



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS – ICS
CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

O TEMPO É IRREVERSÍVEL

Explorando dados sobre qualidade de Saúde para o Idoso no Brasil (1991-2010)

ANDRÉA SOARES DUARTE

Maceió /AL
2018

ANDRÉA SOARES DUARTE

O TEMPO É IRREVERSÍVEL

Explorando dados sobre qualidade de Saúde para o Idoso no Brasil (1991-2010)

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Instituto de Ciências Sociais da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do título de Licenciatura em Ciências Sociais, sob a orientação do Prof. Dr. Ranulfo Paranhos.

Maceió /AL
2018

FOLHA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - TCC
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS – ICS

Monografia de autoria de Andréa Soares Duarte, intitulada: “O TEMPO É IRREVERSÍVEL. Explorando dados sobre a qualidade de Saúde para o Idoso no Brasil (1991-2010)”, apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Licenciada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL), em 11 de Outubro de 2018, defendida e aprovada pela banca examinadora abaixo assinada:

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ranulfo Paranhos
Orientador (ICS/UFAL)

Gabriel A. M. Setti
Avaliador Interno (ICS/UFAL)

Marina Felix de Melo
Avaliador Interno (ICS/UFAL)

Dedicatória

*A minha família por toda confiança, motivação,
respeito e carinho.*

Agradecimentos

Quero agradecer primeiramente à Deus por esta vitória, por ter me concedido a honra de ser aprovada em um curso na UFAL, uma Universidade conceituada e ainda mais num curso em que eu sempre me identifiquei, sempre tive uma sintonia muito boa com sua dinâmica, um curso escolhido por amor. Agradecer por Ele ter me fortalecido durante todos os obstáculos enfrentado no decorrer do mesmo, pois não foi uma tarefa fácil pelo contrário.

Ao professor Dr. Ranulfo Paranhos pelo incentivo, compreensão e todo profissionalismo, enquanto orientador, dando todo o suporte necessário para elaboração deste trabalho.

Aos técnicos do Instituto de Ciências Sociais Arielle Darine e Lelan Siqueira, por todo o apoio, incentivo, suporte, motivação e solidariedade a mim dispensados ao longo de todo o curso. Lellan por você tenho um imenso carinho, que Jesus te abençoe abundantemente, obrigada por não ter desistido de mim.

Ao Curso de Ciências Sociais e a todos os professores que contribuíram na minha formação acadêmica, me proporcionando muitos ensinamentos e fazendo ter uma nova visão do mundo de forma mais ampla, vocês hoje fazem parte de minha história.

Aos meus amados pais Lindalva e Genésio que mesmo com pouca formação escolar sempre primaram por uma prestimosa educação aos seus filhos, pautada em respeito e valores, e espelhada neste exemplo eu busquei o meu melhor.

Aos meus irmãos Angela e Ednaldo pelo apoio aos meus estudos, que se alegraram com minha conquista e me serviram de incentivo nesta busca. Agradecer ao meu esposo pela parceria, aos meus filhos Adams e Adson por toda compreensão e paciência, pois muitas das vezes eu não podia estar com eles em ocasiões significativas para nossa família, saibam que toda esta luta foi pensando em vocês e que eu sempre senti o orgulho e carinho que vocês devotavam a mim, vocês foram minha motivação pois as palavras convencem, mas os testemunhos arrastam.

A minha amiga Rozilene Belo por todo incentivo para que eu buscasse uma graduação, essa sim é uma verdadeira demonstração de amizade. Agradeço pelo carinho e paciência pois não foram poucas as vezes que buscava nela apoio para continuar.

Por toda contribuição direta e indireta de todos os amigos (as) e companheiro (as) que fizeram parte de minha história acadêmica no decorrer do curso. A vocês que se empenharam em me incentivar a não desistir por conta de tantas dificuldades por mim enfrentadas, meu muito obrigada de coração.

Quero agradecer em especial aos meus amigos de formação, de coração e para toda vida Kissia Carlos e Sivaldo Venâncio que sempre foram meus parceiros, me estenderam suas mãos, não desistiram de mim, insistiram, persistiram e com isso me resgataram. Suas cobranças em diversos momentos foram imensamente necessárias para que eu acreditasse em meu potencial e pudesse chegar até o final. Saibam que com vocês eu tive a oportunidade, enquanto graduanda, de viver um dos momentos mais incríveis de minha vida.

Por tantas ausências, por ter aberto mão de tantas coisas em prol de alcançar o meu objetivo, e em meio a tantas dores e sofrimentos nunca ter me sentido só e nem desamparada a Deus eu só tenho a agradecer!

“A mais honrosa das ocupações é servir o público e ser útil ao maior número de pessoas.”

Michel de Montaigne

Resumo

O objetivo desse Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é explorar dados socioeconômicos, demográficos e de saúde pública no Brasil referentes a pessoas idosas. Afim de cumprir com essa tarefa, sistematizamos uma base de dados com informações coletadas do Atlas Brasil e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Metodologicamente utilizaremos técnicas de estatística descritiva para analisar informações comparadas entre os anos de 1991, 2000 e 2010, bem como a construção de um indicador de serviço de saúde básica, referente ao ano de 2009. Basicamente, os resultados indicam que há uma discrepância em relação aos serviços de saúde pública no Brasil quando considerando as unidades federativas.

Palavras-chaves: Idoso; Saúde Pública; Brasil.

Abstract

The purpose of this Course Completion Work (CBT) is to explore socioeconomic, demographic and public health data in Brazil regarding elderly people. In order to accomplish this task, we systematized a database with information collected from the Atlas Brazil and the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS). Methodologically we will use descriptive statistics techniques to analyze information comparing between the years of 1991, 2000 and 2010, as well as the construction of a basic health service indicator for the year 2009. Basically, the results indicate that there is a discrepancy in relation to public health services in Brazil when considering the federative units.

Keywords: Elderly; Public health; Brazil..

Lista de siglas e abreviaturas

AF - Análise Fatorial

CF - Constituição Federal

CNI - Conselho Nacional do Idoso

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil.

EI - Estatuto do Idoso

ESPVIDA - Esperança de vida

GINI - Índice de GINI

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNI - Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso

PNSPI - Política Nacional de saúde da Pessoa Idosa

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IDHM_L - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – Dimensão Longevidade

LOS - Lei Orgânica de Saúde

PIND - Proporção de extremamente pobres

PT - Partido dos Trabalhadores

SUS - Sistema Único de Saúde

UF - Unidade da Federação

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Profissionais/1000hab (2014).....	29
Gráfico 2 - Média de R\$ per capito por leito público (2014).....	31
Gráfico 3 - Cobertura (%) dos serviços de saúde (2014).....	33
Gráfico 4 e 5 - Correlações de Pearson (r).....	34
Gráfico 6 - Evolução do IDHM-L e Taxa de Envelhecimento (1991, 2000, 2010).....	36
Gráfico 7 - Evolução do % de idoso e % de dependentes de idosos (1991, 2000, 2010).....	37
Gráfico 8 - % de idoso por Unidades da Federação (1991, 2000, 2010).....	38
Gráfico 9 - % de idoso por % de vulneráveis dependentes de idoso.....	40
Gráfico 10 - Taxa de envelhecimento vs. Gasto per capito (score-Z).....	43

Lista de quadros

Quadro 1 - Resumo do Desenho de Pesquisa.....	24
Quadro 2 - Indicadores de saúde pública.....	25
Quadro 3 - Variáveis extraídas do Atlas Brasil.....	26

Lista de tabelas

Tabela 1 - Profissionais/1000hab (2014).....	28
Tabela 2 - Leitos e gastos (2014).....	30
Tabela 3 - Cobertura (%) de serviços de saúde pública (2014).....	32
Tabela 4 - Correlação de Pearson (r).....	34
Tabela 5 - Estatística descritiva de cenário para idoso (I).....	35
Tabela 6 - Estatística descritiva de cenário para idoso (II).....	37
Tabela 7 - Comparativo de % de Idoso x Indicadores de Saúde Pública.....	39
Tabela 8 - Gastos per capita vs. Indicadores de envelhecimento.....	41

Sumário

1 Introdução.....	14
2 Idoso no Brasil: histórico e políticas públicas.....	16
2.1 Idoso: conceituação e debate.....	16
2.2 Saúde Pública para Idoso no Brasil.....	20
3 Metodologia.....	24
3.1 Desenho de pesquisa.....	24
3.2 Coleta e sistematização da base de dados.....	25
3.3 Opções técnicas para produção de resultados.....	26
4 Resultados e Análises.....	28
4.1 Indicadores de saúde pública.....	28
4.2 Saúde pública para o idoso.....	35
5 Considerações Finais.....	44
Referências Bibliográficas.....	46

1 Introdução

*Raros são aqueles que decidem após madura reflexão;
os outros andam ao sabor das ondas
e longe de se conduzirem
deixam-se levar pelos primeiros.*

Sêneca

Independente da quantidade de habitantes do município ou do perfil socioeconômico, a saúde pública tem se apresentado como um caso recorrente de insatisfação por parte dos seus usuários. Esse é um dos temas mais recorrentes do cotidiano do brasileiro. Não apenas por causa das corriqueiras reportagens jornalísticas que fazem denúncias de negligências de gestores públicos, desvios de verbas ou casos específicos que quase sempre comovem o expectador. Além dessa visibilidade, saúde pública está presente sempre em debates de candidatos a cargos públicos que vão de vereador municipal a Presidente da República. Em disputas mais localistas de conselheiros tutelares ou agendas de atuação de organizações não governamentais que trabalham em benefícios de comunidades carentes, o assunto é indispensável. Por fim, as mais diferentes áreas de conhecimentos nas universidades e instituições de pesquisa estão sempre promovendo debates, discussões ou propondo novas pesquisas sobre a temática com os mais variados objetivos

Internamente, o verbete saúde comporta uma variedade muito grande de subáreas de interesses. Notadamente tem muito destaque saúde relacionada à mulher e à infância; ou as correlações entre condições de moradia e saneamento básico e qualidade de vida e mortalidade infantil; ou ainda temas como *déficit* de leitos e gestão pública de hospitais; ou investimento público e qualidade de saúde. Mais especificamente, nossa pesquisa tem como objeto de estudo o idoso.

Por que estudar o idoso? A velhice é uma etapa natural na vida do ser humano e a sua proteção um direito social, ou seja, são direitos inalienáveis adquiridos a partir do nascimento, como é estabelecido no art. 8º do Estatuto do Idoso. O idoso representa 26,3 milhões de habitantes no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esse número indica que eles são 13% da população, com a expectativa de que esse

percentual chegue a 34% em 2060. Essa é uma justificativa mais que plausível para essa agenda de pesquisa em Ciências Sociais.

De forma mais técnica, nosso objetivo geral é explorar dados socioeconômicos comparando-os com indicadores de saúde pública no Brasil, referentes ao idoso. Ou seja, que Unidade da Federação é mais ou menos favorável à vida de um idoso? Para cumprir com essa finalidade, sistematizamos um banco de dados com informações coletadas no Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil¹ e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)². Do ponto de vista metodológico, trataremos esse banco de dados com estatística descritiva, comparando informações por ano. Para fins de análise, construímos um indicador de serviço de saúde básica que nos ajudará a compreender melhor as condições de serviço de saúde pública a população brasileira, em particular o idoso, e se este está sendo atendido.

Nosso desenho monografia apresenta mais três seções. A próxima será a revisão de literatura, que tratará basicamente sobre (1) conceito de idoso, (2) histórico da saúde pública para o idoso no Brasil. Em seguida apresentamos a seção sobre opções metodológicas e previsões de análises. A seção quatro apresenta os resultados dessa pesquisa, bem como suas respectivas análises. Por fim, faremos nossas considerações finais.

¹ O Atlas é, uma plataforma de consulta ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 5.565 municípios brasileiros, 27 Unidades da Federação (UF), 21 Regiões Metropolitanas (RM) e 3 Regiões Integradas de Desenvolvimento (RIDE) e suas respectivas Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH). O Atlas traz, além do IDHM, mais de 200 indicadores de demografia, educação, renda, trabalho, habitação e vulnerabilidade, com dados extraídos dos Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010. Ver: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>

² Em quase 25 anos de atuação, o DATASUS já desenvolveu mais de 200 sistemas que auxiliam diretamente o Ministério da Saúde no processo de construção e fortalecimento do SUS. Atualmente, o Departamento é um grande provedor de soluções de software para as secretarias estaduais e municipais de saúde, sempre adaptando seus sistemas às necessidades dos gestores e incorporando novas tecnologias, na medida em que a descentralização da gestão torna-se mais concreta. Ver: < <http://datasus.saude.gov.br/datasus>>

2 Idoso no Brasil: histórico e políticas públicas

*A morte não está mais perto
do idoso do que do recém-nascido.
Nem a vida.*

Khalil Gibran

Essa seção apresenta uma revisão de literatura sobre dois temas centrais que envolvem o idoso: (1) conceito de idoso e (2) a saúde pública para o idoso no Brasil. De forma muito objetiva, o capítulo está dividido em duas subseções. A primeira discute não apenas o conceito e princípios normativos atuais, mas suas implicações necessárias para a saúde pública. A segunda parte trata do histórico da saúde pública voltado para idosos no Brasil, com auxílio da literatura em diferentes áreas (Sociologia, Ciência Política, Administração Pública e áreas do conhecimento mais relacionadas à Saúde).

2.1 Idoso: conceituação e debate

A Organização Mundial da Saúde (OMS³) (2002) define o idoso a partir da idade cronológica, portanto, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. É importante pontuar que existe uma diferença no uso dos termos envelhecimento, idoso, velhice e terceira idade. O idoso é o sujeito do envelhecimento. Nesse sentido, o Estatuto do Idoso⁴ é uma Lei Federal (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003) e uma Lei Orgânica do Estado Brasileiro destinada a regulamentar os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos que vivem no país. Em termos práticos, essa lei dispõe sobre a política nacional do idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso. Em seu art. 1º, a Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

De forma paralela, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁵ (PNSPI) está em vigor desde 2006 (Portaria nº 2.528, de 19 de outubro) (BRASIL, 2006).

3 Leitores interessados no *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*, da Organização Mundial de Saúde, acessar o link: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>

4 Lei que dispõe sobre o Estatuto do Idoso: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm

A PNSPI propõe o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção em saúde do idoso. Produzir políticas públicas de saúde resolutivas às necessidades da população idosa é um dos desafios atuais no campo da saúde.

O envelhecimento deve ser entendido como um processo natural da vida que traz consigo algumas alterações sofridas pelo organismo, consideradas normais para esta fase. O envelhecimento populacional traz preocupações sobre a dimensão pública, social e familiar. Conhecer estas perspectivas e como elas influenciam na promoção e manutenção da qualidade de vida do idoso foi a motivação deste trabalho. Tem amentando cada vez mais no Brasil o fenômeno do envelhecimento, e isto vem produzindo necessidades e demandas sociais que requerem respostas políticas adequadas do Estado e da sociedade civil. Ainda não é possível encontrar uma definição de envelhecimento que envolva os complicados caminhos que levam o indivíduo a envelhecer e como este processo é vivenciado e representado pelos próprios idosos e pela sociedade em geral (Carvalho Filho & Papaléo Netto, 2006; Uchôa, 2003).

Os desafios trazidos pelo envelhecimento da população têm diversas dimensões e dificuldades, mas nada é mais justo do que garantir ao idoso a sua integração na comunidade. Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, é um acontecimento natural, irreversível e mundial. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística até conceitua e usa um indicador para mensurar envelhecimento, é o *índice de envelhecimento*⁶, calculado pelo número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Closs e Cha (2012) publicaram um estudo com a uma série histórica sobre o índice de envelhecimento no Brasil que vai de 1970 a 2010.

O envelhecimento é uma realidade que não pode ser ignorada pelos gestores públicos, criadores e avaliadores de políticas públicas e nem por pesquisadores acadêmicos. O Ministério da Saúde⁷, defende que o relacionamento social e familiar é o que realmente pode assegurar ao idoso a motivação para vivenciar as conquistas de

5 Leitores interessados no texto completo podem acessar: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

6 Para ver valores referentes a esse indicador, acesse: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia_demografica/tabela17.shtm

7 Cadernos de Atenção Básica: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>

seus direitos. Em seu *Caderno de Atenção Básica*, número 19, o Ministério informa que

(...) o maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita (2006: 9).

A percepção é que as famílias não estão preparadas para lidar com a pessoa idosa nem mesmo a pessoa que está envelhecendo consegue entender o tamanho ou a dimensão de toda essa transformação em suas vidas. Em termos mais práticos, as pessoas não estão se preparando para envelhecer, para saber como enfrentar o envelhecimento de forma dinâmica e saudável, seja com relação ao cuidado com a saúde ou no convívio junto à sociedade como um todo (MEDEIROS, 2012).

O processo de envelhecimento ocorre em um contexto de desigualdades sociais, econômicas, precário acesso aos serviços de saúde, isenção de uma política governamental de qualidade. Envelhecer deve ser entendido como um processo normal, inevitável, irreversível e não uma doença. Portanto, não deve ser tratado apenas com soluções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais (MONTEIRO, 2013). O envelhecimento é para todos, no entanto poucos poderão se dar ao luxo de desfrutar deste privilégio com dignidade; para se viver mais, necessário se faz que se viva melhor. Envelhecer é um desafio cercado por muitas dificuldades. A terceira idade é uma extensão da vida que deve ser vivida de forma ativa e saudável (MOREIRA *et al.*, 2013). Deve ser entendido como um processo contínuo de crescimento intelectual, social, emocional e psicológico.

Uma condição de vida saudável pode ser considerada um pressuposto para o desenvolvimento de uma vida social, produtiva e prazerosa. Muitos idosos são saudáveis, estão ativos, trabalhando em plena capacidade funcional, mantendo suas famílias ou contribuindo para tanto, constituindo parte da força produtiva e da sociedade de consumo. Neste sentido o envelhecimento da população influencia o consumo, a transferência de capital e propriedades, impostos, pensões, o mercado de trabalho, a saúde e assistência médica, a composição e organização da família (FELIX, 2014).

Segundo IBGE, até 2060 o Brasil terá cerca de 58 milhões de idoso, o que representa 11% da população com mais de 60 anos. Segundo o Estatuto do Idoso⁸, o que se pode apreender é que um envelhecimento ativo e saudável depende do desenvolvimento de programas capazes de abranger aspectos relacionados à saúde, à sociabilidade e à educação. É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, sendo o envelhecimento ativo e saudável, o principal objetivo pois os fundamentos que objetivam tais ações a pessoa idosa é a de mantê-las independentes física e mentalmente no seio familiar bem como na comunidade. Se considerarmos saúde de forma ampliada, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa. Na letra fria da lei

significa um avanço no sentido de dar publicidade a um assunto até então tratado de forma fragmentada ou restrito à esfera da família, visa, teoricamente, a evitar a exclusão da população idosa do processo de desenvolvimento do país e de seus eventuais benefícios (BRASIL, 1996).

O que implica em dizer que é preciso uma reorientação dos serviços de saúde, pois conforme as pessoas vão envelhecendo elas precisam de mais auxílio. Se faz necessário um investimento principalmente na atenção básica com discussões de estratégias preventivas e de promoção à saúde da pessoa idosa. Os profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na rede de atenção básica devem ser alvo de treinamento e capacitação continuados para se adequarem às necessidades da população idosa. É preciso entender que há uma grande diferença entre ser idoso e ser velho. O idoso é quem tem idade avançada e velho é quem perdeu a jovialidade o encantamento pela vida. *“A ‘velhice’ assim como a ‘juventude’, não é uma espécie de característica substancial que acontece com a idade [...]”* (LENOIR, 1996: 71).

Se o indivíduo envelhecer com autonomia e independência; com boa saúde física; desempenhando papéis sociais; permanecendo ativos, a qualidade de vida dos mesmos passará a ser muito boa (VERAS e OLIVEIRA, 2018). É necessário garantir ao idoso a sua integração na comunidade, isto lhe garantirá o sentimento de importância e fortalece a própria identidade.

De imediato, o envelhecimento populacional em nosso país necessita de um diagnóstico de saúde a nível nacional e regional para que possa conduzir as propostas realistas, que venham de fato atender a demanda desta parcela da população (LIMA-

8 <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/98301/estatuto-do-idoso-lei-10741-03>

COSTA e VERAS, 2003). É preciso métodos inovadores que contribuam na atenção ao idoso com base reais, compatíveis com a realidade socioeconômica da nação. Tendo como objetivo final a manutenção do maior número possível de idosos na comunidade, destinando a estes dignidade e autonomia pelo maior tempo possível. A partir daí as propostas intervencionistas que surgirem deverão ser avaliadas e redirecionadas. Defendemos aqui que o foco principal dessas ações de intervenção deve sempre ser: recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

2.2 Saúde Pública para Idoso no Brasil

Os anos de 1990 foram marcados pela sanção da Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842/94⁹, e o Decreto Lei nº 1.948/96¹⁰ que regulamentou essa Lei. A Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso é a política que objetiva, no Sistema Único de Saúde (SUS), garantir atenção integral à Saúde da população idosa, com ênfase no envelhecimento saudável e ativo. Essa política foi votada no Congresso Nacional, após estudos e debates impulsionados pelas organizações governamentais e não governamentais interessadas no tema. A PNI deixa clara a atuação do Governo, indica ações específicas e a finalidade de criar condições que promovam a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade. Seu objetivo é garantir a efetivação de direitos nas políticas de saúde, cultura, lazer, habitação, entre outras (BRASIL, 1994). Coube ao Ministério da Previdência e Assistência Social sua coordenação e promoção.

A PNI assegurou direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS. (BRASIL, 2010, p 19)

A Política Nacional do Idoso tem sua base em cinco princípios estabelecidos no art. 3º, apresentados da seguinte maneira:

I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

9 Na íntegra, Política Nacional do Idoso: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/110060/politica-nacional-do-idoso-lei-8842-94>

10 Também é possível acessar o Decreto Lei: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1996/decreto-1948-3-julho-1996-435785-norma-pe.html>

- II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;
- V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei. (Lei nº 8.842/1994, p. 06)

Nestes termos, o Estado brasileiro assegura que todo e qualquer cidadão tem direito a saúde garantida por lei, instituído na Constituição Federal de 1988, que reconhece em seu art. 6º a saúde como um direito social fundamental, exigindo do Estado prestações positivas no sentido de efetivá-la, por meios de políticas públicas sociais e econômicas. A saúde é abordada na Constituição de 1988, em seu artigo 196, estabelece:

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

Considerada por muitos autores (RULLI NETO, 2003; MENDONÇA, 2005; CAMARANO, 2013; CAVALHEIRO, 2013; PRADO, 2012) como um marco importante no histórico brasileiro a nova Constituição trouxe avanços, no campo da proteção social resultantes das lutas e reivindicações oriundas dos mais diversos setores da sociedade, onde os direitos aos cidadãos são garantidos sem discriminação de qualquer natureza. Além da Constituição Federal, o direito a saúde é estabelecido em território brasileiro pela Lei Orgânica de Saúde (LOS) (Lei nº 8080¹¹, de 19 de setembro de 1990), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A LOS ressalta em seu art. 1º que a saúde é um Direito Fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Quanto maior for o acesso do idoso aos bens e serviços da sociedade, maior será a qualidade de vida no processo de envelhecimento. Saúde não é só ausência de doença, representa também qualidade de vida, é sentir-se realizado, feliz, de bem com aquilo que lhes está sendo proporcionado, seja físico ou material.

O processo de envelhecimento humano é uma particularidade do sujeito. Porém, quando esse processo acomete um grande número de indivíduos ao

11 Lei na íntegra: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm

mesmo tempo, se torna um fenômeno estrutural, e como tal, tem causas e produz efeitos no conjunto das relações humanas em todos os aspectos (PESSOA, 2007: 2).

O projeto que criou o Estatuto do Idoso, de autoria do senador Paulo Paim (PT-RS), foi aprovado por unanimidade, tanto pela Câmara dos Deputados, no dia 21 de agosto, quanto pelo Senado Federal, no dia 23 de setembro. Após seis anos tramitando no Congresso, o Estatuto do Idoso foi aprovado em setembro de 2003. A lei nº 10.741/03, que criou o Estatuto do Idoso, contém 118 artigos e foi sancionada pelo Presidente da República Luís Inácio Lula da Silva, no dia 1º de outubro de 2003 passando a vigorar, como um todo, no dia primeiro de janeiro de 2004. A nova lei passou a beneficiar milhões de brasileiros da terceira idade ampliando assim seus direitos.

O Estatuto do Idoso no Brasil é o resultado final do trabalho de várias entidades preocupadas na defesa dos direitos dos idosos.

“A positivação da identidade do idoso significa, por um lado, reconhecer o que há de importante e específico nessa etapa da vida para desfrutá-lo; por outro lado, compreender, do ponto de vista desse grupo social, os sofrimentos, as doenças e as limitações com toda a carga pessoal e familiar que tais situações acarretam, embora nunca tratando tais acontecimentos dolorosos e tristes como sinônimos de velhice”. (MINAYO & JÚNIOR, ANO:14)

Com relação aos direitos dos idosos, os deveres da sociedade e a obrigação social, o estatuto do idoso diz:

Art. 3 - É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. [...]

Art. 4 - Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

A implementação de políticas públicas voltadas para o idoso vem resultando no desenvolvimento de programas vinculados ao lazer, à cultura, à educação, bem como a saúde, ao trabalho e a assistência desta população. Mesmo com todos os avanços e

conquistas ao longo dos anos, o idoso ainda se vê excluído em alguns aspectos sociais, de saúde e principalmente no tocante a uma boa qualidade de vida.

Os sujeitos não acreditam que o Estado brasileiro está pronto para tratar os idosos em seus direitos, muito menos, ter uma política pública em que esteja pautado no princípio da inclusão dos idosos nas atividades cotidianas oferecidas em nossa sociedade, independente dos programas sociais e do estatuto do idoso. Por ser este ‘um problema social’, deve estar instituído em todos os instrumentos que fazem parte da formação e visão corrente do mundo social (LENOIR, 1996). As políticas públicas que regimentam os direitos do idoso e que deveriam estar sendo colocadas em prática não estão sendo respeitadas, estão sendo ineficientes, negligenciadas.

Mesmo com o desejo de gerenciar a própria vida, muitas vezes morando sozinhos, as limitações físicas tornam-se impeditivos e os vínculos de amizade ou familiares que se consegue manter com o mundo externo ao que já estão habituados quando se isolam, tendem a ser desafiador para o idoso. Sobre esses preceitos, o Ministério da Saúde também propõe que:

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, sendo o envelhecimento ativo e saudável, o principal objetivo. Se considerarmos saúde de forma ampliada, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa (BRASIL, 2010:12).

Não é objetivo desse trabalho de pesquisa avaliar se o conjunto de leis brasileiras que preveem as políticas públicas para a população idosa tem sido eficaz ou não. Também não nos cabe aqui mensurar se essas leis que obriga o Estado a tutela e responsabilidade pela segurança, saúde, lazer e bem-estar como um todo, são responsáveis por um quadro de dependência e ineficiência da coisa pública.

3 Metodologia

*Deve-se temer a velhice, porque ela nunca vem só.
Bengalas são provas de idade e não de prudência.*

Platão

Essa seção está dividida em três partes. A primeira resume o desenho de pesquisa, a segunda é sobre a sistematização do banco de dados e as escolhas das variáveis e, por fim informamos como os dados deverão ser apresentados e as nossas escolhas técnicas.

3.1 Desenho de pesquisa

O primeiro passo para o bom desenvolvimento de uma pesquisa é tornar claro o seu desenho a explicitar da questão de pesquisa (FIGUEIREDO FILHO *et al.*, 2012). Isso não apenas contribui para a boa prática científica, mas como defende King (2015), a ciência exige que sejamos capazes de replicar os achados de outros pesquisadores. Nosso esforço aqui é garantir a replicabilidade dos nossos achados e pensando nisso, o quadro abaixo resume o nosso desenho de pesquisa.

Quadro 1 - Resumo do Desenho de Pesquisa

Questão de Pesquisa	Qual a Unidade Federativa é mais favorável à vida-saúde do idoso?
Objetivo Geral	Explorar dados socioeconômicos, demográficos e de saúde pública no Brasil, referentes a pessoas idosas
Recorte temporal	1991, 2000, 2010
Técnica	Estatística descritiva e Correlação de Pearson (r)

Fonte: elaboração da autora (2018).

Além dos itens essenciais do desenho de pesquisa, também apresentamos os objetivos específicos dessa pesquisa:

- (1) Construir um indicador de oferta de serviços de saúde pública, por Unidade Federativa;
- (2) Sistematizar um indicador de disponibilidade de profissionais de saúde por Unidade Federativa;
- (3) Correlacionar os indicadores criados por variáveis socioeconômicas;

3.2 Coleta e sistematização da base de dados

Essa subseção descreve como foi realizada a coleta de informações para a confecção do banco de dados, bem como apresenta as variáveis.

Depois de definido o desenho de pesquisa, o passo seguinte foi a sistematização do banco de dados que se iniciou com a busca pelas variáveis independentes para a construção dos dois indicadores descritos nos objetivos específicos e as variáveis socioeconômicas. O quadro abaixo apresenta as variáveis que compõem os dois indicadores.

Quadro 2 - Indicadores de saúde pública

Indicador	Variáveis
Profissionais	Médicos/1000hab ¹²
	Enfermeiros/1000hab
	Téc. Enfermagem/1000hab
	Aux. Enfermagem/1000hab
Cobertura Assistencial	Cobertura % de Equipes de Saúde da Família ¹³
	Cobertura % Agentes Comunitários de Saúde
Gastos/Leitos	Leitos Públicos/1000hab ¹⁴
	Gasto per capto ano (R\$/hab

Fonte: elaboração da autora (2018).

Vale ressaltar que os dados que constam em nosso banco utilizam a dimensão Unidade Federativa como unidade de análise. Apesar de nossos esforços, não foi possível encontrar dados por municípios, o que poderia tornar a análise mais interessante do ponto de vista comparativa. Possibilitando, inclusive, análises por um único Estado. No entanto, cabe o registro de que os repositórios de dados públicos são pouco intuitivos para o manuseio ou fornecem apenas dados agregados ou em formato de planilhas prontas e não como banco de dados.

12 DataSUS: <http://datasus.saude.gov.br/>

13 Sala de Apoio à Gestão Estratégica/MS (2014)

14 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/MS (2014).

O próximo quadro descreve as variáveis socioeconômicas que foram selecionadas do Atlas Brasil, para os anos de 1991, 2000 e 2010.

Quadro 3 - Variáveis extraídas do Atlas Brasil

#	Nome	Descrição
1	UFN	Unidade da Federação
2	ESPVIDA	Esperança de vida ao nascer
3	SOBRE60	Probabilidade de sobrevivência até 60 anos
4	T_ENV	Taxa de envelhecimento
5	RAZDEP	Percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais em relação à população de 15 a 64 anos
6	T_ANALF25M	Taxa de analfabetismo da população de 25 anos ou mais de idade
7	GINI	Índice de GINI
8	PIND	Proporção de extremamente pobres
9	PREN60	Percentual da renda total apropriada pelos 60% da população com menor renda domiciliar <i>per capita</i>
10	PREN80	Percentual da renda total apropriada pelos 80% da população com menor renda domiciliar <i>per capita</i>
11	PMPOB	Proporção de pobres
12	RDPC	Renda per capita média
13	T_RMAXIDOSO	% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos
14	PESO65	População de 65 anos ou mais
15	IDHM_L	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Dimensão Longevidade
16	IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

Fonte: elaboração da autora (2018).

A coleta consistiu em fazer o *download* das planilhas com os dados e selecionar variáveis de interesse. Na versão original, tanto as planilhas do Atlas Brasil quanto as outras possuem uma quantidade maior de informações que foram descartadas por não atenderem ao nosso desenho de pesquisa. Especificamente no caso do Atlas Brasil os dados podem ser acessados por municípios, Unidade Federativas, Regiões do País ou agregado pelo Brasil, considerando os anos.

3.3 Opções técnicas para produção de resultados

A primeira estratégia de análise é a construção dos indicadores que deverão ser feitos por média aritmética simples, ou seja, soma-se os valores internos das variáveis e divide-se

pelo número de variáveis. O que espera-se é uma unidade que permita maior facilidade de comparação e um ganho intuitivo maior sobre o fenômeno analisado. Para Jannuzzi (2005), os indicadores indicam e traduzem em termos operacionais as dimensões sociais que possibilitam escolhas teóricas ou políticas para elaboração de políticas públicas.

Afim de garantir transparência metodológica, assumimos aqui que técnicas estatísticas como Análise Fatorial (AF) é mais indicado para construção de indicadores (JANUZZI, 2002). No entanto, dado a natureza exploratória dessa pesquisa, optamos por apresentar soluções técnicas menos sofisticadas.

Após a elaboração desses indicadores, a estratégia de produção de resultados consiste em apresentar as frequências das variáveis relacionadas ao idoso, afim de apresentar um cenário socioeconômico das melhores e piores condições para a vida, por Unidade Federativas e anos. No segundo momento, faremos cruzamento de algumas dessas variáveis com nossos indicadores, no intuito de estabelecer correlação entre eles.

Nosso foco é explorar os dados afim de fornecer uma melhor compreensão sobre a disponibilidade de serviços públicos por indicadores/variáveis sociais para a vida do idoso no Brasil.

4 Resultados e Análises

*Só se pode chamar ciência
ao conjunto de receitas que funcionam sempre
Todo o resto é literatura.*

Paul Valéry

Essa seção apresenta os resultados da nossa pesquisa, dividida em duas partes. A primeira explora profissionais disponíveis, serviços e gastos com saúde pública. A segunda seção cruza essas informações com dados do Atlas Brasil. Nossa unidade de análise serão as Unidades Federativas do Brasil.

4.1 Indicadores de saúde pública

Nosso indicador de saúde pública voltada para o idoso possui dados para o ano de 2014. Nosso primeiro conjunto de análises se refere à construção desses indicadores. A tabela 1 apresenta o número de profissionais para grupos de 1.000 habitantes.

Tabela 1 - Profissionais/1000hab (2014)

UF	Médicos	Enfermeiros	Téc. de Enf.	Aux. de Enf.	Total
Acre	0,92	1,63	3,87	2,45	8,87
Alagoas	1,17	1,89	1,28	0,78	5,12
Amapá	0,75	0,79	5,76	1,54	8,84
Amazonas	1,07	1,45	4,80	1,11	8,43
Bahia	1,12	1,10	2,59	1,83	6,64
Ceará	1,06	1,05	1,32	2,12	5,55
Distrito Federal	3,61	2,08	6,78	1,76	14,23
Espírito Santo	1,93	1,30	3,08	0,54	6,85
Goiás	1,40	1,22	3,07	0,64	6,33
Maranhão	0,53	0,87	2,49	0,75	4,64
Mato Grosso	1,14	1,35	3,35	1,49	7,33
Mato Grosso do Sul	1,46	1,49	3,07	4,20	10,22
Minas Gerais	1,82	1,99	3,32	2,04	9,17
Pará	0,77	0,88	3,24	1,85	6,74
Paraíba	1,19	1,37	2,54	1,73	6,83
Paraná	1,97	1,05	1,55	2,44	7,01
Pernambuco	1,37	0,83	2,90	1,25	6,35
Piauí	0,93	0,97	2,17	1,71	5,78
Rio de Janeiro	3,52	2,12	6,84	4,37	16,85
Rio Grande do Norte	1,23	0,76	2,01	1,28	5,28
Rio Grande do Sul	2,37	1,80	6,33	3,76	14,26
Rondônia	1,03	1,41	3,77	3,26	9,47
Roraima	1,24	1,10	3,76	3,12	9,22
Santa Catarina	1,68	1,32	3,66	1,60	8,26
São Paulo	2,50	1,85	2,37	5,09	11,81

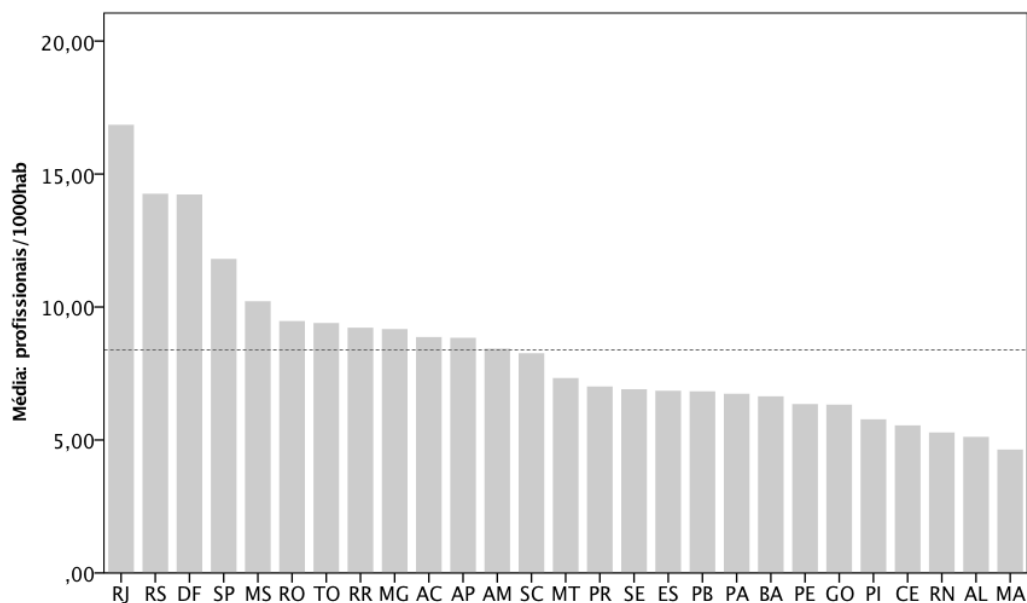
Sergipe	1,30	0,88	1,73	3,00	6,91
Tocantins	0,99	2,01	5,34	1,06	9,40
Média	1,48	1,35	3,44	2,10	8,38

Fonte: Ministério da Saúde (2014).

A tabela acima descreve a quantidade média de profissionais de saúde por grupos de mil habitantes, para as Unidades da Federação. Na base de dados do Ministério da Saúde extraímos quatro tipos de profissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem) ligados ao atendimento de saúde pública de uma maneira geral. Vale a ressalva de que a apresentação de profissionais mais diretamente relacionados à saúde do idoso, como geriatras e gerontologistas, seria mais indicado, mas esses dados não estão disponíveis na base do Ministério da Saúde. Assim, assumimos que um cenário onde há um número maior de profissionais de saúde é mais desejável para qualquer cidadão e, em especial, para a saúde do idoso. Nosso esforço aqui foi simplesmente somar a quantidade por grupos de mil habitantes e encontrar um valor total, descrito na última coluna à direita

Em relação aos dados da tabela 1, destacamos em vermelho aquelas unidades federativas com menor número e em azul as que tem os maiores valores. Merece destaque negativo os Estados do Maranhã (0,53), Amapá (0,75) e Pará (0,77) com as menores taxas de médicos de grupos de mil habitantes. No lado oposto estão Distrito Federal (3,61), Rio de Janeiro (2,52) e São Paulo (2,50). Os dados são tão discrepantes que, comparativamente, o Distrito Federal tem quase sete vezes a quantidade de médicos do Maranhão. O gráfico 1 ilustra as médias de profissionais por unidades federativas.

Gráfico 1 - Profissionais/1000hab (2014)



Fonte: Ministério da Saúde (2014).

Considerando todos profissionais, as maiores quantidades média estão no Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Distrito Federal. Maranhão, Alagoas e Rio Grande do Norte tem os menores escores e estão todos na Região Nordeste do país. A linha pontilhada representa a média que é de 8,38 profissionais de saúde por mil habitantes. A seguir, a tabela 2 apresenta os dados referentes a leitos públicos e gasto *per capto* por Unidade Federativa.

Tabela 2 - Leitos e gastos (2014)

UF	Leitos de Hosp/1000Hab	Leitos púb. / 1000 hab	Gasto (R\$) <i>per capto</i>	Gasto (R\$) <i>per capto</i> / Leito
Acre	1,98	1,43	1.066,81	746,02
Alagoas	1,88	0,68	325,62	478,85
Amapá	1,74	1,36	677,66	498,28
Amazonas	1,56	1,33	701,64	527,55
Bahia	1,99	0,90	395,64	439,60
Ceará	1,85	0,86	353,69	411,27
Distrito Federal	2,03	1,39	1.194,02	859,01
Espírito Santo	2,20	0,58	611,45	1054,22
Goiás	2,58	0,87	414,28	476,18
Maranhão	1,89	1,31	281,74	215,07
Mato Grosso	2,00	0,78	382,43	490,29
Mato Grosso do Sul	2,42	0,68	293,33	431,37
Minas Gerais	2,20	0,55	336,23	611,33
Pará	1,85	0,78	270,87	347,27
Paraíba	2,16	1,07	310,36	290,06
Paraná	2,51	0,61	342,21	561,00
Pernambuco	2,18	1,14	529,87	464,80
Piauí	2,46	1,59	385,15	242,23
Rio de Janeiro	2,66	1,04	346,10	332,79
Rio Grande do Norte	2,18	1,18	371,52	314,85
Rio Grande do Sul	2,85	0,41	476,29	1161,68

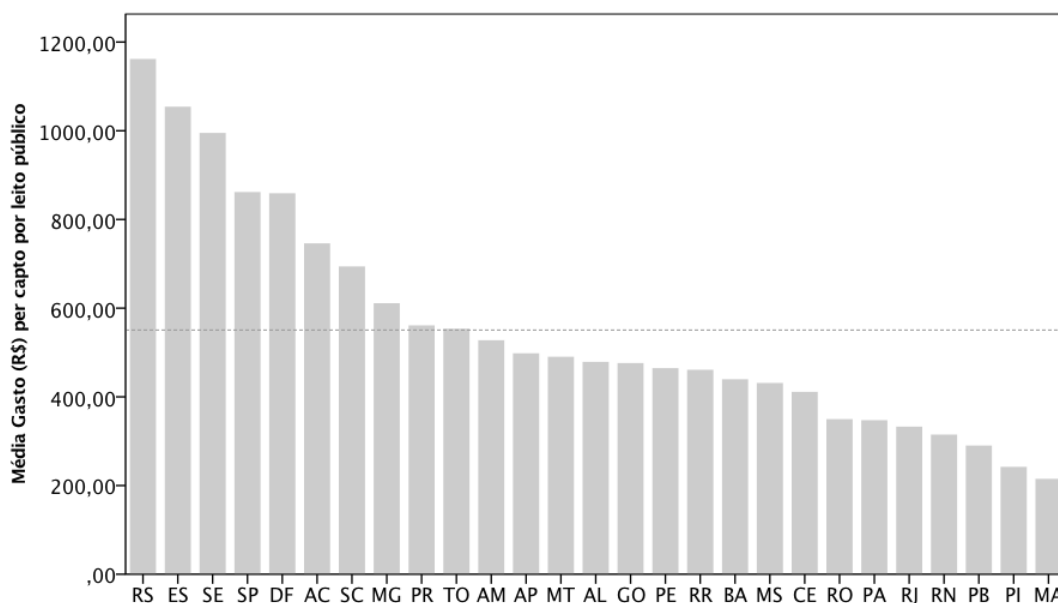
Rondônia	2,25	1,51	528,08	349,72
Roraima	1,72	1,59	733,20	461,13
Santa Catarina	2,54	0,57	395,66	694,14
São Paulo	2,31	0,58	499,80	861,72
Sergipe	1,64	0,44	437,76	994,91
Tocantins	2,09	1,65	913,30	553,52
Média	2,14	1,00	502,77	746,02

Fonte: Ministério da Saúde (2014).

Destacamos na tabela acima os valores menos desejáveis em vermelho e os que julgamos melhor ou mais eficiente em azul. Contrainstintivamente os Estados de Tocantins (1,65), Roraima (1,59) e Piauí (1,59) possuem os maiores números de leitos por mil habitantes. Rio Grande do Sul (0,41), Sergipe (0,44) e Minas Gerais (0,55) tem os menores valores. Destacamos ainda o gasto *per capita* (R\$) que cada unidade federativa registrou no ano de 2014. As maiores médias foram registradas para o Distrito Federal, Acre e Tocantins. Não dá para inferir qualquer explicação sobre esses resultados, uma vez que a unidade federativa com maior registro de gastos per capita é o Distrito Federal, mas o segundo colocado é um pequeno Estado na região Norte do país (Acre) e o terceiro está na região Centro-Oeste e não é destaque como o dono dos melhores indicadores sociais, muito pelo contrário.

Nosso indicador criado é a *gasto (R\$) per capita por leito em hospital público*. Em termos mais práticos, valores maiores indicam maior investimento na saúde pública. Tecnicamente, dividimos a *gasto per capita* pela quantidade de leitos públicos em hospitais. Os valores estão descritos na última coluna à direita. Para uma compreensão mais intuitiva, o gráfico 2 ilustra esse indicador.

Gráfico 2 - Média de R\$ per capto por leito público (2014)



Fonte: Ministério da Saúde (2014).

Aqui, os estados com maiores valores indicam que há um maior gasto (R\$) *per capita* por cada leito em hospital público. Ou seja, maior quantidade de dinheiro investido para cada unidade de leito, implica em menor eficiência da verba investida. Mas caberia outras interpretações. Nesses termos, Rio Grande do Sul, Espírito Santos e Sergipe seriam os Estados menos eficientes no uso de dinheiro público para produzir leitos em hospitais.

Os três Estados do Nordeste, Maranhão, Piauí e Paraíba estão na posição contrária. Como explicar que Estados notadamente mais pobres e piores indicadores sociais possuem melhor aproveitamento de recursos para ofertar leitos em hospitais? Uma explicação possível e que merece maior atenção, pode ser o fato de que altas demandas por serviços de saúde e baixa quantidade de recursos financeiros, podem ter produzidos um número maior de leitos, o que não quer dizer que a qualidade do serviço ofertado seja a recomendada. Do ponto de vista exploratório, a construção de um indicador por parte do Ministério da Saúde, que seja capaz de mensurar a qualidade não apenas dos leitos, mas do serviço público, é importante para a elaboração de políticas públicas e atenderia ao princípio de transparência que deve ser dado à coisa pública.

As próximas análises dizem respeito à cobertura percentual da população por serviços de saúde (equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários). Tecnicamente somamos as duas primeiras colunas e dividimos por 2. A tabela 3 sintetiza essas informações.

Tabela 3 – Cobertura (%) de serviços de saúde pública (2014)

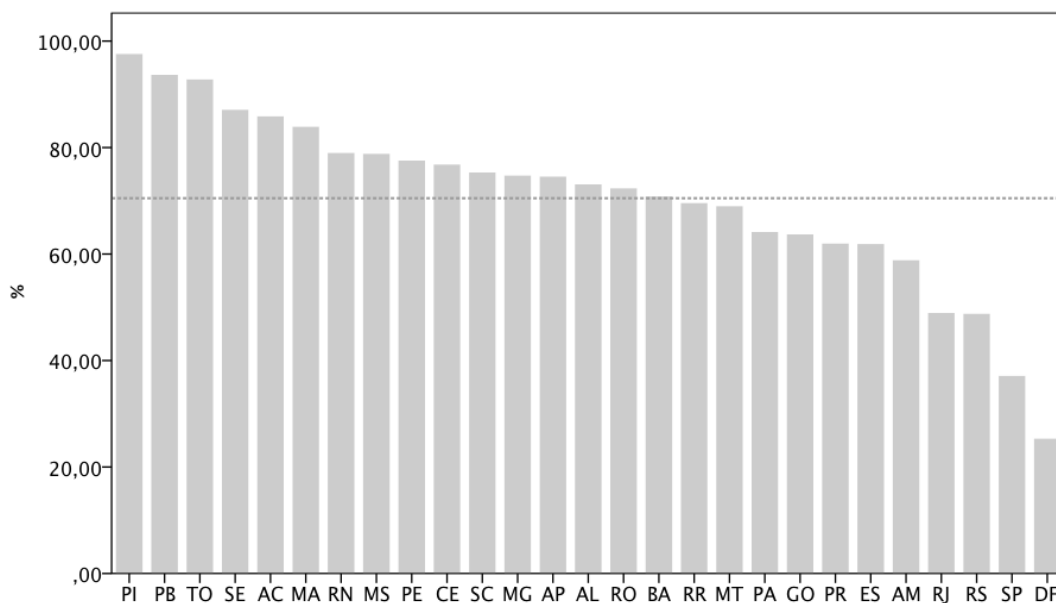
UF	Cobertura Populacional (%) de Equipes de Saúde da Família	Cobertura Populacional (%) Agentes Comunitários de Saúde	Cobertura de Serviços de Saúde (%)
Acre	76,01	95,69	85,85
Alagoas	71,08	75,08	73,08
Amapá	70,76	78,33	74,55
Amazonas	53,83	63,81	58,82
Bahia	61,92	79,70	70,81
Ceará	72,02	81,55	76,79
Distrito Federal	29,93	20,71	25,32
Espírito Santo	57,38	66,36	61,87
Goiás	64,01	63,37	63,69
Maranhão	79,11	88,68	83,90
Mato Grosso	63,62	74,32	68,97
Mato Grosso do Sul	66,94	90,66	78,80
Minas Gerais	75,84	73,62	74,73
Pará	47,85	80,40	64,13

Paraíba	91,12	96,21	93,66
Paraná	63,86	60,08	61,97
Pernambuco	69,90	85,18	77,54
Piauí	95,90	99,21	97,56
Rio de Janeiro	48,53	49,35	48,94
Rio Grande do Norte	78,97	78,97	78,97
Rio Grande do Sul	50,38	47,17	48,78
Rondônia	67,31	77,33	72,32
Roraima	70,43	68,70	69,57
Santa Catarina	76,01	74,61	75,31
São Paulo	36,77	37,44	37,11
Sergipe	82,31	91,85	87,08
Tocantins	89,68	95,88	92,78
Média	67,09	73,86	70,47

Fonte: Ministério da Saúde (2014).

O leitor que desse trabalho deseja fazer uso dos serviços de saúde ofertados pelo Estado no que diz respeito à Saúde da Família e aqueles serviços prestados por agentes comunitários, vai poder identificar quais unidades federativas deve escolher para morar. É provável também que esse leitor não seja usuário de plano de saúde privado e que vai demandar os cuidados da sua saúde ao serviço do Estado. De novo, aqui o indicador de cobertura é medido em números percentuais, ou seja, um número ideal de profissionais por grupos de 1000 habitantes. Fazemos aqui a mesma ressalva que fizemos referente aos leitos públicos ofertados, que o indicador não mede a qualidade do serviço prestado, mas deve ser tomado como uma referência confiável (uma vez que os dados públicos tendem a ser oficiais). Seguindo o padrão de apresentação de resultados, o gráfico 3 resume a cobertura percentual de serviços de saúde no Brasil, por unidade federativa para o ano de 2014.

Gráfico 3 - Cobertura (%) dos serviços de saúde (2014)



Fonte: Ministério da Saúde (2014).

A linha pontilhada representa média (70,47%) do indicador analisado. De uma maneira geral, Piauí (97,56%), Paraíba (93,6%) e Tocantins (92,78%) são os Estados com maior cobertura média das duas variáveis analisadas. A discrepância desses estados em relação ao Distrito Federal (25,32% de cobertura) é sensível ao olharmos para o gráfico. Esse é um ponto em destaque em nossas análises e que merece um estudo específico sobre o tema, afim de encontrar uma explicação que possa dar conta do porquê a capital federal cobre apenas um 1/4 de sua população com esses tipos de serviços. São Paulo (37,11%) e Rio Grande do Sul (48,78%) aparecem logo em seguida como a segunda e terceira menor cobertura.

Até agora, nossos indicadores simples concluíram que Distrito Federal, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul possuem a maior quantidade de profissionais de saúde por grupos de mil habitantes. Os Estados do Rio Grande do Sul, Espírito Santo e Sergipe são os que mais investem em gasto (R\$) *per capita* por leito em hospital público. Por fim, Piauí, Paraíba e Tocantins possuem as maiores coberturas percentuais de serviços de Saúde da Família e equipes de Agentes Comunitários.

A informação de que dois Estados do Nordeste e um do Centro-Oeste são destaques como um indicador positivo em relação à saúde pública desperta, no mínimo, uma dúvida: o que pode explicar esse fenômeno? Estrategicamente, uma opção de atacar esse problema é apelar para a máxima de que dinheiro explica muita coisa, inclusive qualidade dos serviços públicos. Pensando nisso, correlacionamos o *gasto per capita por leito público* com *cobertura de serviços*. Ver a tabela 4 com os resultados.

Tabela 3 - Correlação de Pearson (r)

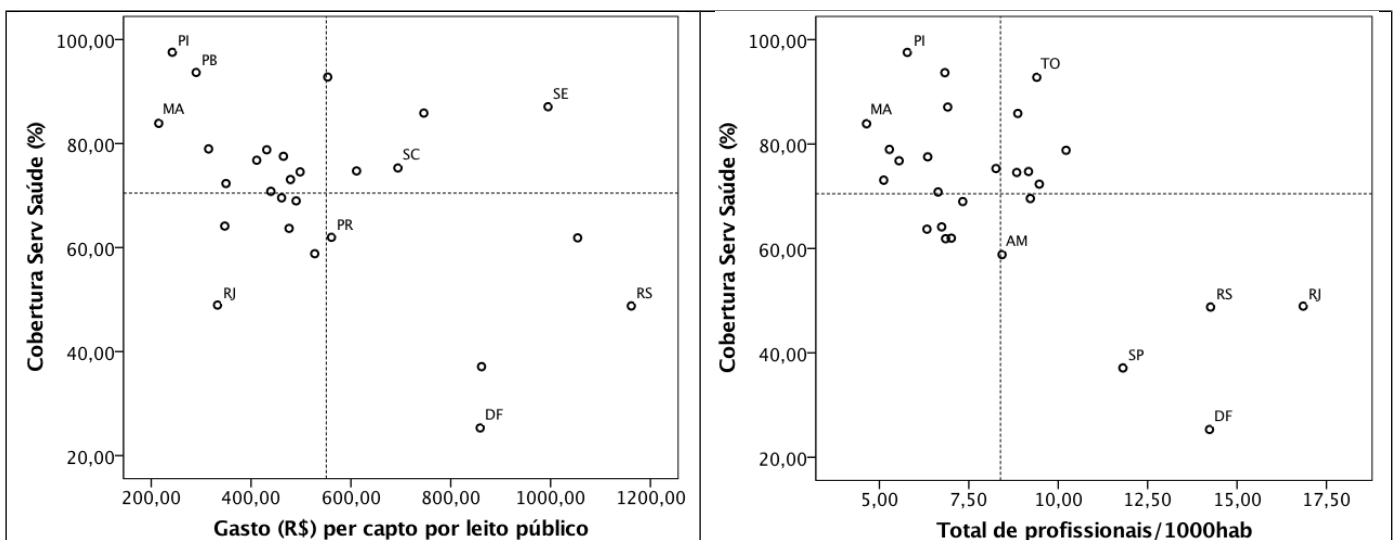
		Gasto per capto por leito público	Total de profissionais/1000hab
Cobertura Serv Saúde	Correlação de Pearson	-,443*	-,645**
	Sig. (bilateral)	,021	,000
	N	27	27

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

As correlações encontradas foram moderadas (r entre 0,30 e 0,70) e com sinal negativo, ou seja, sempre que um valor cresce o outro tende a diminuir. De forma mais prática, correlação entre *Cobertura do Serviço de Saúde* com *Gastos per capita* por leitos públicos foi de $r=-0,443$ ($p<0,05$) e quando correlacionada com *total de profissionais/1000hab* foi de $r=-0,645$ ($p<0,01$), o que implica em dizer que o aumento no número de profissionais está correlacionado a uma cobertura de serviços de saúde da família e agentes de saúde, o mesmo acontece em relação aos leitos: maior cobertura se correlaciona a menos leitos públicos. Os achados são contrários ao que se esperava, mas esse tem sido até aqui o objetivo desse trabalho, explorar dados socioeconômicos, demográficos e de saúde pública no Brasil referentes a pessoas idosas. Afim de garantir uma melhor visualização do que estamos afirmando, a figura 1 ilustra dois gráficos referentes às correlações analisadas.

Gráfico 4 e 5 – Correlações de Pearson (r)



Fonte: Ministério da Saúde (2014).

As linhas tracejadas indicam os valores médios para cada eixo do gráfico. Intuitivamente se percebe uma linha imaginária descendente, ou seja, sempre que crescem os valores no eixo y, tendem a ser menores os valores do eixo x, ou seja, uma

correlação negativa. Em termos mais práticos, unidades federativas com maiores coberturas de serviços, são também as que menos investem em leitos de hospitais e apresentam menores escores de profissionais de saúde, coincidentemente são também Estados que possuem indicadores menos desejados da Federação (informações sobre indicadores sociais serão apresentadas a seguir). Cabe uma questão sobre esses achados: maior cobertura de serviços de saúde da família indica menor qualidade de serviços hospitalares? Não cabe a essa pesquisa responder essa questão, mas é nosso objetivo explorar dados afim de fornecer subsídios para desenhos de pesquisas futuras.

Outra questão não menos interessante para finalizarmos essa primeira seção de análise de dados retorna ao fato de que, se menos serviços de saúde da família tendem a um maior investimento em serviço de hospitais que resultam em mais leitos, os valores do nosso gráfico 3 deveriam ser lidos de forma inversa? A saber, Distrito Federal, São Paulo e Rio Grande do Sul estão em melhores condições que Piauí, Paraíba e Tocantins?

4.2 Saúde pública para o idoso

Qual o cenário do idoso no Brasil? Para tentar responder essa questão, utilizaremos os dados do Atlas Brasil (2010) e dividimos as análises em dois grupos de variáveis afim de tornar a leitura mais intuitiva. A tabela abaixo apresenta o primeiro conjunto de informações.

Tabela 4 - Estatística descritiva de cenário para idoso (I)

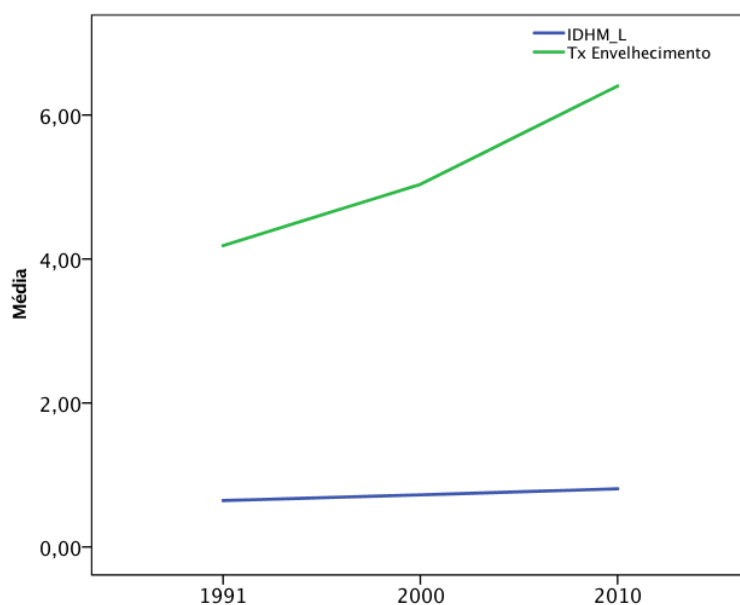
Ano	Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1991	Esperança de Vida	27	58,04	70,16	63,67	3,474
	Taxa de Envelhecimento	27	2,09	6,51	4,18	1,244
	IDHM-Longevidade	27	0,551	0,753	0,644	0,0578
2000	Esperança de Vida	27	63,79	73,86	68,41	2,903
	Taxa de Envelhecimento	27	2,60	7,43	5,03	1,375
	IDHM-Longevidade	27	0,647	0,814	0,723	0,0483
2010	Esperança de Vida	27	70,32	77,35	73,51	1,825
	Taxa de Envelhecimento	27	3,44	9,26	6,40	1,626
	IDHM-Longevidade	27	0,755	0,873	0,808	0,0304

Fonte: Atlas Brasil (2010).

A primeira informação relevante aqui é que a esperança de vida do brasileiro aumentou à medida que os anos transcorriam, saindo de uma média de 63,67 anos (1991) para 73,51 em 2010, expressando um aumento de quase 10 anos a mais de vida em uma série de 20 anos. Podemos aqui também salientar, de acordo com a estatística, que em (1991) a Taxa de Envelhecimento que era de 4,18 teve um acréscimo de 2,22,

passando assim para 6,40 em (2010) e que nesse mesmo período o IDHM-L passou de 0,644 em (1991) para 0,808 em (2010), representando assim uma média significativa. Os termos envelhecimento e longevidade tem conceitos correlacionados, entretanto possuem acepções diferentes. De acordo com o dicionário Houaiss, longevidade significa: característica ou qualidade de longo; duração da vida mais longa que o comum. Envelhecimento significa: ato ou efeito de envelhecer; de tornar-se velho, mais velho, ou de aparentar velhice ou antiguidade. No imaginário social, o envelhecimento é um processo que concerne na marcação da ‘idade’ como algo que se refere à natureza, e que se desenrola como desgaste, limitações crescentes e perdas, físicas e de papéis sociais, com trajetória que finda com a morte (MOTTA, 2002). O gráfico de linhas abaixo ilustra as variáveis Taxa de Envelhecimento e IDHM-L.

Gráfico 6 - Evolução do IDHM-L e Taxa de Envelhecimento (1991, 2000, 2010)



Fonte: Atlas Brasil (2010).

Apesar de parecer pouco inclinada, a linha do IDHM-L sai de 0,644 em 1991, para 0,808 em 2010. Isso implica em 0,164 pontos de ganho médio no indicador em 20 anos de dados. A taxa de envelhecimento, por sua vez, é bem mais inclinada. Em termos práticos, as duas variáveis fornecem informações sobre o mesmo fenômeno: aumento da expectativa de vida nas últimas duas décadas, o que implica em necessidade de melhores condições nos serviços de saúde pública, de uma maneira geral.

A tabela abaixo descreve o percentual de pessoas vulneráveis à pobreza que dependem de idoso e a evolução da taxa de idosos no Brasil.

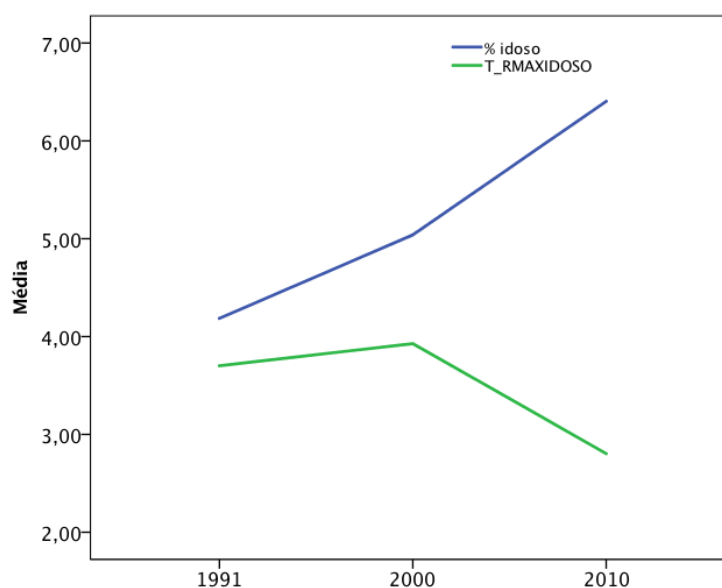
Tabela 5 - Estatística descritiva de cenário para idoso (II)

Ano	Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1991	% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos	27	0,76	7,49	3,701	1,752
	% Idoso	27	2,09	6,51	4,186	1,242
2000	% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos	27	0,83	7,60	3,927	2,108
	% Idoso	27	2,60	7,43	5,039	1,373
2010	% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos	27	0,71	5,54	2,803	1,462
	% Idoso	27	3,44	9,26	6,404	1,626

Fonte: Atlas Brasil (2010).

Como podemos observar, o percentual de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idoso diminuiu quase um ponto percentual, de 1991 a 2010 a média foi de 0,898. Entretanto, a média de percentual de idosos aumentou, passando 4,186 para 6,404 no decorrer de quase 20 anos. Esse aumento traz novos desafios, problemas e oportunidades para os governos e a sociedade. A forma de enxergar a velhice precisa ser encarada com outros olhos pelo poder público pois, bem diferente do que se imaginava, o envelhecimento da população no Brasil tem se dado de maneira acelerada. O gráfico abaixo resume essas duas informações no tempo, afim de melhorar a compreensão.

Gráfico 7 - Evolução do % de idoso e % de dependentes de idosos (1991, 2000, 2010)

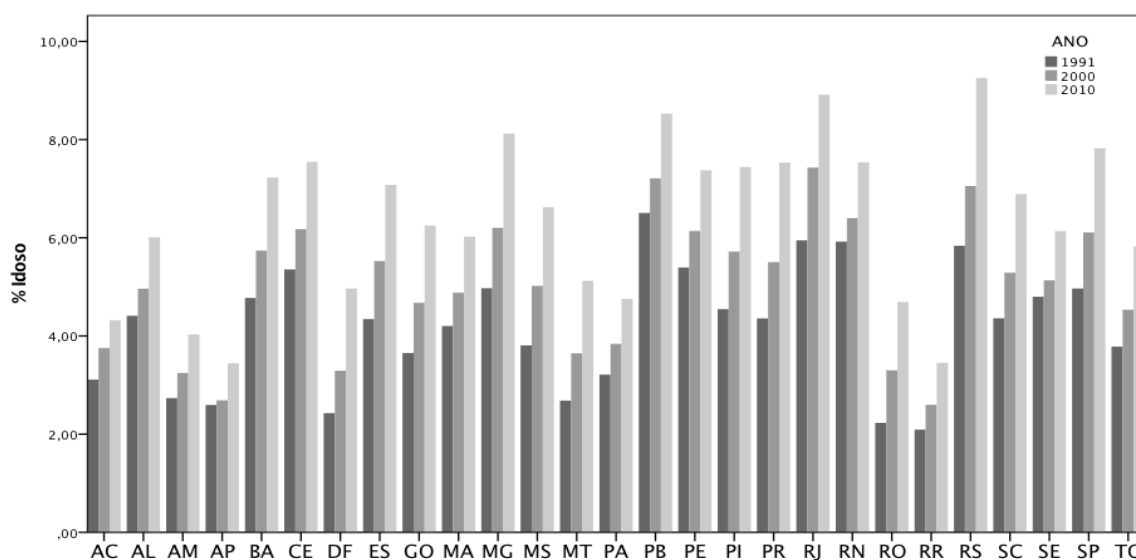


Fonte: Atlas Brasil (2010).

Enquanto o percentual de pessoas idosos tem apresentado uma linha

ascendente, ou seja, nossa sociedade de uma maneira geral tem mais pessoas idosos, a linha de dependentes de idosos tem apresentado queda (descendente) a partir dos anos 2000. Podemos apostar na afirmação de que o comportamento dos números é inversamente proporcional, ou seja, à medida que aumenta o percentual de idoso, reduz-se e percentual de pessoas em situação de pobreza que dependem dos idosos. Não cabe aqui apontar o que explica esse fenômeno, mas uma boa hipótese é que a partir do segundo Governo Fernando Henrique Cardoso (1999-2001), o Brasil passou para uma fase de estabilidade na economia e passou a contar com um regime mais sustentável (OLIVEIRA e TUROLLA, 2003). Abaixo apresentamos a distribuição do percentual de idosos por Unidades da Federação em anos.

Gráfico 8 - % de idoso por Unidades da Federação (1991, 2000, 2010)



Fonte: Atlas Brasil (2010).

O comportamento comum a todas as unidades da Federação é que as colunas estejam em ordem crescente, ou seja, que há um aumento no percentual de idosos à medida que avançam os anos. Percebemos ainda que Estados como o Rio Grande do Sul já possuía em 1991 um percentual maior que o Acre em 2010, por exemplo. Os Estados de Roraima (RR), Amapá (AP), Amazonas (AM) e Rondônia (RO) apresentam as menores taxas se compararmos com o restante das unidades. Agora que temos a dimensão do percentual de idosos por unidade federativa para os três anos de análise, vamos nos ater unicamente ao último ano (2010) e comparar com os nossos indicadores.

Tabela 6 - Comparativo de % de Idoso x Indicadores de Saúde Pública

UF	Profissionais de Saúde/1000hab	Gasto (R\$) <i>per capto</i> / Leito	Cobertura de Serviços de Saúde (%)	% de Idoso
Acre	8,87	746,02	85,85	4,32
Alagoas	5,12	478,85	73,08	6,01
Amapá	8,84	498,28	74,55	4,03
Amazonas	8,43	527,55	58,82	3,44
Bahia	6,64	439,60	70,81	7,23
Ceará	5,55	411,27	76,79	7,54
Distrito Federal	14,23	859,01	25,32	4,97
Espírito Santo	6,85	1.054,22	61,87	7,08
Goiás	6,33	476,18	63,69	6,25
Maranhão	4,64	215,07	83,90	6,02
Mato Grosso	7,33	490,29	68,97	8,12
Mato Grosso do Sul	10,22	431,37	78,80	6,62
Minas Gerais	9,17	611,33	74,73	5,12
Pará	6,74	347,27	64,13	4,75
Paraíba	6,83	290,06	93,66	8,53
Paraná	7,01	561,00	61,97	7,37
Pernambuco	6,35	464,80	77,54	7,44
Piauí	5,78	242,23	97,56	7,53
Rio de Janeiro	16,85	332,79	48,94	8,91
Rio Grande do Norte	5,28	314,85	78,97	7,54
Rio Grande do Sul	14,26	1.161,68	48,78	4,69
Rondônia	9,47	349,72	72,32	3,45
Roraima	9,22	461,13	69,57	9,26
Santa Catarina	8,26	694,14	75,31	6,89
São Paulo	11,81	861,72	37,11	6,14
Sergipe	6,91	994,91	87,08	7,82
Tocantins	9,40	553,52	92,78	5,82
Média	8,38	746,02	70,47	5,21

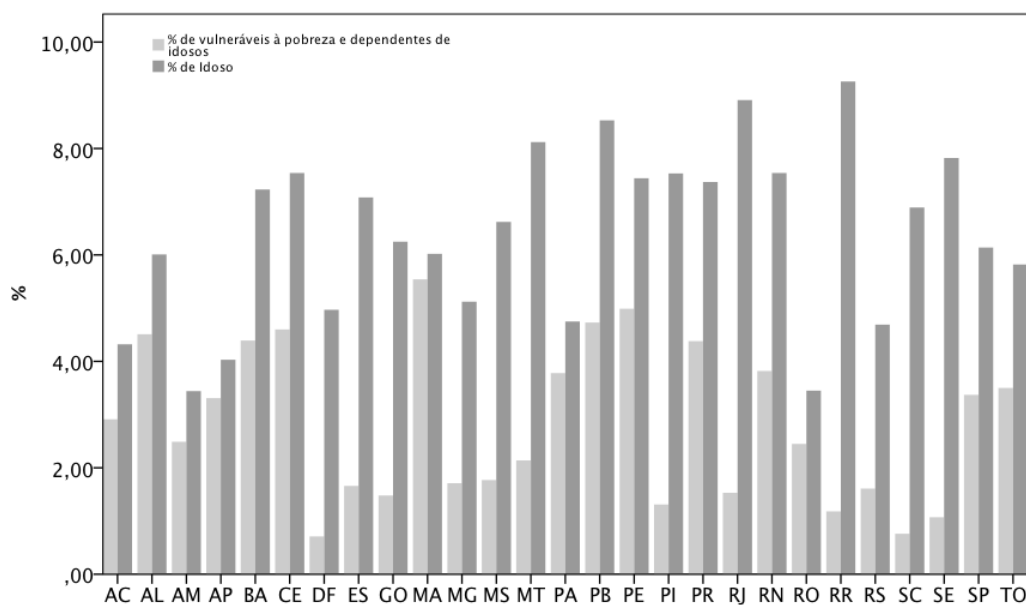
Fonte: Atlas Brasil (2010).

De acordo com os resultados da tabela acima, os três estados com a maior população de idosos, proporcionalmente falando, são Paraíba, Rio de Janeiro e Roraima. Paraíba apresenta um indicador negativo, onde o gasto *per capto* é muito baixo, Rio de Janeiro tem um indicador positivo, com uma quantidade de profissionais de saúde mais elevada e Roraima se mantém na linha do que podemos chamar de normal, não se encontra entre os melhores e nem tão pouco entre os piores indicadores. Pelos indicadores no Rio Grande do Sul nós temos um cenário melhor, muitos profissionais, muito dinheiro investido, entretanto a cobertura de serviços de saúde é muito baixa. Pela tabela os indicadores também nos mostram que temos muitos idosos na Paraíba, pouco dinheiro investido em saúde, e um baixo número de

profissionais para uma prestação de serviços, em comparação com o Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Distrito Federal. Alagoas se encontra entre os piores indicadores referentes ao número de profissionais disponíveis.

Afim de continuar explorando os dados, nos perguntamos se: o número percentual de idosos por unidades federativas está correlacionado ao percentual de pessoas vulneráveis à pobreza e dependentes de idoso? A correlação encontrada aponta para um valor desprezível ($r=0,010$) e não há significância estatística ($p\text{-valor}=961$). Ou seja, o comportamento de uma variável não está correlacionado ao comportamento da outra. Mas o gráfico de barras com as duas informações revela valores importantes, se olharmos separadamente para alguns Estados.

Gráfico 9 - % de idoso por % de vulneráveis dependentes de idoso



Fonte: Atlas Brasil (2010).

O comportamento esperado aqui é que os valores de percentual de idoso (barras mais escuras) sejam realmente mais altos que o percentual de dependentes de idosos. Além disso, espera-se que cenários onde as *pessoas vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos* sejam barras comparativas mais baixas e, portanto, melhores para o envelhecimento. Isso quer dizer que as barras mais claras devem estar o mais distante possível das barras mais escuras. Em termos práticos, onde há menor dependência do idoso, aumenta a possibilidade desse usar seus recursos para o trato da saúde. O inverso dessa nossa lógica, isto é, os estados cujas barras estão mais próximas, ou seja, o que esperar de uma sociedade cuja quantidade de pessoas vulneráveis à pobreza e dependente de idosos é quase igual (ou se aproxima muito

percentualmente falando) à quantidade de idosos? Nosso esforço aqui é explorar cenários mais ou menos propícios à vida de idosos e Estados como Maranhão (MA), Amapá (AP), Amazonas (AM) Alagoas (AL) e Acre (AC), nesse quesito, estão na contramão do que esperamos.

Em um último esforço de produzir resultados que possam servir como base para análise e ajudar na compreensão de quais estados brasileiros ou cenários são mais propícios à vida de idosos, considerando indicadores relacionados à Saúde Pública, realizamos testes de correlação de *Pearson* (r) com as seguintes variáveis: *taxa de envelhecimento, % de idoso, esperança de vida, GINI, probabilidade de sobrevivência até os 60 anos, % de extremamente pobres e taxa de % de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos*. Os resultados não indicaram correlações moderadas e significativas que merecessem destaques. Esse tipo de opção exploratória já usamos acima e a solução, mais uma vez é apresentar variáveis de interesse por Unidades da Federação na linha, afim de captar Estados mais e menos propícios à vida dos idosos.

Tabela 7 - Gastos per capto vs. Indicadores de envelhecimento

UF	Probabilidade de sobrevivência até os 60 anos	Esperança de Vida ao nascer	Taxa de Envelhecimento	IDHM-L	Gasto per capto (R\$) com Saúde Pública
Acre	84,53	71,63	4,32	0,783	1.066,81
Alagoas	82,31	70,32	6,01	0,793	325,62
Amapá	87,24	73,30	4,03	0,873	677,66
Amazonas	88,14	73,80	3,44	0,835	701,64
Bahia	85,09	71,97	7,23	0,827	395,64
Ceará	86,20	72,60	7,54	0,757	353,69
Distrito Federal	86,19	77,35	4,97	0,838	1.194,02
Espírito Santo	82,28	75,10	7,08	0,833	611,45
Goiás	82,69	74,60	6,25	0,821	414,28
Maranhão	82,45	70,40	6,02	0,789	281,74
Mato Grosso	82,95	75,30	8,12	0,783	382,43
Mato Grosso do Sul	83,02	74,96	6,62	0,789	293,33
Minas Gerais	82,21	74,25	5,12	0,777	336,23
Pará	85,74	72,36	4,75	0,830	270,87
Paraíba	85,12	72,00	8,53	0,835	310,36
Paraná	85,68	72,32	7,37	0,792	342,21
Pernambuco	84,51	71,62	7,44	0,800	529,87
Piauí	83,48	74,80	7,53	0,809	385,15
Rio de Janeiro	82,28	75,10	8,91	0,840	346,10
Rio Grande do Norte	86,02	72,52	7,54	0,860	371,52
Rio Grande do Sul	86,77	72,97	4,69	0,781	476,29
Rondônia	87,67	73,51	3,45	0,845	528,08
Roraima	84,16	75,38	9,26	0,793	733,20
Santa Catarina	85,72	76,61	6,89	0,783	395,66
São Paulo	84,88	71,84	6,14	0,793	499,80
Sergipe	84,30	75,69	7,82	0,873	437,76
Tocantins	86,08	72,56	5,82	0,835	913,30

Média	84,73	73,51	6,40	0,808	502,76
--------------	--------------	--------------	-------------	--------------	---------------

Fonte: Atlas Brasil (2010).

A estratégia aqui é simples. Destacamos as cinco unidades federativas que com maior gasto per capto em saúde pública (as linhas em azul claro) e as cinco que menos investiram nessa área (linhas em vermelho claro). Distrito Federal, Acre, Tocantins, Roraima e Amazonas foram os que tem maior gasto per capto, nessa ordem. As posições inversas são ocupadas por Pará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Paraíba e Alagoas. Além disso, marcamos em vermelho os que consideramos menos desejado e em azul o que seria destaque positivo. A ideia aqui é saber se estados que mais investem em Saúde Pública apresentam escores mais altos nas variáveis observadas. O inverso também tem que ser verdadeiro.

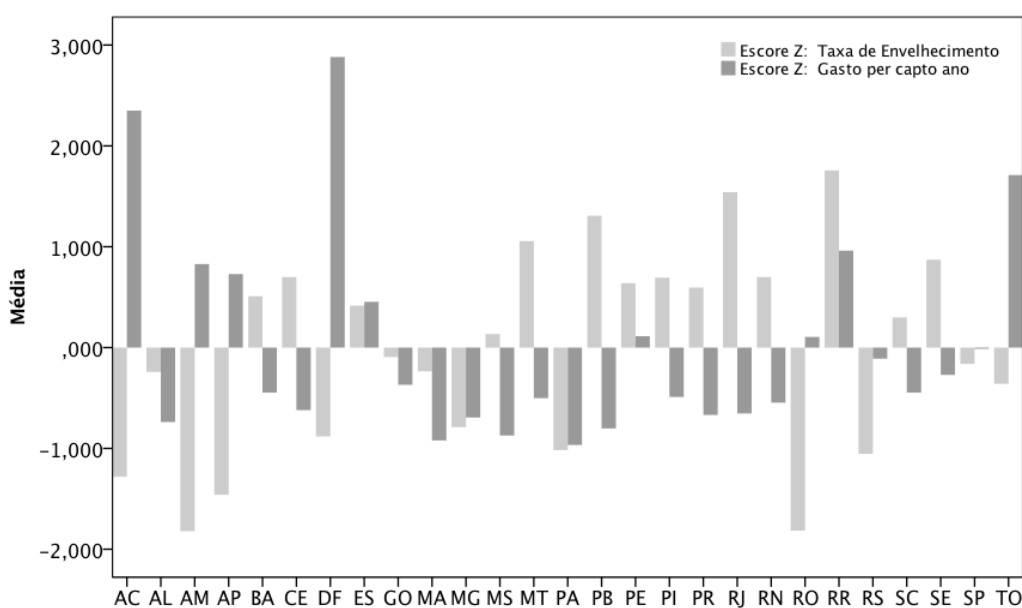
Vamos aos destaques. Entre os que mais investem em Saúde Pública, o Estado do Acre (segundo maior gasto *per capito*), obteve desempenho baixo em três (*Esperança de vida ao nascer*, *Taxa de envelhecimento* e *IDHM-L*) das quatro variáveis. O Distrito Federal tem o maior gasto *per capito* (R\$ 1.194,02), é destaque com a maior *esperança de vida ao nascer* e nos outros quesitos não se destacou negativamente. Tocantins tem gasto comparativamente alto e valores muito próximo das médias analisadas. Roraima, por sua vez, tem o quarto maior gasto *per capito*, se destacando positivamente em *esperança de vida* (75,38) e *taxa de envelhecimento* (9,26, a maior do Brasil). Por fim, o Estado do Amazonas tem o quinto maior investimento médio em saúde (R\$ 701,64/pessoa), se destacando positivamente em *probabilidade de sobrevivência* (88,14) e negativamente em *taxa de envelhecimento* (3,44). Ao que parece, Distrito Federal e Roraima são os destaques positivos quando o assunto é Saúde Pública para idoso.

Agora vamos aos destaques negativos. Observando os indicadores de envelhecimento neste mesmo gráfico, e fazendo o comparativo em outras cinco Unidades Federativas podemos aqui destacar que, respectivamente, os estados do Pará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Paraíba e Alagoas foram os que menos investiram, são os estados com os menores valores de gastos *per capito* em saúde pública. Em Alagoas nos são apresentados dois indicadores ruins, a *Probabilidade de Sobrevivência* que é de (82,31) e a *Esperança de Vida ao Nascer* de (70,32) são números significativos levando-se em conta que o estado gasta apenas 325,62 em saúde pública. O que significa dizer que esta população está sendo mal assistida pelo

poder público. No Maranhão os índices chegam a ser ainda piores que em Alagoas, levando-se em conta que (281,74) é o quanto o estado gasta com saúde pública, a *Probabilidade de Sobrevivência* é de (82,45) e a *Esperança de Vida ao Nascer* é de (70,40) são considerados baixos. Na Paraíba e no Pará gasta-se muito pouco, entretanto os indicadores não são tão ruins, ambos estados apresentam um bom IDHM-L. Em suma, qualidade saúde nestes estados tá longe de ser o desejável.

Por fim, nosso último grupo de análises diz respeito *taxa de envelhecimento e gasto per capto (R\$)*. Isso porque, a taxa de envelhecimento está associada a transformações econômicas, sociais e demográficas, com significativas repercussões nas condições de vida da população (CAMPOS e GONÇALVES, 2018). A outra variável diz respeito ao papel do Estado, ou seja, investir dinheiro em política pública de saúde, associado a planejamento, é condição necessária para aumento a qualidade de vida da população em geral e dos idosos, em particular (CAMPOS *et al.*, 2012). Pensando nisso, a gráfico 9 ilustra essas duas variáveis em *score-Z*, o que permite comparar valores de natureza distintas (R\$ e %).

Gráfico 10 - Taxa de envelhecimento vs. Gasto per capto (score-Z)



Fonte: Atlas Brasil (2010) e Ministério da Saúde (2014).

A estatística de *score-Z* padroniza os valores e atribui média igual a zero. Dessa forma podemos comparar essas duas variáveis em um mesmo gráfico. Na análise, o ideal é que as duas colunas para uma mesma unidade federativa estejam acima da linha, o que indica *taxa de envelhecimento e investimento per capto* acima da média. Segundo esses critérios, os Estados com os dois escores negativos são Alagoas, Goiás,

Maranhã, Minas Gerais, Pará, Rio Grande do Sul e São Paulo. Três Estados se destacaram positivamente: Espírito Santo, Roraima e Pernambuco.

5 Considerações Finais

*O conhecimento torna a alma jovem
e diminui a amargura da velhice.
Colhe, pois, a sabedoria.
Armazena a suavidade para amanhã.*

Leonardo Da Vinci

Esta é uma pesquisa exploratória que tem como objetivo apresentar, de forma geral e mais abrangente, dados socioeconômicos, comparando os indicadores de saúde pública no Brasil, referentes ao idoso. Não é objetivo desse trabalho de pesquisa avaliar se o conjunto de leis brasileiras, que preveem as políticas públicas para a população idosa tem sido eficaz ou não, nem tão pouco mensurar a qualidade da saúde, estamos apenas explorando dados com foco em tentar descobrir qual Unidade Federativa é mais ou menos favorável à saúde da pessoa idosa. Para tanto organizamos um banco de dados com informações dos Censos dos anos de 1991, 2000, 2010, afim de atender nosso objetivo. Para auxiliar nessa análise construímos três indicadores relacionados à saúde básica para ajudar a compreender melhor as condições de serviço de saúde pública à população brasileira, em particular ao idoso.

Fazendo um balanço dessa exploração é possível constatar quais unidades federativas se destacam, tanto de forma ‘positiva’ quanto ‘negativa’ em relação à prestação de serviços de saúde a pessoa idosa. Com foco nessa análise, conseguimos identificar que o Rio de Janeiro, Distrito Federal e Rio Grande do Sul dispõe do maior número de profissionais por grupos de 1000 habitantes. Que Piauí, Roraima e Tocantins tem o maior número de leitos públicos/1000 habitantes, enquanto Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Santa Catarina tem números significativos de leitos privados/1000 habitantes, daí sendo o idoso e pobre, ele dependerá do público e não do particular. Os estados que mais investem por ano em saúde pública (per capto) são Distrito Federal, Acre e Tocantins. Já os que menos investem são Rio Grande do Sul, Maranhão e Pará. Em gastos *per capto* em leitos públicos temos destaque para os estados do Rio Grande do Sul, Espírito Santo e Sergipe sendo Maranhão o que menos investe nesse item.

Segundos os dados do Atlas Brasil (1991, 2000 e 2010) a *esperança de vida* em vinte anos aumentou quase 10 anos, saindo de uma média (1991) de 63,67 para 73,51 (2010); no mesmo período, *taxa de envelhecimento* foi de 4,18 para 6,40; e o

IDHM-Longevidade passou de 0,644 para 0,808. Esses números podem explicar o crescimento da média percentual de idosos que era 4,186 em 1991 e chegou em 6,404 em 2010. Nesse intervalo de quase 20 anos, o percentual de *pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idoso* diminuiu, ou seja, as famílias estão menos dependentes, financeiramente falando, da pessoa idosa.

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial, é o novo desafio a ser enfrentado em nossas sociedades, atingindo tanto os países desenvolvidos quanto os países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, e isto demanda uma reorientação das políticas públicas de modo a absorver este segmento populacional e inseri-lo nas dinâmicas sociais.

A Constituição Federal de 1988, o Estatuto do Idoso e a PNI romperam o estigma de que a velhice fosse algo que tornasse a pessoa idosa improdutiva ou impossibilitada e inseriu a família neste contexto, tornando-a uma peça de participação essencial na assistência ao idoso. Em outras palavras, novos tempos trouxeram novos paradigmas a respeito da pessoa idosa. Além disso, aumentou a expectativa de vida e o percentual dessas pessoas, o que implica em dizer que existe novas demandas. Nosso foco aqui é apontar que unidades federativas no Brasil, possivelmente, estão melhor preparadas para esse novo cenário.

A velhice é uma questão social que diz respeito a toda a sociedade, e não unicamente às pessoas idosas. É preciso fortalecer a participação social em torno dos idosos para que eles se sintam melhor acolhido pelos que os cercam, daí a necessidade em envolver a família e a comunidade de forma efetiva no processo do cuidado. Também se faz necessária uma atuação mais eficiente do Estado em termos de políticas públicas, principalmente na área da Saúde, uma vez que é justamente neste setor que o idoso mais precisa de um atendimento de qualidade, e encontra, inversamente, uma rede pública completamente deficiente. Com o avanço da idade, a pessoa precisa de uma assistência à saúde diferenciada, humanizada por conta de sua condição, seja no seio familiar, no meio social em que vive ou com relação ao serviço de saúde prestado pelo Estado.

De forma geral, o Brasil apresenta muitas discrepâncias em relação aos serviços de saúde pública. Tem que haver um entendimento de que não basta fazer leis, se na prática, não aplicam de forma eficiente, mas o poder público precisa estar sensível a isto. Não basta falar de amor, solidariedade e atenção se os que estão na terceira idade ainda sentem o peso do desrespeito, discriminação, da falta de

reconhecimento enquanto cidadão. O idoso representa a memória viva de nosso passado e não importa a idade, cada estação da vida merece ser vivida com dignidade e satisfação pois afinal de contas o tempo é irreversível.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Decreto. 2.528 de 19 de out. de 2006. Política Nacional da Pessoa Idosa. Disponível em : <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html> Acesso em 05 de mai.de 2018.
- BRASIL. *Estatuto do idoso*: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm> Acesso em: 04 de Jun. de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional do Idoso: perspectiva governamental. Brasília: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DE SÉCULO, 1996.
- BRASIL. Art. 196 da Constituição Federal de 05 de out. de 1988. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_196_.asp> Acesso em: 28 de mai. de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19) p.9. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>> Acesso em: 26 de abr. de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. p.12 p.19. 44 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12) Disponível em : <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v1_2.pdf> Aceso em: 09 de mai. de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. – 1. ed., 2.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 70 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde)
- BRASIL. Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências.
- CAMARANO, A.A. Textos para discussão: Estatuto do Idoso: avanços com contradições. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)*. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2013.
- CAMPOS, A.C.V.; GONCALVES, L.H.T. Perfil demográfico do envelhecimento nos municípios do estado do Pará, Brasil. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.71, supl. 1, p. 591-598, 2018.
- CAMPOS, A.C.V.; BORGES, C.M.; LELES, C.R.; VARGAS, A.M.D.; FERREIRA, E.F. Indicadores socioeconômicos e de saúde da Atenção Básica nos municípios da região metropolitana de Belo Horizonte. *Arq Odontol* [Internet], 48(1):6-12, 2012.
- CARVALHO Filho, E. T. & PAPALÉO Netto, M. (2006). *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. (2^a ed.). São Paulo: Atheneu.
- CAVALHEIRO, A.F. O sistema de saúde no Brasil: considerações a partir do sistema de seguridade social. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 1, p. 333- 348, 2013.
- CLOSS E.; CHA, S. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Rev. bras. geriatr. gerontol*; 15(3):443-458, 2012.

- FELIX, J. “Economia do Care” e “Economia da Longevidade”: o envelhecimento populacional a partir de novos conceitos. *Argumentum*, v. 6, n.1, p. 44-63, jan./jun. 2014.
- FIGUEIREDO FILHO, D.B.; PARANHOS, R.; ROCHA, E.C. da; SILVA JR.; J.A. da.; SANTOS, M.L.W.D. Levando Gary King a sério: desenho de pesquisa em Ciência Política. *Rev. Eletrônica de Ciência Política*, v. 3, n 1-2, 2012.
- JANNUZZI, P. M. Considerações sobre uso, abuso e mau uso de indicadores nas políticas públicas municipais. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v.36, n.1, p.51-72, 2002.
- JANNUZZI, P. M. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. *Rev. Serv. Público*, Brasília, v.56, n.2, p.137-160, 2005.
- KING, G. Replicação, replicação. *Revista Eletrônica de Ciência Política*, v. 6, n. 2, jul./dez., p. 382-401, 2015.
- CIELO, P.F.L.D & Vaz, E.R.C. A legislação brasileira e o idoso. *Revista CEPPG – Nº 21*, v. 2, págs. 33-46, 2009. Disponível em: <http://www.portalcatalao.com/painel_clientes/cesuc/painel/arquivos/upload/temp/d69c5c83201f5bfe256b30a1bd46cec4.pdf> Acesso em: 05 de jul. de 2018.
- LENOIR, Remi. *Objeto sociológico e problema social*. Iniciação à Prática Sociológica. Petrópolis: Vozes, 2005.
- LIMA-COSTA M, F. & VERAS R.P. Saúde Pública e envelhecimento. *Cad Saúde Publica*, 19(3):700-701, 2003.
- MEDEIROS, P. Como estaremos na velhice? Reflexões sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polêmica* [S.I.], v.11, n.3, p. 439-453, ago. 2012.
- MENDONÇA, J.M.B. *Direitos humanos e pessoa idosa: a efetividade do Estatuto do Idoso sob a ótica dos Conselhos Estaduais do idoso*. Dissertação (Programa de Estudos Pós-graduados em Gerontologia) – Universidade Católica de Brasília, 2005.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza & JÚNIOR, Carlos E. A. Coimbra. *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
- MOREIRA, R.M.; Santos, C.E.S. dos; Couto, E.S.; Teixeira, J.R.B. & Souza, R.M.M.M. Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica. *Revista Kairós Gerontologia*,16(2), pp.27-38, 2013.
- MONTEIRO, E.C. O envelhecimento populacional e a prática da assistência social no Estado do Ceará: uma análise à luz da Política Nacional do Idoso. *Revista Kairós Gerontologia*,16(2), pp. 129-141, 2013.
- MOTTA. Alda Brito da, *Envelhecimento e Sentimento de Corpo*. *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. (Coleção Antropologia & Saúde) 212p. Org. Maria Cecília de Souza Minayo e Carlos E. A. Coimbra Jr. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p.41.
- OLIVEIRA, Gesner; TUROLLA, Frederico. Política econômica do segundo governo FHC: mudança em condições adversas. *Tempo soc.*, São Paulo, v.15, n. 2, p. 195-217, nov. 2003
- OMS. *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*, 2015. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>> Acesso em: 15 de jun. de 2018.
- PESSOA, I.L. As políticas de saúde destinadas à pessoa idosa no Brasil frente ao fenômeno do envelhecimento populacional Instituição. In: XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, Recife-PE, 2007. Disponível em: <<http://www.sbsociologia.com.br/2017/home.php>> Acesso em: 01 de ago. de 2018.
- PRADO, T.M.B. “Proteção social à pessoa idosa no Brasil” In: BERZINS, M.; BORGES, M.C. (Org.). *Políticas Públicas para um país que envelhece*. São Paulo: Martinari, 2012.
- RULLI NETO, A. *Proteção legal do idoso no Brasil: universalização da cidadania*. São Paulo: Fiuza, 2003.
- UCHÔA, E. (2003). *Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso*. Caderno de Saúde Pública, 19 (3), 849-53.

VERAS, R.P. & Oliveira, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 23, n. 6, 2018.