

Universidade Federal de Ouro Preto
Instituto de Ciências Sociais Aplicadas

Dissertação

Indicador Multidimensional de Bem-Estar para os Idosos:
Uma Análise para o Brasil

Lídia Pereira Rodrigues

Mariana, MG

2019

Lídia Pereira Rodrigues

Indicador Multidimensional de Bem-Estar para os Idosos: Uma Análise para o Brasil

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Economia Aplicada do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Economia.

Área de concentração: Ciências Sociais Aplicadas

Orientadora: Prof^a Dr^a Mirian Martins Ribeiro
(Universidade Federal de Ouro Preto)

Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Mariângela Furlan
Antigo (Universidade Federal de Minas Gerais)

Mariana, MG

2019

R696i

Rodrigues, Lídia Pereira .

Indicador multidimensional de bem-estar para os idosos [manuscrito]: uma análise para o Brasil / Lídia Pereira Rodrigues. - 2019.

vii, 86f.: il.: color; grafs; tabs.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mirian Martins Ribeiro.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Mariângela Furlan Antigo.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Ouro Preto. Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Ciências Econômicas e Gerenciais. Programa de Pós-Graduação em Economia.

Área de Concentração: Economia Aplicada.

1. Indicadores sociais - Brasil - Teses. 2. Bem-estar social - Brasil - Teses. 3. Idosos - Brasil - Teses. I. Ribeiro, Mirian Martins. II. Antigo, Mariângela Furlan. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

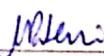
CDU: 330.101.8

LÍDIA PEREIRA RODRIGUES

**INDICADOR MULTIDIMENSIONAL DE BEM-ESTAR PARA OS
IDOSOS: UMA ANÁLISE PARA O BRASIL.**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Economia Aplicada do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas (ICSA) da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Economia Aplicada, aprovado em 02 de julho de 2019.

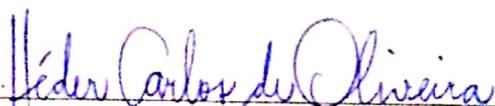
Banca Examinadora:



Profa. Dra. Mirian Martins Ribeiro - Orientadora (UFOP)

Participação por videoconferência _____
Profa. Dra. Mariangela Furlan Antigo - Coorientadora (UFMG)

Participação por videoconferência _____
Profa. Dra. Mirela Castro Santos Camargos (UFMG)



Prof. Dr. Héder Carlos de Oliveira (UFOP)

*Aos meus pais, que nunca mediram esforços
para que eu alcançasse meus sonhos.*

Agradecimentos

Como tudo que ocorre em minha vida, a escrita desta dissertação só foi possível graças às pessoas que me rodeiam e que me auxiliam das mais diversas maneiras, portanto, não poderia deixar de agradecê-las.

Aos meus pais, Raimundo e Eleusa, qualquer agradecimento seria insignificante na tentativa de expressar a gratidão que sinto ao lembrar tudo o que eles já fizeram por mim. Cada gesto de carinho, cada palavra de incentivo, cada abraço reconfortante me tornaram mais forte e me fizeram acreditar que eu era capaz. Tudo o que eu anseio é pra vocês e por vocês!

Ao meu marido, Felipe, deixo registrada a minha felicidade por ter encontrado alguém tão especial, alguém que me conhece, em muitas vezes, melhor do que eu mesma. Obrigada por me encorajar a seguir meus planos e por me ajudar a enfrentar o mundo!

Aos meus irmãos, Luciene e Laerte, agradeço por serem meus exemplos, por cuidarem e se importarem comigo. Quero deixá-los bastante orgulhosos, assim como eu sou orgulhosa por tê-los em minha vida!

À minha pequenina sobrinha, Helena, agradeço por renovar minhas esperanças e por encher meu coração de amor a cada dia!

Às minhas queridas orientadoras: Mirian, obrigada por me receber de braços abertos e aceitar minhas ideias, encorajando-me a ser eu mesma; Mari, obrigada pelo incentivo de sempre, por não me deixar desistir dos meus propósitos.

À minha amiga, Juliana, que foi o maior presente que o Mestrado me proporcionou, obrigada pela amizade e por me permitir continuar na sua vida para sempre!

Aos professores, técnicos-administrativos e amigos da UFOP, obrigada pelos ensinamentos e vivências!

Aos professores do CEDEPLAR-UFMG, obrigada pelo acolhimento!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior (CAPES), obrigada pela concessão da bolsa de estudos durante todo o Mestrado.

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma das principais consequências da transição demográfica vivenciada pelo Brasil desde os anos de 1940. Em poucas décadas, a proporção da população idosa crescerá significativamente, reforçando a importância desse grupo para toda a sociedade, bem como a urgência de se pensar políticas públicas mais eficientes voltadas para ele. Além disso, não somente a proporção de idosos irá crescer, como também os anos que esses idosos viverão, ou seja, teremos uma população bem mais longeva, o que pode ser explicitado pelo aumento dos “super idosos”, os idosos que possuem 80 anos ou mais. Portanto, é importante analisar de maneira mais ampla e profunda as condições dos idosos na sociedade com o intuito de nortear a construção de políticas públicas mais eficientes. Para tanto, é proposto um índice multidimensional que busca auxiliar na caracterização do bem-estar da terceira idade no Brasil, através de seis dimensões principais: saúde, capacidade funcional, educação, inserção social, renda e condição do domicílio. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 é utilizada como fonte de dados e o método Alkire-Foster é a base para a construção do índice. O referencial teórico é a Abordagem das Capacitações e trabalhos empíricos sobre os idosos e o Estatuto do Idoso são tomados como referências do exercício empírico proposto. Os resultados do índice mostram que há uma forte incidência de privação de bem-estar entre os idosos brasileiros, bem como uma significativa heterogeneidade entre eles. A maior desigualdade encontrada se refere ao sexo: a velhice é menos favorável às mulheres que, em todos os recortes considerados, sofrem mais privações que os homens. As regiões Norte e Nordeste, as classes econômicas mais pobres e os idosos mais velhos representam os grupos com maiores índices de privação.

Palavras-chave: envelhecimento população; idoso; bem-estar; índice.

ABSTRACT

Population aging is one of the main consequences of the demographic transition experienced by Brazil since the 1940s. In a few decades, the proportion of the elderly population will increase significantly, reinforcing the importance of this group for the whole of society, as well as the urgency of thinking about policies more efficient public policies aimed at them. In addition, not only will the proportion of the elderly grow, but also the years that these elderly will live, that is, we will have a much longer population, which can be explained by the increase of the "super elderly", the elderly who are 80 years old or more. Therefore, it is important to analyze in a broader and deeper way the conditions of the elderly in society in order to guide the construction of more efficient public policies. Therefore, a multidimensional index is proposed that seeks to assist in the characterization of the elderly's well-being in Brazil, through six main dimensions: health, functional capacity, education, social insertion, income and home condition. The 2013 *Pesquisa Nacional de Saúde* (PNS) is used as the data source and the Alkire-Foster method is the basis for index construction. The theoretical reference is The Capability Approach and empirical work on the elderly and the *Estatuto do Idoso* are taken as references of the proposed empirical exercise. The results of the index show that there is a strong incidence of deprivation of well-being among the Brazilian elderly, as well as a significant heterogeneity between them. The greatest inequality found is sex: old age is less favorable to women who, in all the cuts considered, suffer more deprivation than men. The North and Northeast regions, the poorest economic classes, and the elderly represent the groups with the highest rates of deprivation.

Keywords: aging population; old man; welfare; index.

SUMÁRIO

Introdução	1
Capítulo 1 - O bem-estar dos idosos brasileiros: discussões acerca do envelhecimento populacional à luz da qualidade de vida	3
1.1 A Transição demográfica e o envelhecimento populacional	3
1.2 A Abordagem das Capacitações	8
1.3 Referencial empírico para o estudo do bem-estar do idoso	12
Capítulo 2 – Índice de bem-estar para os idosos brasileiros: metodologia e base de dados	24
2.1 Aferição dos aspectos da vida e do bem-estar dos idosos	24
2.2 Metodologia do índice multidimensional de Alkire-Foster	26
2.3 O Índice multidimensional de bem-estar para o idoso brasileiro: passos práticos	30
2.4 Fonte de dados: a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013	39
2.5 As características dos idosos brasileiros em 2013: uma descrição analítica	40
Capítulo 3 - Bem-estar dos idosos brasileiros: uma abordagem multidimensional	48
3.1 Regiões	48
3.2 Classe econômica	53
3.3 Grupos etários	58
3.4 Discussão dos resultados	63
Conclusão	74
Referências bibliográficas	76

Introdução

A transição demográfica trouxe profundas alterações na composição etária da população brasileira, o que modifica vários aspectos da sociedade. Com a diminuição das taxas de mortalidade e de fecundidade, a configuração da pirâmide etária tem se transformado com o passar dos anos, desenhando uma população cada vez mais madura, com redução do número de crianças e jovens relativamente ao de adultos e idosos. E o aumento do peso relativo destes últimos tem chamado a atenção tanto pela sua intensidade quanto pela velocidade com que ocorre.

O envelhecimento populacional é uma das principais consequências do processo de transição demográfica. O aumento da proporção de idosos na população modifica as demandas no sistema de saúde, na previdência social, no mercado de trabalho, na configuração familiar, na mobilidade urbana, dentre outras questões. Assim, ao mesmo tempo que os idosos modificam quantitativamente a população, já que seu número absoluto e relativo só tende a crescer com os anos, eles também modificam qualitativamente as demandas sociais, visto que suas características e necessidades são bastante específicas.

Sendo assim, o idoso se torna cada vez mais relevante nas discussões acerca do desenvolvimento econômico e social do país, como alvo direto de políticas públicas que busquem um crescimento real e sustentável para os próximos anos. Entretanto, apesar de já serem notados no cenário internacional e nacional através de planos de ação e legislações específicas, os idosos ainda não conquistaram o protagonismo necessário para ter suas demandas de fato atendidas. Políticas generalistas e com pouco efeito real no cotidiano dessa população ainda são a maioria para eles.

Entender a fundo as demandas específicas do grupo idoso é um fator central para que nos próximos anos a sociedade consiga atingir um desenvolvimento satisfatório, que integre as necessidades já existentes na comunidade com as novas trazidas pelo envelhecimento. Para tanto, conhecer os aspectos que mais afetam suas vidas é uma exigência urgente de uma sociedade que envelhece rapidamente e que não parece se adaptar a esta nova realidade numa velocidade compatível.

Portanto, considerando uma abordagem multidimensional e a importância dos idosos para a sociedade, o presente estudo buscará, através da análise e da mensuração do bem-estar dos idosos, investigar as demandas e necessidades desse grupo que ganha relevância no

cenário social e econômico. Tal propósito busca auxiliar na construção e implementação de melhores políticas públicas e privadas com foco na velhice – buscando torná-la mais completa e prazerosa para os cidadãos mais velhos.

Nesse sentido, os objetivos deste trabalho são: identificar os fatores mais relevantes relacionados ao bem-estar dos idosos brasileiros; conhecer, através de características sócio demográficas, quem são eles diferenciando-os por sexo, região, classe econômica e grupo etário; construir um índice multidimensional que verifique o seu bem-estar; e, por fim, apresentar e discutir os resultados obtidos com a aplicação do índice.

A fim de alcançar os objetivos propostos, esta dissertação está organizada em três capítulos, incluindo esta introdução e a conclusão. O Capítulo 1 contextualiza a discussão acerca do idoso na sociedade através de uma revisão teórica e empírica sobre o tema. A teoria da transição demográfica é colocada como pano de fundo na discussão acerca do envelhecimento populacional e o idoso é apresentado como o protagonista de políticas públicas que visem o aumento de seu bem estar, sendo este evidenciado através de fatores que são relevantes na velhice. A Abordagem das Capacitações é apresentada como referencial teórico e trabalhos empíricos e o Estatuto do Idoso são tomados como referências do exercício empírico proposto.

O método Alkire-Foster é explicitado como base para a construção do índice multidimensional de bem estar do idoso no Capítulo 2, que também apresenta a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, fonte de dados do trabalho. A descritiva da amostra busca caracterizar os idosos brasileiros, mostrando como eles se distribuem considerando sexo, região, classe econômica e grupos etários.

A apresentação dos resultados obtidos pelo índice multidimensional de bem-estar dos idosos é feita no Capítulo 3, em que são analisados a proporção de idosos privados em bem estar, a intensidade desta privação, a sua incidência ajustada pela intensidade e também o percentual de privação por indicador utilizado. Os resultados mostram que há uma forte incidência de privação de bem-estar entre os idosos e que esta é mais significativa entre as mulheres, os mais pobres e os mais velhos.

Finalmente, algumas considerações são sumariadas na Conclusão do trabalho.

Capítulo 1

O bem-estar dos idosos brasileiros: discussões acerca do envelhecimento populacional à luz da qualidade de vida

O principal objetivo deste capítulo é discutir quais aspectos estão relacionados ao bem-estar dos idosos. Para tanto, é necessário contextualizar as mudanças que estão ocorrendo na estrutura etária do Brasil por consequência da transição demográfica vivenciada desde a década de 1940. Torna-se fundamental compreender como o envelhecimento populacional, bem como o aumento da longevidade, afetam não somente a pirâmide etária do país, mas também o mercado de trabalho, os sistemas de saúde, as famílias, o comportamento social, dentre outros aspectos.

A seção 1.1 apresenta uma discussão a respeito da teoria da transição demográfica e quais as consequências do envelhecimento populacionais para os diversos setores da sociedade. A seção 1.2 apresenta o referencial teórico utilizado para tratar do bem-estar dos idosos: a Abordagem das Capacitações. Por fim, na seção 1.3 discute-se quem são os idosos e quais fatores influenciam o seu bem-estar, tomando por base trabalhos empíricos e o Estatuto do Idoso.

1.1 A Transição demográfica e o envelhecimento populacional

A teoria da transição demográfica busca relacionar as mudanças nas taxas de fecundidade e de mortalidade trazidas pelos processos de modernização das sociedades com as mudanças observadas na estrutura etária das sociedades (COALE, 1979). Segundo Nonato et al. (2012) ela pode ser dividida em quatro etapas. A primeira é caracterizada por altos níveis de fecundidade e de mortalidade. Na segunda, por conta da queda nos níveis de mortalidade juntamente com uma manutenção de altos níveis de fecundidade, o ritmo de crescimento populacional é elevado. Na terceira, as taxas de fecundidade passam por um processo de queda, resultando numa fase de crescimento populacional moderado e cada vez menor. Por fim, na quarta fase, as características são exatamente contrárias à primeira: tanto as taxas de fecundidade quanto as de mortalidade encontram-se em níveis relativamente baixos.

Nos países de alta renda da Europa, este processo teria se iniciado em torno de 1800 com a redução da mortalidade através do controle de doenças infecciosas e a melhora na nutrição da população (NOTESTEIN, 1945). Bongaarts (2009) e Vasconcelos e Gomes

(2012) a associam ao processo de desenvolvimento econômico das sociedades, que passaram de agrárias, com altas taxas de mortalidade e fecundidade, para industriais, que apresentam baixos níveis para essas taxas. Contudo, segundo Lee (2003) menos desenvolvidos, esse movimento só se iniciou bem mais tarde, no início do século XX com a diminuição da mortalidade, que se intensificou a partir da Segunda Guerra Mundial. Para esse autor, a transição deverá se completar em todas as regiões do mundo apenas em 2100.

No Brasil, a transição demográfica começou no século passado, entre as décadas de 1940 e 1960, quando a taxa de mortalidade apresentou um declínio significativo, enquanto a taxa de fecundidade permaneceu em altos patamares, gerando uma população jovem e com rápido crescimento. A partir do final da década de 1960, a taxa de fecundidade começou a se reduzir, levando a um baixo crescimento e uma estrutura etária mais envelhecida (CARVALHO; WONG, 2008). Segundo Nonato et al. (2012), o Brasil se encontra na penúltima fase do processo, na qual o crescimento populacional é moderado e cada vez menor. A última etapa ocorreria quando as taxas de mortalidade e fecundidade seriam muito parecidas e estariam em patamares extremamente baixos, o que levaria a um crescimento populacional próximo de zero. De acordo com Carvalho e Wong (2008), no período de 2000-2005, a taxa média anual de crescimento da população brasileira seria de 1,45%, e estimativas mostram que ela cairá para 0,28% no período 2045-2050.

Vasconcelos e Gomes (2012) apontam que a transição não ocorreu de maneira homogênea no país. Na década de 1970, quando as taxas de fecundidade começaram a cair, já se observavam diferenças entre as regiões. As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentavam queda na taxa de mortalidade, ao mesmo tempo que nas regiões Norte e Nordeste ela ainda era alta - principalmente a infantil -, o que assinalava um período de pré-transição. Os níveis de fecundidade nas regiões Sudeste e Sul estavam em torno de 3,5 filhos por mulher, ao passo que no Norte e Nordeste eram superiores a 6 filhos por mulher. Já entre 1980 e 2010 quedas expressivas nas duas taxas eram observadas em todas as regiões. Em 2000, a taxa de fecundidade era de 2,1 filhos por mulher, com exceção da região Norte, que ainda apresentava um número médio de filhos por mulher acima de 3. Brito (2018) também mostra diferenças na transição em relação à renda: a depender do nível de renda da população considerada, a transição demográfica encontra-se em estágios completamente diferentes. Nas classes mais altas, a razão de dependência dos idosos já

converge para próximo da razão de dependência dos jovens desde 2010, o que não ocorre nos extratos mais pobres, que ainda apresentam grandes distâncias entre as duas razões.

Além das mudanças na composição etária da população, os efeitos da transição sentidos mais rapidamente referem-se, primeiramente, à queda da mortalidade causada pela redução de doenças infecciosas e parasitárias e pelo maior acesso da população a serviços de saneamento básico e atenção à saúde, como campanhas de vacinação. A mortalidade infantil caiu mais de 70% e a esperança de vida aumentou consideravelmente para mais de 70 anos em 2010. Após a queda da mortalidade, o que se observa é a diminuição da fecundidade associada à maior escolarização das mulheres e à sua maior inserção no mercado de trabalho (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Não obstante, o efeito mais eminente é o envelhecimento populacional. O último estágio da transição, juntamente com crescimentos na expectativa de vida, levará a uma estrutura etária cada vez mais envelhecida. Com o passar dos anos, a tendência é de que a expectativa de vida nas idades mais avançadas no Brasil se aproxime das observadas nos países desenvolvidos, sendo, portanto, bem elevada (CAMARANO, 2002a). Além disso, a longevidade também é consequência dos avanços da tecnologia e da medicina. Este processo é percebido quando se analisa a composição etária do grupo considerado idoso: a proporção da população “mais idosa” (80 anos e mais) também está aumentando, ou seja, a população considerada idosa também está envelhecendo. Carvalho e Wong (2008) mostram que, em 1970, as pessoas com 65 anos ou mais, correspondiam a 3,1% da população total, enquanto que, em 2050, esse número deve chegar a 19%.

O aumento da proporção de idosos se coloca como uma discussão central para os governos dos países, dada sua relevância e seu grau de impacto nas sociedades. No caso brasileiro, assim como em outros países em desenvolvimento, a transição ocorre de uma maneira veloz, o que deixa pouco tempo para que as reformas necessárias para a absorção das consequências desse processo sejam realizadas em tempo hábil. Para Carvalho e Wong (2008), reformas institucionais nos sistemas de saúde, na educação, no mercado de trabalho, na previdência são necessárias no curto e médio prazos para evitar que os problemas advindos com a transição se tornem insolúveis no longo prazo. Os autores ainda mostram que essas discussões devem interessar a todos: no Brasil, 87% das pessoas vivas em 2005 estarão vivas em 2025, e 61% estarão vivas em 2050.

Esta mudança na estrutura etária levanta vários questionamentos sobre o futuro das pessoas mais velhas e como isso afetará os outros segmentos populacionais. Segundo Ramos (2003), o maior desafio que se coloca diante do século XXI é justamente cuidar de uma população com mais de 32 milhões de idosos que, em sua maioria, possui baixo nível socioeconômico e educacional, além de uma alta incidência de doenças crônicas e incapacitantes. Pedro (2013, p. 30) faz um questionamento importante: “o que temos hoje será suficiente para satisfazer às complexas demandas dos processos de envelhecimento dos próximos anos? Certamente não.”

Várias serão as consequências na sociedade por causa da mudança na estrutura etária. O mercado de trabalho terá sua composição modificada, visto que com o aumento da população idosa, a População em Idade ativa declinará, deixando a mão de obra mais envelhecida e experiente (NONATO et al., 2012). A sustentabilidade do sistema previdenciário também se coloca central nessa discussão. Com o aumento da Razão de Dependência dos Idosos¹, o desafio será manter a força de trabalho em tamanho suficiente para prover os recursos necessários ao pagamento das aposentadorias e pensões (BARBOSA, 2014). As demandas no sistema de saúde também terão sua estrutura modificada por conta da mudança do perfil epidemiológico da população: diminuirão as doenças infecciosas ao passo que aumentará a quantidade de atendimentos de doenças não-transmissíveis (ALVES et al., 2010). Outra consequência se refere ao cuidado para com os idosos: o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho e a diminuição do tamanho das famílias levantam questionamentos sobre quem ficará responsável por cuidar dos idosos (PAIVA; WAJNMAN, 2005).

Claro que o envelhecimento e a longevidade não devem ser vistos como algo negativo para a sociedade. Pelo contrário, eles remetem às várias conquistas alcançadas em termos de mortalidade, aos avanços na medicina e na tecnologia. Entretanto, os desafios sociais e econômicos que esses processos trarão estão postos e, estes sim, devem ser enfrentados. A Organização Mundial de Saúde (doravante, OMS)² define essa dicotomia como “um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios” (WHO, 2005, p. 8).

¹ Razão de Dependência dos Idosos: numerador da razão de dependência será apenas os idosos (60 anos ou mais) e o denominador o número de pessoas de 15 a 59 anos de idade.

² Em inglês: *World Health Organization (WHO)*.

Nesse sentido, oportunidades também serão criadas com o novo regime demográfico. De acordo com estimativas, por volta de 2025, o país apresentará sua mais baixa Razão de Dependência³, pois, combinado ao aumento da população nas idades ativas, ocorrerá um rápido declínio do número de crianças e jovens enquanto o peso relativo da população mais velha não será ainda tão expressivo. O país terá então, à sua frente, uma “janela de oportunidades” ou bônus demográfico: o menor tamanho das gerações de crianças possibilitará um maior retorno dos recursos nelas investidos, porquanto se espera um maior investimento governamental na educação, principalmente nos níveis básicos (fundamental e médio), além de um aumento da proporção da PIA em relação ao total da população, o que poderá gerar maior crescimento econômico e aumento das receitas públicas (WONG; CARVALHO, 2006; NONATO et al., 2012; ROCHA, 2012; ONU, 2007). Mas, apesar da janela de oportunidade ser uma possibilidade para o crescimento econômico, as políticas públicas devem acompanhar esse novo cenário social, econômico e demográfico absorvendo as oportunidades derivadas desse processo – o que se mostra urgente dada a proximidade deste cenário favorável.

Camarano (2013) atenta para a “intergeracionalidade” da questão demográfica: as políticas que envolvem a população idosa, que é um grupo central nessa discussão, devem “promover a solidariedade entre gerações” (p. 23). Deve haver um equilíbrio nas políticas voltadas para o idoso e para os outros grupos etários, pois, o bem-estar do idoso está diretamente ligado ao bem-estar de toda a população. Segundo Giacomini (2016, p. 593), “o direito de envelhecer com dignidade não se inicia nem termina aos 60 anos; portanto, sua efetivação necessita da existência de políticas públicas ao longo de toda a vida”. Além disso, é importante notar que as demandas provenientes da transição demográfica somam-se a outras demandas sociais básicas já existentes e que ainda não foram atendidas (CAMARANO, 2016a).

Para Camargos et al. (2017), uma das alternativas de enfrentamento destes desafios é conhecer essa população acima de 60 anos, tendo em vista que este é um grupo heterogêneo e para o qual as políticas não devem ser generalistas. Logo, características como idade, sexo, raça/cor, renda, saúde, região de residência, condição do domicílio, dentre outras, devem ser consideradas. Ainda segundo os autores, esse conhecimento

³ Razão de Dependência: razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 60 e mais anos de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. *Fonte: IBGE.*

aprofundado da população idosa é imprescindível para subsidiar a formulação das políticas com foco nesse grupo. Lebrão e Laurenti (2005) também mostram a importância do conhecimento do idoso “para que se possa estar preparado para atender às demandas sociais, sanitárias, econômicas e afetivas dessa parcela da população” (p. 128).

Este cenário aponta, portanto, para a necessidade de um olhar mais profundo e abrangente para os idosos, com vistas a planejar melhores políticas públicas e privadas que vão de encontro a este grupo e que também afetarão os outros grupos etários. Para tanto, será apresentada na próxima seção a fundamentação teórica do trabalho, baseado numa visão multidimensional do indivíduo: a Abordagem das Capacitações.

1.2 A Abordagem das Capacitações

A mensuração do bem-estar da população possui um papel central na formulação e na análise de políticas públicas. Apesar da qualidade de vida ser um fator um tanto quanto subjetivo, sua averiguação através de índices tem auxiliado em ações que promovem seu aumento. A Abordagem das Capacitações se insere neste contexto ao se apresentar como um amplo quadro normativo para avaliação do bem-estar individual e dos arranjos sociais e políticos (ROBEYNS, 2005). Pode ser usada para avaliar a qualidade de vida, a desigualdade ou a pobreza, além de servir como uma ferramenta para realizar análises de custo-benefício de políticas sociais ou para desenvolver as políticas. Assim, essa não é uma teoria que busca explicar a pobreza, a desigualdade ou o bem-estar, mas provê um meio para conceitualizar e avaliar esses fenômenos.

Desenvolvida por Sen (2000) e Nussbaum (2011), a Abordagem das Capacitações tem em seu cerne o objetivo de expandir os modos de avaliação de diversas áreas, como pobreza, qualidade de vida, educação etc., buscando ir além de critérios unidimensionais como renda, recursos ou utilidade. Para Sen (1980), essas abordagens não captam um conceito básico chamado por ele de capacidades básicas (*basic capabilities*): uma pessoa ser capaz de fazer certas coisas básicas. Logo, ela abrange muito mais do que somente as posses ou a felicidade dos indivíduos: o desenvolvimento humano e as capacidades são multidimensionais, visto que vários fatores importam ao mesmo tempo.

Nessa abordagem, o bem-estar está relacionado com as “liberdades substantivas” dos indivíduos, que podem estar relacionadas à pobreza econômica, mas também a uma negação de liberdades políticas e civis ou à carência de serviços públicos e assistência social (SEN, 2000). Elas são divididas em cinco grandes grupos: i) liberdade políticas, ii)

facilidades econômicas, iii) oportunidades sociais, iv) garantias de transparência e v) segurança protetora. A expansão das liberdades deve pautar o processo de desenvolvimento, sendo que o fim deste processo é justamente os indivíduos, vistos como agentes aptos para interferir em suas realidades e modificá-las. Assim, “a expansão da liberdade é considerada i) o fim primordial e ii) o principal meio do desenvolvimento” (SEN, 2000, p. 55).

Três conceitos se mostram centrais: *functioning*, *capability* e *agency*. O *functioning* é ser ou fazer o que as pessoas valorizam e têm motivos para valorar. A *capability* é a liberdade de uma pessoa para desfrutar de vários funcionamentos, ou seja, ser ou fazer coisas que contribuem para o seu bem-estar. Por fim, a *agency* é a capacidade de uma pessoa perseguir e realizar metas que ela valoriza e tem motivos para valorar (SEN, 2000). As capacitações estão ligadas à possibilidade de que os indivíduos têm de “realizar combinações alternativas de funcionamentos” (*Ibidem*, p. 105), o que está ligado à ideia de liberdade substantiva, visto que, dessa maneira, a pessoa terá liberdade de escolher – o que deve ser primordial quando da avaliação de alguma situação.

A inclusão dos aspectos relacionados à diversidade humana é uma importante questão trazida por esta visão: as pessoas possuem diferentes capacidades de converter recursos em funcionamentos e, dessa maneira, em capacitações (SEN, 2000). Essas diferenças advêm de uma série de fatores: i) heterogeneidade individuais, ii) diversidades ambientais, iii) variações no clima social, iv) diferenças nas perspectivas relacionais e v) distribuição dentro da família.

Nussbaum (2011, p. 18) também corrobora com a perspectiva multidimensional do bem-estar dos indivíduos, considerando a pluralidade da abordagem das capacitações um elemento central de suas ideias:

I typically use the plural, ‘Capabilities’, in order to emphasize that the most important elements of people’s quality of life are plural and qualitatively distinct: health, bodily integrity, education, and other aspects of individual lives cannot be reduced to a single metric without distortion. Sen, too, emphasizes this idea of plurality and nonreducibility, which is a key element of the approach.

Para autora, assim como para Sen, há uma pergunta chave que deve ser feita quando se estuda a qualidade de vida ou quando se está teorizando sobre uma justiça social básica:

“O que cada pessoa é capaz de fazer e ser?” – o que demonstra uma preocupação com cada indivíduo, não somente com uma média total de bem-estar. *“It is focused on choice or freedom, holding that the crucial good societies should be promoting for their people is a set of opportunities, or substantial freedoms, which people then may or may not exercise in action: the choice is theirs.”* (NUSSBAUM, 2011, p. 18). Novamente, o que se mostra relevante são as possibilidades, as escolhas que cada indivíduo pode realizar, não somente o que ele possui e o que pode ser quantitativamente mensurado.

Contudo, uma das grandes diferenças entre Sen e Nussbaum é que ele utiliza a abordagem das capacitações somente como uma base informacional, sem explicitar o modo como tais informações deveriam ser utilizadas ou operacionalizadas. Ao contrário, Nussbaum defende uma lista explícita de dez capacitações centrais que deveriam ser constitucionalmente garantidas - mas que são suficientemente abrangentes para serem aplicadas em diferentes contextos. Mas é importante notar que os objetivos de Sen e Nussbaum eram diferentes: Sen buscava mostrar a importância das capacitações nas avaliações realizadas, enquanto Nussbaum propunha uma teoria de justiça social básica (ROBEYNS, 2005b).

A lista proposta por Nussbaum (2011, p. 33 e 34) encontra-se a seguir:

- i. Vida: Ser capaz de viver até o fim de uma vida humana de duração normal; sem morrer prematuramente, ou ter uma vida tão reduzida que não valha a pena viver.
- ii. Saúde física: ser capaz de ter uma boa saúde, incluindo saúde reprodutiva; de ser adequadamente nutrido; de ter moradia adequada.
- iii. Integridade física: ser capaz de se movimentar livremente de um lugar para outro; estar seguro contra agressões violentas, incluindo agressões sexuais e violência doméstica; ter oportunidades de satisfação sexual e de escolha em matéria de reprodução.
- iv. Sentidos, imaginação e pensamento: ser capaz de usar os sentidos, imaginar, pensar e raciocinar – e de fazer essas coisas de uma forma “verdadeiramente humana”, uma forma esclarecida e cultivada por uma educação adequada, incluindo, mas não significativamente limitada a, alfabetização e formação matemática e científica de base. Ser capaz de usar imaginação e pensamento em conexão com a experiência e produção de obras e eventos de escolha própria, religiosa, literária, musical, e assim por diante.

- Ser capaz de usar a mente de forma protegida por garantias de liberdade de expressão em relação a discurso político e artístico, e liberdade de exercício religioso. Ser capaz de ter experiências prazerosas e de evitar a dor não benéfica.
- v. Emoções: ser capaz de ter apego a coisas e pessoas além de nós mesmos; de amar aqueles que amam e se importam conosco, de lamentar a sua ausência; em geral, de amar, de sofrer, de experimentar desejo, gratidão e raiva justificada. Não ter seu desenvolvimento emocional marcado por medo e ansiedade. (Apoiar essa capacitação significa apoiar formas de associação humana que se mostram como cruciais no seu desenvolvimento).
 - vi. Razão prática: ser capaz de formar uma concepção do bem e de engajar em uma reflexão crítica sobre seu planejamento de vida. (Isso implica em proteção para liberdade de consciência e prática religiosa).
 - vii. Filiação: A) ser capaz de viver com e para com os outros, de reconhecer e demonstrar preocupação por outros seres humanos, de se envolver em várias formas de interação social; de ser capaz de se colocar no lugar do outro. (Proteger essa capacitação significa proteger instituições que constituem e nutrem tais formas de afiliação, e que também protegem a liberdade de reunião e expressão política.) B) Ter as bases sociais do respeito próprio e não-humilhação; ser capaz de ser tratado como ser digno cujo valor é igual ao dos demais. Isso implica em provisões para não-discriminação no que se refere a raça, sexo, orientação sexual, etnia, classe social, religião, nacionalidade.
 - viii. Outras espécies: ser capaz de viver com respeito para e em relação aos animais, plantas, e o mundo da natureza.
 - ix. Executar: ser capaz de rir, brincar, participar de atividades recreativas.
 - x. Controle sobre seu ambiente: A) ser capaz de participar efetivamente em escolhas políticas que governam sua vida; ter o direito de participação política, proteções à liberdade de expressão e de associação. B) Material: ser capaz de manter a propriedade (terra e bens móveis), e ter direitos de propriedade em uma base de igualdade com os demais; ter o direito de procurar emprego em uma base de igualdade com os demais; ter a liberdade de busca injustificada e apreensão. No trabalho, ser capaz de trabalhar como ser humano, exercendo razão prática e de participar de relacionamentos significativos de mútuo reconhecimento com outros trabalhadores.

Segundo a autora: *“The basic claim of my account of social justice is this: respect for human dignity requires that citizens be placed above an ample (specified) threshold of capability, in all ten of those areas.”* (NUSSBAUM, 2011, p. 36). Ela também considera a possível dificuldade de operacionalização das dez capacitações e deixa aberto, a cada nação, estudo ou aplicação, a melhor especificação e adequação da lista para sua realidade, tendo por base suas tradições, histórias, leis e princípios básicos.

Tendo em vista a não especificação explícita de Sen dos aspectos que deveriam nortear a discussão sobre o bem-estar, e tendo Nussbaum proposto uma lista que abarca vários aspectos que são relevantes, o presente trabalho tomará essa lista como sua base teórica. Sen também não se aprofunda no conceito de “dignidade humana”, ao contrário de Nussbaum, que faz dele um conceito central de sua teoria, o que vai de encontro, de uma maneira singular, ao grupo central da pesquisa: os idosos. Além disso, como já dito pela própria autora, a lista não é rígida e deve ser moldada e utilizada através das questões que se busca discutir. Sendo assim, através de uma revisão empírica, serão apresentados na próxima seção os principais aspectos relevantes para o bem-estar dos idosos brasileiros.

1.3 Referencial empírico para o estudo do bem-estar do idoso brasileiro

Antes de iniciar a análise dos aspectos relacionados à qualidade de vida dos idosos, é importante definir o grupo em questão. Segundo a Organização Mundial da Saúde, idoso é o indivíduo que tem 60 anos ou mais. Esta definição é a mais utilizada tanto em trabalhos científicos quanto nas legislações pertinentes ao assunto⁴.

Contudo, a definição de quem são os “idosos” não é homogênea nem imutável. O envelhecimento é entendido e percebido de maneiras diferentes quando se considera as variações culturais, os processos biológicos, os eventos sociais, a aparência física, o estado de saúde etc., posicionando os indivíduos de maneira diferente no corpo social, a depender de suas vivências e momentos individuais. Ademais, a definição de idoso abrange um corte etário que pode variar em até 40 anos, o que exprime uma grande diversidade (CAMARANO, 2002a).

Sobre isso, há uma dificuldade em se controlar o público alvo das políticas públicas para os idosos: dada a heterogeneidade dentro do grupo, como evitar que se incluam “indivíduos que não necessitam de tais políticas ou excluir aqueles que necessitam”?

⁴ Camarano (1999), Camarano (2002a), Camarano et al. (2012), Rocha (2012), Wajnman et al. (2004), dentre outros. A Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso também utilizam esta definição.

(CAMARANO, 2013, p. 11). No Brasil, predomina a concepção de que os direitos dos idosos são norteados somente pela idade dos indivíduos e não pelas suas necessidades. Como exemplo, as políticas de reserva de assentos e prioridade no embarque para os idosos no transporte coletivo visam melhorar a mobilidade de idosos que possuem alguma dificuldade de locomoção mas, mesmo os idosos que não se encontram nessa situação, desfrutam dessas políticas, o que pode ser interpretado por alguns como um privilégio, e não como uma política necessária (CAMARANO, 2013). Fato é que os idosos revelam-se como um grupo central no desenvolvimento socioeconômico do país e precisam ter suas demandas investigadas e atendidas, apesar da dificuldade em encontrar uma definição mais apurada que consiga incorporar as suas diversas nuances. Nessa perspectiva, uma análise mais detalhada do modo como vivem se mostra uma ferramenta bastante útil.

O conhecimento acerca dos idosos tem como principal objetivo “aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo” (WHO, 2005, p.13). A análise do bem-estar desse grupo deve, então, abranger as várias facetas relacionadas à vida de um indivíduo, dando importância às particularidades existentes. Segundo Ramos (2003), o bem-estar dos idosos estaria relacionado ao equilíbrio entre as várias dimensões de suas vidas – o que não significaria a total ausência de problemas. Para a OMS (2005), há necessidade de ações nas áreas de educação, emprego, segurança social e financeira, habitação, transporte, justiça, desenvolvimento rural e urbano, além dos serviços sociais e de saúde, que auxiliariam na promoção de uma vida melhor para os idosos.

O conceito de “envelhecimento ativo” cunhado pela OMS no final dos anos 1990 busca incluir essa percepção multidimensional: “envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”, além da sua contínua participação “nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis” (OMS, 2003, p. 13). Dessa maneira, o bem-estar dos idosos se associa às várias áreas que compõem as suas vidas e, mais do que isso, depende da maneira com a qual eles se relacionam consigo mesmo e com o mundo a sua volta. Diversos trabalhos teóricos e empíricos tratam destes aspectos e mostram como eles se inter-relacionam na velhice, o que será mostrado a seguir.

Com o avanço da idade, a saúde torna-se uma variável central na qualidade de vida dos indivíduos, já que se observa um aumento na ocorrência de doenças neste período. Entretanto, “o que importa não são as doenças propriamente ditas, mas sim a capacidade de o indivíduo se manter na comunidade, desfrutando a sua independência e mantendo as relações e atividades sociais” (CAMARGOS et al., 2016, p. 2), o que pode ser denominado de “capacidade funcional”. Ainda segundo Camargos et al. (2016), este indicador se relaciona com a sensação de bem-estar do indivíduo e funciona como um preditor de saúde da população. Esse conceito se baseia no fato de que, apesar de grande parte dos idosos apresentarem, pelo menos, alguma doença crônica, isso não os limita, permitindo-os, apesar das doenças, viverem uma vida normal com satisfação através do controle das enfermidades. Para Alves et al. (2003, p. 1925), a capacidade funcional “se refere à potencialidade para desempenhar as atividades de vida diária ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda, imprescindíveis para proporcionar uma melhor qualidade de vida”. Essa capacidade possui um papel relevante não somente para o idoso, mas para a família, para a comunidade e para o sistema de saúde, visto que a incapacidade “ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos” (*Ibidem*, p. 1924).

O principal a ser considerado quando se trata da saúde dos idosos seria a autonomia, a capacidade de definir e realizar seus próprios propósitos: “qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho [...] certamente será considerada uma pessoa saudável” (RAMOS, 2003, p. 794). A ausência de doenças é privilégio para poucos e o bem-estar pode ser atingido mesmo com a presença delas. Dessa forma, a análise da saúde dos idosos não deve se limitar a este indicador, mas deve ter em vista o modo que a condição de saúde interfere em sua vida diária, relacionando-se com a “saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica” (*Ibidem*).

Com isso, várias maneiras de avaliar a saúde dos indivíduos têm sido usadas na literatura: Alves et al. (2003) utilizam os conceitos de Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária; Camargos et al. (2016) utilizam os conceitos Expectativa de Vida Livre de Incapacidade Funcional, Expectativa de Vida com Percepção de Saúde Boa e Expectativa de Vida Livre de Doenças Crônicas; Camargos et al. (2009) utilizam

a auto-percepção de saúde; Campolina et al. (2013) utilizam as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, dentre outros.

Camargos et al. (2017), Camargos et al. (2009) e Ramos (2003) mostram que a variável “auto percepção de saúde” tem sido amplamente utilizada em pesquisas com idosos, em virtude de estar fortemente relacionada ao real estado de saúde das pessoas – apesar de também ser associada à interpretação que o indivíduo faz de sua condição de acordo com fatores relacionados à cultura, escolaridade e contexto social. Alves et al. (2007), Campolina et al. (2013) e Servo (2014) salientam a forte influência das doenças crônicas na capacidade funcional do indivíduo, o que demonstra a importância da prevenção e controle dessas doenças em toda a população, dado um contexto de transição epidemiológica, no qual essas doenças se tornaram mais frequentes – aumentando os custos e o tempo dos tratamentos. Lima-Costa et al. (2003) mencionam os benefícios de exercícios físicos leves e de atividades simples diárias para os idosos. De acordo com os autores, essas atividades auxiliam em uma vida mais saudável e ativa, além de contribuir para o controle e prevenção de diversas doenças, como hipertensão, colesterol e também na melhora do peso.

No tocante à escolaridade, estudos mostram uma associação positiva entre as condições de saúde na velhice e os anos de educação formal (ALVES et al., 2007; CAMPOLINA et al., 2013; CAMARGOS et al., 2017). Há também uma correspondência com a participação no mercado de trabalho: Barbosa (2014) mostra que esta taxa aumenta com os anos de escolaridade, o que indica uma seletividade na demanda por trabalho dos idosos, o que pode ser explicado pelo fato das pessoas mais escolarizadas ocuparem postos de ensino, que exigem menos força física. Contudo, Camarano, Kanso e Fernandes (2014) ressaltam que a educação formal da População Economicamente Ativa (PEA) idosa é baixa: em 2012, 40,6% tinham menos de quatro anos de estudo e apenas 17,2% possuíam mais que 12 anos.

A participação em atividades sociais organizadas, além de auxiliar no combate e tratamento da depressão, também possui uma importância central no bem-estar dos idosos. Para Geib (2012), as redes sociais e comunitárias são determinantes sociais para a saúde geral dos idosos; Guedes (2017) resalta a validade que a filiação a clubes ou associações tem na vida deste grupo; Tavares et al. (2016) destaca que o envolvimento em atividades no meio social oferece benefícios físicos, cognitivos, funcionais e na própria longevidade; por fim, para Lima, Valença e Dos Reis (2017) o convívio social

transmite aos idosos o sentimento de que pertencem a um grupo, fazendo com que se sintam queridos e valorizados.

A renda dos idosos é um fator que também afeta diretamente e de diversas maneiras o seu bem-estar. Pelo fato de ser um período da vida que, em geral, os indivíduos consomem mais do que produzem, a velhice é impactada profundamente por essa variável. Para Camargos, Machado e Rodrigues (2007, p. 47), “a baixa renda dos idosos atua negativamente no comportamento saudável, no ambiente domiciliar, no acesso aos serviços e cuidados de saúde, [...] e, finalmente, nos recursos materiais”. Por isso, programas de transferência de renda para os idosos foram colocados como centrais nas discussões de políticas públicas, principalmente após a Constituição Federal de 1988, que deu maior importância e visibilidade para esse assunto. Mas é importante lembrar que as transferências familiares também assumem um papel importante para os idosos. Apesar de não ser institucionalizada, esse tipo de transferência é o mais tradicional entre os indivíduos ativos e inativos, mas, por causa da industrialização e urbanização e das mudanças nos arranjos familiares, a responsabilidade da manutenção financeira dos idosos foi deslocado das transferências intrafamiliares para as intergeracionais (CAMARANO; PASINATO, 2007).

Por fim, o ambiente físico no qual o idoso pode determinar, por exemplo, o seu grau de dependência, já que em um local inseguro ele dependerá mais das pessoas a sua volta, podendo levar ao isolamento, depressão e problemas de mobilidade, além de aumentar a probabilidade de quedas e incêndios. De acordo com WHO (2005), as construções que acomodam idosos devem estar de acordo com as necessidades de saúde e segurança desses indivíduos, diminuindo as chances de acidentes. A questão de um ambiente seguro deve ser cada vez mais discutida, visto que há uma tendência de aumento na proporção de idosos que moram sozinhos, o que demanda espaços mais seguros e adaptados. Além da segurança, os idosos devem ser assistidos com condições básicas de saneamento, água tratada e eletrodomésticos que facilitem as suas atividades diárias, com o intuito de melhorar a sua saúde, o seu bem-estar e a sua autonomia.

Como visto, os trabalhos empíricos abordam os diversos aspectos relacionados ao bem-estar dos idosos, mesmo que de maneira independente. Tomando por base a revisão bibliográfica acima e outros trabalhos empíricos (geograficamente relevantes e mais atuais), foram enumeradas, no QUADRO 1.1, as dimensões a serem consideradas no

índice multidimensional do bem-estar do idoso. Considera-se seis grandes áreas, a saber: saúde, capacidade funcional, educação, inserção social, renda e condição dos domicílios.

Quadro 1.1: Principais condicionantes do bem-estar do idoso para o caso brasileiro a partir de uma revisão bibliográfica.

	Saúde	Capacidade Funcional	Educação	Inserção Social	Renda	Condição Domicílios
Ansai e Sera (2013)		X				
Barbosa (2014)			X			
Camarano (2006)					X	
Camarano (2016)	X					
Camarano e Pasinato (2007)					X	X
Camarano e Pasinato (2008)		X				
Camarano, Kanso e Fernandes (2013)					X	X
Camarano, Kanso e Fernandes (2014)	X		X			
Camargos e Gonzaga (2015)	X	X				
Camargos, Rodrigues e Machado (2009)	X	X				
Campolina (2013)	X					
Dias, Carvalho e Araújo (2013)		X				X
Giacomin e Maio (2016)	X					
Guedes (2017)				X		
Gugel (2016)			X			
Lima, Valença e Dos Reis (2017)				X		
Marinho, Cardoso e Almeida (2014)	X					
Paulo, Wajnman e Hermeto (2013)					X	X
Pedro (2013)		X				
Ramos (2003)		X				
Tavares et al. (2016)				X		
TOTAL	9	9	5	5	6	6

Fonte: Elaboração própria.

Nos trabalhos observa-se uma predominância de estudos sobre a saúde e a capacidade funcional dos idosos, mas a incidência dos outros fatores também é considerável. Contudo, as análises tradicionais têm apresentado um foco singular, ou seja, abordam somente ou a saúde, ou a renda, ou a posição no domicílio, ou uma combinação de dois deles, ficando claro, à luz da discussão apresentada, que tais variáveis, quando abordadas isoladamente, são insuficientes para uma compreensão mais ampla do bem-estar desse grupo. Dessa maneira, o presente trabalho avança em relação aos já existentes por considerar vários aspectos da vida dos idosos conjuntamente, entendendo que eles são complementares e que afetam o seu bem-estar de maneira simultânea. Além disso, acredita-se que a multiplicidade de questões abordadas conjuntamente auxiliará no

aumento da qualidade de vida dos idosos ao lhes garantir uma visão mais completa de suas vidas pelos formuladores de políticas públicas que, a partir de trabalhos como este, conseguirão ampliar o horizonte de ações para tal população. Portanto, o ganho de uma visão multidimensional é singular para a população idosa.

As legislações e planos de ação voltados à população idosa incorporam essa visão multidimensional de bem-estar, tratando dos diferentes aspectos relevantes de maneira conjunta. No plano internacional, a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Viena em 1982, é um marco inicial no estabelecimento de uma agenda de políticas públicas voltada para os idosos. Este encontro resultou no Plano Internacional de Ação, que contou com 66 recomendações relacionadas à saúde, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar, dentre outros. A Segunda Assembleia Mundial aconteceu em Madrid, em 2002, na qual foi aprovado um novo plano de ação que considerou as mudanças sociais, culturais e tecnológicas em curso em todo o mundo e que afetavam diretamente a vida dos mais velhos. O Plano de Madrid, como ficou conhecido, contém 35 objetivos e 239 recomendações para os governos nacionais, enfatizando a necessidade de parcerias entre a sociedade civil e o setor privado para que ele seja colocado em prática (CAMARANO; PASINATO, 2004).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, em seu art. 230, determina que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988). Mas, no caso brasileiro, uma das maiores conquistas foi a garantia de uma renda mínima às pessoas em idade avançada e com perda de capacidade laborativa. Através de mecanismos contributivos (previdência social) e não contributivos (assistência social), os idosos passaram a ter uma garantia de renda. Além disso, foram garantidos benefícios tanto para a área rural quanto para a urbana, não redução de benefícios, contribuições equitativas, ampliação de fontes de receita e o salário mínimo foi instituído como o nível mínimo para os benefícios sociais. De acordo com Camarano (2002b), a mudança mais expressiva encontra-se nas áreas rurais: com a Constituição de 1988, os benefícios deixaram de ser pagos ao domicílio para serem pagos aos indivíduos, o que afetou significativamente as mulheres, que podem, agora, receber os benefícios - mudança esta que favoreceu positivamente mais as mulheres do que os homens.

Fortemente influenciada pelos debates internacionais acerca do envelhecimento populacional, em 1994 foi aprovada a Lei nº 8.842, a Política Nacional do Idoso (PNI),

que foi regulamentada em 1996, através do Decreto nº 1.948. A PNI tem por finalidade “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994). Através da ação dos governos nas áreas de assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência, busca-se garantir sua participação “na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida” (*Ibidem*). Mas, apesar de ter representado um grande avanço, a PNI ainda apresenta muitos desafios. Para Giacomini (2016), um dos problemas que se coloca frente às políticas de promoção da pessoa idosa é a falta de conhecimento de gestão para este segmento, logo, nos três níveis de governo, há uma gestão ineficiente das políticas.

Em 2003 foi sancionado o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, que dispõe sobre o papel da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público de assegurar as condições mínimas de dignidade aos idosos, além de regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Segundo Camarano (2013), o Estatuto do Idoso vai de encontro a um subgrupo populacional que demanda regras específicas, já que sua capacidade de conseguir resultados é diferente dos outros grupos etários. Dessa maneira, ele busca desenvolver e garantir um patamar mínimo de dignidade humana para os idosos, assim como uma equidade entre os diferentes grupos etários em relação à divisão dos recursos, direitos e responsabilidades sociais.

O Estatuto possui 118 artigos ao todo, o que o faz abordar vários aspectos relacionados ao bem-estar do idoso, de diversas maneiras. Dentre eles estão a perda da capacidade laborativa, a saúde e os cuidados direcionados a esse grupo, a reposição de renda, a segurança física e emocional, entre outros. Os artigos 2 e 3 do Estatuto, contudo, já dispõem de maneira resumida de todos os aspectos considerados (BRASIL, 2003, p. 1):

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3º 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.

Para Camarano (2013), o maior avanço do Estatuto do Idoso é a previsão de crimes e sanções para o não cumprimento das normas impostas. Outras questões abordadas na lei são as ligadas às fragilidades econômicas, físicas e sociais dos idosos, que tentam ser amenizadas com políticas específicas para o grupo, como direito à gratuidade nos transportes coletivos urbanos, proibição da cobrança de preços diferenciados de planos de saúde para pessoas com 60 anos ou mais, cobrança de meia-entrada nas atividades culturais e lazer, reserva de assentos no transporte público coletivo, dentre outras. No entanto, um dos principais problemas encontrados nessa lei é a falta de fontes de financiamento para os dispositivos estabelecidos, o que pode gerar conflitos intergeracionais, dado que o pagamento de todos esses benefícios, diretos e indiretos, é compartilhado com toda a sociedade. Assim, o descompasso existente entre o acelerado ritmo das consequências derivadas da transição demográfica e a efetivação das mudanças necessárias deve ser considerado no planejamento e efetivação das políticas envolvendo os idosos (GIACOMIN, 2016).

Apesar da ampla discussão contida no Estatuto, várias reformas e ações precisam ser realizadas para que ele, de fato, funcione. Para Giacomini (2016) o envelhecimento populacional está posto e precisa ser respaldado com políticas que funcionem e que vão de encontro às reais necessidades do público idoso. Para a autora, há um comportamento passivo e negligente, tanto do Estado quanto da sociedade, que precisa ser mudado. Os idosos deveriam ser notados e ouvidos em suas especificidades e suas demandas atendidas o mais rápido possível.

Como observado na legislação pertinente ao assunto, busca-se cercar o idoso com ações de promoção em vários aspectos de sua vida, visto que é necessário garantir não somente maior longevidade desses idosos, mas uma vida feliz, com qualidade e satisfação pessoal (JOIA et al., 2007). Segundo a Organização Mundial da Saúde, a qualidade de vida é “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1999).

De acordo com Neri (2001) apud Dias et al. (2013, p. 129), “caracterizar a qualidade de vida na velhice é um fenômeno complexo e sujeito a inúmeras influências, levando a se

considerar a avaliação desta qualidade de vida como uma visão multidimensional. Joia et al. (2007) verificaram que a saúde e a independência dos idosos estão diretamente relacionados à sua felicidade, além de outros fatores relativos ao convívio social, como serem aceitos pela comunidade, afetividade, bom relacionamento no casamento e na família. Dias et al. (2013) completam, mostrando a importância de um conjunto de fatores que melhoram a vida dos idosos, como “saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica” (p. 134).

Logo, o bem-estar dos idosos está relacionado a vários desses aspectos de suas vidas, demonstrando a complexidade deste conceito. Sousa et al. (2003) questionam as imagens preconceituosas, vazias e simplificadas que se tem da velhice: para eles, a imagem marginalizada que existe da pessoa que está no fim da vida não condiz com a realidade dos idosos, o que também contraria a ideia de que “todos os velhos são iguais”, não respeitando a diversidade individual presente dentro deste segmento etário. O idoso deve, então, ser percebido de forma completa, sem estereótipos, com vistas a captar a heterogeneidade existente dentro do grupo e também em cada indivíduo.

Dada a necessidade de um tratamento multidimensional para o bem-estar, este trabalho se justifica por buscar auxiliar na construção de uma velhice mais completa, percebida pela sociedade e pelo Estado de uma maneira mais ampla, o que impactará a sociedade como um todo, visto a importância e o peso que os idosos alcançarão dentro de alguns anos. Para tanto, é proposto um índice multidimensional de bem-estar que buscará contribuir no diagnóstico das necessidades dos idosos, objetivando tornar mais eficazes as respostas dadas pelo Estado através de políticas públicas.

Considerando conjuntamente a abordagem empírica mostrada no QUADRO 1.1, a Abordagem das Capacitações e o Estatuto do Idoso (como um referencial mais específico sobre os idosos brasileiros), o QUADRO 1.2 indica os pilares usados na construção de uma visão multidimensional do bem estar dos idosos.

Quadro 1.2: A Relação entre as dimensões, as capacitações e o Estatuto do Idoso no estudo do bem-estar na velhice.

Dimensões	Capacitações	Estatuto do Idoso
Saúde	Vida: Ser capaz de viver até o fim de uma vida humana de duração normal.	Direito à vida
	Saúde física: ser capaz de ter uma boa saúde, de ter moradia adequada.	Direito à saúde/alimentação
	Emoções: Não ter seu desenvolvimento emocional marcado por medo e ansiedade.	Direito à dignidade
Capacidade Funcional	Integridade física: ser capaz de se movimentar livremente de um lugar para outro.	Direito à convivência familiar e comunitária
Educação	Sentidos, imaginação e pensamento: alfabetização e formação matemática e científica de base.	Direito à educação
Inserção Social	Razão prática: proteção para liberdade de consciência e prática religiosa.	Direito à liberdade
	Filiação: não-discriminação no que se refere a raça, sexo, orientação sexual, etnia, classe social, religião, nacionalidade.	Direito ao respeito
	Executar: ser capaz de rir, brincar, participar de atividades recreativas.	Direito à cultura, ao esporte, ao lazer
Renda	Controle sobre seu ambiente: ser capaz de manter a propriedade (terra e bens móveis), e ter direitos de propriedade em uma base de igualdade com os demais.	Direito ao trabalho
Condição do Domicílio	Outras espécies: ser capaz de viver com respeito para e em relação aos animais, plantas, e o mundo da natureza.	Direito à cidadania

Fonte: Elaboração própria.

A partir das discussões realizadas, acredita-se que, com o rápido processo de transição demográfica pelo qual o país passa, a importância dos idosos na sociedade também aumentará rapidamente, colocando-os no centro das discussões sociais e econômicas que visem o desenvolvimento da nação. Sendo assim, o envelhecimento e a longevidade devem nortear a ação dos agentes públicos, buscando um progresso que alcance todas as gerações e que auxilie na interação entre elas. Nessa perspectiva, conhecer a realidade dos idosos brasileiros através do estudo de como vivem e como são suas realidades se torna fundamental no esforço de encontrar caminhos que auxiliem a sociedade com os desafios propostos pelo processo de reconfiguração etária.

Contudo, ao lidar com um país tão extenso e tão desigual, deduz-se que também há uma enorme heterogeneidade na velhice que deve ser largamente considerada no planejamento

das políticas públicas, visto que políticas generalistas não consideram as desigualdades existentes e, por isso, tornam-se menos efetivas. Desigualdades entre as regiões, entre as classes econômicas, entre os grupos etários e entre os sexos deveriam ser examinadas no trato para com os idosos, o que auxiliaria no aumento do bem-estar, já que políticas específicas a cada realidade poderiam ser melhor planejadas. Além disso, as demandas dos idosos são consideradas de maneira unidimensional, o que empobrece as discussões acerca de seu bem-estar, o que deve ser revisto, considerando uma visão multidimensional. Assim, a construção de um índice multidimensional de bem-estar, que considera as principais desigualdades existentes no grupo e que pode ser decomposto entre as desigualdades citadas, contribuiria na descrição da situação dos idosos com o objetivo de aumentar a eficácia de políticas públicas voltadas para o grupo.

No próximo capítulo serão apresentados o método utilizado para construir o índice multidimensional de bem-estar e a base de dados utilizada para tal. A metodologia do índice será descrita teórica e empiricamente e, a partir da análise descritiva da amostra, os idosos brasileiros serão descritos com base em características sócio demográficas, mostrando qual a sua composição populacional.

Capítulo 2

Índice de bem-estar para os idosos brasileiros: metodologia e base de dados

Este capítulo visa descrever a metodologia e a base de dados utilizadas na construção do índice multidimensional de bem-estar dos idosos proposto no capítulo anterior. A organização do capítulo é a seguinte: na seção 2.1 é apresentado um pequeno histórico sobre a construção de índices e sua importância na mensuração do bem-estar; a seção 2.2 expõe o método Alkire-Foster para construção de índices multidimensionais; na seção 2.3 são descritos os passos práticos para a construção do índice multidimensional de bem-estar dos idosos; a seção 2.4 apresenta a Pesquisa Nacional de Saúde, fonte de dados para o presente estudo; e, por fim, a seção 2.5 exibe a distribuição populacional dos idosos por algumas características básicas através de uma descritiva da amostra utilizada.

2.1 Aferição dos aspectos da vida e bem-estar dos idosos

O estudo da qualidade de vida e do bem-estar dos indivíduos, a partir de índices e/ou indicadores, tem um papel central no diagnóstico, elaboração e implantação de políticas públicas. A mensuração desses aspectos volta-se, historicamente, muito para os níveis de pobreza, já que este é um tema que há muito se discute e é alvo de importantes políticas em todo o mundo, mas há índices que medem qualidade de vida, acesso a serviços, utilização de recursos ambientais, qualidade da educação, dentre outros. Assim, apesar das críticas, os índices podem ser vistos como ferramentas úteis para que os governos e analistas obtenham prontamente uma imagem da distribuição do bem-estar em uma sociedade (DECANCQ; LUGO, 2013).

No caso da mensuração da pobreza, que é o tema com maior abrangência na literatura, os índices unidimensionais, como a linha de pobreza, a partir dos anos 1970, passaram a receber críticas, já que se observou que a pobreza relaciona-se com outros fatores que não somente a renda. Logo, aspectos como educação, condição do domicílio, saúde, emprego, dentre outros, foram incorporados nessa discussão através dos índices multidimensionais de pobreza.

Como discutido no Capítulo 1, a mensuração da pobreza e do bem-estar foi fortemente influenciada pelas ideias de Sen (2000) e Nussbaum (2011) que, com a abordagem das capacitações, mostraram que uma análise multidimensional e mais qualitativa das informações seria mais fidedigna à realidade dos indivíduos. Dessa maneira, vários

autores utilizaram índices multidimensionais para medir a pobreza e as privações sofridas: Golgher (2010), Machado, Golgher e Antigo (2014), Da Silva et al. (2016), Marin et al. (2013), Barros, Carvalho e Franco (2006), dentre outros.

Contudo, a maior questão colocada na literatura sobre a utilização de índices multidimensionais é como agregar as diversas dimensões associadas a cada objeto de pesquisa para obter uma medida escalar. Na década de 1990, a criação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e dos Índices de Pobreza Humana (IPH-1 e IPH-2) representou um grande impulso na construção desse tipo de indicador, que foi aprimorado ao longo tempo. Várias são as metodologias empregadas para a construção de índices multidimensionais (que não se restringem a medir somente níveis de pobreza): Marin et al. (2013), Machado, Golgher e Antigo (2014) e Wasswa (2015) utilizaram o método Alkire-Foster; Da Silva et al. (2016) utilizaram o método proposto por Bourguignon e Chakravarty (2003); Portella (2016) utilizou um índice baseado em análise fatorial, e assim por diante.

Na construção de um índice multidimensional vários são os dilemas e escolhas com os quais o pesquisador se depara. Barros, Carvalho e Franco (2006) sinalizam sete etapas necessárias para a construção de um indicador escalar de pobreza para o Brasil, tais como a definição das dimensões e dos indicadores que representarão cada uma, a escolha do índice, que garanta uma ordenação única de situações sociais, a agregação dos indicadores e das dimensões, a escolha dos pesos, a sequência na qual as agregações se realizarão etc. Já para Alkire e Foster (2007), os índices devem ser compreensíveis e com fácil descrição, bem como operacionalmente viáveis e facilmente replicáveis.

Essas questões operacionais e conceituais se aplicam à construção dos mais variados índices, como os de bem-estar, que também são intrinsecamente multidimensionais. Mas, aqui, é importante deixar claro a diferenciação entre os índices de pobreza e o índice de bem-estar dos idosos: os primeiros relacionam-se com conceitos como subsistência, necessidades básicas e privações, enquanto que o índice de bem-estar dos idosos, apesar de também incluir esses elementos, preocupa-se com as questões próprias desse período da vida.

Assim, além de verificar a renda, as condições dos domicílios, a análise também se volta para a maneira com que esses fatores interferem a participação social e a independência desses idosos. Por exemplo, um idoso pode não apresentar privações em relação à sua

renda ou às condições de seu domicílio, mas pode ter uma doença crônica que o limita em suas atividades habituais ou ter sua mobilidade reduzida. Além disso, um índice de bem-estar para os idosos reflete, além das condições momentâneas dos indivíduos, as condições que moldaram suas vidas no passado, como resultado do acúmulo de capital social e econômico de toda uma vida.

Alguns autores já incorporaram um visão multidimensional nos trabalhos sobre os idosos: Camarano (2002b) considerou a renda, atividades econômicas, arranjos familiares e condições de saúde para analisar a vida dos idosos brasileiros; Joia, Ruiz e Donalísio (2007) mostram que o bem-estar dos idosos se relaciona com a saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais e autonomia; Dias, Carvalho e Araújo (2013) realçam que, além dos fatores sócio-econômicos, o convívio social, o bem-estar psicológico e a prática de atividades físicas também colaboram para uma melhor qualidade de vida na velhice; dentre outros. Apresenta-se, a seguir, a metodologia que servirá de base para a construção do índice multidimensional.

2.2 Metodologia do índice multidimensional de Alkire-Foster

Para a construção do índice será utilizada a metodologia proposta por Alkire e Foster (2007), que tem por objetivo o cálculo de um índice de pobreza multidimensional. Tendo por base a Abordagem das Capacitações, essa medida busca abarcar as várias dimensões associadas à vida das pessoas. A metodologia Alkire-Foster (doravante, AF) foi largamente utilizada em estudos sobre pobreza e bem-estar, tais como Wasswa (2015), Machado, Golgher e Antigo (2014), Brites et al. (2017), Vieira, Kuhn e Marin (2017), dentre outros.

Segundo Alkire e Foster (2009) o método em questão é vantajoso visto que a mensuração da pobreza (ou do bem-estar) pode ser realizada através de dados agregados – o que é o caso do presente trabalho – e também pelo pesquisador ter a liberdade de escolher os indicadores e dimensões de acordo com a localidade ou com a população pesquisada. Além disso, como aponta Brites et al. (2017), a utilização do método AF para o Brasil é interessante, pois, é possível não somente identificar quem são os indivíduos privados de certos atributos, mas, sobretudo, verificar o quão privados eles são nas suas diferentes dimensões em cada uma das grandes regiões do país. Assim, é possível comparar os resultados das regiões, dado que elas são, essencialmente, muito desiguais entre si, o que auxiliará os gestores nas propostas de políticas públicas mais específicas de acordo com

o perfil e as características encontradas em cada região. A partir destas considerações, a sistematização do índice é apresentada a seguir com base em Wasswa (2015).

Deixe $i = 1 \dots n$ denotar os n indivíduos da amostra e $j = 1 \dots d$ as d dimensões consideradas. Seja x_{ij} as realizações⁵ do indivíduo i na dimensão j , logo, x_i é um vetor $d \times 1$ das realizações do indivíduo i em todas as dimensões d e x é uma matriz $n \times d$ de realizações de todos os indivíduos. Nessa metodologia teremos dois valores de corte, que são os pontos abaixo dos quais o indivíduo é considerado como privado: o primeiro é representado por z , que é o ponto de corte da dimensão d , portanto, z_j é o corte de privação para a dimensão j ; o segundo é identificado por $k \in [1, d]$ e representa o limite de pobreza exigido para que um indivíduo seja considerado multidimensionalmente pobre, dito de outra forma, a pessoa tem que ser privada, ao menos, em k dimensões para que seja multidimensionalmente pobre. O vetor de pesos será denominado de w e será definido como $w_j > 0$, que representa o peso aplicado à dimensão j . Finalmente, $I(\cdot)$ representa a função do indicador, a qual assume o valor 1, se a expressão em parênteses é verdadeira e 0, caso contrário.

A soma ponderada da privação do indivíduo i pode ser expressa como na equação 2.1:

$$c_i = \sum_{j=1}^d w_j I(x_{ij} < z_j). \quad (2.1)$$

Dessa maneira, c_i fornece o número total de dimensões (ponderadas) nas quais i é privado. Então, se a pessoa i é privada em todas as dimensões, então $c_i = d$, visto que $\sum_{j=1}^d w_j = d$; mas, se i não é privado em qualquer das dimensões, então $c_i = 0$; e, se i é privado apenas na dimensão j , então $c_i = w_j$. Se $c_i \geq k$, então a pessoa i é identificada como sendo multidimensionalmente pobre.

A estatística mais básica que podemos calcular com a estrutura apresentada acima é a incidência multidimensional⁶, H , que mede a proporção de pessoas que são multidimensionalmente pobres:

$$H(x; z, k, w) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n I(c_i > k). \quad (2.2)$$

⁵ Tradução livre de “*achievements*”.

⁶ Tradução livre de “*the multidimensional headcount ratio*”.

Outra estatística importante é a intensidade (ou amplitude) da pobreza, A . Ela é definida como a média de privações (como um número máximo de possíveis privações) sofridas pelo indivíduo multidimensionalmente pobre:

$$A(x; z, k, w) = \frac{1}{nHd} \sum_{i=1}^n I(c_i \geq k)c_i. \quad (2.3)$$

Ao combinar as duas estatísticas acima, é possível obter a incidência ajustada⁷, representada por M_0 . Ela quantifica a média ponderada do número de privações (como proporção do número máximo de privações possíveis) em toda a população considerada, enquanto omite as privações daqueles considerados não pobres multidimensionalmente.

$$M_0(x; z, k, w) = \frac{1}{nd} \sum_{i=1}^n I(c_i \geq k)c_i. \quad (2.4)$$

É possível ver pela equação 2.4 que $M_0(x; z, k, w) = H(x; z, k, w) \times A(x; z, k, w)$, indicando que M_0 é sensível tanto à prevalência (H) quanto à intensidade (A) da pobreza.

A utilização da medida AF de pobreza multidimensional como base para nosso índice se justifica por ser intuitiva e simples de calcular, além de possuir propriedades desejáveis, apresentadas e explicadas por Wasswa (2015), como (i) monotonicidade dimensional, (ii) foco na pobreza, (iii) foco na privação e (iv) decomposição de subgrupos. A monotonicidade dimensional significa que, se uma pessoa pobre se torna privada em mais uma dimensão, na qual não era privada anteriormente, a pobreza aumenta. O índice está focado nos indivíduos identificados como multidimensionalmente pobres, o que é evidenciado com o foco na pobreza: se houver um aumento no nível de realização x_{ij} de uma pessoa não pobre, a pobreza deve permanecer inalterada.

Por sua vez, o foco na privação preocupa-se com as dimensões nas quais os multidimensionalmente pobres são privados, ou seja, as dimensões nas quais eles não são privados não são de interesse. Assim, um aumento em qualquer realização não-privada ($x_{ij} \geq z_j$) de uma pessoa pobre deixa inalterada a pobreza, ou seja, um aumento na realização de dimensões não-privadas não compensa as privações. Por fim, a propriedade de decomposição de subgrupos permite a análise do índice em diferentes grupos sócio demográficos e regionais. Essa é uma propriedade extremamente desejável quando

⁷ Tradução livre de “*adjusted headcount ratio*”.

lidamos com uma população tão desigual e geograficamente distinta como a brasileira. A seguir, essa propriedade é apresentada com mais detalhes.

Suponha que há m subgrupos populacionais que possuem a matriz de realizações x . Deixe que $s = 1, \dots, m$ denote n_s indivíduos no subgrupo s tal que $\sum_s n_s = n$ e x_s seja uma matriz $n_s \times d$ de realizações de todos os indivíduos do subgrupo. Então, M_0 pode ser expresso como uma soma ponderada da incidência ajustada dos subgrupos, $\sum_s \frac{n_s}{n} M_0^s(x_s; z, k, w)$, onde o peso é a parcela populacional (n_s/n). A contribuição de cada subgrupo para a medida de pobreza total M_0 é dada por:

$$C_s = \left[\left(\frac{n_s}{n} \right) M_0^s(x_s; z, k, w) \right] \frac{1}{M_0(x; z, k, w)}, \quad (2.5)$$

onde M_0^s é a medida de pobreza do subgrupo s . Com essa medida, podemos verificar como a região ou o subgrupo influenciam na pobreza da população em questão. Assim, se C_s , a contribuição do subgrupo s para a pobreza total M_0 , excede muito sua parcela populacional, isso sugere que há uma forte distribuição desigual da pobreza nesse subgrupo (ALKIRE; SANTOS, 2011).

A última característica importante do índice AF diz respeito à possibilidade de levarmos em consideração as privações dos indivíduos que não foram considerados multidimensionalmente pobres. Como dito anteriormente, quando o M_0 é calculado, omitimos as privações daqueles que não foram considerados multidimensionalmente pobres, mas, podemos verificar as taxas dessas privações para cada indicador, o que é feito somando o número de indivíduos considerados privados em um indicador específico e dividindo esse número pela população total. Então, se a contagem omitida do indicador j é denotada por h_j , então M_0 pode ser expresso como uma soma ponderada dos índices de contagem omitidos:

$$M_0(x; z, k, w) = \sum_{j=1}^d w_j h_j(x; z, k, w). \quad (2.6)$$

Considerando a expressão 2.6, a parcela de contribuição do indicador j para a pobreza total será:

$$\text{Contribuição}_j = \frac{w_j h_j(x; z, k, w)}{[d \times M_0(x; z, k, w)]} \times 100. \quad (2.7)$$

Essa medida revela a importância do indicador j para a pobreza total: se a contribuição para a pobreza de um indicador exceder muito o seu peso, isso nos diz que há uma privação da população relativamente alta neste indicador, ou seja, os pobres são mais carentes neste indicador do que em outros (ALKIRE; SANTOS, 2011).

Assim, após a sistematização formal do método, serão apresentados a seguir os passos necessários para a construção do índice multidimensional de bem-estar para os idosos brasileiros.

2.3 O Índice multidimensional de bem-estar para o idoso brasileiro: passos práticos

O objetivo do índice multidimensional de bem-estar dos idosos será verificar quais as dimensões socioeconômicas interferem mais fortemente em sua qualidade de vida, detectando, então, deficiências e demandas não atendidas no trato com as pessoas mais velhas. A construção de tais informações busca contribuir com os gestores públicos no planejamento mais eficiente de políticas voltadas para esse grupo que, dentro de poucos anos, aumentará substancialmente, tanto seu peso populacional, quanto as suas demandas sociais.

Como visto na seção anterior, o método AF é utilizado para mensuração da pobreza, mas, por conter várias características desejáveis e que são pertinentes ao objetivo acima citado, será adaptado para a construção de um índice de bem-estar. Para tanto, a seguir serão apresentados os doze passos propostos por Alkire e Foster (2007; 2009) para a construção do índice, que serão adaptados ao objetivo do trabalho.

1) Escolha da unidade de análise.

Para o presente estudo, a unidade de análise será o idoso brasileiro. Contudo, por ser um grupo altamente heterogêneo, para detectar as desigualdades existentes, o índice será calculado diferenciando-se o sexo, a região, a classe econômica e o grupo etário. Será possível, portanto, identificar quais grupos de idosos possuem mais privações para alcançarem um mínimo de bem-estar: homens ou mulheres? Qual região? Qual classe econômica? Qual grupo etário? E, além disso, identificar quais são essas privações: por exemplo, as privações femininas são as mesmas masculinas?

2) Escolha das dimensões.

A escolha das dimensões se relaciona com a Abordagem das Capacitações ao não limitar o desenvolvimento humano a uma ou poucas variáveis. Da mesma forma, o bem-estar

dos idosos se associa a vários aspectos de sua vida pessoal e com a comunidade ao redor, assim como apresentado no Capítulo 1. Portanto, a seleção das dimensões e dos indicadores se deu através da revisão das discussões teóricas, empíricas e legislativas, bem como da disponibilidade dos dados. As dimensões escolhidas foram: i) saúde, ii) capacidade funcional, iii) educação, iv) inserção social, v) renda e vi) condição do domicílio.

3) e 4) *Definição dos indicadores e suas linhas de corte.*

Os indicadores e suas respectivas linhas de corte não terão por objetivo mensurar a pobreza, mas o nível de bem-estar dos idosos, logo, os pontos de corte de cada indicador definirão se o idoso é ou não privado de um mínimo de bem-estar naquele indicador – este é o primeiro corte. Os idosos serão então divididos em dois grupos: i) os que não são privados naquele indicador e, portanto, possuem um mínimo de bem-estar e ii) os que são privados naquele indicador e não possuem um mínimo de bem-estar. A definição do que seria o mínimo em cada indicador considerou as discussões teóricas e empíricas apresentadas pela literatura pertinente. O QUADRO 2.1 apresenta as dimensões com seus respectivos indicadores e cortes.

Quadro 2.1: Descrição das dimensões, indicadores e pesos do índice multidimensional de bem-estar do idoso

Descrição dos indicadores por dimensão	
A – Saúde (1/6)⁸	A.1 Saúde auto avaliada - SAA (1/24) ⁹ (0) Saúde Auto Avaliada muito boa/boa/regular (1) Saúde Auto Avaliada ruim/muito ruim
	A.2 Doenças crônicas (1/24) (0) Diagnóstico de até 1 doença crônica ¹⁰ (1) Diagnóstico de 2 ou mais doenças crônicas
	A.3 Limitação por Doença Crônica (1/24) (0) Nenhuma doença crônica limita as atividades habituais (1) Pelo menos uma doença crônica limita as atividades habituais
	A.4 Depressão (1/24) (0) Não foi diagnosticado com depressão (1) Possui diagnóstico de depressão
	B.1 Atividades de Vida Diária ¹¹ (1/12)

⁸ Pesos das dimensões.

⁹ Peso dos indicadores.

¹⁰ Doenças Crônicas consideradas: hipertensão, diabetes, doença do coração, AVC, asma, artrite/reumatismo, DORT (distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho), depressão, doença no pulmão, câncer e insuficiência renal.

¹¹ Atividades de Vida Diária: comer sozinho, ir ao banheiro sozinho, se vestir sozinho, andar em casa sozinho, deitar/levantar da cama sozinho, sentar/levantar sozinho.

B – Capacidade Funcional (1/6)	(0) Não tem dificuldade em realizar as atividades de vida diária (1) Tem algum grau de dificuldade em, ao menos, uma atividade de vida diária B.2 Atividades Instrumentais de Vida Diária ¹² (1/12) (0) Não tem dificuldade em realizar as atividades instrumentais da vida diária (1) Tem algum grau de dificuldade em, ao menos, uma atividade instrumental de vida diária
C – Educação (1/6)	C.1 Analfabetismo (1/6) (0) Sabe ler e escrever (1) Não sabe ler e escrever
D – Inserção Social (1/6)	D.1 Discriminação no serviço de saúde (1/12) (0) Não sofreu nenhum tipo de discriminação (1) Sofreu algum tipo de discriminação D.2 Participação Social (1/12) (0) Participa de atividades sociais organizadas (1) Não participa de atividades sociais organizadas
E – Renda (1/6)	E.1 Aposentadoria/Pensão (1/6) (0) Recebeu aposentadoria/pensão do INSS (1) Não recebeu aposentadoria/pensão do INSS
F – Condição do Domicílio (1/6)	F.1 Condição do domicílio e meio-ambiente (1/6) (0) Domicílio não possui nenhuma característica de “má condição” ¹³ (1) Domicílio possui alguma característica de “má condição”

Fonte: Elaboração própria.

A definição dos pesos de cada dimensão seguirá a sugestão de Alkire e Foster (2007) que definiram pesos iguais para cada uma das dimensões. Essa ponderação se justifica pelo fato de todas as dimensões estarem inter-relacionadas e afetarem umas às outras. Assim, dadas as 6 dimensões, cada uma terá um peso de 1/6. Novamente, como sugerem os autores acima, os indicadores de cada dimensão serão igualmente ponderados, de acordo com a quantidade de indicadores que cada dimensão possuir. Por exemplo, a dimensão *saúde* possui quatro indicadores, logo, cada um receberá um peso de 1/24.

A dimensão *saúde* será representada por 4 indicadores: (A.1) SAA, (A.2) Doenças crônicas, (A.3) Limitação por doença crônica e (A.4) Depressão. O indicador de SAA está ligado à auto avaliação da saúde que está sendo largamente utilizado em pesquisas de saúde pública por ter forte correlação com o estado de saúde real do indivíduo e por

¹² Atividades Instrumentais de Vida Diária: fazer compras sozinho, cuidar das finanças sozinho, tomar remédio sozinho, ir ao médico sozinho, sair de casa sozinho.

¹³ “Má condição”: piso de madeira aproveitada, terra ou outro material; fogão utiliza lenha, carvão, outro ou não tem fogão; abastecimento de água é feito por poço ou nascente, carro-pipa, água da chuva, rios, lagos e igarapés ou outro; escoadouro do banheiro é feito por vala, direto para rio, lago ou mar ou outra; lixo é queimado, jogado em terreno, rio, lago ou mar ou outro; paredes são de taipa, madeira aproveitada, palha ou outro; telhado é feito de zinco ou chapa metálica, madeira aproveitada, palha ou outro.

sintetizar uma complexa interação de fatores envolvidos na saúde de um idoso (CAMARANO, 2016; CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2009; RAMOS, 2003; ANSAI; SERA, 2013). As doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos, já que, ao viverem mais, ficam mais expostos a essas situações, contudo, o que tem se observado, com o aumento da longevidade, é que essas doenças não têm limitado a vida dos idosos.

Para Ramos (2003), pouco importa saber quais as doenças crônicas o idoso possui, mas, se, como resultado de um tratamento bem-sucedido, essa pessoa permanece feliz, integrada socialmente, com controle sobre sua saúde e, portanto, saudável. As doenças crônicas mais comuns nessa fase da vida são hipertensão, problemas de coluna, doenças cardíacas, diabetes, artrite ou reumatismo e câncer (SERVO, 2014; CAMARGOS et al., 2017; CAMPOLINA et al., 2013). Além destas, a depressão também se destaca como uma doença crônica entre os idosos, visto que a chegada da velhice pode colocar em risco certas vivências sociais, levando a processos de não aceitação do novo ritmo de vida (GULLICH; DURO; CESAR, 2016; RAMOS, 2003; GIACOMIN; MAIO, 2016).

A segunda dimensão, que se relaciona com a primeira, é a *capacidade funcional*. Esta surge como um novo conceito no modelo de saúde dos idosos, dado o contexto do envelhecimento populacional e do aumento da longevidade. Envelhecer mantendo a maioria das funções motoras e psíquicas não significará problema para o indivíduo ou para a sociedade – a adversidade se inicia quando essas funções começam a se deteriorar. A capacidade funcional interfere na qualidade de vida do idoso, no seu relacionamento interpessoal e na sua independência. Quando, contudo, o idoso apresenta incapacidade funcional, ele terá dificuldades de realizar tarefas que fazem parte de seu cotidiano e que, conseqüentemente, interferirão na sua vida em comunidade e na percepção que tem de si mesmo.

Assim, o estado de saúde do idoso vai além de ter ou não doenças, mas abarca questões relacionadas ao modo como esse idoso lida com atividades básicas da vida diária e com a comunidade ao seu redor. Compreender o que contribui para a manutenção da capacidade funcional do idoso auxilia no planejamento de políticas públicas que, se eficazes, reduzirão os custos com saúde e minimizarão a carga colocada sobre a família de um idoso que não possui mais independência, além de mantê-lo ativo na comunidade por mais tempo (ALVES, 2007; CAMPOLINA et al., 2013; ANSAI; SERA, 2013). Essa dimensão será representada por dois indicadores: (B.1) Atividades da vida diária,

relacionado à capacidade do idoso de realizar algumas tarefas sozinho, tais como comer, tomar banho, e (B.2) Atividades instrumentais de vida diária que mostrará se o idoso consegue fazer compras, cuidar de suas finanças, tomar remédios, ir ao médico e sair sozinho.

A *educação* é a terceira dimensão. Estudos mostram a importância do nível de escolaridade no bem-estar do idoso em vários aspectos: o nível educacional relaciona-se diretamente às condições de saúde, o que afeta a participação social do idoso no mercado de trabalho, em atividades sociais e na sua autonomia. Relaciona-se também com o nível de renda, já que se supõe que aposentadorias maiores estão ligadas à maiores níveis de instrução. Além disso, a educação é uma variável que pode estar relacionada à trajetória de vida do indivíduo, ou seja, ela pode explicar, mesmo que indiretamente, as condições de vida da pessoa na velhice (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014; LEBRÃO; LAURENTI, 2005). O indicador utilizado é o (C.1) Analfabetismo, que analisa um fator básico da educação: saber ler e escrever. Este é um importante indicador entre os idosos, já que a taxa de analfabetismo entre eles ainda é elevada comparada com o restante da população, o que interfere, como discutido acima, em seu bem-estar geral.

A dimensão de *inserção social* conta com dois indicadores: (D.1) Discriminação e (D.2) Participação social. O primeiro indicador avalia se o idoso já sofreu algum tipo de discriminação ao utilizar o serviço de saúde. Essa discriminação pode estar relacionada com falta de dinheiro, classe social, raça/cor, tipo de ocupação, tipo de doença, preferência sexual, religião/crença, sexo, idade ou outro motivo. O segundo indicador volta-se para a participação social do idoso. A velhice não é mais vista como um momento de isolamento social mas, ao contrário, um momento de ressignificação da vida e das relações. A prática de exercícios físicos, a participação em “programas da terceira idade”, trabalho voluntário, atividades que envolvam habilidades manuais auxiliam na conquista de uma saúde melhor e no prolongamento da vida saudável e prazerosa. Essas atividades melhoram a qualidade de vida ao oferecerem propostas para lazer e ocupação do tempo livre, além de proporcionarem convívio e interação social, possibilitando novas identidades sociais à velhice (DIAS; CARVALHO; ARAÚJO, 2013; RIZZOLI; SURDI, 2010).

A quinta dimensão refere-se à *renda*. O indicador (E.1) Aposentadoria/Pensão verificará se o idoso possui alguma renda advinda de transferências governamentais. O que se verifica é que estas transferências representam uma importante fonte de recursos para os

idosos, sobretudo após a Constituição de 1988 que as universalizou e ampliou seu alcance. Estudos mostram a importância da renda dos idosos na diminuição da pobreza do país através, principalmente, das transferências intergeracionais. Além disso, o recebimento de renda é um fator importante na independência financeira na velhice, que a torna mais positiva e redefine o papel do idoso na sociedade (CAMARANO, 2002b; DIAS; CARVALHO; ARAÚJO, 2013; CAMARANO; PASINATO, 2007; PAULO; WAJNMAN; HERMETO, 2013).

Por fim, a última dimensão corresponde à *condição do domicílio* e é representado pelo indicador (F.1) Condição do domicílio. O ambiente físico está diretamente relacionado ao bem-estar do idoso, visto que interfere em sua saúde e na sua dependência ou não. Ambientes inseguros e precários deixam os idosos mais susceptíveis ao isolamento e depressão, já que não terão a oportunidade de viverem uma vida mais ativa, além de aumentarem a probabilidade de acidentes (DIAS; CARVALHO; ARAÚJO, 2013; OMS, 2005).

Serão utilizados seis dimensões e onze indicadores, contudo, vários outros elementos que são determinantes para a qualidade de vida dos idosos não foram aqui contemplados. Dentre a infinidade de fatores que seriam relevantes para essa discussão, os mais operacionalizáveis e que são mais utilizados na literatura pertinente foram escolhidos. Ressalta-se que as dimensões e os indicadores não são independentes, mas interagem entre si para promover o bem-estar da população idosa. Dessa maneira, a população idosa deve estar cercada de políticas e ações que promovam uma velhice saudável, feliz e independente, oferecendo-lhes oportunidades de escolha, para que sejam protagonistas de suas próprias vidas. Essa capacidade de agir de maneira autônoma relaciona-se com fatores situacionais, interpessoais e ambientais, logo, todas essas dimensões são importantes no estudo do bem-estar do idoso.

5) *Aplicação da primeira linha de corte.*

Deve-se estabelecer um mínimo, uma condição, z_j , para que a pessoa seja considerada privada em cada indicador, o que permitirá comparar os dados de todos os indivíduos com a linha de corte estabelecida. No Quadro 2, para cada indicador são definidas tais linhas de corte, onde o valor (0) significa que o idoso não sofre privação, ao passo que o valor (1) significa que ele sofre privação. Vieira, Kuhn e Marin (2017) mostram com um exemplo didático como o método é utilizado: dadas cinco pessoas e três dimensões, X, Y

e W, a aplicação da primeira linha de corte determinará se cada uma é privada, P, ou não privada, NP, o que pode ser visto na matriz A.

$$A = \begin{matrix} & \begin{matrix} X & Y & W \end{matrix} \\ \begin{matrix} 1 \\ 2 \\ 3 \\ 4 \\ 5 \end{matrix} & \begin{bmatrix} X & Y & W \\ P & P & NP \\ NP & P & P \\ P & NP & NP \\ NP & P & NP \\ P & NP & P \end{bmatrix} \end{matrix} \quad (2.8)$$

Se a pessoa for privada, P será substituído por 1, e se não for privada, NP será substituído por 0, já que as não privações terão peso nulo na medida final. Essas substituições resultarão na matriz g^0 :

$$g^0 = \begin{matrix} & \begin{matrix} X & Y & W \end{matrix} \\ \begin{matrix} 1 \\ 2 \\ 3 \\ 4 \\ 5 \end{matrix} & \begin{bmatrix} X & Y & W \\ 1 & 1 & 0 \\ 0 & 1 & 1 \\ 1 & 0 & 0 \\ 0 & 1 & 0 \\ 1 & 0 & 1 \end{bmatrix} \end{matrix} \quad (2.9)$$

6) e 7) *Contagem do número de privações e definição da segunda linha de corte.*

A contagem do número de privações de cada indivíduo resulta na matriz c :

$$c = \begin{matrix} & \begin{matrix} 1 \\ 2 \\ 3 \\ 4 \\ 5 \end{matrix} \\ \begin{matrix} 1 \\ 2 \\ 3 \\ 4 \\ 5 \end{matrix} & \begin{bmatrix} 2 \\ 2 \\ 1 \\ 1 \\ 2 \end{bmatrix} \end{matrix} \quad (2.10)$$

Após essa contagem, deve ser determinado o segundo corte, k , que define o número mínimo de indicadores em que um indivíduo deve ser privado para ser considerado multidimensionalmente pobre. Para efeito deste estudo, o indivíduo será considerado multidimensionalmente privado de bem-estar quando $k=4$, ou seja, se o idoso apresentar 4 ou mais privações de bem-estar ele estará no grupo de multidimensionalmente privados. A escolha dessa linha de corte considerou tanto a proporção dos indicadores quanto a proporção de indivíduos em cada k considerado.

8) *Aplicação da segunda linha de corte.*

Com a aplicação de k , o grupo de pessoas multidimensionalmente privadas de bem-estar é obtido, e os dados das pessoas que não se encontram neste grupo são omitidos. Supondo $k=2$, as pessoas com duas ou mais privações terão todos os seus indicadores codificados

por 1 e as pessoas abaixo desta linha, no caso, que não têm privação ou só têm uma, terão seus valores codificados por 0, já que a medida focaliza apenas as pessoas que são multidimensionalmente privadas. A partir da matriz c :

$$c(k = 2) = \begin{matrix} 1 \\ 2 \\ 3 \\ 4 \\ 5 \end{matrix} \begin{bmatrix} X & Y & W \\ 1 & 1 & 1 \\ 1 & 1 & 1 \\ 0 & 0 & 0 \\ 0 & 0 & 0 \\ 1 & 1 & 1 \end{bmatrix} \quad (2.11)$$

9) *Cálculo da incidência de privação.*

A proporção de pessoas que são privadas sobre o total de pessoas analisadas é chamada de incidência de pobreza – mas, no presente estudo, a chamaremos de incidência de privação, denominada de H .

$$H = \frac{q}{n}, \quad (2.12)$$

onde:

$H = \text{Headcount}$ ou Incidência de Privação;

$q =$ número de pessoas multidimensionalmente privadas;

$n =$ número total de pessoas.

A incidência de privação é calculada para cada valor de k , mostrando a porcentagem de pessoas privadas em relação ao total de pessoas. Seguindo ainda o exemplo de Vieira, Kuhn e Marin (2017), se $k = 2$, há três pessoas privadas, logo:

$$H = \frac{3}{5} = 0,6. \quad (2.13)$$

Assim, 60% da amostra é considerada multidimensionalmente privada, ou seja, a Incidência da Privação é de 60%. Alkire e Santos (2009) frisam que essa medida não é sensível ao número de privações sofridas pelo indivíduo, já que a mudança deste não altera o índice.

10) *Cálculo do hiato de privação média.*

O hiato de privação média (no trabalho original, hiato de pobreza média), A , apresenta a média da fração de dimensões que os indivíduos são privados, captando a intensidade da

privação, já que mostra em quantos indicadores, em média, as pessoas são privadas. O hiato é calculado a partir da soma da proporção total de privações que cada pessoa sofre dividida pelo total de pessoas multidimensionalmente privadas. No exemplo, há três pessoas multidimensionalmente privadas, cada uma em dois indicadores, logo:

$$A = \frac{\left(\frac{2}{3}\right) + \left(\frac{2}{3}\right) + \left(\frac{2}{3}\right)}{3} = 0,67. \quad (2.14)$$

Assim, em média, as pessoas são privadas em 67% dos indicadores considerados.

11) *Cálculo da incidência ajustada.*

A incidência ajustada, M_0 , apresenta a proporção de privações que a população privada enfrenta em relação ao máximo das privações que toda a população poderia sofrer. Seu cálculo consiste na multiplicação de H e A . No exemplo,

$$M_0 = 0,6 * 0,67 = 0,40, \quad (2.15)$$

mostrando que o total de indicadores em que as pessoas privadas sofrem privação representa 40% do máximo possível na amostra em estudo. Assim, quanto maior a incidência ajustada da população em consideração, pior será a sua situação de bem-estar.

É importante notar que a incidência ajustada obedece ao axioma da monotonicidade, ou seja, como o hiato de privação, A , é sensível à proporção de privações que cada pessoa sofre, se aumentar o número de indicadores que ela é privada, a incidência ajustada aumenta, aumentando o índice.

12) *Decomposição da medida.*

Por fim, M_0 pode ser decomposto por grupos populacionais e por dimensões, o que permite ao pesquisador analisar a configuração da privação em cada grupo, além de verificar a contribuição de cada dimensão na privação geral. Portanto, lançando mão deste recurso, as análises do índice levarão em consideração as desigualdades existentes dentro do grupo idoso, tais como as diferenças entre sexo, região e classe econômica.

Feitas essas considerações metodológicas, o próximo tópico objetiva apresentar a base de dados que será utilizada no estudo e, logo após, apresentar também um quadro descritivo da amostra e de características básicas do grupo focal: os idosos.

2.4 Fonte de dados: a Pesquisa Nacional de Saúde

A Pesquisa Nacional de Saúde (doravante, PNS) foi realizada somente no ano de 2013 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em convênio com o Ministério da Saúde. Apesar do tema saúde já ter sido tratado em alguns suplementos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) nos anos de 1998, 2003 e 2008, a PNS mostra-se pioneira como uma pesquisa a nível nacional que busca aprofundar nos temas relacionados a essa dimensão, tendo sido planejada para aprimorar a precisão e alcance dos dados coletados. Ao ampliar o conjunto de informações referentes às características de saúde da população brasileira, ela pretende auxiliar na elaboração, na supervisão e na avaliação das políticas públicas de saúde. Além disso, dados sobre educação, rendimentos, trabalho e habitação também são encontrados na pesquisa.

Foram pesquisados moradores em domicílios particulares permanentes com abrangência geográfica em todo o território nacional, excluindo áreas com pouca população e com características especiais, como aldeias indígenas, penitenciárias, asilos, hospitais, dentre outros. Os dados geográficos são agregados por Brasil, Grande Região, Unidade da Federação, Região Metropolitana, Capital e restante da Unidade da Federação. Utilizou-se a amostragem conglomerada em três estágios: o primeiro estágio é composto pelos setores censitários que formam as unidades primárias de amostragem (UPAs), o segundo estágio é formado pelos domicílios e, por fim, o terceiro estágio é composto pelos moradores de 18 anos ou mais de idade. O tamanho da amostra foi definido levando em conta o nível de precisão desejado para se estimar alguns indicadores de interesse na pesquisa, o que levou a um tamanho mínimo de 1800 domicílios por Unidade da Federação.

Com base em três eixos principais, a PNS procura averiguar as condições de saúde da população brasileira através i) do desempenho do sistema nacional de saúde, ii) das condições de saúde da população e iii) da vigilância das doenças crônicas não transmissíveis. O primeiro tópico averigua o acesso e utilização dos serviços de saúde pelos brasileiros, se preocupando com as possíveis dificuldades encontradas pelos usuários para obter atendimentos, bem como com avaliar a assistência médica nos seus vários níveis de atenção. O segundo tópico, sobre as condições de saúde, está baseado principalmente na percepção individual. Os indivíduos reportam o que acham sobre sua própria saúde, relatando episódios ou casos de doenças. Por fim, a pesquisa sobre doenças crônicas não transmissíveis insere-se num contexto mais amplo, derivado da transição epidemiológica que o país atravessa atualmente. Com a mudança do padrão de

morbimortalidade, que interage diretamente com a transição demográfica também em curso, o sistema de saúde deve se preparar para receber um público com características de saúde e de doenças diferentes do que observamos hoje, que trará maiores gastos e demandará a reformulação de todo o sistema de saúde. O monitoramento dessas doenças é fundamental para a definição de políticas que busquem a prevenção e controle desse cenário.

A utilização da PNS neste trabalho se justifica por alguns fatores. É a pesquisa mais recente para captar as características das condições de saúde da população brasileira de forma bastante ampla, já que sua cobertura é nacional. Apesar de ser uma consulta sobre saúde, aborda outros aspectos importantes que afetam diretamente essa questão, como rendimentos e escolaridade, demonstrando o caráter multidimensional da pesquisa, o que vai de encontro a um dos objetivos da dissertação, que é justamente averiguar o bem-estar do idoso levando em conta várias perspectivas. Além do mais, possui um módulo específico que trata da saúde dos idosos, investigando questões que são específicas desse grupo.

Contudo, ela também apresenta alguns limites. O primeiro e maior diz respeito à limitação temporal: a PNS foi realizada somente para o ano de 2013, não sendo, portanto, possível a realização de um acompanhamento ao longo do tempo do índice de bem-estar. Outra limitação relevante corresponde ao nível de agregação dos microdados: o menor nível deste corresponde aos estados, impossibilitando uma análise mais detalhada do que ocorre, por exemplo, com os municípios. Deixando claras as restrições encontradas na base de dados e destacando as particularidades da pesquisa que a tornam adequada para o tema em questão, a PNS foi usada como fonte de dados para a presente dissertação.

2.5 As características dos idosos brasileiros em 2013: uma descrição analítica

Em 2013, a população brasileira era estimada em 202,4 milhões de pessoas, sendo que cerca de 26,4 milhões tinham 60 anos ou mais. Isso significa que os idosos, em 2013, já representavam cerca de 13% da população total do país. Pode-se então observar o envelhecimento da população brasileira através do aumento da proporção de idosos: em 1940, 1,7 milhão de brasileiros tinham 60 anos ou mais, em 2000, 14,5 milhões, em 2013, 26,4 milhões e as estimativas são de que em 2020, 30,9 milhões de pessoas façam parte deste contingente (CAMARANO, 2006b).

O envelhecimento populacional brasileiro pode ser visto através do elevado crescimento do grupo acima de 60 anos ou mais no país que, entre 1980 e 2006, cresceu em 118%. Contudo, esse fenômeno não é homogêneo, visto que as diferentes trajetórias de vida de cada indivíduo, influenciadas pelo gênero, raça, condições sociais, região de moradia etc., têm um peso expressivo nas condições de vida da velhice (CAMARANO, 2006b; DIAS; CARVALHO; ARAÚJO, 2013). Assim, as diferenças sociais existentes, que acompanham os indivíduos por toda a vida, tendem a se perpetuarem na velhice. Dessa forma, a caracterização dos indivíduos idosos deve ir além de uma conceituação generalizada baseada somente no componente da idade – ela deve internalizar as diferenças existentes dentro de um grupo altamente diverso e considerar os importantes contrastes existentes.

Para tanto, a seguinte caracterização dos idosos brasileiros utilizando os microdados da PNS utilizará três principais recortes: região, classe econômica e grupo etário, sendo que todos estarão permeados pela diferenciação por sexo. Relevantes são as diferenças encontradas entre homens e mulheres no universo dos idosos: a primeira diferença está na distribuição populacional: 56,45% dos idosos são mulheres e 43,55% são homens. O maior contingente idoso feminino também pode ser visto através da Razão de Sexos¹⁴ dos idosos brasileiros: para o Brasil, esta razão é igual a 77, o que significa que há 77 homens para cada 100 mulheres, mostrando uma predominância feminina neste estrato da população.

Observa-se que quanto “mais velha” a população, maior a proporção de mulheres, o que pode ser explicado pela menor mortalidade feminina em todas as idades e pelo fato de que, segundo Camarano e Pasinato (2002), elas foram mais beneficiadas que os homens nos ganhos de longevidade observados na segunda metade do século 20. Ademais, as diferenças entre sexos encontram-se não somente na velhice, mas em todas as idades, fazendo com que as idosas vivenciem essa fase carregadas de todas as desvantagens suportadas ao longo da vida como, por exemplo, não terem trabalhado remuneradamente, tornando-as mais dependentes tanto do Estado quanto de suas famílias. Por isso, a análise das condições de vida dos idosos brasileiros deve considerar as diferenças existentes entre homens e mulheres tomando por base as diferentes vivências experimentadas pelos dois

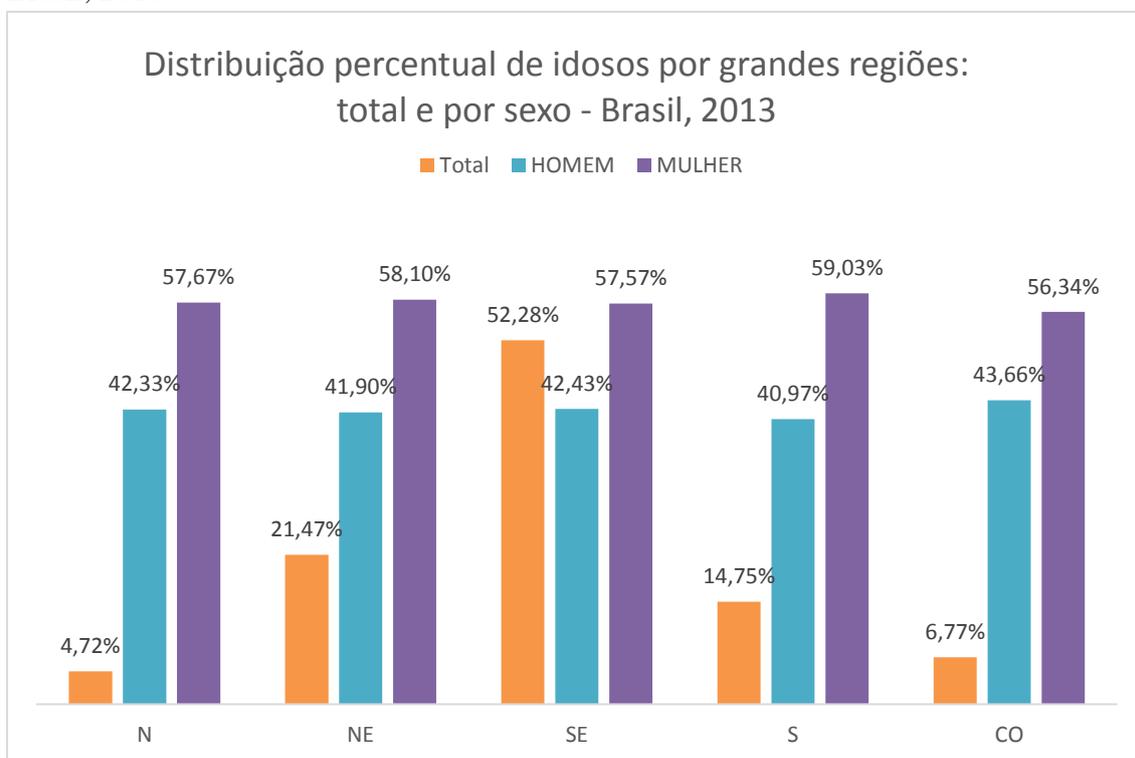
¹⁴ Razão de Sexos: número de homens para cada grupo de 100 mulheres, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. É calculado através da razão entre o número de residentes do sexo masculino e o número de residentes do sexo feminino multiplicada por 100. Uma razão acima de 100 indica a predominância de homens, enquanto que abaixo de 100, a predominância de mulheres (IBGE).

grupos, tanto na velhice quanto nas outras fases da vida – que irão influenciar a primeira (CAMARANO, 2002a; CAMARANO; PASINATO, 2002).

Devido a essa prevalência de idosas, os estudos sobre a “feminização da velhice” têm recebido bastante atenção. Diferentemente do que se observa em outros grupos etários, o segmento idoso apresenta altas taxas de crescimento populacional e, dentro deste grupo, as mulheres são majoritárias. Em 1980 as idosas somavam 3,8 milhões, em 2000 esse número passou para 8 milhões e em 2013 ele chegou a 14 milhões (CAMARANO; PASINATO, 2002). Assim, dado o peso que as mulheres representam no contingente idoso e as mudanças sociais que elas vêm conquistando ao longo dos anos, verificar quais são suas características na velhice pode auxiliar no planejamento de políticas específicas para uma população mais velha e mais feminina.

As diferenças regionais brasileiras relacionadas a distribuição populacional também são refletidas no segmento idoso – GRÁFICO 2.1. Há mais idosos nas regiões com maior densidade populacional, o que pode ser visualizado na barra correspondente ao Total: a região Sudeste apresenta a maior porcentagem de idosos, 52,28%, seguida do Nordeste com 21,47% e do Sul com 14,75%, enquanto que as regiões Centro-Oeste e Norte apresentam as menores proporções, 6,77% e 4,72%, respectivamente. A distribuição por sexo dentro das regiões pode ser vista nas barras correspondentes a homens e mulheres. Neste caso, as mulheres são sempre maioria nas regiões, alcançando um patamar médio de 57%, enquanto que os homens representam cerca de 42%. Essa distribuição regional bastante desigual é um importante fator a ser considerado no planejamento de políticas públicas, visto que uma distribuição populacional espacial tão díspar pode acarretar diferentes demandas entre os idosos que moram em diferentes regiões, bem como diferentes demandas entre homens e mulheres.

Gráfico 2.1: Distribuição percentual de idosos por grandes regiões: total e por sexo – Brasil, 2013.



Fonte: Elaboração própria com dados da PNS 2013.

Apesar da distribuição territorial já apresentar importantes resultados, ela não expõe os importantes contrastes existente dentro de cada região, como ocorre, por exemplo, entre as capitais e o interior, as regiões metropolitanas e não metropolitanas, e assim por diante. Para tentar diminuir essas possíveis desigualdades escondidas, as análises também considerarão a distribuição dos idosos por classe econômica (GRÁFICO 2.2). A importância deste recorte se justifica pela diferença que o fator econômico pode trazer à vivência da velhice e também pela grande desigualdade econômica existente no país e que é largamente conhecida.

Para tanto, o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) será utilizado, visto que, até o momento da produção deste capítulo, os microdados referentes à renda *per capita* domiciliar da PNS não foram disponibilizados. O CCEB foi criado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa em 2003 para segmentar o mercado em classes econômicas – mas sem a intenção de criação de classes sociais. Desde sua criação, o

Crítério Brasil sofreu algumas modificações, e a versão utilizada no trabalho foi a de 2013, haja vista a contemporaneidade com a PNS. O CCBE é um sistema de atribuição de pontos à quantidade de determinados itens que o indivíduo possui e ao grau de instrução do chefe da família (ABEP, 2019). A partir da pontuação obtida, a população foi dividida em classes econômicas, dos 20% mais pobres aos 20% mais ricos. As adaptações na distribuição dos pontos realizadas para compatibilidade com a PNS na posse de itens e no grau de instrução do chefe da família são mostradas nas TABELAS 2.1 e 2.2 abaixo. Logo em seguida, no GRÁFICO 2.2 são mostrados os resultados por classe econômica.

Tabela 2.1: Distribuição de pontos na posse de itens

Item	CCEB					Adaptação PNS				
	Quantidade de itens									
	0	1	2	3	4 ou +	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4	-	-	-	-	-
Banheiro	0	4	5	6	7	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9	0	4	7	9	9
Empregado(a) mensalista	0	3	4	4	4	0	4	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4	0	4	4	4	4
Freezer	0	2	2	2	2	-	-	-	-	-

Fonte: Elaboração própria com base no CCEB de 2013.

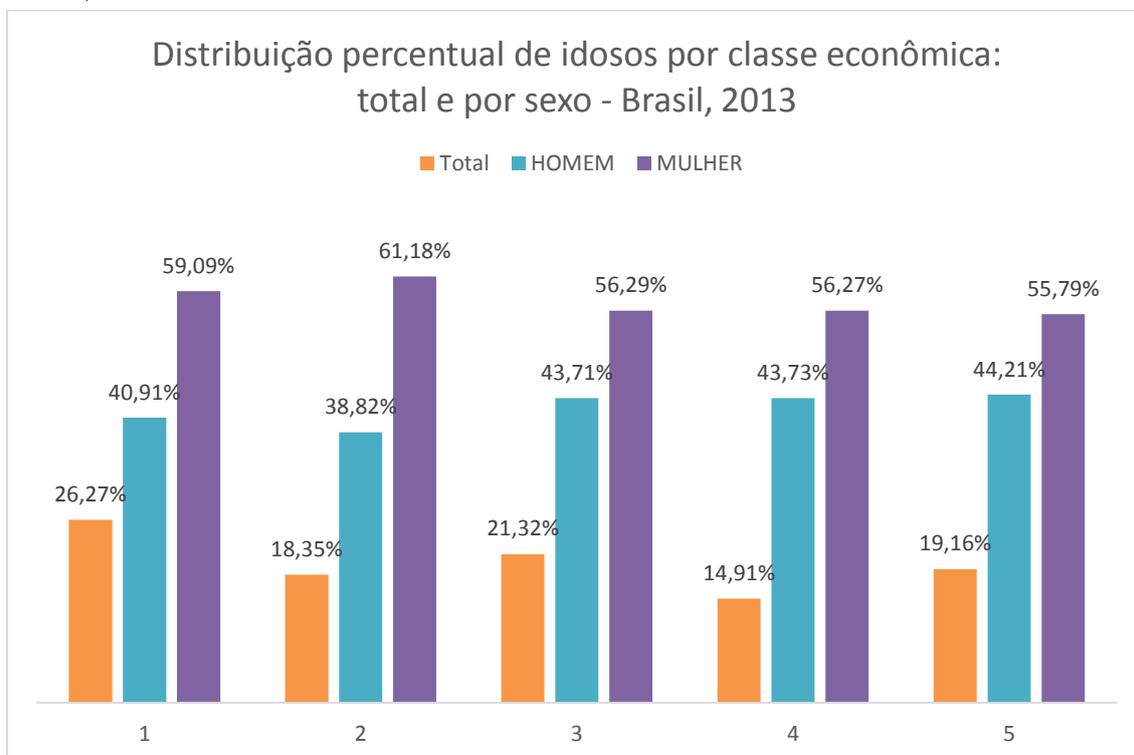
Tabela 2.1: Distribuição de pontos por grau de instrução do chefe da família

CCEB – Nomenclatura antiga	CCEB – Nomenclatura atual	Adaptações PNS	Pontuação
Analfabeto / Primário Incompleto	Analfabeto / Fundamental 1 Incompleto	Classe de alfabetização, Alfabetização de jovens e adultos e Antigo primário (elementar)	0
Primário Completo / Ginásial Incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	Antigo ginásio (médio 1º ciclo), Regular do ensino fundamental ou do 1º grau, Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do ensino fundamental	1
Ginásial Completo / Colegial Incompleto	Fundamental 2 Completo / Médio Incompleto	Antigo científico, clássico etc. (médio 2º ciclo), Regular do ensino médio ou do 2º grau, Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do ensino médio	2
Colegial Completo / Superior Incompleto	Médio Completo / Superior Incompleto	Superior – graduação	4

Superior Completo	Superior Completo	Mestrado, Doutorado	8

Fonte: Elaboração própria com base no CCBE de 2013.

Gráfico 2.2: Distribuição percentual de idosos por classe econômica: total e por sexo – Brasil, 2013.



Fonte: Elaboração própria com dados da PNS 2013.

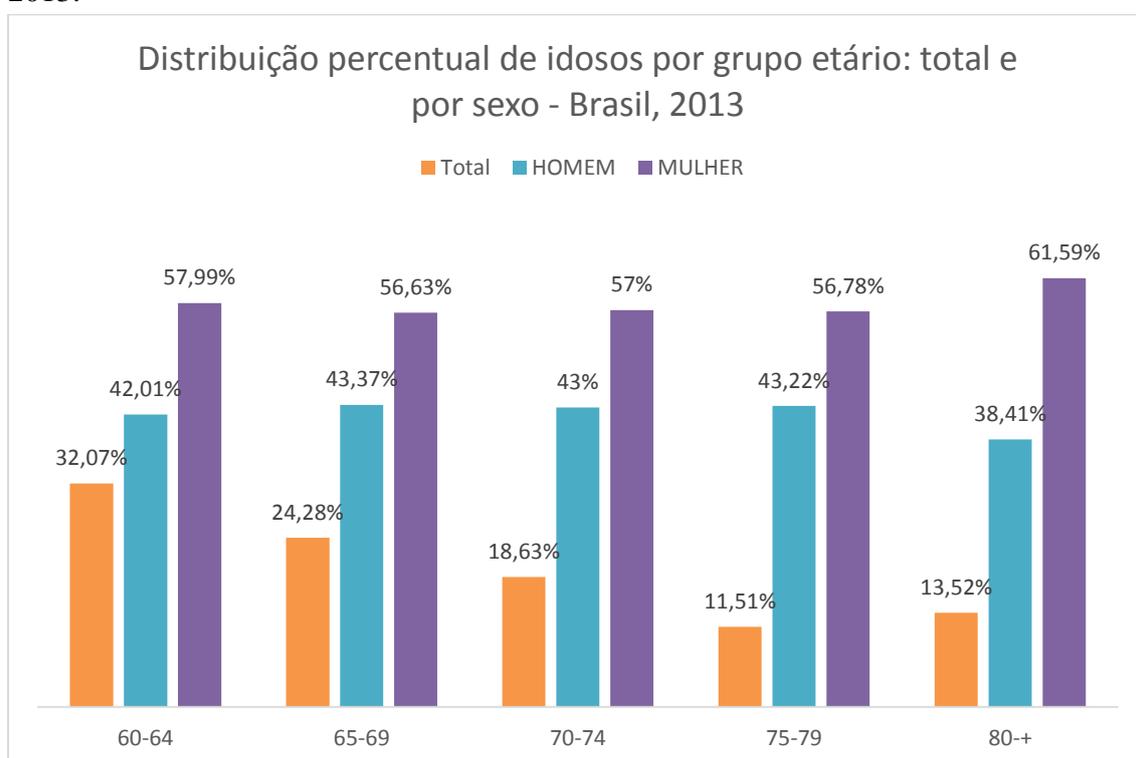
A maioria dos idosos brasileiros encontram-se na classe mais pobre: 26,27% do total de idosos está na classe 1; somando-se as três primeiras classes, este percentual sobe para 65,95%. Contudo, observa-se que a classe 5, a mais abastada apresenta um percentual maior que a classe 2 e a classe 4, 19,16%. A análise da distribuição por sexo dentro das classes mostra alguns resultados importantes: as mulheres novamente são maioria que os homens, entretanto, neste caso, o hiato existente entre eles difere por cada classe considerada.

Observa-se que a distribuição por sexo é mais desigual nas classes mais pobres: por exemplo, na classe 1, o hiato da porcentagem de distribuição entre homens e mulheres é de 18,18 pontos percentuais (na classe 2 este número chega a 22,36 pontos percentuais) e na classe 5 ele cai para 11,58 pontos percentuais. Assim, nas classes mais altas a porcentagem de mulheres é menor comparativamente às classes menos favorecidas, ao

passo que para os homens a relação se inverte, ou seja, a porcentagem de homens é maior nas classes mais altas do que nas mais baixas.

Por fim, o recorte de idade apresenta resultados esperados para tal variável: há uma relação negativa entre a idade e proporção total de idosos no grupo etário – GRÁFICO 2.3. Observando as barras correspondentes ao total de idosos, verifica-se que 32,07% deles têm entre 60 e 64 e que este número vai caindo até atingir 11,51%, que representa a proporção de idosos com 75 a 79. Essa queda sistemática é interrompida com um pequeno acréscimo entre os idosos que possuem 80 anos ou mais, que representam então 13,52% do total. Este fato pode ser explicado pela mudança da composição etária do grupo: a população idosa também está envelhecendo, visto que há um aumento do peso relativo das faixas etárias acima de 80 anos, o que cria uma heterogeneidade significativa dentro do próprio grupo, que tem sua amplitude etária aumentada com a longevidade populacional crescente. Além disso, este é o grupo com maior taxa de crescimento populacional da população em geral (CAMARANO, 2006a).

Gráfico 2.3: Distribuição percentual de idosos por grupo etário: total e por sexo – Brasil, 2013.



Fonte: Elaboração própria com dados da PNS 2013.

A distribuição por sexo dentro dos grupos etários mostra que no grupo mais idoso elas são a grande maioria: 61,59% de mulheres e 38,41% de homens. Este dado corrobora

com Carstensen e Pasupathi (1993): “*The world of the very old is a female world*”. Assim, um mundo mais velho e mais feminino traz novas e específicas demandas: por viverem mais que os homens, as idosas têm maior probabilidade de serem acometidas por mais doenças crônicas e de viverem dependentes física e economicamente por mais tempo, o que gera significativos aumentos na demanda por serviços de saúde e de cuidados específicos para elas – questões que devem ser incorporadas no planejamento de políticas para o aumento de bem-estar dos idosos.

A partir da descrição da amostra e da distribuição populacional dos idosos brasileiros, a heterogeneidade existente dentro do grupo idoso foi ressaltada. Apesar de ser tratado tanto pela sociedade quanto pelas políticas públicas como um grupo homogêneo, a análise mostra que este não é o caminho. As particularidades e diferenças existentes entre os idosos de todo o país devem ser considerados no objetivo de alcançar um patamar minimamente digno de bem-estar para eles, portanto, tais aspectos serão considerados na construção dos resultados do índice multidimensional de bem-estar, que serão apresentados no próximo capítulo.

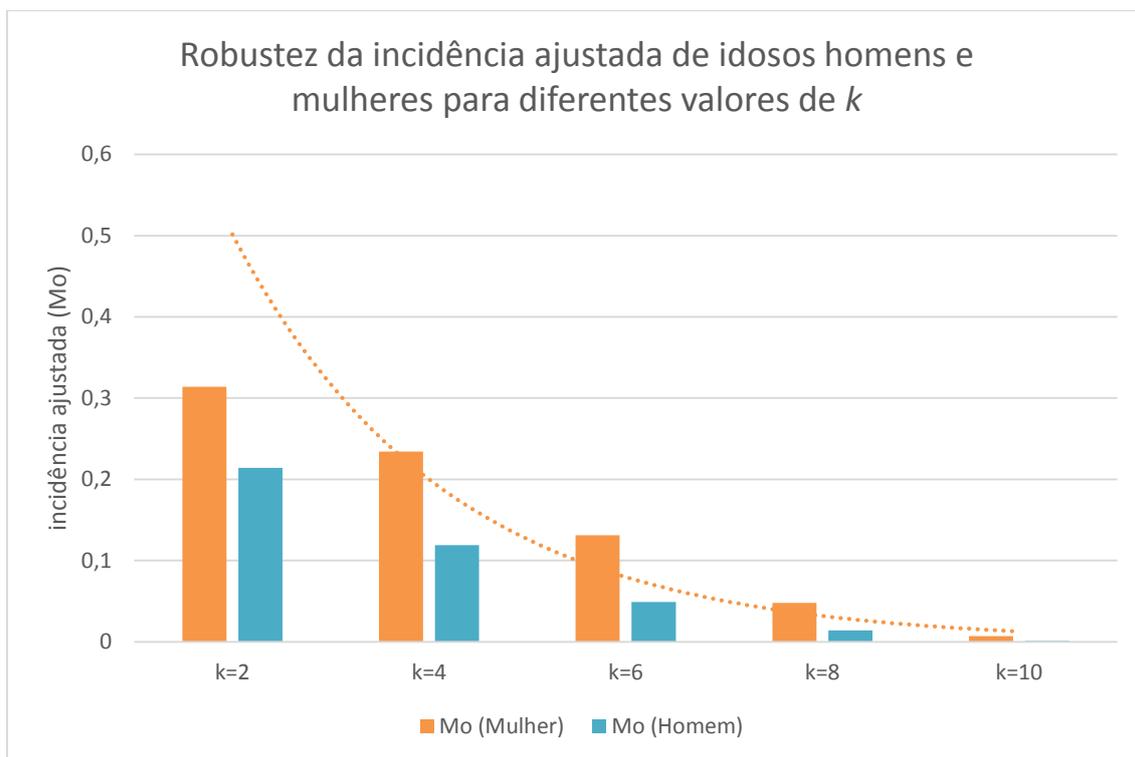
Capítulo 3

Bem-estar dos idosos brasileiros: uma abordagem multidimensional

A partir do método Alkire-Foster, o índice multidimensional de bem-estar dos idosos pode ser calculado. A proporção de idosos privados (H), a intensidade da privação de bem-estar (A) e a incidência ajustada pela intensidade (M_0), além do percentual de privação por indicador, são os principais resultados que o método exhibe e que podem ser decompostos em recortes específicos da população, o que se mostra essencial quando se fala no Brasil e também nos idosos. O método AF permitiu mensurar a privação de bem-estar dos idosos brasileiros a partir de 11 indicadores de bem-estar, representados por $k \in [1, 11]$. Contudo, optou-se por apresentar somente os resultados para $k \in [2, 6]$, visto que os demais resultados são pouco expressivos ou são semelhantes entre os grupos analisados, o que não agregaria às discussões. Ainda sob essa justificativa, os resultados para M_0 serão apresentados através de gráficos que mostram o índice para $k=4$, quando os idosos são considerados multidimensionalmente privados de bem-estar, para comparação dos resultados entre homens e mulheres.

Contudo, antes da apresentação dos resultados, se faz necessário verificar a robustez dos mesmos e, para tanto, a incidência ajustada (M_0) em relação aos cortes de privação de bem-estar (k) foi utilizada. O método para tal avaliação está baseado em Santos (2014) e Alkire et al. (2015). Para avaliar a robustez é preciso lembrar que uma pessoa é considerada privada de bem-estar somente se o c_i (número total de dimensões nas quais o indivíduo i é privado) for maior que o k (limite de privação exigido para que um indivíduo seja considerado multidimensionalmente privado de bem-estar). Dessa maneira, é esperado que, ao estabelecer valores elevados para k , o número de pessoas consideradas privadas de bem-estar seja menor. Ao contrário, quando o k é reduzido, o número de privações facilmente ultrapassarão os valores de k e, então, mais pessoas serão consideradas privadas de bem-estar. É possível verificar no GRÁFICO 3.1 que os dados utilizados seguem a tendência esperada: para o Brasil como um todo, tanto para homens quanto para mulheres, quanto maior o valor de k , menor foi a incidência ajustada, que tendeu para zero. Assim, tais resultados corroboram para que os valores de M_0 sejam robustos para os diferentes valores de k no período considerado: 2013.

Gráfico 3.1: Robustez da incidência ajustada (M_0) para diferentes valores de k por sexo – Brasil, 2013.



Fonte: Elaboração própria com dados da PNS 2013.

Os resultados serão apresentados a seguir para as grandes regiões, para as classes econômicas e para grupos de idade, sendo permeados pelas diferenças entre os sexos - já que este período da vida reflete o acúmulo das experiências de toda uma vida baseada em desigualdades sociais e econômicas, que desfavoreceram as mulheres por muito tempo. As seções 3.1, 3.2 e 3.3 apresentarão os principais resultados encontrados por cada recorte considerado, enquanto que a seção 3.4 os discutirá à luz do debate já realizado pela literatura.

3.1 Regiões

Iniciando a apresentação dos resultados pelas grandes regiões do país, a TABELA 3.1 apresenta o percentual de privações nos indicadores para homens e mulheres.

Tabela 3.1: Percentual de privações nos indicadores de bem-estar para homens e mulheres nas grandes regiões – Brasil, 2013.

INDICADORES	N		NE		CO		SE		S	
	Masc.	Fem.								
Doenças crônicas	48,99	67,32	56,84	73,34	63,19	74,64	67,13	70,94	71,74	75,78
Limitação por doença	26,59	30,72	26,90	40,75	29,99	38,65	30,30	34,24	33,86	40,04
SAA	56,54	64,46	59,98	66,21	51,83	60,49	45,77	51,58	50,83	55,27
Depressão	2,86	5,61	3,83	8,35	2,68	14,73	6,13	15,19	6,75	19,12
Ativ. Diárias	14,80	23,26	12,95	20,15	16,02	20,59	12,47	11,66	13,93	18,61
Ativ. Instrumentais	28,76	38,96	28,29	39,04	25,27	35,34	20,58	24,52	22,69	30,86
Analfabetismo	24,62	24,51	34,12	35,07	16,17	22,97	8,27	14,30	7,83	15,32
Discriminação	12,40	10,16	8,97	9,84	10,97	13,59	6,40	7,56	7,12	11,91
Ativ. Sociais	80,54	66,80	82,60	69,84	80,85	75,78	77,71	71,03	79,40	64,57
Aposentadoria	31,35	30,30	25,48	22,35	28,83	25,01	19,73	29,39	21,48	24,10
Domicílio	36,92	35,78	17,45	18,95	10,60	10,42	7,08	6,52	23,53	20,69

Fonte: Elaboração própria com dados da PNS 2013.

Na maioria dos indicadores, os homens apresentam porcentagens de privação menores do que a média nacional, sendo essas porcentagens maiores para as mulheres. É o que ocorre com os indicadores de doenças crônicas, limitação por doença crônica, SAA, depressão, atividades diárias (exceto para o Sudeste, onde a média regional e masculina é de 12% e a feminina é 11,66%), atividades instrumentais, analfabetismo (exceto para a região Norte, onde as porcentagens regional, masculina e feminina são as mesmas, 24%, e para a Nordeste, que apresenta resultados iguais para a região e para os homens, 34%) e discriminação (exceto para o Norte, onde os homens possuem um resultado maior que a região e as mulheres).

O indicador de não participação em atividades sociais possui um comportamento contrário ao citado acima: neste caso, os homens apresentam porcentagens maiores tanto das regionais quanto das femininas. O indicador ligado à aposentadoria apresenta resultados diferentes entre as regiões: no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a parcela de homens que não são aposentados é maior do que a média regional, ao passo que no Sudeste e Sul essa relação se inverte, ficando as mulheres com as maiores porcentagens para este indicador. Por fim, as condições domiciliares dos homens e mulheres também são influenciadas pelas regiões: no Norte, Sudeste e Sul a porcentagem masculina para domicílios com alguma característica de má condição é maior do que para as mulheres, o que se inverte para o Nordeste e Centro-Oeste.

Para todas as regiões, a maior porcentagem de privação dos homens encontra-se no indicador de não participação em atividades sociais organizadas, chegando no Nordeste ao valor de 82,60%. Já para as mulheres, o maior volume de privação depende da região considerada: no Norte, Nordeste e Sul ele está no indicador de duas ou mais doenças crônicas, 67,32%, 73,34% e 75,78%, respectivamente, e para o Sudeste e Centro-Oeste, assim como para os homens, está na não participação em atividades sociais, 71,03% e 75,78%, respectivamente. Ao considerar o extremo oposto, ou seja, as menores porcentagens de privação, há novamente um padrão masculino e uma diferenciação por região para as mulheres. O indicador de depressão é o que apresenta as menores porcentagens para os homens, ficando entre 2,68% no Centro-Oeste e 6,75% no Sul. Para as mulheres, a menor parcela encontra-se no indicador de depressão para Norte e Nordeste, 5,61% e 8,35%, respectivamente, e no indicador de condição do domicílio para Sudeste e Centro-Oeste, 6,52% e 10,42%, respectivamente, e, para o Sul, no indicador de discriminação, com 11,91%.

A TABELA 3.2 mostra a proporção de homens e mulheres idosos privados (H) por região, que corrobora com as desigualdades regionais mostradas e revela importantes diferenças entre os sexos.

Tabela 3.2: Proporção de homens e mulheres privados (H) por número de indicadores nas grandes regiões – Brasil, 2013.

H	N		NE		CO		SE		S	
	Masc.	Fem.								
2	81,83	85,81	71,46	82,81	62,89	78,85	60,08	78,49	65,45	81,20
3	51,41	61,23	46,41	64,47	37,17	60,89	33,60	59,70	39,24	62,82
4	30,89	42,46	27,70	49,24	21,83	44,38	19,82	44,37	23,72	48,12
5	18,56	28,33	16,68	35,67	12,01	30,37	10,80	31,00	13,59	33,83
6	10,17	16,65	9,17	22,85	7,00	20,00	5,18	20,00	6,65	23,90

Fonte: Elaboração própria com dados da PNS 2013.

Em todas as regiões, para qualquer k considerado, as mulheres idosas apresentam uma proporção de privação maior que a dos homens. Entretanto, observa-se que a proporção de idosos privados, para os diferentes valores de k , cai mais rapidamente entre os homens do que entre as mulheres, mostrando que elas possuem uma privação mais persistente e em maior número do que eles.

A região Norte, para $k=2$, é a que apresenta as porcentagens mais parecidas entre homens e mulheres, 81,83% e 85,81%, respectivamente, e também as mais altas do país. A região Sudeste possui a maior diferença percentual de privação: eles com 60% e elas com 78,5%. Para $k=4$, quando a privação é considerada multidimensional, os homens do Norte continuam com a maior porcentagem do país, 30,89%, contudo, as mulheres exibem uma parcela de 42,46%, ficando abaixo de todas as outras regiões. A proporção de mulheres multidimensionalmente privadas no Nordeste é de 49,24%, seguido pelo Sul, 48,12%, e Centro-Oeste e Sudeste, ambos com 44%. No Sudeste os homens encontram sua menor proporção de privação, 19,82%, continuando a ser a região com maior hiato entre homens e mulheres: 25 pontos percentuais.

A privação média (A) de homens e mulheres é mostrada na TABELA 3.3, abaixo. A privação média feminina é maior do que a masculina para todas as regiões e para todo k , exceto na região Norte, quando essa medida fica igual entre homens e mulheres a partir de $k=5$. Quando $k=4$, a privação média das mulheres fica acima de 50%, exceto para o

Norte, com 49,35%, e para o Sul ela chega a 52%. Isso significa que as mulheres consideradas multidimensionalmente privadas estão, em média, privadas em 50% dos indicadores, ou seja, entre 5 e 6 indicadores.

Tabela 3.3: Privação média de homens e mulheres (A) por número de indicadores nas grandes regiões – Brasil, 2013.

A	N		NE		CO		SE		S	
	Masc.	Fem.								
2	31,58	35,59	31,87	39,78	30,28	38,52	29,29	38,72	30,53	40,07
3	39,51	42,58	39,26	45,92	38,65	44,54	38,05	45,19	38,78	46,48
4	47,65	49,35	47,37	51,68	46,64	50,94	45,54	51,37	46,30	52,35
5	55,15	55,83	54,64	57,51	55,04	57,66	53,21	57,85	53,72	59,10
6	63,15	63,12	62,15	64,28	62,18	64,03	61,61	64,68	62,34	64,79

Fonte: Elaboração própria com dados da PNS 2013.

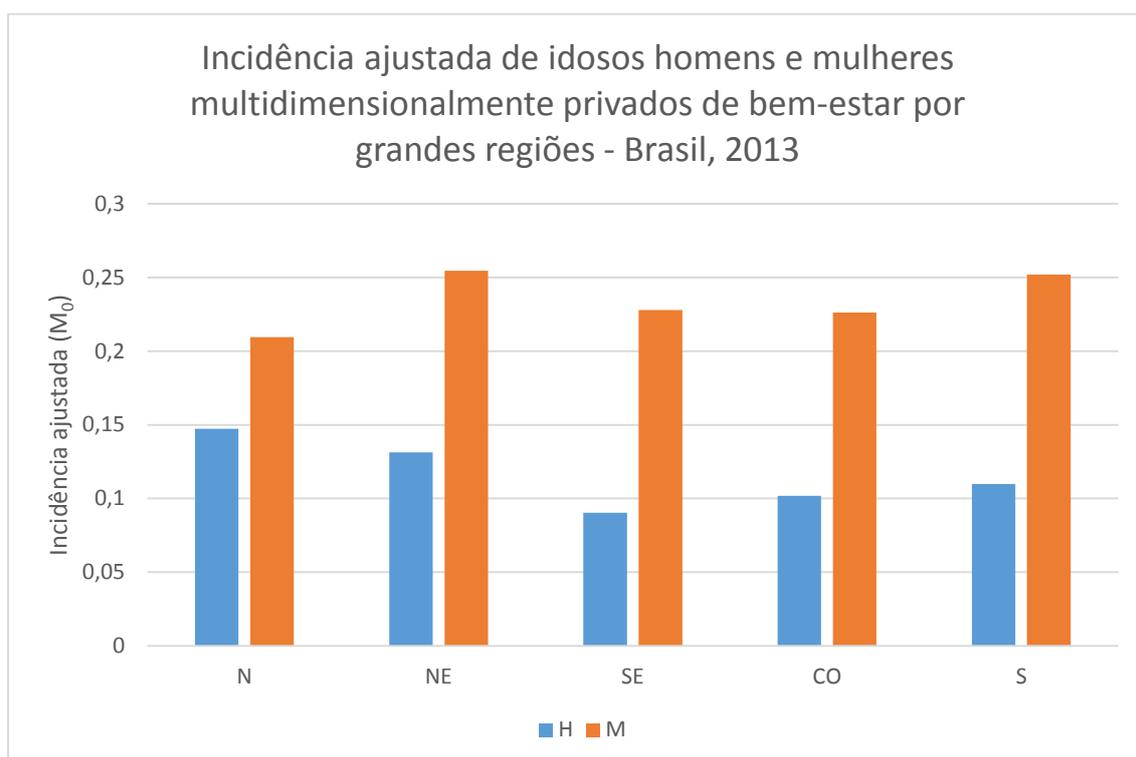
O índice M_0 é uma combinação das duas últimas medidas mostradas, portanto, ela reporta a privação ajustada pela intensidade. Assim, quanto maior ele for, pior estará a população em relação à privação de bem-estar, visto que ele aumenta quando os idosos são privados multidimensionalmente em um conjunto maior de indicadores. O GRÁFICO 3.2 mostra o índice para as regiões brasileiras quando $k=4$, que representa o número mínimo de privações necessárias para que o indivíduo seja considerado multidimensionalmente privado de bem-estar.

As mulheres possuem altos índices de privação em todas as regiões, apresentando uma pequena diferença entre elas, ou seja, a privação entre as idosas encontra-se num patamar maior que entre os homens e é mais uniformemente distribuída que entre eles. Já a privação masculina, apesar de ser mais desigual entre as regiões, como é o caso das regiões Norte e Sudeste, situa-se num nível inferior em relação a elas. As regiões Sudeste e Sul destacam-se pelo grande hiato de privação existente entre os sexos, ao contrário da Norte, que apresenta a menor diferença entre eles por causa de um alto índice de privação para os homens, o maior entre as regiões, e um menor índice para as mulheres, o menor entre elas.

Assim, o que se observa é que a privação entre as mulheres é mais persistente que entre os homens, já que para elas, mesmo morando em regiões econômica e socialmente mais favoráveis, como é o caso do Sul e do Sudeste, o índice de privação continua em altos

patamares. Isso pode ser visto quando compara-se o índice das mulheres entre as regiões Sul e Nordeste: apesar de serem regiões muito distintas, o índice de privação apresenta o mesmo nível. Entre os homens, o índice parece ter uma relação mais direta com a região de moradia: regiões menos favoráveis, como Norte e Nordeste, apresentam índices maiores de privação, ao contrário do que se observa em regiões mais favoráveis, como Sul e Sudeste, onde o índice se encontra em níveis menores.

Gráfico 3.2: Incidência ajustada (M_0) para $k=4$ nas grandes regiões – Brasil, 2013.



Fonte: Elaboração própria com dados da PNS 2013.

3.2 Classe econômica

A análise por grandes regiões apresenta um importante quadro do país, revelando desigualdades regionais que devem ser consideradas no trato e na concepção de políticas públicas voltadas para os idosos. Contudo, ela também pode esconder a diversidade socioeconômica existente dentro da própria região, visto que esta engloba diferentes estados e municípios que são distintos entre si. Dessa maneira, optou-se por realizar a análise do índice também por classes econômicas, no intuito de enriquecer a discussão acerca das desigualdades existentes entre os idosos brasileiros. Eles foram então classificados, através do Critério de Classificação Econômica Brasil, em 5 classes econômicas, em ordem crescente de condição econômica, e os resultados são

apresentados para as classes 1, 3 e 5, que correspondem, respectivamente, à classe menos favorecida, à intermediária e à mais abastada. A TABELA 3.4 mostra o percentual de privações por sexo dos indicadores.

Tabela 3.4: Percentual de privações nos indicadores de bem-estar para homens e mulheres nas classes econômicas – Brasil, 2013.

INDICADORES	Classe 1		Classe 3		Classe 5	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Doenças crônicas	59,90	74,54	60,17	71,48	68,02	67,81
Limitação por doença	34,73	38,96	25,97	38,54	29,67	28,98
SAA	63,90	65,83	52,55	61,04	31,72	37,92
Depressão	6,14	12,11	4,51	14,03	6,47	16,54
Ativ. Diárias	17,94	19,30	10,13	13,86	8,29	11,38
Ativ. Instrumentais	29,75	38,39	22,05	30,28	12,24	18,98
Analfabetismo	21,76	23,27	22,68	28,30	4,83	9,31
Discriminação	9,58	11,89	7,57	10,98	4,99	5,67
Ativ. Sociais	79,95	72,96	81,71	67,97	73,65	67,93
Aposentadoria	21,58	24,84	24,26	23,31	22,87	32,23
Domicílio	17,87	16,84	11,44	14,78	8,39	5,81

Fonte: Elaboração própria com dados da PNS 2013.

De uma maneira geral, as mulheres apresentam maiores percentuais de privação do que os homens em todas as classes, exceto para a variável de participação em atividades sociais, na qual a porcentagem de não participação deles é sempre maior do que a feminina. Contudo, outras exceções também são encontradas nas classes.

Entre os idosos mais pobres, a parcela de homens que vivem em domicílios com alguma característica que os defina em más condições é maior do que entre as mulheres: 17,87% contra 16,84%, respectivamente, fato que também é observado entre os idosos mais favorecidos, entre os quais o resultados para os homens é de 8,39% e para as mulheres é de 5,81%. Na classe 3, a parcela de homens que não recebe aposentadoria também é maior do que das mulheres: 24,26% e 23,31%, respectivamente. As variáveis relacionadas à doenças crônicas chama a atenção na classe 5, na qual os homens apresentam maior porcentagem de privação do que as mulheres: a parcela masculina que possui duas ou

mais doenças crônicas representa 68% do total, ao passo que a feminina é de 67,8%; a porcentagem de homens que possui alguma limitação por doença crônica também é maior, 29,67% contra 28,98% das mulheres. Mas observa-se que, à exceção da não participação em atividades sociais, quando os homens apresentam porcentagens maiores do que as mulheres, essa diferença não é tão significativa como ocorre nas outras variáveis as quais as mulheres apresentam uma privação maior.

As maiores diferenças entre homens e mulheres encontram-se nos indicadores de doenças crônicas (para as classes 1 e 3), depressão e atividades instrumentais de vida diária. A porcentagem de mulheres acometidas por duas ou mais doenças crônicas é, para a classe 1, 14 pontos percentuais maior do que a de homens. A incidência de depressão também é bem mais elevada para elas: nas classes 3 e 5 a diferença chega a 10 pontos percentuais, e possuir algum grau de dificuldade para realizar alguma atividade instrumental da vida diária é uma privação maior entre elas, principalmente na classe 1: 38% para as mulheres e 29% para os homens.

Tanto entre os homens quanto entre as mulheres, os percentuais de privação entre as classes se diferenciam por cada indicador. Possuir duas ou mais doenças crônicas é uma privação que acomete mais os homens da classe 5, 68%, do que os da classe 1, 59,9%, ao passo que sofrer limitação por alguma dessas doenças é mais incidente nesta última, 34,73%, contra 29,67% da classe 5. A diferença masculina entre as classes das extremidades em relação à SAA é significativa: a classe 1 apresenta o dobro da porcentagem apresentada pela 5 – 63,90% e 31,72%, respectivamente. Essa situação também é vista nos indicadores de atividades diárias e atividades instrumentais da vida diária: os idosos mais pobres apresentam porcentagens de privação que representam mais do que o dobro dos idosos da classe mais alta. A classe 3 apresenta resultados que, em sua maioria, estão entre as outras duas classes, contudo, ela se destaca nos indicadores de analfabetismo e de não recebimento de aposentadoria, apresentando os maiores valores entre as classes: 22,68% e 24,26%, respectivamente.

Quando o universo feminino é analisado, as relações entre as classes se modificam. As mulheres da classe 1 apresentam a maior parcela para a privação relacionada com possuir duas ou mais doenças crônicas, 74,54%, e as da classe 5, a menor, 67,81%. O não recebimento de aposentadoria acomete uma porcentagem bem maior de mulheres na última classe, 32,23%, sendo que este número cai para 24% e 23% para as classes 1 e 3.

A dificuldade em realizar atividades diárias e instrumentais atinge mais fortemente, em ordem decrescente, as classes 1, 3 e 5. A classe 3, para o indicador de analfabetismo, é a que manifesta a maior porcentagem de privação, 28,3%, ficando quase 20 pontos percentuais acima da classe 5, 9,31%.

A TABELA 3.5 exibe a proporção de homens e mulheres privados (H). De um modo geral, as porcentagens femininas ficam sempre acima das masculinas e as da classe 5 ficam menores que as da classe 1. Quando $k=4$, a porcentagem de homens considerados multidimensionalmente privados de bem-estar é de 37%, 33% e 23%, respectivamente às classes 1, 3 e 5, revelando uma grande discrepância entre os idosos menos favorecidos e os mais favorecidos. Todavia, essa diferença se torna ainda mais relevante quando comparada às mulheres: elas possuem uma proporção de privação de 53%, 59% e 52%, respectivamente às classes 1, 3 e 5. Assim, a menor proporção de privação delas (52% para a classe 5) é 15 pontos percentuais maior do que a maior proporção de privação dos homens (37% para a classe 1).

Nota-se que as maiores diferenças entre as proporções masculinas e femininas encontram-se na classe 5 que, quando $k=5$, chega a 25 pontos percentuais. A distribuição da proporção de privação entre os homens segue um padrão para todo k : a classe 5 sempre apresenta a menor proporção e a classe 1, a maior, existindo um grande hiato entre as duas classes. Já entre as mulheres, é a classe 3 que apresenta os maiores resultados para a proporção de privação seguida da classe 1 – que exibe resultados muito próximos da classe 5.

Tabela 3.5: Proporção de homens e mulheres privados (H) por número de indicadores nas classes econômicas – Brasil, 2013.

H	Classe 1		Classe 3		Classe 5	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
2	79,70	86,62	74,69	87,74	69,00	84,40
3	56,17	69,39	52,14	73,96	41,93	67,83
4	37,14	53,46	33,21	60,00	23,68	52,88
5	23,60	38,39	19,33	45,28	12,31	37,78
6	13,25	24,76	11,00	32,00	6,20	24,55

Fonte: Elaboração própria com dados da PNS 2013.

A privação média masculina e feminina por classe pode ser observada na TABELA 3.6. Mais uma vez, esta é uma medida que se mostra muito mais desfavorável para as mulheres do que para os homens, sendo elas privadas de bem-estar em um número maior de indicadores do que eles. As maiores diferenças entre os sexos encontram-se nos menores valores de k , sendo diluídas e ficando menores quanto maiores os valores de k . Por exemplo, quando $k=2$, a privação média das idosas da classe 3 - a que apresenta os maiores valores para todo k considerado - é de 43,66%, enquanto que a dos homens é de 33,29%, ou seja, as mulheres que possuem ao menos uma privação são, em média, privadas em 5 indicadores, e os homens em 3,7 indicadores. Observa-se também que a menor privação média encontrada entre as mulheres ainda é maior que a maior encontrada entre os homens: por exemplo, quando $k=4$, o menor valor de A para elas está nas classes 1 e 5, 51%, ao passo que entre eles o maior valor é de 48%, na classe 1.

Tabela 3.6: Privação média de homens e mulheres (A) por número de indicadores nas classes econômicas – Brasil, 2013.

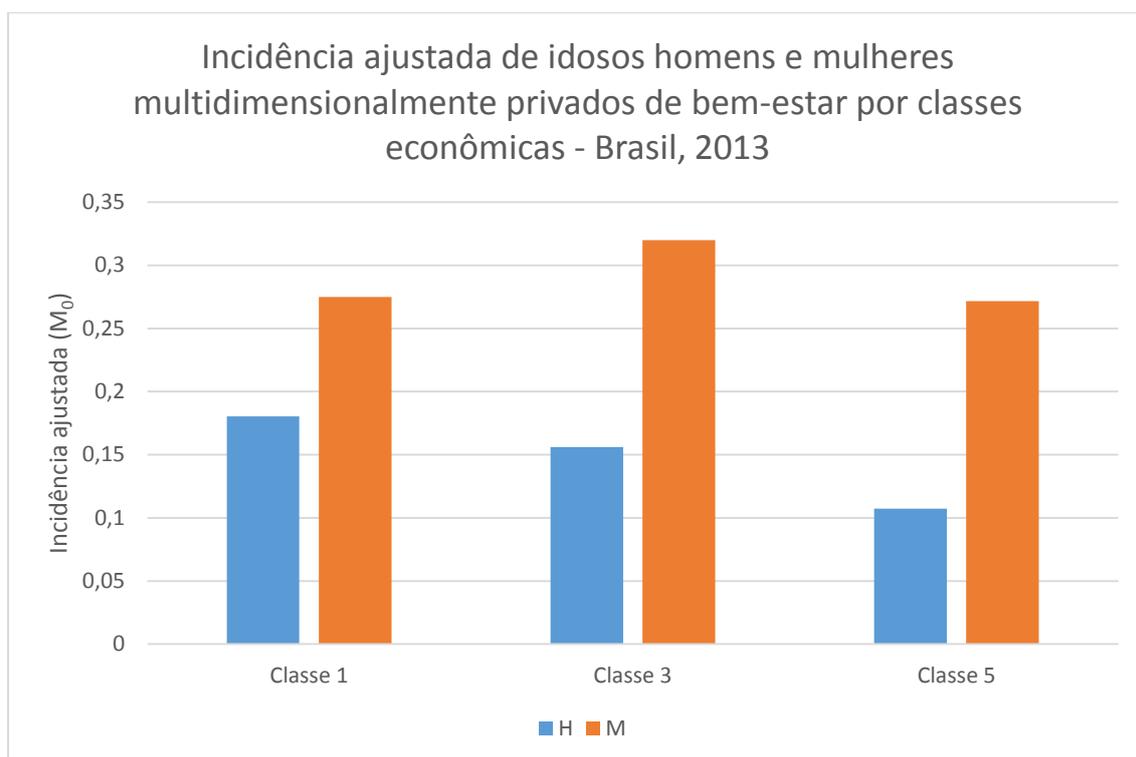
A	Classe 1		Classe 3		Classe 5	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
2	34,51	40,35	33,29	43,66	30,00	40,58
3	41,36	45,86	39,83	48,40	37,46	46,05
4	48,58	51,40	47,00	53,33	45,30	51,36
5	55,56	57,30	54,61	58,84	53,37	57,35
6	63,49	63,82	61,56	64,40	61,55	63,76

Fonte: Elaboração própria com dados da PNS 2013.

O índice M_0 , para $k=4$, para as classes econômicas mostra uma desigualdade entre homens e mulheres, que as desfavorece – GRÁFICO 3.3. A privação feminina encontra-se novamente num patamar superior à masculina, mas ao contrário desta, não tem uma distribuição linear: entre os homens, quanto maior a classe econômica, menor o índice de privação – o que não é observado entre as mulheres, que apresentam valores iguais do índice para as classes 1 e 5 enquanto que a classe 3 possui o maior valor para elas. O maior hiato de privação de bem-estar entre os sexos está na classe 5, onde os homens têm o menor valor do índice de privação, ao contrário da classe 1, onde está o menor hiato – por causa do maior valor de M_0 para eles, já que para as idosas este valor permanece o mesmo da classe 5.

Entre os homens, se observa uma relação entre a classe econômica e o índice de privação de bem-estar: quanto mais economicamente privilegiada é a classe em questão, menor é a incidência ajustada de privação. Contudo, tal relação não é encontrada entre as mulheres, visto que, para elas, estar em uma classe economicamente mais favorável não diminui o índice de privação, o que fica claro quando se compara o índice para as classes 1 e 5, que são as classes extremas: o índice é o mesmo para essas duas classes.

Gráfico 3.3: Incidência ajustada (M_0) para $k=4$ nas classes econômicas – Brasil, 2013.



Fonte: Elaboração própria com dados da PNS 2013.

3.3 Grupos etários

A definição de idoso é muito ampla, abrangendo um grupo bastante heterogêneo em relação à idade, já que a diferença entre eles pode chegar até 40 anos. Sendo assim, a discussão dos resultados por grupos de idade se torna indispensável para captar as heterogeneidades existentes entre eles e melhor caracterizar o bem-estar na velhice. Por causa da composição etária apresentada na população, os idosos serão divididos em 5 grupos etários, representando um intervalo de 5 anos cada um. Na TABELA 3.7 são apresentados os percentuais de privação para cada grupo.

Tabela 3.7: Percentual de privações nos indicadores de bem-estar para homens e mulheres por grupos de idade – Brasil, 2013.

INDICADORES	60-64 anos		65-69 anos		70-74 anos		75-79 anos		80++ anos	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Doenças crônicas	56,80	66,06	69,19	71,54	60,97	78,50	69,05	75,06	75,70	77,16
Limitação por doença	24,18	29,51	31,66	35,06	30,17	42,86	31,00	38,65	39,59	45,68
SAA	44,88	52,86	51,24	55,66	48,81	60,32	61,28	59,76	55,54	58,50
Depressão	6,53	15,82	4,88	15,38	5,81	13,78	4,92	13,97	2,79	6,73
Ativ. Diárias	8,52	9,45	10,42	9,85	11,53	15,9	18,74	19,69	27,77	35,72
Ativ. Instrumentais	13,05	12,87	13,72	21,58	26,77	31,52	31,10	46,01	56,03	67,69
Analfabetismo	9,56	14,04	14,67	16,47	16,12	23,13	17,98	24,34	25,61	31,66
Discriminação	7,54	11,49	8,52	9,24	9,77	7,30	4,73	9,05	5,76	6,73
Ativ. Sociais	80,19	68,98	77,30	62,38	75,60	73,54	81,27	70,93	85,29	79,04
Aposentadoria	46,64	43,89	17,21	25,51	7,92	19,13	9,40	13,12	4,78	11,48
Domicílio	12,83	12,52	16,10	13,79	13,64	11,90	13,40	14,06	8,29	12,61

Fonte: Elaboração própria com dados da PNS 2013.

Entre as variáveis relacionadas à saúde, observa-se uma relação entre a idade e a privação: tanto para os homens quanto para as mulheres, o grupo de 60 a 64 anos apresenta os menores percentuais de privação, em contrapartida ao grupo mais idoso, de 80 anos ou mais, que apresenta os maiores resultados para as privações relacionadas a possuir duas ou mais doenças crônicas, ser limitado por alguma doença crônica e ter saúde auto avaliada ruim. Por exemplo, entre os homens, 56,8% do grupo mais jovem possuem duas ou mais doenças crônicas e entre o grupo mais idoso este percentual sobe para 75,7%; entre as mulheres, estes percentuais são de 66,06% para as mais jovens e 77,16% para as mais idosas – resultados que revelam, mais uma vez, uma desigualdade entre homens e mulheres, desfavorável à elas. Entretanto, a variável relacionada à depressão inverte a relação direta com a idade encontrada nessas variáveis: a maior porcentagem de incidência dessa doença encontra-se no primeiro grupo de idade, 6,53% e 15,82%, respectivamente, para homens e mulheres, caindo para 2,79% e 6,73% no último grupo etário – mas persistindo a diferença entre os sexos.

Tanto para homens quanto para mulheres, os indicadores de capacidade funcional revelam uma relação direta entre idade e privação, que é clara em todos os grupos etários: quanto maior a idade, maior a proporção de idosos que possuem algum grau de dificuldade para realizar as atividades da vida diária e as instrumentais de vida diária. Observa-se, contudo, que os percentuais de idosos privados nas atividades instrumentais da vida diária são consideravelmente maiores comparado às das atividades da vida diária, principalmente nas idades mais avançadas: por exemplo, enquanto 35,72% das mulheres de 80 ou mais anos são privadas nas atividades diárias, 67,69% são privadas nas atividades instrumentais – diferença também observada entre os homens.

O analfabetismo afeta mais os idosos mais velhos do que os mais jovens (o que pode mostrar um efeito de coorte, com maior escolarização das pessoas mais jovens), revelando uma significativa diferença entre os grupos extremos: o grupo de 80 anos ou mais exibe um analfabetismo duas vezes maior do que o grupo de 60 a 64 anos – para ambos os sexos. A discriminação não apresenta um comportamento claro com relação à idade: para os homens, a maior porcentagem para este indicador se encontra na faixa de 70 a 74 anos, 9,77%, enquanto que para as mulheres está no grupo de 60 a 64 anos com 11,49%.

O indicador de não participação em atividades sociais organizadas, novamente, é o que apresenta as maiores porcentagens entre todos os indicadores considerados. Para ambos os sexos, a maior parcela de idosos que não participam deste tipo de atividade está entre

os idosos de 80 anos ou mais, 85,29% e 79,04%, respectivamente para homens e mulheres (o que pode estar relacionado com as condições de saúde deste grupo). Entre os homens, a maior participação está entre os de 70 a 74 anos e, entre as mulheres, entre as de 65 a 69 anos.

Os idosos mais jovens apresentam a maior privação no indicador de aposentadoria: 46,64% dos homens e 43,89% das mulheres entre 60 e 64 anos não possuem o benefício da aposentadoria – sendo esta a única faixa etária na qual as mulheres têm um percentual menor do que os homens; em todas as outras, elas possuem porcentagens mais elevadas de privação do que os homens. Por exemplo, entre 70 e 74 anos, 19,13% das mulheres não recebem aposentadoria, enquanto que para os homens esse valor é de 7,92% - uma diferença de mais de 10 pontos percentuais.

Por fim, o indicador de condições do domicílio também não mostra uma relação direta com a idade do idoso e sua privação. A maior parcela de homens que vivem em um domicílio que possua alguma característica que o configure em más condições é igual a 16,10% e está entre os idosos de 65 a 69 anos, e entre as mulheres, a porcentagem mais alta é de 14,06% entre as idades de 75 a 79 anos.

A proporção de homens e mulheres privados (H) por grupos etários é mostrada na TABELA 3.8. Observa-se uma relação diretamente proporcional entre a idade e a proporção de idosos privados em cada k considerado. Tendo em vista o recorte multidimensional, $k=4$, 38,06% dos homens de 60 a 64 anos são multidimensionalmente privados de bem-estar, ao passo que esta proporção sobe para 85,45% entre os idosos de 80 anos ou mais. Esse crescimento também é observado entre as mulheres: para o primeiro grupo etário, 60,64% delas são multidimensionalmente privadas, aumentando para 89,01% no último grupo. Mais uma vez, as diferenças entre sexo chamam a atenção pela sua persistência e magnitude: quanto maior o k analisado, maior a diferença entre os sexos, ficando as mulheres com altas proporções de privações. Contudo, isso é mais evidente entre os grupos mais jovens, já que, quanto maior a idade, menor essas diferenças entre homens e mulheres.

Tabela 3.8: Proporção de homens e mulheres privados (H) por número de indicadores nos grupos de idade – Brasil, 2013.

H	60-64		65-69		70-74		75-79		80-+	
	Masc.	Fem.								
2	83,13	91,63	87,88	93,19	90,10	94,59	94,04	97,15	97,13	98,12
3	55,97	76,00	67,78	83,09	71,31	85,31	79,56	90,71	93,94	94,85
4	38,06	60,64	47,30	67,57	53,79	73,86	62,93	79,42	85,45	89,01
5	23,57	47,32	33,27	53,57	37,34	57,38	47,64	64,45	75,58	81,00
6	14,02	32,77	21,29	37,64	26,18	43,76	29,53	51,04	59,60	69,51

Fonte: Elaboração própria com dados da PNS 2013.

Há também uma relação entre a idade e a privação média, o que pode ser visto na TABELA 3.9. Corroborando com os resultados apresentados na tabela acima, a privação média mostra que, quanto maior a idade dos idosos, maior sua privação média. Considerando o recorte multidimensional, $k=4$, as idosas de 60 a 64 anos possuem uma privação média em 54,93% dos indicadores, ou seja, 6 indicadores, enquanto que as de 80 anos ou mais possuem uma privação média em 7 indicadores. Os resultados para os homens mostram que os de 60 a 64 anos possuem uma privação média em 5 indicadores e os de 80 anos ou mais, em 6 indicadores. Assim, eles possuem privação média em um indicador a menos do que elas.

Tabela 3.9: Privação média de homens e mulheres (A) por número de indicadores nos grupos de idade – Brasil, 2013.

A	60-64		65-69		70-74		75-79		80-+	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
2	34,02	44,02	37,68	46,53	39,82	49,58	43,58	52,49	56,21	62,36
3	41,70	49,34	43,46	50,00	45,52	53,00	48,20	54,93	57,51	63,88
4	48,49	54,93	50,47	55,21	51,46	57,00	53,73	58,86	60,51	66,29
5	55,95	60,16	56,42	60,12	58,12	62,91	59,30	64,08	63,67	69,25
6	63,10	66,68	62,60	66,32	63,51	68,35	67,80	68,98	68,55	73,18

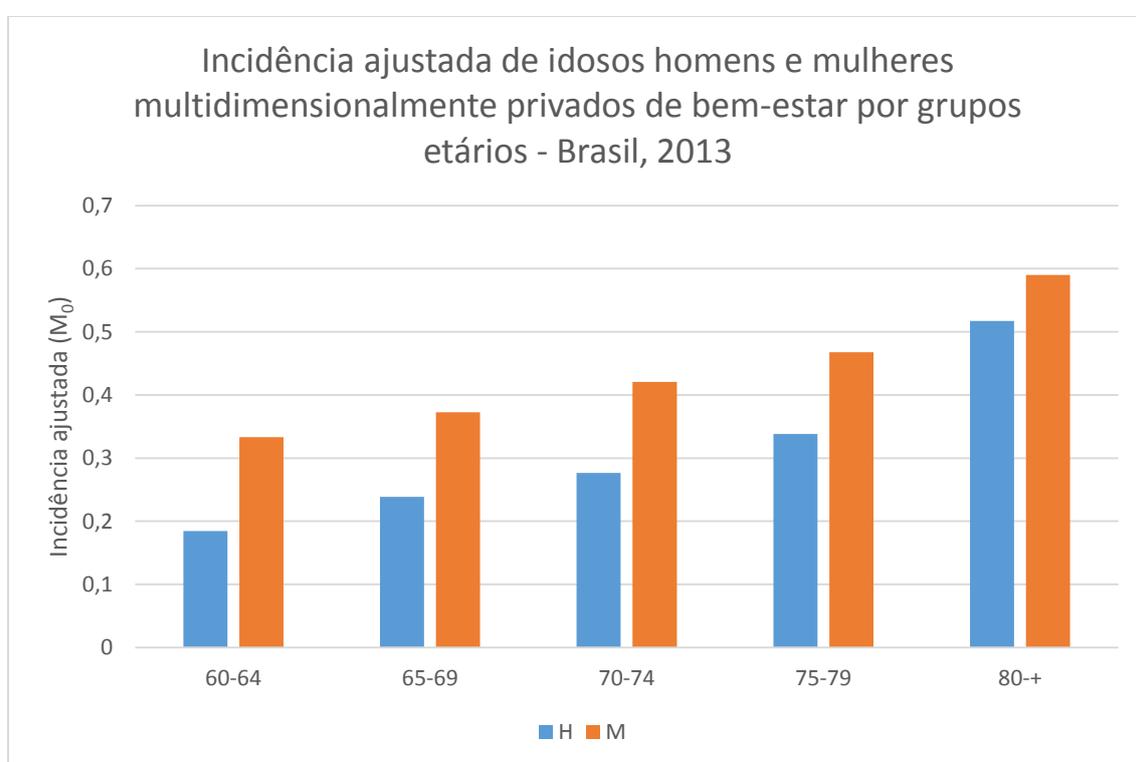
Fonte: Elaboração própria com dados da PNS 2013.

O GRÁFICO 3.4 mostra a distribuição dos valores de M_0 para os grupos etários. As mulheres possuem maiores índices de privação do que os homens para todas as idades consideradas. No grupo entre 60 a 64 anos, encontra-se a maior diferença de bem-estar entre homens e mulheres, ao passo que entre os mais velhos essa diferença se reduz. Há

que se considerar também o grande salto no índice que ocorre entre os grupos de 75 a 79 anos e o de 80 anos ou mais: um grande aumento na privação ocorre tanto para homens quanto para mulheres.

Ao contrário do que se observou nos últimos dois recortes, a análise por faixas etárias apresenta uma relação direta com a privação de bem-estar tanto para homens quanto para mulheres: quanto maior a idade, maior o índice de privação. Contudo, como já enunciado, entre as mulheres os índices de privação são maiores, mesmo entre as idades mais jovens, nas quais se esperava uma situação de bem-estar melhor.

Gráfico 3.4: Incidência ajustada (M_0) para $k=4$ nos grupos etários – Brasil, 2013.



Fonte: Elaboração própria com dados da PNS 2013.

3.4 Discussão dos resultados

Observando os resultados, verifica-se, de uma maneira geral, altos índices de privação entre os idosos, principalmente entre aqueles que estão nos grupos mais vulneráveis: as mulheres, os mais pobres e os mais velhos – e que representam uma grande proporção dentro o grupo idoso. Sendo assim, as análises realizadas fortalecem a urgência na adequação de políticas que considerem a heterogeneidade existente e, assim, as tornem mais efetivas.

Nos resultados para o Brasil, observa-se um alto índice de privação, que pode ser mensurado tanto pela alta proporção de idosos privados quanto pela alta privação média encontrada no grupo. Dentre os idosos, 74,41% são privados em pelo menos 2 indicadores considerados e, 25,82%, em pelo menos 4 indicadores (quando são considerados multidimensionalmente privados de bem-estar). Esta última proporção é bastante significativa, visto que representa mais de 5 milhões de idosos privados de condições básicas para seu bem-estar.

Ao comparar o resultado para o Brasil com o resultado para as regiões, percebe-se novamente a diferença existente entre homens e mulheres. No caso delas, para as cinco regiões, a proporção de idosas multidimensionalmente privadas de bem-estar é consideravelmente maior que a média nacional: esse valor varia de 42% a 49%. Já entre os homens, as regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste exibem proporções de privações menores que a média nacional, para $k=4$, 21,83%, 23,72% e 19,82%, respectivamente. As proporções para Norte e Nordeste são um pouco maiores que os resultados para o Brasil: 30,9% e 27,70%, também respectivamente. A análise por classe econômica também mostra que a proporção de privação das mulheres é maior que a média nacional para todas as classes: a variação de tal medida é de 53% a 60%. Entre os homens, as classes 1, 2 e 3 apresentam porcentagens maiores que a média do Brasil, enquanto que nas últimas classes esse valor é menor. Por fim, os resultados para as faixas etárias mostram consideráveis diferenças com a média do país: para as mulheres, a proporção considerada multidimensionalmente privada varia de 60% a 89% e, para os homens, de 38% a 85%.

A privação média encontrada no grupo também mostra que a intensidade da privação dos idosos brasileiros é alta: para todo k considerado, constata-se que a privação média é maior que este. Por exemplo, quando $k=2$, na média, os idosos são privados na verdade em 3 indicadores, o que também ocorre quando $k=4$, visto que neste caso, a privação média é de 5 indicadores. Logo, os idosos possuem uma privação média maior do que a privação considerada.

Alguns indicadores também chamam atenção nesta análise para todo o país. O indicador de participação em atividades sociais organizadas é o que apresenta o maior percentual de privação: 73,90% dos idosos brasileiros não participam de nenhum tipo de atividade, seja de lazer, de educação ou de confraternização. Os percentuais de privação nos indicadores de saúde também são altos: 69% dos idosos possuem duas ou mais doenças

crônicas e 54% reportam uma saúde regular, ruim ou muito ruim. A capacidade funcional também se destaca: 27,15% dos idosos possuem algum grau de dificuldade para realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária. Por fim, 25% dos idosos não são aposentados e, portanto, não possuem essa fonte de renda importante nesta etapa da vida.

Contudo, como já discutido, estes resultados omitem importantes diferenças que devem ser ponderadas no planejamento e aplicação de políticas públicas voltadas para os idosos, visto que o grupo considerado abarca um número grande e crescente de indivíduos que possuem profundas desigualdades. Estas são claramente observáveis para as mulheres, a região Norte, a classe econômica mais pobre e a maior idade, que apresentam um quadro de privação muito mais grave do que a média nacional apresentada.

A partir da análise dos dados, o principal resultado é a desigualdade de bem-estar existente entre os homens e mulheres idosos: a diferença entre eles é grande e persistente. As mulheres, em todos os cenários analisados, apresentam uma proporção e uma privação média consideravelmente maiores que as dos homens, caracterizando uma pior situação de bem-estar do que a deles. Ao passo que variáveis externas influenciam diretamente o bem-estar dos homens idosos, isso não se verifica para as mulheres: independentemente de fatores externos mais favoráveis, como região de moradia econômica e socialmente mais favoráveis, classe econômica mais alta ou idade mais jovem, o índice de privação de bem-estar das mulheres é mais alto que o dos homens. Essa situação é agravada pelo peso que as idosas representam no contingente de idosos: elas correspondem a 57,82% dessa população. Assim, mais da metade do grupo idoso é acometido com altos índices de privação.

A distinção entre os sexos em relação à saúde e à capacidade funcional são bastante relevantes no bem-estar do grupo. Apesar das mulheres viverem mais do que eles, elas passam por um período de debilitação biológica antes da morte maior, aumentando bastante sua dependência de cuidados. Camargos et al. (2016) mostram que ao mesmo tempo que as mulheres apresentam um tempo médio maior de sobrevida livre de incapacidade funcional que os homens, também apresentam um tempo médio maior de sobrevida com incapacidade. Assim, elas estariam mais expostas ao surgimento de doenças crônicas e suas consequências.

Segundo Camargos et al. (2017) e Camargos e Gonzaga (2015), a maior prevalência de doenças crônicas nas mulheres poderia ser explicado por um mecanismo de seleção: as

maiores taxas de mortalidade entre os homens nas idades mais jovens poderiam permitir que na velhice a composição do grupo etário masculino fosse mais favorável que para elas, resultando em idosas mais fragilizadas – o que se refletiria diretamente em maiores proporções de doenças crônicas femininas. Contudo, para Camargos, Machado e Rodrigues (2009), o fato das mulheres declararem um maior volume de doenças não significa necessariamente que elas possuem uma saúde pior, além de que, ao serem mais assíduas com consultas médicas, acabam por desenvolverem uma percepção mais acurada sobre suas condições de saúde do que os homens – o que pode auxiliar tanto na prevenção quanto no cuidado dessas doenças.

A concentração de mulheres nas idades mais avançadas se mostra igualmente significativa. Deve-se considerar com mais seriedade os desafios trazidos pelos idosos com 80 anos ou mais por dois principais motivos apresentados por Camarano (2003): o maior ritmo de crescimento deste grupo idoso em relação ao resto da população e à sua maior “feminização”, visto que quanto mais idoso é o contingente, maior é a proporção de mulheres. A tendência é uma população idosa cada vez mais velha e feminina, o que aumentará os desafios em relação ao seu bem-estar, já que este é um grupo que apresenta altos índices de privação de bem-estar.

A capacidade funcional dos idosos também é uma questão de saúde pública que deve ser discutida neste novo cenário de envelhecimento (FREITAS, 2016). Como observado nos resultados, em média, 15% dos idosos apresenta alguma dificuldade para realizar as atividades da vida diária e o dobro, 30%, apresenta dificuldade nas atividades instrumentais da vida diária. Os percentuais femininos são maiores que os masculinos para todos os recortes considerados, sendo que a diferença entre os sexos é maior para as regiões Norte e Nordeste, para a classe econômica 1 e para o grupo etário de 80 anos ou mais.

Novamente, o componente de sexo intensifica a necessidade de ser pensar políticas públicas voltadas para este quesito: as mulheres mais idosas, que vivem nas regiões menos favorecidas de recursos e da classe mais pobre são as mais acometidas com a incapacidade. Como o contingente de idosas nessas condições só tende a crescer, aumentando consideravelmente a demanda por cuidados especializados e contínuos, a dependência funcional, se não observada desde agora e antes mesmo da chegada da velhice, poderá gerar um grave problema de saúde pública.

A independência funcional dos idosos se relaciona diretamente com o seu bem-estar, já que pode ser compreendida como a capacidade de realização de atividades essenciais e básicas para a vida, portanto, a perda dessa capacidade pode gerar angústia, sentimentos de solidão, problemas de saúde mental e quadro sintomático depressivo (LIMA; VALENÇA; DOS REIS, 2017). Dessa maneira, a capacidade funcional dos idosos deve ser alvo de investimentos e esforços, com o objetivo de ser mantida, principalmente entre os mais longevos, já que a independência possibilita o envelhecer com prazer.

A depressão é uma doença crônica que merece destaque quando se discute o bem-estar dos idosos, já que ela pode ser um indício de que outros aspectos da vida não estão muito bem. Gullich, Duro e Cesar (2016) mostram que os fatores de risco associados à depressão são: viver sozinho, ter baixo nível socioeconômico, consumir bebida alcoólica em excesso, ser portador de doença física crônica e referir história pessoal ou familiar de depressão. Os autores também apontam o fato de ser do sexo feminino como um fator de risco, o que é corroborado com os dados do indicador de depressão, que mostra que as mulheres possuem uma porcentagem maior que a dos homens para essa privação. Neste caso, o apoio social, a realização de atividades sociais e/ou físicas e a participação em atividades religiosas podem contribuir para a prevenção e tratamento de tal doença.

Contudo, como observamos pelos resultados do indicador de participação em atividade social, os idosos são altamente privados neste quesito, sendo este a maior porcentagem de privação encontrada neste trabalho. A média nacional é de que 74% dos idosos não participam de atividades sociais organizadas, sendo os homens os mais privados neste indicador, 79%, contra 69% das mulheres. Camarano (2003) corrobora com este resultado ao mostrar que são elas as que mais participam de atividades extradomésticas, como organizações e movimento de mulheres, cursos e viagens, além de trabalho remunerado temporário. Para a autora, isso poderia ser explicado pelo fato dos homens, principalmente os mais velhos, terem maior dificuldade de se adaptar à saída do mercado de trabalho.

A alta porcentagem de idosos privados de participar dessas atividades é um fator determinante nos altos índices de privação de bem-estar dos idosos brasileiros. Portanto, ações que visem estimular e aumentar essa participação devem ser prioridade numa sociedade que envelhece tão rapidamente. Para Tavares et al. (2016), os familiares, profissionais de saúde e pessoas do convívio do idoso devem estimulá-lo constantemente

a participar dessas atividades, mas para Inouye (2018), ações mais concretas como políticas públicas também devem se preocupar com essa faceta do envelhecimento.

Por fim, o último indicador que foi bastante expressivo na análise dos resultados é o recebimento de aposentadoria. De acordo com Camarano e Pasinato (2007), o Brasil é um dos países latino-americanos com a maior proporção de população idosa coberta pelo sistema previdenciário, contudo, como apontam Rintzel e Moretto (2017) esse quadro pode estar ameaçado tanto pelo cenário das políticas econômicas, que exerce pressão no sentido de diminuir a cobertura das aposentadorias, quanto pelas recentes discussões acerca das reformas pretendidas no sistema previdenciário. Assim, a necessidade de ajuste fiscal pode limitar ou até mesmo extinguir várias garantias importantes construídas ao longo de décadas.

Camelo, Giatti e Barreto (2016) salientam a importância da posição socioeconômica na vida do idoso, visto que aquela atua como ponto de partida de trajetórias que podem impactar na qualidade de vida. UNFPA (2018) também destaca este fator como um dos elementos fundamentais do bem-estar dos idosos sendo, portanto, uma prioridade a disponibilidade de capital econômico (e não econômico) sistemática e suficiente para a velhice.

Os resultados encontrados para o indicador de aposentadoria mostram que na média nacional 25% dos idosos não recebem aposentadoria, sendo este valor maior entre as mulheres. Para a região Norte, este percentual sobe para 30%; entre as classes econômicas, a classe 5 é a que apresenta a maior privação neste indicador; e entre os grupos etários, o de 60 a 64 anos é o que menos recebe aposentadoria – o que poderia ser explicado por um período de transição entre a saída do mercado de trabalho e o início do recebimento do benefício.

No caso das mulheres, o recebimento da aposentadoria é um fator muito relevante no seu bem-estar: segundo Camarano e Pasinato (2007), devido às dificuldades enfrentadas pelas mulheres para inserção no mercado de trabalho e, conseqüentemente, nos sistemas de proteção social, elas ficam mais descobertas que os homens. Contudo, como observaram Camarano, Kanso e Fernandes (2013), com o aumento da cobertura da seguridade social após a Constituição de 1988, houve uma expressiva redução na proporção de idosos sem rendimento, o que afetou mais fortemente as mulheres. Camarano (2006) mostra que a

importância da renda das aposentadorias e pensões é maior entre as mulheres que entre os homens, visto que para elas a participação da renda do trabalho era menor.

Observando os resultados encontrados e a discussão na literatura, percebe-se que o debate acerca do bem-estar dos idosos deve sempre ter um olhar sobre a questão do sexo. A maioria dos resultados para cada indicador e para as medidas relatadas pelo índice mostram uma desvantagem feminina na velhice, que perpassa os vários aspectos do bem-estar considerados. Portanto, políticas públicas e ações governamentais e sociais voltadas para as mulheres, que foquem nas desigualdades de sexo, não somente na terceira idade, mas que busquem uma convergência de oportunidades e condições de vida entre os sexos antes mesmo da chegada à velhice, são centrais em um contexto de rápido envelhecimento populacional.

Assim como apontam Camargos, Machado e Rodrigues (2007), a velhice é um acumulado de experiências de toda uma vida, das oportunidades perdidas e aproveitadas, relacionadas à saúde, condições de moradia, educação e trabalho. No caso das mulheres, principalmente as que estão vivenciando a velhice hoje, essas experiências possuem um forte viés negativo, uma vez que a maioria delas não tiveram trabalho remunerado durante a sua vida adulta ou acesso a níveis mais altos de educação, já que se dedicavam por mais tempo ao cuidado da família. Para Camarano (2006), uma parte da dependência das mulheres na velhice pode estar mais associada a seu mais baixo *status* no passado do que à idade.

As mulheres assumem um papel central nas discussões sobre envelhecimento sob dois principais aspectos. O primeiro está diretamente relacionado com o processo de envelhecimento: numa sociedade cada vez mais envelhecida e longeva, elas serão maioria. A feminização da velhice é um fenômeno que trará diversas consequências e novas demandas para a sociedade, já que, como visto, as mulheres idosas são mais privadas que os homens na maioria dos aspectos analisados. Portanto, a privação entre elas assume um caráter tanto quantitativo, já que elas representam a maioria do contingente idoso, quanto qualitativo, visto que elas são privadas nos mais variados aspectos de suas vidas.

O segundo aspecto se relaciona com as consequências do processo de envelhecimento: a mudança do papel da mulher na sociedade. Com a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, a queda da taxa de fecundidade e o aumento da escolaridade

feminina, as mulheres estão deixando de cuidar das crianças e dos idosos – tarefas antes desempenhadas exclusivamente por elas. Assim, o cuidado dos idosos deverá ser compartilhado não somente com as mulheres da família, mas também o Estado deverá intervir através de políticas públicas com o intuito de evitar o aumento do abandono ou de maus tratos para com os idosos (BARBOSA, 2014; CAMARANO 2003).

Avançando a discussão para um nível macro, as desigualdades regionais entre os idosos também merecem atenção. Como observado nos resultados, há uma desigualdade de bem-estar entre os idosos derivada da sua região de moradia, o que já era esperado devido às desigualdades socioeconômicas existentes entre as grandes regiões do país. Essas desigualdades afetam diretamente o bem-estar dos idosos por se relacionarem com as condições encontradas por eles, como acesso à saúde, saneamento básico, educação etc. Além disso, como demonstrado por Brito (2018), a transição demográfica ocorre de modo diferente entre as regiões brasileiras, heterogeneizando o processo de envelhecimento no país.

Camarano (2002b) divide o país em duas grandes regiões para discutir o processo de envelhecimento: segundo ela, haveria uma região “norte” caracterizada por ser pobre, rural e com baixa escolaridade e uma outra “sul” que seria urbanizada, escolarizada e saudável. A autora mostra os avanços adquiridos pelos idosos nas duas regiões, como é o caso da universalização da seguridade social, contudo, as diferenças entre as duas regiões permanecem visíveis e claros.

De uma forma geral, os resultados encontrados no índice também demonstram essa segmentação encontrada por Camarano (2002b). De uma forma geral, a proporção de privação e a privação média são maiores para as regiões Norte e Nordeste, ao passo que são menores para as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Contudo, ao analisar a proporção de privação por indicadores, alguns resultados parecem contra intuitivos. Por exemplo, as variáveis de saúde doenças crônicas e limitação por doença crônica apresentam proporções maiores de privação nas regiões Sul e Sudeste do que nas Norte e Nordeste, ao contrário do que ocorre com a variável de saúde auto-avaliada, na qual essa relação se inverte. Assim, é possível que essa baixa privação ocorra tão somente por falta de acesso a serviços de saúde que possam identificar e tratar essas doenças crônicas (TRAVASSOS; DE OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; ANDRADE et al., 2013).

O indicador de analfabetismo se mostrou bastante desigual: na média, dos idosos que vivem no Norte e no Nordeste, 25% e 35%, respectivamente, são analfabetos, em oposição aos 12% de idosos analfabetos encontrados tanto no Centro-Oeste quanto no Sul. O Sudeste apresenta 20% de idosos analfabetos. Outro indicador expressivo entre as regiões é de condição do domicílio: 36% dos idosos residentes na região Norte moram em casas que apresentam alguma característica de más condições. O Centro-Oeste apresenta a menor proporção para este indicador: 7%.

As desigualdades relacionadas à classe econômica mostram que os idosos pertencentes à classe mais pobre possuem maiores taxas de privação que os idosos mais abastados, como ocorre com os indicadores de saúde auto avaliada, de capacidade funcional, de analfabetismo e de condições do domicílio. A relação entre o bem-estar e a classe econômica pode demonstrar de forma indireta as oportunidades que o idoso tem, não somente as ligadas à renda em si, mas como uma alta escolaridade, acesso a um bom sistema de saúde bem como a um ambiente que favoreça o descobrimento e a vivência de uma velhice mais completa.

Por fim, o recorte por grupos etários demonstrou uma relação clara entre idade e bem-estar. Apesar do avanço dos anos virem acompanhados de certas limitações ao indivíduo, isso não quer dizer que a velhice deva ser limitada. O importante ao indivíduo é encontrar maneiras de vivenciar a terceira idade usufruindo das oportunidades e experiências que ela possa proporcionar – o que lhe será permitido com uma boa saúde, independência funcional e capital econômico e não econômico. Como visto, as vulnerabilidades vividas pelos mais velhos estão diretamente relacionadas a fatores como sexo, região e grupos sociais, logo, políticas públicas voltadas para o atendimento dos grupos mais vulneráveis e de lacunas impostas pela sociedade aos idosos devem ser prioridades para os próximos governos.

O envelhecimento populacional foi uma conquista conjunta da medicina, da urbanização, do acesso em massa de cuidados básicos de saneamento e saúde, das novas relações interpessoais formadas a partir do século XX. Pela primeira vez na história, uma grande quantidade de homens e mulheres passaram a viver por muitos anos (UNFPA, 2018). Mas os desafios impostos por uma população mais velha e longeva também são colocados à frente dos países: há de se alcançar uma sobrevida cada vez maior aliada a uma qualidade de vida cada vez melhor (ERMEL, 2017). Segundo Joia, Ruiz e Donalísio (2007), este

desafio é significar os anos vividos através de uma vida digna e de respeito, que valha a pena ser vivida.

Para que a população idosa alcance uma experiência completa dentro das sociedades é necessário conhecer a fundo suas potencialidades e fragilidades com o intuito de serem realçadas e combatidas. Este conhecimento torna-se mais do que nunca necessário, visto que a velocidade com que o processo de envelhecimento ocorre pode reduzir ou eliminar as boas oportunidades que uma sociedade mais velha pode oferecer. Explorar como o idoso brasileiro vive é um passo fundamental para o incluir no contexto do país e, então, considerar sistematicamente suas demandas nas ações e políticas de desenvolvimento econômico e social do país.

O rápido processo de envelhecimento e o movimento para uma sociedade cada vez mais longeva fazem com que as políticas públicas se voltem mais intensamente para ações integradas que atinjam, simultaneamente, os principais aspectos que interferem direta e indiretamente no bem-estar dos idosos. Através de uma visão multidimensional, que busque uma visão mais completa da velhice, a qualidade de vida deste grupo apresenta intersecções com aspectos biológicos, vertentes psicossociais e fatores econômicos (INOUE, 2018). Assim, o estado de saúde, o nível socioeconômico, o estilo de vida, a interação social, o suporte familiar e a satisfação com a vida são centrais nestas discussões (CAMELO; GIATTI; BARRETO, 2016; GUEDES, 2017; ANSAI; SERA, 2013).

Então, para que a velhice possa ser vivida da melhor maneira, os desafios impostos pelo envelhecimento devem ser associados com os aspectos relacionados ao bem-estar dos idosos, o que implicará ações mais efetivas e certeiras no trato dessa parcela da população. Dada a complexidade do assunto em questão, várias devem ser as frentes de atuação do Estado: educação, renda, composição das famílias, sistema de previdência social, legislação, ciclos econômicos, grau de urbanização, desigualdades sociais, contexto cultural, sistema de saúde e mercado de trabalho são alguns dos principais pontos que devem ser considerados na construção de uma sociedade mais receptiva ao envelhecimento.

Contudo, fica claro com as discussões apresentadas, que as políticas públicas não devem ser generalistas, mas precisam considerar as particularidades existentes dentro do grande grupo dos idosos. A começar pelo sexo, é preciso atentar às grandes diferenças existentes entre homens e mulheres na vivência da velhice. Os resultados evidenciam uma terceira

idade menos favorável a elas, que enfrentam um maior número de privações que eles e que também são mais intensas. Assim, todos os aspectos relacionados ao bem-estar dos idosos são altamente sensíveis a gênero – o que deve nortear a concepção e prática das políticas (UNFPA, 2018; CAMARANO, 2001). Além disso, a região de moradia, a classe socioeconômica e a idade também devem nortear as discussões que envolvem o envelhecimento populacional.

No Brasil, a preocupação com os aspectos demográficos é relativamente recente e veio como consequência dos impactos do processo de transição demográfica sobre os gastos governamentais, principalmente com previdência e saúde. Apesar da produção de instrumentos legais voltados para os idosos, como o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde dos Idosos, é ainda necessário uma assistência integral e garantia dos direitos legais para essa população. Essa efetivação deve começar, além das medidas legais, com uma mudança de visão da sociedade em relação ao ser idoso, que passa pela educação da população e pela influência e poder que deve ter o Estado para executar as leis criadas (DAMASCENO; DE SOUZA, 2016). Além disto, é preciso reconhecer que o processo de envelhecimento não se inicia aos 60 anos. Dessa maneira, as políticas públicas voltadas para a terceira idade também devem se preocupar em garantir a promoção da qualidade de vida durante todo o ciclo de vida do indivíduo (CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2009).

À luz dessa discussão, percebe-se que o envelhecimento populacional coloca os idosos como agentes centrais no desenvolvimento socioeconômico do país. A partir do aumento do seu peso populacional e, conseqüentemente, de sua importância, as discussões acerca de quem são os idosos e como eles vivem deveriam ser colocadas no centro das agendas dos governos. Há, de fato, profundas desigualdades neste grupo relacionadas ao sexo, à região, à classe econômica e à idade que, se consideradas, auxiliarão no planejamento e execução mais efetivos de políticas voltadas para este período da vida. A visão multidimensional para o bem-estar aumenta as possibilidades de ação ao incorporar importantes fatores da vida dos indivíduos que interagem entre si e que, simultaneamente, influenciam na qualidade de vida.

Entretanto, observa-se que o governo e a sociedade brasileira ainda não tratam as questões relacionadas ao envelhecimento como fatores prioritários e emergentes. Isso pode ser visto pela inexistência, na agenda da política nacional, de uma discussão consistente,

efetiva e contínua sobre a velhice e suas consequências. Assim, o principal objetivo deste trabalho foi, através dos dados apresentados, mostrar a urgente necessidade dos gestores e políticos considerarem o panorama do bem-estar dos idosos e, a partir disso, planejarem e executarem ações que garantam uma velhice completa e feliz para o grupo que, com o passar dos anos, atingirá uma posição central no desenvolvimento econômico e social do país.

Conclusão

Esta dissertação tem por principal objetivo verificar quais fatores são mais relevantes no bem-estar dos idosos brasileiros através da aplicação de um índice multidimensional que indica quais as principais necessidades deste grupo e como elas se configuram no país. Para tanto, o índice sumariza as privações sofridas pelos idosos brasileiros considerando seis dimensões: saúde, capacidade funcional, educação, inserção social, renda e condição do domicílio. A análise dos resultados é realizada através de quatro principais recortes da população: sexo, região, classe econômica e grupo etário.

Os resultados mostram que há uma grande desigualdade na vivência da velhice quando se considera alguns aspectos. A principal desigualdade encontrada é a existente entre homens e mulheres. Para a maior parte dos indicadores e para todos os resultados do índice, elas apresentaram uma situação pior de bem-estar do que eles. As privações na velhice parecem ser mais intensas e duradouras para as idosas, o que pode ser explicado pelo acúmulo de desigualdades sociais e econômicas vivenciadas durante toda a vida e que culminam numa velhice bem mais desfavorável à elas.

O cenário desvantajoso encontrado pelas idosas é persistente até mesmo em situações externas mais favoráveis, o que demonstra o grande abismo existente entre homens e mulheres. Isso pode ser observado nos altos patamares do índice de privação de bem-estar entre as mulheres que possuem situações externas mais vantajosas como, por exemplo, morar nas regiões Sudeste e Sul, estarem nas classes econômicas mais abastadas e serem mais jovens. Mesmo nessas situações, o índice de privação das mulheres se compara aos índices de mulheres que vivem em situações menos favoráveis.

Este é um dado muito relevante no atual contexto de envelhecimento, visto que este processo tem um forte componente de gênero: as mulheres são maioria absoluta nas faixas etárias posteriores a 60 anos. Considerando o aumento proporcional de idosos na população total, dentro de poucos anos, as idosas serão uma parte altamente expressiva na sociedade (CAMARANO, 2002a; NONATO et al., 2012). Sendo assim, as privações sofridas por elas aumentarão consideravelmente e, se não forem sanadas, poderão gerar crises nos sistemas de saúde, na previdência, nas famílias e na sociedade, resultando numa geração de idosos com baixíssimos índices de bem estar.

De uma maneira geral, a análise por regiões mostra uma separação do Brasil nos eixos norte-sul: o bem-estar dos idosos que vivem nas regiões Norte e Nordeste é, na média, menor do que aquelas existentes nas regiões Sul e Sudeste. A região Centro-Oeste transita entre estes dois eixos a depender das condições e variáveis consideradas. A divisão dos idosos por classe econômica mostra que a classe menos abastada apresenta maiores índices de privação do que a classe mais favorecida. Além disso, quanto mais velho o idoso, maiores são suas privações de bem estar.

Percebe-se a urgência de programas e políticas voltados diretamente para os idosos e que se atentem para as diferenças existentes dentro do grupo. Para tanto, duas frentes de ação devem ser pensadas: a primeira se relaciona com a vida na velhice, quando o idoso está de fato vivenciando a terceira idade. Programas de saúde que se preocupem não só em tratar doenças, mas também em manter a capacidade funcional do idoso; atividades de integração social voltadas para o incentivo de uma vida social ativa; manutenção de uma previdência social que atenda, principalmente, os idosos mais carentes; projetos de mobilidade urbana que atendam às necessidades e limitações físicas são alguns exemplos de políticas que devem pensar na vivência da velhice.

Já a segunda frente deve se preocupar com as experiências acumuladas durante toda a vida do indivíduo – experiências estas que culminarão em consequências para a velhice. Dessa maneira, o Estado deve se atentar em promover para a sociedade uma vida com saúde, educação, emprego, oportunidades iguais para todos, com o intuito de construir uma sociedade melhor preparada para o envelhecimento e longevidade.

Conclui-se, assim, que os idosos devem ser vistos como atores centrais na formulação de políticas públicas que se atentem às rápidas mudanças sócio demográficas que estão ocorrendo no país. Além disso, a visão multidimensional deve ser considerada no trato para com eles, o que demonstra o entendimento das heterogeneidades e da complexidade existente entre os indivíduos de tal grupo. Esta dissertação é, portanto, mais um trabalho que busca aprofundar as discussões acerca das consequências do envelhecimento populacional, colocando o idoso como um indivíduo central na busca por uma sociedade que se preocupe com seus cidadãos, construindo possibilidades para que a velhice seja vivida de uma forma completa e feliz.

Referências Bibliográficas

- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Disponível em <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em 20 jan. 2019.
- ADRIANO, J. R.; WERNECK, G. A. F.; SANTOS, M. A.; SOUZA, R. C. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, pp. 53-62, 2000.
- ANDRADE, M. V. et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada**, v. 17, n. 4, p. 623-645, 2013.
- ALKIRE, S. The missing dimensions of poverty data: Introduction to the special issue, **Oxford Development Studies**, vol 35, no 4, p.347–359, 2007.
- ALKIRE, S. et al. **Multidimensional Poverty Measurement and Analysis**. Oxford, OXFORD University Press, First Edition Published 2015.
- ALKIRE, S.; DENEULIN, S. The Human Development and Capability Approach. In: DENEULIN, Séverine (Ed.). **An introduction to the human development and capability approach: Freedom and agency**. Routledge, 2009, p. 22-48.
- ALKIRE, S.; FOSTER J. Counting and multidimensional poverty measurement, **Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI)**, Working Paper, n° 32, Oxford, 2007.
- _____. Counting and multidimensional poverty. In: BRAUN, J. et al. **The poorest and hungry: assessment, analyses, and actions**. Washington: International Food Policy Research Institute, 2009, p. 77-90.
- ALKIRE, S.; SANTOS, M. E. Poverty and Inequality Measurement. In: DENEULIN, Séverine (Ed.). **An introduction to the human development and capability approach: Freedom and agency**. Routledge, 2009, p. 121-161.
- _____. Training Material for Producing National Human Development Reports, MPI: Construction & Analysis, **Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI)**, 2011.
- ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q.; VASCONCELOS, M. E. L.; CARVALHO, M. S.; VASCONCELOS, A. G. G.; FONSECA, T. C. O.; LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R.. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, 23(8), p. 1924-1930, 2007.
- ALVES, J. E. D.; VASCONCELOS, D. S.; CARVALHO, A. A. **Estrutura etária, bônus demográfico e população economicamente ativa no Brasil: cenários de longo prazo e suas implicações para o mercado de trabalho**. Rio de Janeiro, Ipea, 2010. (Texto para Discussão, n. 1.528).

ANSAI, J. H.; SERA, C. T. N. Percepção da autonomia de idosos longevos e sua relação com fatores sociodemográficos e funcionais. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 189-200, 2013.

BARBOSA, Ana Luiza Neves de Holanda. Um retrato de duas décadas do mercado de trabalho brasileiro. In: CAMARANO, Ana Amélia (Organizadora). **Novo Regime Demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: IPEA, 2014, p.271-313.

BARROS, R.P.; CARVALHO, M.; FRANCO, S. **Pobreza multidimensional no Brasil**. Texto para discussão n. 1227. Rio de Janeiro: IPEA, out., 2006.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Rio de Janeiro: Ipea, 2004 (Texto para Discussão, n. 1.034).

BONGAARTS, John. Human population growth and the demographic transition. **Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences**, v. 364, n. 1532, p. 2985-2990, 2009.

BOURGUIGNON, F.; CHAKRVART S. The Measurement of Multidimensional Poverty. **The Journal of Economic Inequality**, v.1, p. 25-49, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.

_____. **Lei 8842/94**, 04 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências, 1994.

_____. **Lei 10741/03**, 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências, 2003.

BRITES, M. et al. Pobreza feminina nas grandes regiões brasileiras (2012): uma aplicação do método Alkire Foster (AF). **Revista Brasileira de Economia de Empresas**, v. 17, n. 1, 2017.

BRITO, F. A população na cena política: o debate sobre as consequências do envelhecimento populacional. In: ANDRADE, M. V., ALBUQUERQUE, E. M. (Editores). **Alternativas para uma crise de múltiplas dimensões**. Belo Horizonte: CEDEPLAR-UFMG, 2018, p. 261-283.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: Ipea, 2002a. (Texto para Discussão, n. 858)

_____. **Brazilian population ageing: differences in well-being by rural and urban areas**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002b (Texto para Discussão, 878).

_____. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estudos avançados**, v. 17, n. 49, p. 35-63, 2003.

_____. A oferta de força de trabalho brasileira: tendências e perspectivas. In: TAFNER, P. (Ed.) **Brasil: o estado de uma nação** - mercado de trabalho, emprego e informalidade. Rio de Janeiro: IPEA, 2006a, p.69-118.

_____. **Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira**. Rio de Janeiro: Ipea, 2006b (Texto para discussão, n. 1.179).

_____. **Estatuto do Idoso: avanços com contradições**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2013.

_____. Introdução. In: ALCÂNTARA A. O., CAMARANO A. A., GIACOMIN K. C. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016a; p. 15-47.

_____. Empregabilidade do trabalhador mais velho e reforma da previdência. **Mercado de Trabalho: conjuntura e análise**, n. 61, Ipea, p. 23-32, out. 2016b.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: Ipea, 1999.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **Envelhecimento, Condições de Vida e Política Previdenciária: Como Ficam as Mulheres?** Rio de Janeiro: Ipea, 2002 (Texto para Discussão, n. 883).

_____. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos**, v. 60, n. 1, p. 253-292, 2004.

_____. **Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina**. Rio de Janeiro: Ipea, 2007 (Texto para Discussão, n. 1.292).

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. **Envelhecimento populacional, perda da capacidade laborativa e políticas públicas brasileiras entre 1992 e 2011**. Rio de Janeiro: Ipea; 2013. Texto para Discussão, n. 1890.

_____. Menos jovens e mais idosos no mercado de trabalho? In: CAMARANO, Ana Amélia (Organizadora). **Novo Regime Demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: IPEA, 2014, p.377-406.

CAMARGOS, M. C. S. et al. Estimativas de expectativa de vida livre de incapacidade funcional para a população de Minas Gerais, 1998 e 2013. In: XVII Seminário sobre a Economia Mineira, 2016, Diamantina. **Anais do XVII Seminário sobre a Economia Mineira**, 2016.

_____. Perfil de saúde dos idosos de Minas Gerais: uma análise com dados da PAD-MG de 2011. **Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG**, v. 3, n. 1, p. 105-123, 2017.

CAMARGOS, M. C. S.; GONZAGA, M. R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cad. saúde pública**, v. 31, n. 7, p. 1460-1472, 2015.

CAMARGOS, M. C. S.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos – 2000. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 37-51, jan./jun. 2007.

_____. Expectativa de vida saudável para idosos brasileiros, 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1903-1909, 2009.

CAMELO, L.; GIATTI, L.; BARRETO, S.. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 280-293, 2016.

CAMPOLINA, A. G.; ADAMI, F.; SANTOS, J. L. F.; LEBRÃO, M. L. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, 2013.

CARDOSO, D. F.; RIBEIRO, L. C. S. Índice Relativo de Qualidade de Vida para os Municípios de Minas Gerais. **Planejamento e políticas públicas**, n. 45, 2015.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 597-605, 2008.

COALE, A. The demographic transition: a summary, some lessons and some observations. In: CHO, L.; KOBAYASHI, K. (Ed.). **Fertility transition of east asian populations**. Honolulu: University Press of Hawaii, 1979, cap. 2.

DA SILVA, A. F. et al. Análise Da Pobreza Multidimensional No Brasil. In: **Anais do XLII Encontro Nacional de Economia [Proceedings of the 42nd Brazilian Economics Meeting]**. ANPEC-Associação Nacional dos Centros de Pósgraduação em Economia [Brazilian Association of Graduate Programs in Economics], 2016.

DA SILVA, J. F. et al. Análise comparativa da qualidade de vida de idosas praticantes de exercícios físicos em centros esportivos e nas academias da terceira idade. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 13, n. 3, 2016.

DAMASCENO, C. K.; DE SOUSA, C. M. Análise sobre as políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 3, p. 185-190, 2016.

DECANCQ, K.; LUGO, M. A. Weights in multidimensional indices of wellbeing: An overview. **Econometric Reviews**, v. 32, n. 1, p. 7-34, 2013.

DIAS, D. S. G.; CARVALHO, C. S.; ARAÚJO, C. V.. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. **Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 127-138, 2013.

- ERMEL, R. C. et al. Percepção sobre qualidade de vida dos idosos de Portugal e do Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 2178, p. 2091, 2017.
- FARIA, L. C. S.; FARIAS, E. R.; SANTOS, L. M.; FERREIRA, M. A. M.; SILVA, A. A. S. Indicadores de Qualidade de Vida nos Municípios Mineiros e Eficiência Alocativa de Recursos Públicos. **Sociedade, Contabilidade e Gestão**, v. 6, n. 1, 2011.
- FORATTINI, O. P. **Ecologia, epidemiologia e sociedade**. São Paulo: Ed. Artes Médicas, EDUSP, 1992.
- FRANÇA, L. H. de F. P. et al. Aposentar-se ou continuar trabalhando?: O que influencia essa decisão?. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 3, p. 548-563, 2013.
- FREITAS, C. V. et al. Avaliação de fragilidade, capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 119-128, 2016.
- GEIB, L. T.C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.1, p. 123-133, 2012.
- GIACOMIN, K. C. Considerações Finais. In: ALCÂNTARA A. O., CAMARANO A. A., GIACOMIN K. C. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016; p. 593-615.
- GIAMBIAGI, F.; TAFNER, P. **Demografia: a ameaça invisível**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- GOERNE, A. The Capability Approach in Social Policy Analysis. Yet Another Concept? In: **REC-WP 03/2010**.
- GOLGHER, A. B. Perceived deprivation in Brazil in a multidimensional perspective. **Revue d'Économie Régionale & Urbaine**, n. 2, p. 195-211, 2010.
- GUEDES, M. et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1185-1204, 2017.
- GUGEL, M. A. O direito ao trabalho, a preparação e a conquista da aposentadoria. In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, A. C. orgs. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA; 2016; p. 225-240.
- GULLICH, I.; DURO, S. M. S.; CESAR, J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 691-701, 2016.
- HERCULANO, S.C. A qualidade de vida e seus indicadores. **Ambiente e Sociedade**, v.1, n.2, p.77-99, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. 2014.

INOUYE, K. et al. Efeito da Universidade Aberta à Terceira Idade sobre a qualidade de vida do idoso. **Educação e Pesquisa**, v. 44, p. e142931-e142931, 2018.

JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 131-138, 2007.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

LEE, Ronald. The demographic transition: three centuries of fundamental change. **Journal of economic perspectives**, v. 17, n. 4, p. 167-190, 2003.

LIMA, P. V.; VALENÇA, T. D. C.; DOS REIS, L. A. Repercussões psicossociais da dependência funcional no cotidiano de idosos longevos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 14, n. 1, 2017.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 735-743, 2003.

MACHADO, A. F.; GOLGHER, A. B.; ANTIGO, M. F.. La privación desde un enfoque multidimensional: el caso brasileño. **Revista CEPAL**, 2014.

MARIN, S. R. et al. Pobreza multidimensional em Silveira Martins-RS: identificação de dimensões de vida valoradas com a aplicação do método Alkire-Foster (AF). **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 18, n. 62, 2013.

MINAYO, M. C. S., HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

NERI A. L. **Envelhecimento e qualidade de vida na mulher**. In: Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia, 2001.

NONATO, F. J. et al. O perfil da força de trabalho brasileira: trajetórias e perspectivas. 2012. **Boletim mercado de trabalho**, Brasília: Ipea, n. 51, maio 2012.

NOTESTEIN, F. Population: the long view. In: SCHULTZ, T.W. (Ed.) **Food for the world**. Chicago: Universit of Chicago Press, 1945.

NUSSBAUM, M. **Creating Capabilities: The Human Development Approach**. Cambridge: Harvard University Press, 2011.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Suzana Gontijo, Trad. Brasília-DF, 2005.

PAIVA, P. T. A.; WAJNMAN, S. Das causas às consequências econômicas da transição demográfica no Brasil. **Revista brasileira de estudos populacionais**, v. 22, n. 2, p. 13-15, 2005.

PAULO, M.; WAJNMAN, S.; HERMETO, A. M. A relação entre renda e composição domiciliar dos idosos no Brasil: um estudo sobre o impacto do recebimento do benefício de prestação continuada. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 30, p. S25-S43, 2013.

PEDRO, W. J. A. Reflexões sobre a promoção do Envelhecimento Ativo. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 9-32, 2013.

PORTELLA, A. L. **Uma Avaliação Multidimensional da Qualidade da Educação no Brasil a partir da Abordagem das Capacitações**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. 2016.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 793-798, 2003.

RINTZEL, L. T.; MORETTO, C. F. O benefício previdenciário como proteção social: evidências para um pequeno município da Região Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 14, n. 2, 2017.

ROBEYNS, Ingrid. The capability approach: a theoretical survey. **Journal of human development**, v. 6, n. 1, p. 93-117, 2005.

ROBEYNS, Ingrid. Selecting capabilities for quality of life measurement. **Social indicators research**, v. 74, n. 1, p. 191-215, 2005b.

REGO, W. G. D. L.; PINZANI, A. **Vozes do Bolsa Família**: autonomia, dinheiro e cidadania. Editora Unesp, 2013.

RIBEIRO, A. O.; NORONHA, K. V. M. S.; ANTIGO, M. F. Uma análise das condições de vida e bem-estar dos idosos brasileiros em 2013 sob a ótica das capacitações e funcionamentos. In: XX Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2017, Foz do Iguaçu. **Anais do XX Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, 2017.

RIZOLLI D.; SURDI A. C. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**; 13(2):225-33, 2010.

ROCHA, R.. Envelhecimento e Produtividade. **Boletim Mercado de Trabalho**, Brasília: Ipea, n. 51, 2012.

RODRIGUES, A. C. M.; SILVEIRA, S. F. R. Análise da eficiência socioeconômica dos municípios mineradores da região central de minas gerais. 33, 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: ANPAD, 2009.

SANTOS, M. E. **Measuring Multidimensional Poverty in Latin America: previous Experience and the way forward.** Working Paper nº 66. OPHI, Bahía Blanca, 2014.

SEN, A. Equality of what? In: MCMURRING, S. (Ed.). **Tanner Lectures on Human Values 1.** Cambridge: Cambridge University Press, 1980.

SEN, A. K. **Desenvolvimento como liberdade.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SERVO, L. M. S. Perfil epidemiológico da população brasileira e o espaço das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Organizadora). **Novo Regime Demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: IPEA, p. 491-509, 2014.

SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 364-371, 2003.

SZWARCWALD, Celia Landmann et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 333-342, 2014.

TAVARES, D. M. et al. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3557-3564, 2016.

TRAVASSOS, C.; DE OLIVEIRA, E.; VIACAVAL, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 975-986, 2006.

TURRA, Cássio M. OS LIMITES DO CORPO. **Revista da Universidade Federal de Minas Gerais**, v. 19, n. 1.2, 2012. Páginas 157-181.

UNFPA. **Una mirada sobre el envejecimiento.** ¿Dónde están varios países latinoamericanos a 15 años del Plan de Acción Internacional de Madrid? Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2018.

UNITED NATIONS. **World Economic and Social Survey 2007.** Development in an Ageing World. New York: Department of Economic and Social Affairs, 2007.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VIEIRA, C. A.; KUHN, D. D.; MARIN, S. R. Método Alkire-Foster: uma aplicação para a medição de pobreza multidimensional no rio grande do sul (2000-2010). **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 48, 2017.

WAJNMAN, S.; OLIVEIRA, A. M. H. C.; OLIVEIRA, EL de. Os idosos no mercado de trabalho: tendências e conseqüências. *In: Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60*, v. 60, p. 453-480, 2004.

WASSWA, F. **Multidimensional Child Poverty and Its Determinants: A Case of Uganda**. Tese de Doutorado. University of Canberra. 2015.

WESTPHAL, M. F. O. Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.39-51, 2000.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc Sci Med**, 1999.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 23, n. 1, p. 5-2