensível a diferenças na renda mensal domiciliar per capita, por

menores que estas diferenças sejam.

O número de internações por causas evitáveis pode representar, indiretamente, uma avaliação da eficiência da atenção primária em saúde, uma vez que diz respeito aquelas internações por motivos que poderiam ter sido evitados através de ações de prevenção. Neste trabalho, esta variável foi utilizada para calcular o índice de concentração de internações por causas evitáveis (*ICSinev*). Os resultados sugerem que há uma concentração maior de internações por causas evitáveis entre a população idosa menos favorecida socioeconomicamente. Avaliando os períodos de 2000 e 2010, este indicador apresentou um aumento da iniquidade em saúde, uma vez que a concentração elevou de -0,04, em 2000, para -0,09, em 2010.

Fernandes et al. (2009) confirmam a associação entre as internações por causa evitáveis e o baixo nível socioeconômico dos indivíduos. Para os autores, maiores níveis de escolaridade são responsáveis por melhores condições de trabalho, renda e saúde, e tais condições refletem em menores chances de internações por causas evitáveis. No caso específico dos idosos, o fato de serem indivíduos com mais de 60 anos representa um fator associado positivamente à internação por causa evitável.

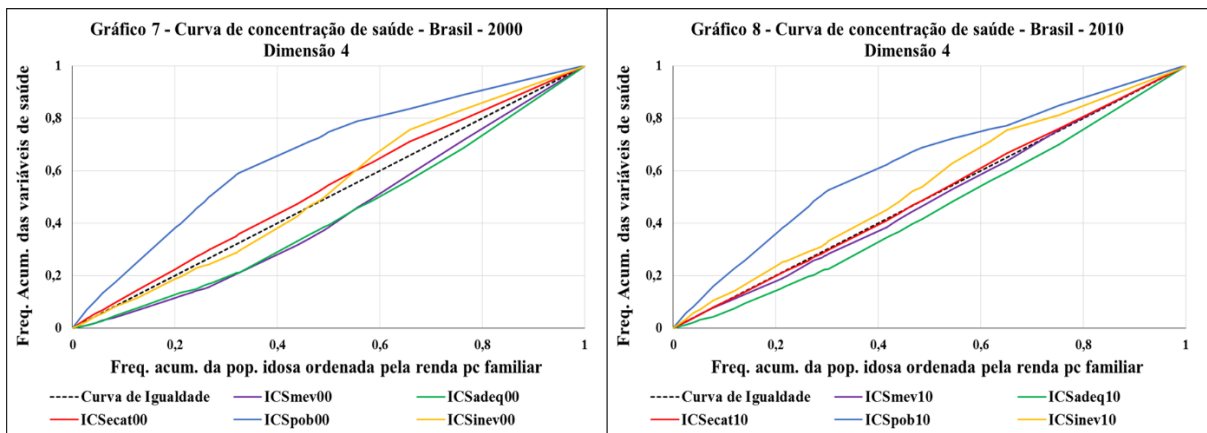
O número de mortes por causas evitáveis também é um importante indicador de avaliação dos serviços de saúde, uma vez que representa óbitos que poderiam ter sido evitados por meio de ações adequadas de prevenção, tratamento, diagnóstico precoce e uso apropriado de tecnologias (KANSO et al., 2013).

Nos resultados encontrados para o índice de concentração de mortes evitáveis (*ICSmev*) é possível identificar uma redução considerável da concentração deste indicador. Em 2000, o *ICSmev* registrado foi de 0,14, indicando um nível médio de concentração da variável entre a população idosa mais afortunada. Já em 2010 esse índice caiu para 0,02, ainda representando uma concentração entre os idosos que vivem em melhores condições socioeconômicas, mas consideravelmente menor.

O índice que avaliou a concentração de idosos inativos (*ICSinat*), na dimensão 2, também apresentou concentração entre os idosos mais favorecidos. Maciel (2010) afirma que a inatividade física está relacionada a mortes prematuras no mundo todo.

A Figura 6 apresenta os gráficos para os índices de concentração da dimensão 4, nos quais é possível identificar que os índices relativos à moradia adequada e à vivência em situação de pobreza são aqueles com maior iniquidade entre a população idosa brasileira.

Figura 6 – Gráficos da curva de concentração de saúde entre os idosos no Brasil – Dimensão 4 – Condições de vida e trabalho



Fonte: Elaborada pela autora com base nos resultados da pesquisa.

O *ICSadeq* está concentrado entre os idosos mais afortunados, apresentando a curva abaixo da linha da igualdade. O *ICSpob* que avalia a concentração de idosos vivendo em situação de pobreza, indica que a concentração está reduzindo, mas mantêm-se em nível elevado, com sua curva acima da linha da igualdade.

As curvas relacionam a parcela da população idosa que tem determinada característica de saúde, de acordo com cada variável. No caso da curva *ICSpob*, no ano de 2000, é possível observar que os estados brasileiros que têm menor renda per capita (Maranhão, Piauí, Alagoas, Paraíba, Ceará, Bahia, Sergipe, Pará, Tocantins, Rio Grande do Norte, Amazonas, Acre, Pernambuco, Amapá, Roraima, Rondônia e Minas Gerais) concentram 44% da população idosa e aproximadamente 69% do total de idosos que vivem em situação de pobreza no Brasil. No ano de 2010, está relação tem uma leve queda, mas mantêm-se elevada, registrando que 44% da população idosa vive nos estados que apresentaram menor renda per capita (Maranhão, Piauí, Alagoas, Pará, Ceará, Paraíba, Bahia, Acre, Sergipe, Pernambuco, Amazonas, Rio Grande do Norte, Tocantins, Amapá, Roraima, Rondônia, Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul) e estes estados concentram em torno de 65% dos idosos que vivem em situação de pobreza.

A dimensão 5 refere-se ao ambiente mais geral em que as pessoas vivem, e mais acessível a ações de políticas públicas. Foram adotadas como variáveis para representar esta dimensão a *esperança de vida ao nascer (ICSespd)*, a *taxa de mortalidade infantil (ICStmi)* e a *cobertura da estratégia saúde na família (ICSesf)*. Os resultados encontrados estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 – Resultados da dimensão 5 – Condições socioeconômicas, culturais e ambientais para o Brasil

Índice	Ano			
	2000	2007	2010	2017
ICSesf	-	-0,21	-	-0,12
ICSespd	0,02	-	0,04	-
ICStmi	-0,19	-	-0,12	-

Fonte: Elaborado pela autora com base nos resultados da pesquisa.

O índice que avalia a concentração de idosos que ultrapassaram os 70 anos de idade (*ICSespd*) apresenta concentração entre a população brasileira mais favorecida socioeconomicamente. Esta concentração apresentou um aumento importante do ano de 2000 para 2010, passando de 0,02 para 0,04, indicando que cada vez mais a população mais favorecida tem melhores condições de atingir e ultrapassar a expectativa de vida, que em 2000 era de 70 anos e em 2010 de 74 anos. Atualmente, a expectativa de vida do brasileiro é de, aproximadamente, 76 anos.

A taxa de mortalidade infantil é um importante indicador das condições de saúde pública de uma população. A análise deste indicador é que deu origem a diversas ações para redução das desigualdades em saúde na Europa (BLACK REPORT, 1980). Foi a partir da identificação de que diferentes taxas de mortalidade infantil estavam relacionadas à diferenças socialmente determinadas, que teve início a discussão sobre a necessidade de atuar em busca da redução das iniquidades em saúde.

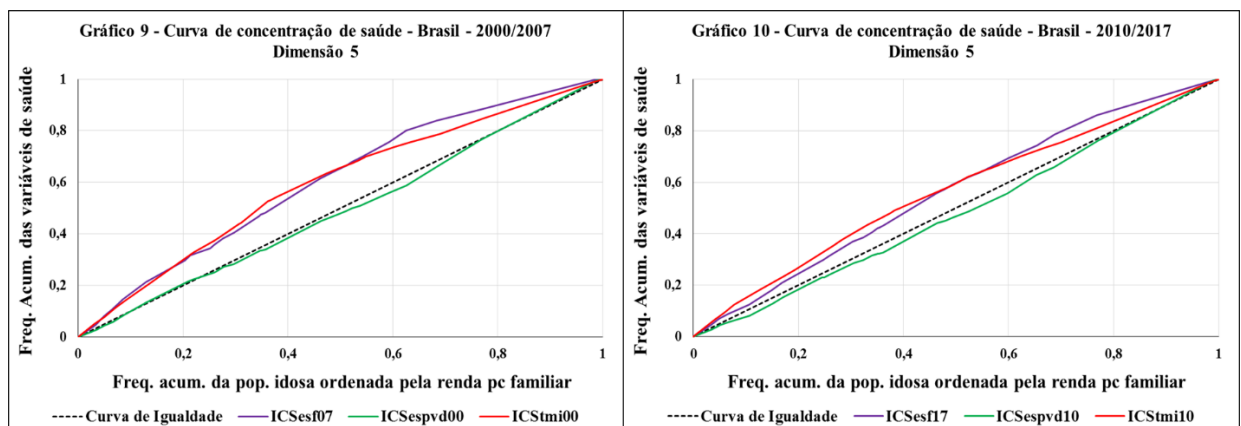
A mortalidade pode ser considerada também um indicador de desempenho econômico, na medida em que os fatores que contribuem para o aumento ou a redução da mortalidade frequentemente estão relacionados a causas econômicas (SEN, 2010b). Nos índices calculados nesta pesquisa, fica evidente a concentração da mortalidade infantil entre a população mais carente, pois em 2000 o *ICStmi* foi de -0,19, um índice bem próximo ao que é considerado alto em concentração de saúde. Em 2010, houve redução para -0,12, mas ainda representa uma concentração média de mortalidade de crianças de até um ano de vida entre a população brasileira menos favorecida socioeconomicamente.

Por fim, um indicador de cobertura assistencial utilizado neste trabalho foi a cobertura da estratégia saúde na família, que em 2000 representou concentração entre a população mais pobre, registrando um índice de -0,21. Em 2010, essa concentração caiu para -0,12, um nível médio de concentração, mas também entre a população mais carente. Neste caso, a

concentração da cobertura da estratégia na família se dá entre os mais carentes, provavelmente devido ao fato de que estes não tenham condições de procurar médicos especialistas e clínicas particulares, ao contrário do que ocorre com a população mais favorecida socioeconomicamente.

A Figura 7 apresenta os gráficos das curvas de concentração dos índices da dimensão 5.

Figura 7 – Gráficos da curva de concentração de saúde no Brasil – Dimensão 5 – Condições socioeconômicas, culturais e ambientais



Fonte: Elaborado pela autora com base nos resultados da pesquisa.

Nos dois períodos analisados, os índices ICSesf e ICStmi registraram os maiores níveis de concentração, sendo localizados entre a população menos favorecida, representados pelas curvas acima da linha da igualdade. No ano de 2000, é possível afirmar que 60% das mortes de crianças até um ano de idade estava concentrada na parcela 47% mais pobre da população brasileira. Já em 2010, essa relação foi 51% das mortes concentradas entre os 40% mais pobres.

A subseção a seguir apresenta os resultados encontrados para os índices de concentração em saúde nos estados brasileiros e está organizada pelas dimensões do Modelo de Determinantes Sociais de Saúde e regiões brasileiras.

4.3 ÍNDICE DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE NOS ESTADOS BRASILEIROS

A primeira dimensão diz respeito às questões mais específicas da vida dos indivíduos, características relacionadas a fatores hereditários, sexo e idade. Para esta dimensão foram analisados os índices de concentração em saúde relativos ao número de *idosos com alguma*

deficiência (*ICSdef*), idosos com deficiência mental (*ICSmen*) e idosos com deficiência motora (*ICSmot*). Os resultados encontrados para a primeira dimensão por estado estão resumidos na Tabela 8.

Tabela 8 – Resultados por estado brasileiro para a Dimensão 1 - Idade sexo e fatores hereditários

Região/Estado	ICSdef		ICSmen		ICSmot	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Norte						
Rondônia	0,01	-0,01	-0,01	-0,02	0,06	0,01
Roraima	0,00	-0,01	-0,15	-0,07	-0,01	0,03
Amapá	-0,02	0,00	-0,05	-0,04	0,05	0,00
Pará	-0,03	-0,03	-0,05	0,02	0,00	-0,02
Tocantins	0,00	-0,01	-0,01	-0,02	0,03	0,01
Amazonas	-0,01	-0,01	-0,04	0,03	0,03	-0,01
Acre	0,01	0,00	-0,04	-0,01	0,07	0,03
Nordeste						
Bahia	-0,01	-0,01	-0,03	0,01	0,03	0,01
Sergipe	-0,02	-0,01	0,00	0,02	0,02	0,02
Ceará	-0,05	-0,03	-0,01	0,03	-0,01	-0,02
Alagoas	-0,02	-0,01	0,00	0,07	0,02	0,01
Rio Grande do Norte	-0,03	-0,03	0,00	0,08	0,03	0,00
Piauí	-0,01	-0,02	-0,02	0,04	0,04	0,02
Pernambuco	-0,04	-0,02	-0,04	0,07	-0,01	0,00
Paraíba	-0,04	-0,02	0,03	0,07	0,00	0,00
Maranhão	-0,02	-0,01	-0,04	0,01	0,01	0,00
Centro-Oeste						
Mato Grosso	-0,01	-0,01	-0,05	0,03	0,03	0,00
Goiás	-0,03	-0,03	-0,06	-0,02	0,01	-0,01
Mato Grosso do Sul	-0,03	-0,01	-0,03	0,05	0,00	0,01
Sudeste						
Minas Gerais	-0,06	-0,03	-0,02	0,02	-0,02	-0,03
Espírito Santo	-0,04	-0,03	0,02	0,01	-0,02	-0,03
São Paulo	-0,05	-0,01	-0,06	-0,01	-0,05	-0,03
Rio de Janeiro	-0,05	-0,04	-0,04	-0,02	-0,05	-0,04
Sul						
Santa Catarina	-0,04	-0,04	-0,01	0,01	-0,02	-0,04
Paraná	-0,05	-0,04	-0,01	0,01	-0,02	-0,04
Rio Grande do Sul	-0,04	-0,02	-0,01	0,06	-0,01	-0,02

Fonte: Elaborado pela autora com base nos resultados da pesquisa.

Para o *ICSdef*, os maiores índices de concentração foram registrados nas regiões Sul e

Sudeste, em ambos os períodos analisados. No ano de 2000, o estado com maior iniquidade na variável idosos com alguma deficiência foi Minas Gerais (-0,06), seguido do Paraná, Ceará, São Paulo e Rio de Janeiro, com -0,05. Todos registraram uma concentração desfavorável à população idosa mais pobre. Em 2010, os estados representantes dos maiores índices de concentração foram Paraná, Santa Catarina e Rio de Janeiro, todos com um ICS de -0,04, evidenciando que, apesar de uma leve redução nos índices, a situação de saúde desfavorável permanece concentrada entre a população idosa menos favorecida socioeconomicamente, onde está a maior parcela de idosos portadores de alguma deficiência.

Apenas o estado de Rondônia, no ano de 2000, apresentou a concentração de idosos com alguma deficiência entre a população idosa mais rica, registrando um índice de 0,01.

Os menores índices de iniquidades para o *ICSdef* foram registrados na região Norte do Brasil, sendo que, os estados de Roraima e Tocantins, no ano de 2000, apresentaram $ICSdef = 0,00$, assim como registrada no Acre e no Amapá, em 2010, indicando que a variável analisada está distribuída igualmente entre a população idosa, independentemente do nível de renda.

O índice *ICSmen*, no ano de 2000, teve os maiores representantes de iniquidades nas regiões Norte e Centro-Oeste. O estado de Roraima apresentou um índice de concentração de -0,15, Goiás e São Paulo registraram -0,06. Assim como a maioria dos estados, os resultados indicam maior concentração de idosos com deficiência mental entre a população idosa menos favorecida. Apenas na Paraíba (0,03) e no Espírito Santo (0,02) os índices de concentração indicaram concentração da situação desfavorável de saúde entre a população idosa mais rica. As regiões Sul e Nordeste registraram os menores índices de concentração para o ano de 2000, sendo que os resultados para Alagoas, Sergipe e Rio Grande do Norte sugerem que não há prevalência da variável analisada entre os estratos sociais da população idosa.

No ano de 2010, os maiores índices de concentração foram registrados nos estados da região Nordeste. No entanto, a maioria dos resultados indicaram concentração de idosos com deficiência mental entre a população idosa mais afortunada. O maior índice registrado foi no Rio Grande do Norte (0,08), seguido de Alagoas, Pernambuco e Paraíba, todos com um ICS de 0,07. Apenas na região Norte predominou a concentração da variável de saúde entre a população menos favorecida, sendo que o estado de Roraima registrou o maior índice neste sentido, um ICS de -0,07.

Os resultados para o índice que avaliou a distribuição de idosos com deficiência motora (*ICSmot*) entre a população idosa brasileira foram bem diversificados entre as regiões. Os maiores índices para o ano de 2000 foram registrados em estados da região Sudeste e

Norte. No entanto, os resultados para a região Sudeste apontaram para concentração da variável de saúde entre a população idosa menos favorecida, sendo os estados de São Paulo e Rio de Janeiro aqueles que apresentaram maiores desigualdades, ambos com um ICS de -0,05. Já os estados da região Norte, Acre e Rondônia, registraram os maiores índices de concentração, valores de 0,07 e 0,06, respectivamente, indicando uma concentração da variável de saúde entre a população idosa socioeconomicamente mais favorecida.

Alguns estados registraram que a variável analisada está distribuída entre toda a população idosa, sem prevalecer em nenhum grupo, independente da sua diversidade socioeconômica, no ano de 2000, foi o caso do Pará, Paraíba e Mato Grosso do Sul. As regiões que apresentaram índices mais próximos à situação de equidade, foram a Nordeste e Centro-Oeste, nas quais os menores ICS foram registrados para os estados do Maranhão (0,01), Pernambuco (-0,01), Ceará (-0,01) e Goiás (0,01). Além destes, o estado do Rio Grande do Sul também apresentou um ICS de -0,01 para a variável idosos com deficiência motora.

Para o ano de 2010, os maiores índices de concentração foram registrados nas regiões Sul e Sudeste, estados de Paraná, Santa Catarina e Rio de Janeiro registraram um ICS de -0,04, indicando maior concentração de deficiência motora entre a população idosa menos favorecida socioeconomicamente. Os menores índices foram encontrados nos estados do Nordeste, pois quatro estados apresentaram situação de equidade para a variável analisada, com *ICSmot* de aproximadamente 0,00, são eles: Rio Grande do Norte, Pernambuco, Paraíba e Maranhão. Amapá apresentou uma redução importante do índice de concentração, passando de 0,05, em 2000, para uma situação que indica distribuição da variável analisada entre toda a população idosa, sem favorecimento de um ou de outro grupo social, em 2010, assim como Mato Grosso.

No geral, os resultados obtidos para as variáveis de saúde que representam a dimensão 1 do MDSS indicam baixos índices de concentração no Brasil. No entanto, cabe salientar que a concentração existe e, em sua maioria, se dá entre a população idosa mais carente, indicando a existência de desigualdades em saúde determinadas por fatores socioeconômicos, injustos e evitáveis.

A dimensão 2 refere-se a questões relativas ao estilo de vida dos indivíduos. No entanto, a indisponibilidade de dados disponíveis para os municípios impediu que fosse realizado neste trabalho a construção dos índices de concentração em saúde para os estados, referentes a esta dimensão. Neste caso, a próxima dimensão a ser apresentada é a dimensão 3, que abrange as relações no ambiente em que os indivíduos vivem, com família, amigos e

comunidade local. Foram selecionadas como variáveis representantes da situação de saúde *Apoio familiar (ICSfam)*, *idosos morando sozinho (ICSsol)* e *idosos responsáveis pelo domicílio (ICSres)*. Os resultados obtidos estão resumidos na Tabela 9.

Tabela 9 – Resultados por estado brasileiro para a Dimensão 3 - Redes sociais e comunitárias

Região/Estado	ICSfam		ICSres		ICSsol	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Norte						
Rondônia	0,10	0,07	-0,01	-0,01	0,02	-0,05
Roraima	0,01	0,10	-0,01	-0,01	-0,02	0,00
Amapá	0,04	0,01	-0,01	-0,01	-0,07	-0,09
Pará	0,04	0,10	0,00	-0,01	-0,02	-0,01
Tocantins	0,05	0,04	-0,01	-0,01	0,01	-0,03
Amazonas	0,03	0,06	0,00	0,00	0,05	0,03
Acre	0,04	0,02	0,00	0,01	0,04	0,03
Nordeste						
Bahia	0,00	0,03	-0,01	0,00	0,00	0,01
Sergipe	0,06	0,07	-0,02	-0,01	-0,06	-0,06
Ceará	0,02	0,03	-0,01	0,00	-0,03	-0,03
Alagoas	0,05	0,05	-0,02	-0,01	-0,06	-0,02
Rio Grande do Norte	0,04	0,06	-0,01	-0,01	-0,05	-0,06
Piauí	0,03	0,04	-0,01	0,00	-0,04	-0,05
Pernambuco	0,02	0,06	-0,01	0,00	-0,02	-0,01
Paraíba	0,02	0,04	-0,01	0,00	-0,05	-0,03
Maranhão	0,03	0,04	-0,01	0,00	-0,02	0,00
Centro-Oeste						
Mato Grosso	0,04	0,03	-0,01	-0,01	-0,08	-0,06
Goiás	0,04	0,07	-0,01	-0,01	-0,04	-0,03
Mato Grosso do Sul	0,02	0,05	-0,02	-0,01	-0,02	-0,02
Sudeste						
Minas Gerais	0,02	0,04	-0,01	0,00	0,00	0,01
Espírito Santo	0,04	0,02	0,00	0,00	0,01	0,01
São Paulo	0,05	0,05	-0,01	0,00	-0,01	0,02
Rio de Janeiro	0,05	0,08	-0,01	-0,01	-0,01	0,02
Sul						
Santa Catarina	0,05	0,04	0,00	0,00	0,04	0,03
Paraná	0,02	0,05	-0,01	0,00	0,03	0,01
Rio Grande do Sul	0,00	0,08	0,00	0,00	0,06	0,03

Fonte: Elaborado pela autora com base nos resultados da pesquisa.

O indicador referente ao apoio familiar diz respeito ao número de idosos maiores de

80 anos que possuem apoio da família para seus cuidados diários. Os resultados para o Índice de Concentração em Saúde para o apoio familiar (*ICSfam*), no ano de 2000, indicaram que os estados com maiores concentrações foram os das regiões Norte e Nordeste, sendo Rondônia, com um índice de concentração de 0,10, e Sergipe, com um ICS de 0,06, os estados que evidenciam concentração do apoio familiar entre a população idosa mais beneficiada socioeconomicamente. No entanto, alguns estados do Norte e Nordeste brasileiro também estiveram entre aqueles com menores índices de concentração, é o caso de Roraima (0,01) e da Bahia, que apresentou resultado próximo de 0,00, indicando que a variável de saúde utilizada está distribuída entre todo o grupo populacional analisado, independente de fatores socioeconômicos. Este resultado também foi encontrado no estado do Rio Grande do Sul.

No ano de 2010, a maioria dos estados apresentou elevação do *ICSfam*, indicando maior concentração direcionada à população idosa mais favorecida. Na região Norte, os estados de Roraima e Pará são exemplos da elevação do índice, e foram os estados brasileiros com maior concentração para o ano de 2010, apresentando um ICS de 0,10. O Rio Grande do Sul também registrou uma importante elevação, na medida em que saiu de uma situação de inexistência de desigualdade, para um índice de 0,08, figurando também entre os estados com maior ICS.

Para a variável apoio familiar, nenhum estado apresentou inexistência de desigualdade no ano de 2010. Os estados que apresentaram menores índices de concentração foram Amapá (0,01), Acre (0,02) e Espírito Santo (0,02), todos com o nível de concentração direcionado à população idosa mais favorecida.

A análise realizada para os estados brasileiros resultou em uma concentração no sentido contrário ao encontrado para o Brasil, o que indica que os estados mais pobres concentram o maior número de idosos que contam com apoio familiar. Ao analisar os dados municipais, a evidência é de que o apoio se concentra entre a população idosa mais favorecida. Portanto, pode-se sugerir que a concentração do apoio familiar aos idosos se dá entre a população idosa que vive nos municípios mais ricos, dos estados mais pobres do País.

Os resultados obtidos com relação à concentração de idosos responsáveis pelo domicílio indicam que, no geral, no ano de 2000, houve baixo nível de concentração para esta variável em todas as regiões do País. Os maiores índices foram registrados nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, como Sergipe, Alagoas e Mato Grosso do Sul. Todos apresentaram um ICS de -0,02, indicando um baixo nível de concentração de idosos responsáveis pelo domicílio entre a população idosa menos favorecida socioeconomicamente.

No caso do *ICSres* vários estados apresentaram inexistência de desigualdade, como é o

caso de Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Acre, Amazonas e Pará. Apenas a região Nordeste não teve nenhum estado com índice de concentração próximo de 0,00. Todos os outros estados apresentaram ICS de -0,01, evidenciando baixa concentração da variável de saúde utilizada, mas ela existe e se estabelece entre a população idosa menos afortunada.

Para o ano de 2010, os índices permaneceram semelhantes, a maioria dos estados apresentou uma redução da concentração que existia em 2000. Na região Sul todos os estados indicaram inexistência de desigualdade, evidenciando uma possível situação de equidade para esta variável. Na região Norte, só Amazonas registrou inexistência de desigualdade, enquanto Pará e Acre foram os únicos estados brasileiros a registrarem aumento da concentração, passando de uma situação de sugestiva equidade (ICS = 0,00), em 2000, para um ICS de -0,01 e 0,01, respectivamente. No país como um todo nenhum estado apresentou índice de concentração superior a $|0,01|$.

O próximo índice analisado avalia a concentração de idosos que vivem sozinhos. Para o ano de 2000, os estados com maiores *ICSsol* compõem a região Centro-Oeste e Norte, e são Mato Grosso e Amapá. O primeiro registrou um índice de concentração de -0,08 e o segundo um ICS de -0,07. Ambos indicam uma concentração da variável analisada entre a população idosa mais carente. No geral, no ano de 2000, a maioria dos estados indica concentração neste mesmo sentido, exceto alguns estados do Norte (Rondônia, Tocantins, Amazonas e Acre), o estado do Espírito Santo (0,01), e todos os estados da região Sul, que indicam concentração de idosos vivendo sozinhos, entre a população mais favorecida, sendo o maior índice registrado pelo estado do Rio Grande do Sul (0,06). Além disso, Bahia e Minas Gerais indicam inexistência de desigualdade para a variável de saúde analisada.

No ano de 2010, Amapá, Mato Grosso, Sergipe e Rio Grande do Norte seguem como estados com maiores ICS registrados, nos valores de -0,09 (AP) e -0,06 (MT, SE e RN), mantendo a direção da concentração entre os idosos menos favorecidos. Roraima e Maranhão indicaram inexistência de desigualdade, e os menores índices foram registrados pelos estados da Bahia, Pernambuco, Pará, Minas Gerais, Espírito Santo e Paraná. Nas regiões Sudeste e Sul, os índices encontrados apresentaram o sentido da concentração entre a população idosa mais afortunada. Nas outras regiões, isso só ocorreu no Amazonas, Acre e Bahia.

A dimensão 4 abrange as condições materiais e sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Foram adotadas para a análise da concentração de saúde nesta dimensão as seguintes variáveis: *idosos vivendo em situação de pobreza (ICS_{pob})*, *idosos vivendo em moradia adequada (ICS_{sadeq})*, *idosos economicamente ativos (ICS_{secat})*, *internações de idosos por causas evitáveis (ICS_{sinev})* e *mortes de idosos por causas evitáveis (ICS_{mev})*. Os

resultados estão resumidos na Tabela 10.

Tabela 10 – Resultados por estado brasileiro para a Dimensão 4 – Condições de vida e trabalho

Região/Estado	ICS _{pob}		ICS _{sadeq}		ICS _{secat}		ICS _{sinev}		ICS _{mev}	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Norte										
Rondônia	-0,01	-0,06	0,26	0,20	-0,08	0,00	-0,22	-0,15	0,17	0,13
Roraima	-0,25	-0,20	0,28	0,22	-0,08	-0,04	-0,12	-0,01	0,12	0,06
Amapá	-0,13	-0,12	0,14	0,12	0,01	-0,05	0,13	0,00	0,16	0,10
Pará	-0,19	-0,18	0,37	0,27	-0,07	-0,01	0,01	-0,13	0,33	0,10
Tocantins	-0,14	-0,13	0,26	0,14	-0,05	0,05	0,07	0,02	0,25	0,04
Amazonas	-0,23	-0,19	0,33	0,22	-0,11	-0,05	0,15	0,00	0,27	0,17
Acre	-0,23	-0,16	0,30	0,15	-0,05	-0,03	0,14	-0,03	0,26	0,13
Nordeste										
Bahia	-0,13	-0,12	0,23	0,16	-0,08	-0,02	-0,09	-0,17	0,27	0,12
Sergipe	-0,16	-0,15	0,18	0,14	-0,14	-0,06	-0,01	-0,06	0,19	0,00
Ceará	-0,13	-0,12	0,25	0,17	-0,09	0,02	-0,04	-0,05	0,10	0,03
Alagoas	-0,14	-0,13	0,21	0,14	-0,15	-0,03	0,03	-0,14	0,27	0,06
Rio Grande do Norte	-0,18	-0,15	0,17	0,12	-0,09	0,01	-0,13	-0,08	0,20	0,04
Piauí	-0,12	-0,11	0,37	0,23	-0,08	0,03	0,11	0,02	0,28	0,08
Pernambuco	-0,15	-0,12	0,17	0,12	-0,13	-0,01	-0,05	-0,11	0,16	0,02
Paraíba	-0,13	-0,11	0,21	0,16	-0,13	-0,01	0,02	0,01	0,27	0,07
Maranhão	-0,12	-0,14	0,42	0,27	-0,07	0,04	0,08	-0,10	0,37	0,10
Centro-Oeste										
Mato Grosso	-0,14	-0,16	0,17	0,13	-0,05	0,02	-0,13	-0,10	0,06	0,06
Goiás	-0,20	-0,16	0,13	0,08	-0,03	0,03	-0,04	-0,10	0,05	0,03
Mato Grosso do Sul	-0,12	-0,18	0,10	0,09	-0,06	0,00	-0,18	-0,16	0,01	-0,01
Sudeste										
Minas Gerais	-0,30	-0,22	0,17	0,12	-0,04	0,00	-0,07	-0,12	0,10	0,02
Espírito Santo	-0,17	-0,13	0,15	0,12	-0,08	-0,02	-0,13	-0,20	0,07	-0,03
São Paulo	-0,20	-0,05	0,04	0,03	-0,02	0,03	-0,29	-0,17	-0,01	-0,05
Rio de Janeiro	-0,25	-0,17	0,11	0,11	0,00	0,01	-0,27	-0,26	-0,06	-0,07
Sul										
Santa Catarina	-0,17	-0,17	0,16	0,11	-0,11	-0,05	-0,15	-0,17	0,00	-0,02
Paraná	-0,20	-0,15	0,13	0,09	-0,05	0,00	-0,17	-0,26	0,00	-0,06
Rio Grande do Sul	-0,20	-0,14	0,15	0,09	-0,09	-0,02	-0,17	-0,11	-0,02	-0,01

Fonte: Elaborada pela autora com base nos resultados da pesquisa.

Os resultados obtidos para a dimensão 4, em nível estadual foram semelhantes aqueles obtidos a partir da análise realizada para o Brasil. O *ICS_{pob}* representa a concentração de idosos vivendo em situação de pobreza, e os resultados mostram um país com altos índices de concentração neste aspecto. As evidências são de que apesar de mantidos níveis intermediários a elevados de concentração na maioria dos estados brasileiros, essa realidade reduziu de 2000 para 2010.

No ano de 2000, uma das regiões que apresentaram estados com maiores índices de concentração para esta variável foi a Sudeste, com os estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro, que registraram, respectivamente, os ICS de -0,30 e -0,25. Estados no Norte do país também estiveram entre os que registraram maiores desigualdades socialmente determinadas, especialmente Roraima, com um ICS de -0,25, Amazonas e Acre, com ICS de -0,23. Índices de concentração superiores a $|0,20|$ podem ser considerados altos ou muito altos, de acordo com a OPS (2016).

Nenhum estado brasileiro registrou situação sugestiva de equidade para a variável idosos vivendo em situação de pobreza. O menor ICS registrado em 2000 foi de Rondônia (-0,01), e todos os outros foram superiores a -0,12, índice registrado por Piauí e Maranhão.

Apesar de uma pequena redução nos índices de concentração em 2010, as regiões Norte e Sudeste ainda foram aquelas em que constam os estados com maiores ICS, Minas Gerais, com um índice de concentração de -0,22 e Roraima com -0,20. Nota-se a continuidade da concentração da variável de saúde entre a população idosa mais carente. Rondônia, apesar de apresentar um aumento no seu índice de concentração em relação a 2000, permaneceu entre os estados com menores evidências de iniquidades para a variável analisada. São Paulo apresentou uma importante queda no ICS de -0,20 para -0,05. Todos os outros estados registraram concentração em direção aos idosos menos favorecidos, e superior a -0,10.

Quando se avalia o índice de concentração referente a idosos vivendo em moradia adequada (*ICS_{sadeq}*), a iniquidade fica ainda mais alarmante. Para o ano de 2000, todos estados registraram concentração desta variável entre a população idosa mais favorecida socioeconomicamente. Os maiores níveis de concentração foram registrados no Nordeste e Norte do país, Maranhão registrou um índice de 0,42, Piauí e Pará apresentaram ICS de 0,37, todos altos. Nenhum estado registrou índice que sugerisse a inexistência de desigualdade para a variável analisada, e os menores índices foram registrados pelo estado de São Paulo e Mato Grosso do Sul, com 0,04 e 0,10, respectivamente.

No ano de 2010, apesar de uma redução no índice de concentração de todos os estados, os resultados ainda evidenciam níveis de iniquidade de médio a altos. Os estados com

maiores índices foram novamente Pará, Maranhão e Piauí, com ICS de 0,27, os dois primeiros, e 0,23 o último. Novamente são das regiões Sudeste e Centro-Oeste os estados com menores índices de concentração, São Paulo, com 0,03, e Goiás, com 0,08. Nenhum estado brasileiro indicou inexistência de desigualdade para a variável idoso vivendo em moradia adequada, apenas confirmaram a desigualdade existente na situação de vida dos idosos brasileiros, quando são consideradas questões básicas como viver em uma residência com instalações adequadas, saneamento básico e as condições mínimas de higiene.

Outro índice calculado foi o *ICSecat*, que procurou identificar a concentração de idosos economicamente ativos no Brasil. Os resultados evidenciam uma redução desse índice do ano de 2000 para 2010, provavelmente influenciado pela dificuldade crescente que o idoso brasileiro tem de manter seu padrão de vida após a aposentadoria e pelo aumento da expectativa de vida. No ano de 2000 a maioria dos estados registraram concentração de idosos economicamente ativos entre a população idosa menos favorecida. Apenas o Rio de Janeiro não apresentou concentração neste sentido, indicando a inexistência de desigualdade para esta variável.

Os maiores índices para o ano de 2000 foram obtidos nos estados da região Nordeste, sendo Alagoas e Sergipe os representantes com ICS de -0,15 e -0,14, respectivamente. Enquanto os menores foram registrados por Amapá (0,01) e São Paulo, este último com um ICS de -0,02.

No ano de 2010, a maioria dos estados apresentou redução do seu *ICSecat*, indicando que a população idosa mais afortunada também passou a atuar no mercado de trabalho. As exceções foram os estados do Amapá, Tocantins, Goiás e São Paulo. O primeiro apresentou uma elevação e inversão na concentração, passou de 0,01 para -0,05, indicando concentração da variável entre os idosos mais carentes. Tocantins ($|0,05|$) e Goiás ($|0,03|$) mantiveram a magnitude da concentração, mas agora no sentido da população idosa mais afortunada, praticamente o mesmo ocorreu com o estado de São Paulo, que passou de um ICS de -0,02 para 0,03, e Piauí que passou de -0,08 para 0,03.

Os estados com maiores índices de concentração em 2010 foram Sergipe, com -0,06, Amazonas, Amapá e Santa Catarina, todos com -0,05, valores consideravelmente inferiores aos maiores registrados no ano de 2000. Outro fato relevante observado nos resultados de 2010 é que um maior número de estados registrou inexistência de desigualdade para a variável analisada. Foram eles: Rondônia, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Paraná. Já os menores índices registrados foram nos estados do Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte, com 0,01, e Pernambuco, Paraíba e Pará, com -0,01.

A eficácia da atenção básica em saúde prestada a uma população pode ser avaliada a partir do número de internações por causas evitáveis. No trabalho foi calculado o *ICSinev* para verificar a existência de concentração de internações evitáveis entre a população idosa. No geral, os resultados mostram que existe concentração desta variável nos estados brasileiros. No entanto, a direção dela não é a mesma para todos os estados.

No ano de 2000, os estados que registraram maiores índices de concentração estão localizados no Sudeste e Norte do Brasil. Foram eles: São Paulo, com -0,29; Rio de Janeiro, com -0,27 e Rondônia, com -0,22. Neste caso, todos evidenciam alto nível de concentração de internações de idosos por causas evitáveis, entre a população idosa menos favorecida. O mesmo ocorre nos estados das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, onde todos registraram índices negativos de concentração, indicando a direção para a população mais pobre. No entanto, nas regiões Norte e Nordeste, alguns estados apresentam concentração de internações evitáveis entre a população idosa socioeconomicamente mais favorecida. Os menores ICS do ano de 2000 foram registrados por Sergipe (-0,01), indicando concentração entre a população menos favorecida, e Pará (0,01), no qual a concentração está direcionada à população mais abastada. Nenhum estado apresentou inexistência de desigualdade em saúde para a variável analisada.

Os resultados para o ano de 2010 apresentaram um direcionamento da concentração mais homogêneo, no sentido dos idosos mais pobres, exceto nos estados da Paraíba, Piauí e Tocantins. Além disso, Amapá e Amazonas apresentaram resultados que sugerem a inexistência de desigualdade para as internações de idosos por causas evitáveis. Os maiores índices de concentração foram registrados nas regiões Sudeste e Sul, por Rio de Janeiro e Paraná com -0,26 cada, Espírito Santo com -0,20 e Bahia, que passou de -0,06 em 2000 para -0,17 em 2010, mostra um crescimento da concentração em saúde naquele estado. No entanto, Roraima apresentou uma redução no seu nível de concentração, passando de -0,12 para -0,01, e figura, junto com a Paraíba (0,01), entre os menores ICS registrados em 2010.

As mortes por causas evitáveis podem ser indicadores da qualidade da saúde pública, mas também do estilo de vida das pessoas. Nos resultados obtidos a partir do cálculo do *ICSmev* foi possível identificar que na maioria dos estados brasileiros a concentração deste indicador se dá entre a população idosa mais favorecida socioeconomicamente, no ano de 2000, isso não ocorre apenas nos estados do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo.

Os maiores índices de concentração registrados no ano de 2000 foram em estados das regiões Norte e Nordeste. Na primeira, Amazonas, Acre e Tocantins foram os estados com maiores iniquidades, apresentando ICS de 0,27, 0,26 e 0,25, respectivamente. No Nordeste,

Piauí registrou 0,28 de ICS, Bahia, Alagoas e Paraíba tiveram o mesmo índice, na magnitude de 0,27 e Maranhão apresentou um índice de 0,37. É possível observar que todos estes estados apresentaram altos índices de concentração, superiores a 0,20, e foram todos positivos indicando concentração entre a população idosa mais afortunada. Os menores índices foram registrados por São Paulo (-0,01) e Mato Grosso do Sul (0,01). Na região Sul do país, os índices calculados para Paraná e Santa Catarina sugerem inexistência de desigualdade.

Apesar de uma redução nos índices de concentração no ano de 2010, as regiões com os maiores índices foram novamente Norte e Nordeste, com os estados do Amazonas (0,17), Rondônia (0,13) e Acre (0,13), e no Nordeste brasileiro, Bahia registrou o maior ICS, de 0,12. Todos mantiveram a direção de concentração de mortes evitáveis entre a população idosa mais favorecida, o que ocorreu para a maioria dos estados brasileiros, exceto Santa Catarina (-0,02), Paraná (-0,06), Rio Grande do Sul (-0,01), Mato Grosso do Sul (-0,01), Espírito Santo (-0,03), São Paulo (-0,05) e Rio de Janeiro (-0,07). Além destes, os resultados obtidos para o Sergipe indicaram inexistência de desigualdade, e os menores índices foram registrados em Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul, ambos com ICS de -0,01.

A dimensão 5 é a mais externa do Modelo de Determinantes Sociais de Saúde, e representa o grande ambiente estrutural onde as pessoas vivem. Inclui a sociedade como um todo, e é a mais influenciada por ações governamentais. Por isso, para esta dimensão foram escolhidos indicadores mais abrangentes, que cheguem o mais próximo possível da situação social em que os idosos brasileiros viviam em 2017. Foram utilizadas como variáveis de saúde para o cálculo do Índice de Concentração em Saúde a *cobertura da estratégia saúde na família (ICSesf)*, o *número de idosos que ultrapassa esperança de vida ao nascer (ICSespvd)* e a *taxa de mortalidade infantil (ICStmi)*. Os resultados estão apresentados na Tabela 11.

Tabela 11 – Resultados por estado brasileiro para a Dimensão 5 – Condições socioeconômicas, culturais e ambientais

(continua)

Região/Estado	ICSesf		ICSespvd		ICStmi	
	2007	2017	2000	2010	2000	2010
Norte						
Rondônia	-0,08	-0,09	-0,01	-0,05	-0,03	-0,08
Roraima	0,06	-0,13	-0,01	0,01	-0,04	-0,03
Amapá	-0,21	-0,24	0,01	0,02	-0,05	-0,08
Pará	-0,04	-0,09	-0,01	0,04	-0,08	-0,08
Tocantins	-0,05	0,00	-0,11	-0,13	-0,12	-0,12
Amazonas	-0,12	-0,26	-0,01	-0,02	-0,06	-0,12

Acre	-0,11	-0,11	0,03	0,03	-0,05	-0,09
Nordeste						
Bahia	-0,14	-0,18	-0,10	-0,09	-0,07	-0,13
Sergipe	0,01	-0,07	-0,05	-0,03	-0,06	-0,12
Ceará	-0,11	-0,12	-0,08	-0,08	-0,08	-0,11
Alagoas	-0,21	-0,19	-0,05	-0,03	-0,04	-0,10
Rio Grande do Norte	-0,13	-0,18	-0,08	-0,07	-0,11	-0,13
Piauí	0,02	0,00	-0,06	-0,06	-0,10	-0,12
(conclusão)						
Pernambuco	-0,06	-0,12	-0,04	-0,02	-0,16	-0,14
Paraíba	0,01	-0,04	-0,07	-0,07	-0,07	-0,12
Maranhão	-0,04	-0,12	-0,05	-0,02	-0,13	-0,10
Centro-Oeste						
Mato Grosso	-0,22	-0,09	-0,09	-0,06	-0,05	-0,02
Goiás	-0,17	-0,16	0,02	0,04	-0,05	0,00
Mato Grosso do Sul	-0,19	-0,17	-0,03	0,00	-0,03	-0,04
Sudeste						
Minas Gerais	-0,07	-0,08	-0,01	-0,01	-0,09	-0,07
Espírito Santo	-0,09	-0,10	-0,01	0,00	-0,03	-0,05
São Paulo	-0,03	-0,09	0,06	0,07	-0,03	-0,02
Rio de Janeiro	-0,14	0,06	0,12	0,13	-0,01	-0,04
Sul						
Santa Catarina	-0,06	-0,05	-0,03	-0,02	-0,07	-0,05
Paraná	-0,12	-0,12	-0,02	0,00	-0,07	-0,04
Rio Grande do Sul	-0,18	-0,10	-0,01	0,02	-0,05	0,00

Fonte: Elaborada pela autora com base nos resultados da pesquisa.

Esta dimensão analisa a concentração de saúde no ambiente geral em que se dá o envelhecimento populacional no Brasil. O primeiro índice analisado foi o *ICSesf*, que avalia a concentração da cobertura do programa governamental Estratégia Saúde na Família - ESF. Este programa representa uma ação do governo no sentido de evitar a manutenção de fatores que coloquem em risco a saúde da população brasileira, bem como promover ações que a beneficiem, servindo ainda como uma porta de entrada ao Sistema Único de Saúde – SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

A análise do *ICSesf* para o ano de 2007 permite observar que sua abrangência se dá na direção da população brasileira menos favorecida socioeconomicamente, pois a maioria dos índices registrou valores negativos, exceto Roraima, Sergipe, Piauí e Paraíba. Todos os estados das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul indicaram concentração da cobertura da ESF entre a população mais carente. Os maiores índices foram registrados pelos estados do Mato Grosso, Amapá e Alagoas. O primeiro com um ICS de -0,22 e os outros dois com -0,21,

sugerindo alta concentração da cobertura entre os mais pobres. Nenhum estado brasileiro registrou índice que sugerisse inexistência de desigualdade, e os menores níveis foram identificados no Nordeste, nos estados de Sergipe e Paraíba, ambos com índice de 0,01.

Para o ano de 2017 foi possível identificar um aumento dos índices de concentração na maioria dos estados brasileiros. A região Norte teve os estados com maiores ICS registrados, Amazonas, que registrou um importante aumento de seu ICS, atingindo -0,26, contra -0,12, em 2000; e Amapá, com -0,24, ambos superiores aos maiores índices apresentados no ano de 2000. Os estados do Piauí e Tocantins tiveram resultados que sugerem a inexistência de desigualdade para a cobertura da ESF, e os menores níveis de concentração foram evidenciados nos estados da Paraíba e Santa Catarina, nos valores de -0,04 e -0,05, respectivamente. Os resultados indicam um aumento da concentração da cobertura do programa estratégia saúde da família entre a população brasileira mais carente. Apenas o estado do Rio de Janeiro (0,06) apresentou concentração da cobertura entre a população mais favorecida.

O estudo de Piuvezam et al. (2016) identificou sob a ótica dos gestores municipais de 11 municípios das 5 grandes regiões brasileiras, quais as ações desenvolvidas na atenção primária direcionadas aos idosos institucionalizados no Brasil, levando em conta as diretrizes nacionais propostas. Os resultados sugerem escassez e falha nas ações direcionadas aos idosos. Identificam ainda que as ações existentes são fragmentadas e distantes do que está proposto nas políticas nacionais de saúde pública aos idosos.

Ainda em termos de atenção primária aos idosos, Araújo et al. (2014) avaliam a qualidade do cuidado na atenção primária prestada a idosos de uma unidade básica de saúde da cidade de Macaíba – RN. Os resultados do estudo indicam que existe necessidade de melhorias, e que fatores como moradia; rural ou urbana; faixa de renda e idade são associados à maior ou menor qualidade na atenção primária, sob o ponto de vista dos idosos atendidos.

Louvison et al. (2008) apresentam um estudo realizado com um número específico de idosos no município de São Paulo, participantes do Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), com o objetivo de analisar quais são os fatores que se relacionam à determinação e às desigualdades, tanto no acesso quanto no uso de serviços de saúde por idosos. O estudo analisa relações entre a utilização de serviços de saúde e fatores como sexo, percepção de doenças, renda, escolaridade e participação em seguro saúde. Confirmam a existência de desigualdades no uso e no acesso a serviços de saúde entre os idosos. Com relação aos fatores pesquisados, os autores afirmam que há necessidade de formulação de políticas públicas eficientes adequadas à população idosa.

O índice *ICSespv* foi calculado com o objetivo de identificar a existência de concentração de idosos que conseguem ultrapassar a esperança de vida ao nascer no Brasil, considerada 70 anos em 2000 e 74 anos em 2010. Em uma análise geral, no ano de 2000, a maioria dos estados apresentou concentração de idosos que ultrapassaram a esperança de vida ao nascer, exceto Amapá, Acre, Goiás, São Paulo e Rio de Janeiro.

Os maiores índices de concentração em 2000 foram encontrados em Tocantins e na Bahia, sendo que o primeiro registrou um ICS de -0,11 e o segundo de -0,10, ambos indicando a concentração entre a população brasileira mais carente. Na região Norte a grande maioria dos estados registrou baixo índice de concentração, sendo de -0,01 ou 0,01, registrando os menores níveis de concentração, o que só não ocorreu para Tocantins e Acre. Nenhum estado brasileiro apresentou resultado que sugerisse a inexistência de desigualdade.

No ano de 2010, o estado do Tocantins e o Rio de Janeiro se destacaram por terem os maiores índices de concentração, de -0,13 e 0,12, respectivamente, o primeiro indica concentração entre a população mais pobre, enquanto o segundo indica concentração da variável de saúde entre a população mais favorecida. Todos os outros estados apresentaram ICS igual ou menor do que |0,09|, e no ano de 2010 houve uma diversidade maior na direção da concentração de idosos que ultrapassaram os 74 anos de idade. É possível identificar que na região Nordeste a concentração foi entre a população brasileira mais carente em todos os estados. Os resultados obtidos nos estados do Mato Grosso do Sul, Espírito Santo e Paraná, indicaram a inexistência de desigualdade, e os menores índices de concentração foram registrados em Minas Gerais (-0,01) e Roraima (0,01).

Na década de 1980, na Inglaterra, a análise da expectativa de vida e da taxa de mortalidade infantil despertaram o interesse pela busca da equidade em saúde, ao ser identificado que diferentes realidades socioeconômicas apresentavam diferentes formas de variação destes indicadores. Desta forma, assim como a expectativa de vida, a mortalidade infantil é um importante indicador da existência ou não de equidade em saúde no País.

Neste trabalho foi calculado, além do *ICSespv*, o *ICStmi* com o objetivo de identificar se a mortalidade infantil ocorre de forma desigual entre os estados do País. Os resultados encontrados para o ano de 2000 indicam que existe concentração da mortalidade infantil, em algum nível, em todos os estados. Nenhum estado brasileiro sugeriu equidade para esta variável, e as maiores evidências de concentração foram encontradas nos estados da região Nordeste, como Pernambuco e Maranhão, que registraram ICS de -0,16 e -0,13, respectivamente. O menor índice foi registrado pelo estado do Rio de Janeiro, que apresentou um ICS de -0,01.

No ano de 2010, a maioria dos estados brasileiros registrou elevação dos índices de concentração, evidenciando um aumento na iniquidade em saúde no País. Apenas na região Sul todos os estados apresentaram redução, em relação ao ano de 2000. Os maiores índices novamente pertencem à região Nordeste, na qual todos os estados apresentaram ICS superior a -0,10, sendo que Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Norte evidenciam maiores níveis de iniquidade, com ICS de -0,14, -0,13 e -0,13, respectivamente. Os resultados obtidos para os estados de Goiás e Rio Grande do Sul indicam inexistência de desigualdade, e os menores índices foram registrados pelo Mato Grosso e São Paulo, ambos no valor de -0,02.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho tem como proposta a análise da dinâmica e da variação do envelhecimento populacional e da equidade em saúde entre os idosos no Brasil, sob o ponto de vista dos determinantes sociais de saúde.

O envelhecimento populacional caracteriza-se pela maior parcela de idosos na composição da população, e traz consigo uma série de desafios e alterações que exigem atenção e ação dos gestores públicos. Essa situação não é peculiar do Brasil, pois países do mundo inteiro já vivenciam ou vivenciarão, em breve, esta experiência. Por isso, esforços para desenvolver estratégias eficientes que atendam às demandas provenientes do envelhecimento ocorrem em nível mundial.

A análise da evolução do envelhecimento no Brasil é realizada por meio do índice de envelhecimento populacional, o qual evidencia uma elevação da parcela de idosos em relação a parcela de jovens menores de 15 anos em todos os estados brasileiros, do ano de 2000 para 2010. Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro apresentaram os maiores índices de envelhecimento populacional em 2010. No entanto, as maiores variações ocorridas foram verificadas nos estados de Rondônia e Mato Grosso, bem como no Distrito Federal. Apesar disso, em âmbito das grandes regiões brasileiras, as regiões Norte e Centro-Oeste são as que apresentaram menores índices de envelhecimento populacional em 2010, enquanto as mais envelhecidas são a Sul e Sudeste.

O envelhecimento é compreendido como um processo multidimensional, que abrange todos os aspectos da vida das pessoas, e é neste sentido que o conceito de equidade em saúde contribui para o estabelecimento de ações voltadas ao enfrentamento dos desafios inerentes ao processo de envelhecimento populacional. Uma vez que trata-se de um conceito que abrange as diversas dimensões da vida no sentido de possibilitar que todos consigam atingir seu máximo potencial de saúde independente de fatores socialmente determinados.

A investigação da equidade em saúde entre a população idosa brasileira ocorreu por meio da análise do Índice de Concentração em Saúde, calculado com o uso de variáveis fundamentadas no Modelo de Determinantes Sociais de Saúde de Dahlgren e Whitehead. Em termos gerais, os resultados indicam que não há equidade em saúde entre os idosos brasileiros. Raros casos apresentaram $ICS = 0,00$, indicando que, nestas situações, as variáveis de saúde analisadas estão distribuídas entre toda a população estudada. No entanto, este fato não significa que estas populações são privilegiadas em termos de saúde pública. É necessário analisar especificamente estes casos, pois um $ICS = 0,00$ pode ser indicativo de que toda a população estudada vive em más condições, independente da classe social a qual pertence.

Em nível de Brasil, as dimensões 1 – idade, sexo e fatores hereditários, 2 – estilo de vida e 3 – redes sociais e comunitárias, que são aquelas mais próximas das características e do ambiente que circunda a vida diária dos indivíduos, não foram encontrados índices de concentração superiores à $|0,10|$. No entanto, ao analisar as dimensões 4 – condições de vida e trabalho, e 5 – condições socioeconômicas, culturais e ambientais, os índices de concentração para variáveis que são de maior responsabilidade da gestão pública e refletem profundamente na vida dos indivíduos, como moradia adequada, vida em situação de pobreza, mortalidade infantil e cobertura da estratégia saúde da família, apresentam índices de concentração acima de $|0,10|$ em vários estados brasileiros.

Semelhante ao que ocorre quando a análise é feita dentro de cada estado da federação, as dimensões nas quais as ações individuais têm maior interferência apresentam menores níveis de iniquidades, enquanto as dimensões de maior impacto das políticas públicas apresentam maiores índices de concentração.

Quanto mais distante da dimensão central, mais acessíveis a ações de gestão de políticas públicas são os fatores determinantes sociais de saúde. Os resultados permitem observar que quanto mais próximo das camadas externas, representadas pelas condições de vida e trabalho (dimensão 4) e condições socioeconômicas, culturais e ambientais (dimensão 5), dimensões onde as ações públicas têm maior alcance, maiores são as iniquidades existentes no Brasil. Os maiores índices destas dimensões são registrados nos estados das regiões Norte e Nordeste, especialmente para as variáveis relativas a idosos vivendo em moradias adequadas, mortes de idosos por causas evitáveis e idosos vivendo em situação de pobreza. Os menores níveis de iniquidades para estas variáveis são encontrados em São Paulo, Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

Estes resultados evidenciam a falta de atenção aos idosos, no âmbito da gestão de

saúde pública, a carência de ações públicas que reduzam as desigualdades socialmente determinadas, injustas e evitáveis e a ausência de ações voltadas para promover a equidade em saúde, considerando o envelhecimento populacional.

O índice que apresentou menores níveis de concentração foi aquele que considera a variável idosos responsáveis pelo domicílio, indicando que em todo o País, independente da classe social, os idosos são considerados a pessoa de referência para suas famílias. No ano de 2010, o Índice de Concentração em Saúde para esta variável não foi maior que $|0,01|$ em nenhum estado do País. Nota-se ainda uma redução para os índices de concentração em saúde calculados para a variável idosos economicamente ativos, do ano de 2000 para 2010. Estes resultados podem sugerir uma maior dependência das famílias da renda gerada pelos idosos, que inclusive, para manter as condições socioeconômicas do seu grupo familiar necessitam continuar no mercado de trabalho mesmo após sua aposentadoria.

Dentre as limitações deste trabalho estão a disponibilidade de alguns dados, a carência de estudos sobre o assunto, para justificar de maneira mais consistente o uso das variáveis e realizar comparações com resultados de outras pesquisas. Além disso, por se tratar de uma pesquisa quantitativa, não evidencia os processos que levam aos resultados de iniquidade no Brasil, mas permitem confirmar que elas existem e em que dimensões são maiores.

O trabalho contribui, primeiramente, ao reunir e promover uma discussão sobre conceitos importantes para a gestão pública. Além disso, permite evidenciar a situação em que vivem os idosos no Brasil, em termos de equidade em saúde, abrangendo as múltiplas dimensões da vida destes indivíduos. As estratégias de gestão devem estar fundamentadas no reconhecimento da situação social da população estudada, buscando abranger o máximo de dimensões possíveis.

Outro ponto positivo deste trabalho é que a metodologia utilizada permite que seja aplicada em outros locais, e com outras variáveis, uma sugestão é realizar uma pesquisa mais localizada geograficamente, utilizando uma metodologia qualitativa para identificar os determinantes sociais de saúde, e depois realizar os cálculos dos índices de concentração em saúde. Pode ser dada continuidade a este trabalho, de forma complementar, analisando especificamente os casos que apresentaram $ICS = 0,00$, com a finalidade de identificar a situação atual de saúde destas populações.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, M. A. Uma breve introdução as questões teleológicas da terceira idade. In: GARCES, S. B. B. (Coord.). **O envelhecimento na (pós)modernidade: uma visão interdisciplinar**. Ijuí: Ed. Unijuí, p. 211-239, 2012.

ALVES, J. E. D. A Polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica. **Escola Nacional de Ciências Estatísticas**. Rio de Janeiro, n. 4, 2002.

_____. População, desenvolvimento e sustentabilidade: perspectivas para a CIPD pós-2014. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 31, n.1, p. 219-230, jan./jun. 2014.

ARAÚJO, L.U.A. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, 2014.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Tradução de Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora SA, 1981.

ARTELLS, Joan. Notas sobre la consideración económica de la equidad: utilización y acceso. In: **Planificación y economía de la salud em las autonomías**. — Madrid, 1983.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO – FJP. **Atlas do desenvolvimento humano no brasil**. Disponível em: < <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>>. Acesso em 04 jun. 2018.

BADZIAK, R P. F. e MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, p. 69-79, jan./jun. 2010.

BARATA, R. B. Epidemiologia social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 1, p. 7-17, 2005.

BERENSTEIN, C. K. e WAJNMAN, S. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2301-2313, out/2008.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Fecundidade em declínio. **Novos Estudos**, n. 74, p. 11-15, mar, 2006.

BILLINGS, J. et al. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Aff**, Millwood, n. 12, p. 162-73, 1993.

BLACK, D. et al. The Black report. In: **Inequalities in health**. London: Penguin; 1980.

BORDE, E.; ÁLVAREZ, M. H.; PORTO, M. F. S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 841-854, jul/set 2015.

BRASIL. Lei Nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília: DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741compilado.htm>. Acesso em: 19/08/16.

BRAVEMAN, P. GRUSKIN, Sofia. Poverty, equity, human rights and health. **Bulletin of the World Health Organization**, v.81, n.7, p.539-545, 2003.

BRITO, F. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. Texto para discussão; 318. Belo Horizonte, UFMG/Cedeplar, 2007a.

_____. A transição demográfica no contexto internacional. Texto para discussão, n. 317. Belo Horizonte, UFMG/Cedeplar, 2007b.

BURSTRÖM, B. Social differentials in the decline of infant mortality in Sweden in the twentieth century: the impact of policies and policy. In: Navarro V. **The political and social contexts of health**. New York, Baywood Publishing Company Inc., 2004.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 77-93, 2007.

CAMARANO, A.A. (Org.) **Novo regime demográfico: uma relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. In: CAMARANO A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Aplicada, cap. 8, p. 253-292, 2004.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 217-230, jan./jun. 2011.

CARVALHO, J. A. M. e GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, mai./jun. 2003.

CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-458, jul/set, 2012.

COCKELL, F. F. Idosos aposentados no mercado de trabalho informal: trajetórias ocupacionais na construção civil. **Psicologia & Sociedade**, Minas Gerais, v. 26, n. 2, p. 461-471, mai./ago. 2014.

COLEMAN, D.; ROWTHORN, R. Who's afraid of population decline? A critical examination of its consequences. **Population and development review**, v. 37, supplement, p. 217-248, 2011.

CULYER, A. J. Inequality of Health Services is, in General, Desirable. In: GREEN, D. G. **Acceptable Inequalities**, London, n. 3, p. 10-31, 1988 (IEA Health Unit Paper).

DAHLGREN, G. & WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote equity in health: Background document to WHO – Strategy paper for Europe**. Stockholm, Institute for Futures Studies, 1991.

DAHLGREN, G. & WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote equity in health**. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe, 1992.

DEBERT, G.G. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. **Horizontes antropológicos**, Porto Alegre, ano 16, n.34, p. 49 – 70, jul/dez. 2010.

DEMOS, J.; DEMOS, V. Adolescence in historical perspective. **Journal of Marriage and the Family** v. 31, n. 4, p. 632-8, 1969.

DOUGLAS, P. H. **Social Security in the United States**. New York, 1936.

EPSTEIN, A. **Facing Old Age: A Study of Old Age Dependency in the United States and Old Age Pensions**. New York, 1922.

FERNANDES, V.B.L.; CALDEIRA, A. P.; FARIA, A. A.; RODRIGUES NETO, J. F. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n. 6, p. 928-36, 2009.

FISCHER, D. H. **Growing Old in America**. New York, Oxford University Press, 1977.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência e saúde coletiva** [online], v.17, n.1, p.123-133, 2012.

GIACOMELLI, G. S.; MARIN, S.R ; FEISTEL, P. R. Da economia tradicional do bem-estar à Abordagem das Capacitações e a importância da equidade em saúde para o desenvolvimento humano. **Nova Economia**, v. 27, n. 1, p. 89-115, 2017.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 201-210, mai/ago 2006.

HAKKERT, R. **Fontes de dados demográficos**. Belo Horizonte: ABEP, 1996.

HAREVEN, T.K. Novas imagens do envelhecimento e a construção social do curso de vida. **Cadernos Pagu**. n.13, p. 11-35, 1999.

HERCE, J.A. El impacto del envejecimiento dela población em España. **Cuadernos de información económica**. Economía y Finanzas españolas. 251, mar./abr., 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociais Mínimos.

Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>.

JANUZZI, P.M. **Indicadores sociais no Brasil**: conceitos, fontes de dados e aplicações. Campinas, SP: Editora Alínea, 5ª. Ed., 2012.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional e as informações do PNAD: demandas e desafio contemporâneos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2503-2505, out. 2007.

KANSO, S.; ROMERO, D. E.; LEITE, I. C.; MARQUES, A. A evitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 735-748, abr, 2013.

KAKWANI, N.; WAGSTAFF, A.; DOORSLAER, E. Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation, and statistical inference. **Journal of Econometrics**, North – Holland, vol. 77, p. 87-103, 1997.

KINSELLA K.; PHILLIPS, D. R. Global Aging: The Challenge of Success. **Population Bulletin**, v.60, n.1, 2005.

KHOURY, H. T. T. Por que aposentados retornam ao trabalho? O papel dos fatores psicossociais. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 147-165, jun. 2010.

LANDIM, P. et al. Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 19, n. 1, p. 53-58, 2006.

LE GRAND, J. Equidad, Salud y Atención Sanitaria. In: SALUD Y EQUIDAD: JORNADA DE ECONOMIA DE LA SALUD, 8. España, 1988.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, v. 4, n.17, p.135-140, 2007.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745-757, mai-jun, 2003.

LOUVISON, M.C.P; et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p.733-40, 2008.

MACKENBACH, J.P.; KUNST, A.E. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med*; n. 44, p. 757-771, 1997.

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz**, Rio Claro, v.16 n.4, p.1024-1032, out./dez. 2010.

MAGALHÃES, R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 667-673, 2007.

MARIN, M.J.S; PANES, V.C.B. Envelhecimento da população e as políticas públicas de saúde. **Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília**, Marília, v.1, n.1, p.26-34, jul./dez. 2015.

McCARTNEY, G. COLLINS, C. MACKENZIE, M. What (or who) causes health inequalities: Theories, evidence and implications? **HealthPolicy**. v.113, p.221– 227, 2013.

MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. **Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde**. Org. Di McIntyre e Gavin Mooney. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

MEIRELES, V. C. et al. Características dos Idosos em Área de Abrangência do Programa Saúde da Família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.69-80, jan./abr. 2007.

MELO, N. C. V.; FERREIRA, M. A. M.; TEIXEIRA, K. M. D. Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 25, n.1, p. 004-019, 2014.

MENDES, A.C. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955-964, mai, 2012.

MERRICK, T.W.; BERQUÓ, E.S. **The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility**. Washington: National Academy, 1983.

MERRICK, T.W.; GRAHAM, D. **População e desenvolvimento econômico no Brasil**. Rio de Janeiro, Zahar, 1981.

MIRANDA, G.M.D; MENDES, A.C.G; SILVA, A.L.A. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. **Interface** (Botucatu), 21(61):309-20, 2017.

MIYATA, D.F. ET AL. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. **Arquivos de Ciências da Saúde Unipar**, Umuarama, v. 9, n. 2, p.135-140, mai./ago 2005.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, Supl. 1, p. S4-S6, 2008.

NORONHA, K.V.M.S.; ANDRADE, M.V. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro. **Revista Econômica do Nordeste**, Fortaleza, v.32, n.

Especial, p.877-897, novembro, 2001.

NOTESTEIN, F.W. **Economic problems of population change**. London: Oxford University Press, 1953.

NUNES, A. As teorias de justiça e a equidade no Sistema único de saúde no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, n. 37, jul-dez, 2011.

O'DONNELL, O. et al. **Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation**. Library of Congress in Publication Data, The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, Washington, 2008.

OPS – Organización Panamericana de la Salud. **Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud, com especial énfasis em países de ingresos medianos y bajos**. Washington, D.C.: OPS, 2016.

PAPALÉO NETTO, M. O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap.1, p. 62-75, 2013.

PASTERNAK, S. Habitação e saúde. **Estudos avançados**, v. 30, n. 86, p. 51-66, 2016.

PEREIRA, J. Justiça social no domínio da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, v. 6, n. 4, p. 400-421, out/dez, 1990.

PEREIRA, J.C.R. **Análise de dados qualitativos: Estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. 3. Ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

PIUVEZAM, G. et al. Atenção primária à saúde e os idosos institucionalizados: a perspectiva da gestão municipal no Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, 34; (1): 92-100, 2016.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.793-798, mai-jun, 2003.

RAWLS, J. **Uma teoria de Justiça**. Tradução: Jussara Simões. Revisão: Álvaro Vita. 3a. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

REHER, D. S. Towards long-term population decline: a discussion of relevant issues. **European Journal of Population**, v. 23, n. 2, p. 189-207, 2007.

RIOS-NETO, Eduardo L. G. **Questões emergentes na demografia brasileira**. Belo Horizonte: UFMF, 2005 (Texto para discussão nº 276).

REICHERT, H. **A transição demográfica no Brasil: distribuição espacial, oportunidades e desafios**. Dissertação de Mestrado em Economia e Desenvolvimento – Programa de Pós-Graduação em Economia e Desenvolvimento, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, 2015.

RUTSTEIN, D.D. et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. **The New England Journal of Medicine**; v. 294, n.11, p.582–588, 1976.

SCHNEIDER MC. et al. Métodos de mensuração das desigualdades em saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v. 12, n.6, p. 1-17, 2002.

SCHNEIDER, R.H.; IRIGARAY, T.Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**. Camoinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, out/dez, 2008.

SEN, A. Well-Being, Agency and Freedom: The Dewey Lectures 1984. **The Journal of Philosophy**, v. 82, n. 4, p. 169-221, apr. 1985.

_____. The Concept of Development. In: Chenery, H., Srinivasan, T. H. (Eds.). **Handbook of Development Economics**, v. 1, Elsevier Science Publishers B. V. Cap.1. p.10-26, 1988.

_____. ¿Por qué La equidad en salud? **Revista Panamericana de Salud Publica / Pan American Journal Public Health**. v.11, n.5/6, p. 302-309, 2002.

_____. Por que equidade em saúde. In: SEN, A.K. e KLIKSBURG, B. **As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado**. Trad.: Bernardo Ajemberg e Carlos Eduardo Lins da Silva. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. cap. 5. p. 73-93.

_____. Mortalidade como um indicador de sucesso e fracasso econômico. In: SEN, A.K. e KLIKSBURG, B. **As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado**. Trad.: Bernardo Ajemberg e Carlos Eduardo Lins da Silva. São Paulo: Companhia das Letras, 2010b. cap. 6. p. 94-135.

_____. **A ideia de justiça**. Tradução de Denise Bottman e Ricardo Doninelli Mendes. São Paulo: Cia das Letras, 2011.

_____. **Desigualdade reexaminada**. Trad.: Ricardo Doninelli Mendes. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2012.

SENGER, A. E. V.; ET AL. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 713-719, 2011.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p.187-192, 2000.

SIEGEL, J. S.; SWANSON, D. A. **The methods and materials of demography**. San Diego: Elsevier Academic Press, 2004.

SILVA, L.R.F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.155-168, jan/mar. 2008.

SINGER, P. I. **Dinâmica populacional e desenvolvimento**. O papel do crescimento

populacional no desenvolvimento econômico. Tese de livre docência de demografia. Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP – Departamento de estatística. São Paulo, USP, 1970.

SIQUEIRA-BATISTA, R.& SCHRAMM, F. R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n.1, p. 129-142, 2005.

SISAP-IDOSO – Sistema de Indicadores de Saúde Acompanhamento de Políticas do Idoso. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/index.php>>. Acesso em: 04/06/2018.

SOUZA, A.P.L. **A interação entre o desenvolvimento econômico e a transição demográfica do Brasil no século XX**. Dissertação (Mestrado profissional interinstitucional em Economia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Ciências Econômicas, Programa de Pós-Graduação em Economia, Porto Alegre; Universidade Federal de Roraima, 2012.

SOUZA, C. D. F. Determinantes Sociais da Saúde vs Determinação Social da Saúde: Uma aproximação conceitual. **Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário**, Brasília, v. 6 supl. 1:2, dez 2017.

THOMPSON, W.S. Population. **American Journal of Sociology**, v.34, n.6, p. 959-975, 1929.

TURNER, B. **Equality**. London: Tavistock Publications, 1986.

TRAVASSOS, C. Equity in the use of private hospital contracted by a compulsory insurance scheme in the city of Rio de Janeiro, Brazil, in 1986. 1992. Thesis (Doctor of Philosophy) – London School of Economics and Political Science, 1992.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 705-715, mai-jun, 2003.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**. v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VIANA, A.L.A.; FAUSTO, M.C.R; LIMA, L.D. Política de saúde e equidade. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

WAGSTAFF, A.; PACI, Pierella, DOORSLAER, Eddy van. On the measurement of inequalities in health. **Social Science Medicine**, United Kingdom, v. 33, n. 5, p. 545-557, 1991.

WAJNMAN, S.; OLIVEIRA, A. H. C.; OLIVEIRA, E. L. Os idosos no mercado de trabalho: tendências e consequências. In: CAMARANO A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Aplicada, cap. 14, p. 453-479, 2004.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. **Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1**. World Health Organization 2006, reprinted 2007.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health.** Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1990.

WHO - World Health Organization. **Catalogue of health indicators.** Geneva, 1996.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. **World report on ageing and health.** Luxembourg: WHO Library Cataloguing in Publication Data, 2015.

_____. **The European health report 2015.** Targets and beyond – Reaching new frontiers in evidence. WHO Library Cataloguing in Publication Data, Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2015b.

_____. **World health statistics 2016:** monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva, WHO Library Cataloguing in Publication Data, 2016.

WOODWARD, A. KAWACHI, I. Why reduce health inequalities? **Journal Epidemiol Community Health**, v. 54, p. 923–929, 2000.

APÊNDICE A - ÍNDICES DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE EM MÓDULO ABSOLUTO E ESCALA DE CORES

	Dimensão 1					Dimensão 3					Dimensão 4					Dimensão 5													
	ICStel		ICSmn		ICSmot	ICSfam		ICSres		ICSol		ICSpob		ICSadeq		ICSecat		ICSinev		ICSmew		ICStel		ICSesf		ICSespyd		ICSfmi	
	2000	2010	2000	2010	2000	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2007	2017	2000	2010	2000	2010	2000	2010
BRASIL	0,08	0,04	0,04	0,01	0,06	0,05	0,03	0,02	0,01	0,01	0,07	0,06	0,32	0,25	0,14	0,10	0,06	0,00	0,04	0,09	0,14	0,02	0,21	0,12	0,02	0,04	0,19	0,12	
AC	0,01	0,00	0,04	0,01	0,07	0,03	0,04	0,02	0,00	0,01	0,04	0,03	0,23	0,16	0,30	0,15	0,05	0,03	0,14	0,03	0,26	0,13	0,11	0,11	0,03	0,03	0,05	0,09	
AP	0,02	0,00	0,05	0,04	0,05	0,00	0,04	0,01	0,01	0,07	0,09	0,13	0,13	0,12	0,14	0,12	0,01	0,05	0,13	0,00	0,16	0,10	0,21	0,24	0,01	0,02	0,05	0,08	
AM	0,01	0,01	0,04	0,03	0,03	0,01	0,03	0,06	0,00	0,00	0,05	0,03	0,23	0,19	0,33	0,22	0,11	0,05	0,15	0,00	0,27	0,17	0,12	0,26	0,01	0,02	0,06	0,12	
PA	0,03	0,03	0,05	0,02	0,00	0,02	0,04	0,10	0,00	0,01	0,02	0,01	0,19	0,18	0,37	0,27	0,07	0,01	0,01	0,13	0,33	0,10	0,04	0,09	0,01	0,04	0,08	0,08	
RO	0,01	0,01	0,01	0,02	0,06	0,01	0,10	0,07	0,01	0,01	0,02	0,05	0,01	0,06	0,26	0,20	0,08	0,00	0,22	0,15	0,17	0,13	0,08	0,09	0,01	0,05	0,03	0,08	
RR	0,00	0,01	0,15	0,07	0,01	0,03	0,01	0,10	0,01	0,01	0,02	0,00	0,25	0,20	0,28	0,22	0,08	0,04	0,12	0,01	0,12	0,06	0,06	0,13	0,01	0,01	0,04	0,03	
TO	0,00	0,01	0,01	0,02	0,03	0,01	0,05	0,04	0,01	0,01	0,01	0,03	0,14	0,13	0,26	0,14	0,05	0,05	0,07	0,02	0,25	0,04	0,05	0,00	0,00	0,11	0,13	0,12	
AL	0,02	0,01	0,00	0,07	0,02	0,01	0,05	0,05	0,02	0,01	0,06	0,02	0,14	0,13	0,21	0,14	0,15	0,03	0,03	0,14	0,27	0,06	0,21	0,19	0,05	0,03	0,04	0,10	
BA	0,01	0,01	0,03	0,01	0,03	0,01	0,00	0,03	0,01	0,00	0,00	0,01	0,13	0,12	0,23	0,16	0,08	0,02	0,09	0,17	0,27	0,12	0,14	0,18	0,10	0,09	0,07	0,13	
CE	0,05	0,03	0,01	0,03	0,01	0,02	0,02	0,03	0,01	0,00	0,03	0,03	0,13	0,12	0,25	0,17	0,09	0,02	0,04	0,05	0,10	0,03	0,11	0,12	0,08	0,08	0,08	0,11	
MA	0,02	0,01	0,04	0,01	0,01	0,00	0,03	0,04	0,01	0,00	0,02	0,00	0,12	0,14	0,42	0,27	0,07	0,04	0,08	0,10	0,37	0,10	0,04	0,12	0,05	0,02	0,13	0,10	
PB	0,04	0,02	0,03	0,07	0,00	0,00	0,02	0,04	0,01	0,00	0,05	0,03	0,13	0,11	0,21	0,16	0,13	0,01	0,02	0,01	0,27	0,07	0,01	0,04	0,07	0,07	0,07	0,12	
PE	0,04	0,02	0,04	0,07	0,01	0,00	0,02	0,06	0,01	0,00	0,02	0,01	0,15	0,12	0,17	0,12	0,13	0,01	0,05	0,11	0,16	0,02	0,06	0,12	0,04	0,02	0,16	0,14	
PI	0,01	0,02	0,02	0,04	0,04	0,02	0,03	0,04	0,01	0,00	0,04	0,05	0,12	0,11	0,37	0,23	0,08	0,03	0,11	0,02	0,28	0,08	0,02	0,00	0,06	0,06	0,10	0,12	
RN	0,03	0,03	0,00	0,08	0,03	0,00	0,04	0,06	0,01	0,01	0,05	0,06	0,18	0,15	0,17	0,12	0,09	0,01	0,13	0,08	0,20	0,04	0,13	0,18	0,08	0,07	0,11	0,13	
SE	0,02	0,01	0,00	0,02	0,02	0,02	0,06	0,07	0,02	0,01	0,06	0,06	0,16	0,15	0,18	0,14	0,14	0,06	0,01	0,06	0,19	0,00	0,01	0,07	0,05	0,03	0,06	0,12	
GO	0,03	0,03	0,06	0,02	0,01	0,01	0,04	0,07	0,01	0,01	0,04	0,03	0,20	0,16	0,13	0,08	0,03	0,03	0,04	0,10	0,05	0,03	0,17	0,16	0,02	0,04	0,05	0,00	
MT	0,01	0,01	0,05	0,03	0,03	0,00	0,04	0,03	0,01	0,01	0,08	0,06	0,14	0,16	0,17	0,13	0,05	0,02	0,13	0,10	0,06	0,06	0,22	0,09	0,09	0,06	0,05	0,02	
MS	0,03	0,01	0,03	0,05	0,00	0,01	0,02	0,05	0,02	0,01	0,02	0,02	0,12	0,18	0,10	0,09	0,06	0,00	0,18	0,16	0,01	0,01	0,19	0,17	0,03	0,00	0,03	0,04	
ES	0,04	0,03	0,02	0,01	0,02	0,03	0,04	0,02	0,00	0,00	0,01	0,01	0,17	0,13	0,15	0,12	0,08	0,02	0,13	0,20	0,07	0,03	0,09	0,10	0,01	0,00	0,03	0,05	
MG	0,06	0,03	0,02	0,02	0,02	0,03	0,02	0,04	0,01	0,00	0,01	0,30	0,22	0,17	0,12	0,04	0,00	0,07	0,12	0,10	0,02	0,07	0,08	0,01	0,01	0,09	0,07		
RJ	0,05	0,04	0,04	0,02	0,05	0,04	0,05	0,08	0,01	0,01	0,01	0,02	0,25	0,17	0,11	0,11	0,00	0,01	0,27	0,26	0,06	0,07	0,14	0,06	0,12	0,13	0,01	0,04	
SP	0,05	0,01	0,06	0,01	0,05	0,03	0,05	0,05	0,01	0,00	0,01	0,02	0,20	0,05	0,04	0,03	0,02	0,03	0,29	0,17	0,01	0,05	0,03	0,09	0,06	0,07	0,03	0,02	
PR	0,05	0,04	0,01	0,01	0,02	0,04	0,02	0,05	0,01	0,00	0,03	0,01	0,20	0,15	0,13	0,09	0,05	0,00	0,17	0,26	0,00	0,06	0,12	0,12	0,02	0,00	0,07	0,04	
RS	0,04	0,02	0,01	0,06	0,01	0,02	0,00	0,08	0,00	0,00	0,06	0,03	0,20	0,14	0,15	0,09	0,09	0,02	0,17	0,11	0,02	0,01	0,18	0,10	0,01	0,02	0,05	0,00	
SC	0,04	0,04	0,01	0,01	0,02	0,04	0,05	0,04	0,00	0,00	0,04	0,03	0,17	0,17	0,16	0,11	0,11	0,05	0,15	0,17	0,00	0,02	0,06	0,05	0,03	0,02	0,07	0,05	

Fonte: Elaborado pela autora com base nos resultados da pesquisa.