



**UNICAMP**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE DEMOGRAFIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DEMOGRAFIA**

**RENATO SOUZA CINTRA**

**A INFLUÊNCIA DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA  
NA EXPECTATIVA DE VIDA SAUDÁVEL  
DOS IDOSOS BRASILEIROS EM 2008**

**CAMPINAS**

**2018**

**RENATO SOUZA CINTRA**

**A INFLUÊNCIA DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA  
NA EXPECTATIVA DE VIDA SAUDÁVEL  
DOS IDOSOS BRASILEIROS EM 2008**

Dissertação apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestre em Demografia.

Supervisor/orientador: Everton Emanuel de Campos Lima

Co-supervisor/Coorientador: Luciana Correia Alves

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À  
VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO  
DEFENDIDA PELO ALUNO RENATO SOUZA  
CINTRA E ORIENTADO PELO PROF. DR.  
EVERTON EMANUEL DE CAMPOS LIMA.

---

CAMPINAS

2018

**Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s):** Não se aplica.

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas  
Paulo Roberto de Oliveira - CRB 8/6272

Cintra, Renato Souza, 1969-  
C493i A influência do benefício de prestação continuada na expectativa de vida saudável dos idosos brasileiros em 2008 / Renato Souza Cintra. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Everton Emanuel de Campos Lima.  
Coorientador: Luciana Correia Alves.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Envelhecimento. 2. Expectativa de vida. 3. Desigualdades sociais. I. Lima, Everton Emanuel Campos de, 1981-. II. Alves, Luciana Correia, 1975-. III. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências

#### Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The influence of continued cash benefit in the healthy life expectancy of elderly brasilians in 2008

Palavras-chave em inglês:

Aging

Life expectancy

Social inequality

Área de concentração: Demografia

Titulação: Mestre em Demografia

Banca examinadora:

Everton Emanuel de Campos Lima [Orientador]

Tiago da Silva Alexandre

Tirza Aidar

Data de defesa: 09-03-2018

Programa de Pós-Graduação: Demografia



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, composta pelos Professores Doutores a seguir descritos, em sessão pública realizada em 09 de março de 2018, considerou o candidato Renato Souza Cintra aprovado.

Prof. Dr. Everton Emanuel de Campos Lima (orientador)

Prof. Dr. Tiago da Silva Alexandre

Prof. (a) Dra. Tirza Aidar

A Ata de Defesa, assinada pelo membros da Comissão Examinadora, consta no processo de vida acadêmica do aluno.

Dedico  
a minha esposa  
e a minha filha,  
Suzana e Marina.

## **AGRADECIMENTOS**

Estes últimos três anos talvez tenham sido os anos mais desafiantes da minha vida. Foram anos difíceis, cansativos, desgastantes, mas também muito prazerosos, com descobertas e conquistas que me acompanharão para o restante da minha existência. Crescer não é fácil, voltar à universidade depois de muitos anos me impôs desafios que por vezes achei que não seriam vencidos. Mas quanto mais difícil é a caminhada, mais recompensadora é a conquista, e esta nunca foi solitária, sempre acompanhada por pessoas que tive a sorte de encontrar nessa minha estrada.

Começo meus agradecimentos a todos e a todas que fazem da instituição Unicamp uma das melhores universidades da América Latina e da qual tive o orgulho de participar. E aqui o agradecimento não é apenas para o corpo docente, ao qual farei posteriormente meus sinceros agradecimentos, mas a todos os funcionários que, em todos os momentos nos quais deles precisei ou os solicitei, sempre me atenderam com muita presteza. Que a Unicamp continue assim pública, gratuita e com excelência no ensino.

Agradeço também a todos os professores e professoras que participaram direta e indiretamente da minha formação, em especial ao professor dr. José Marcos Pinto da Cunha, que talvez nem se lembre, mas me recebeu em dois momentos para conversas sobre projeto a ser apresentado ainda antes do processo seletivo, o que foi decisivo e me encorajou a prosseguir nessa jornada. Agradeço também a todos os professores que participaram de minha formação, como Rosana Baeninger, Roberta Perez, Maria Coleta de Oliveira, Gláucia dos Santos Marcondes e Tirza Aidar. A meus orientadores, Everton Emanuel Campos de Lima e Luciana Correia Alves, por esses três anos de aprendizado.

A meus colegas e amigos de mestrado, em especial a Thatiane M. Anazawa, Thiago Fernando Bonatti e Marcelo Daisuke Yamaki, que me ajudaram em todos os momentos, desde os intermináveis laboratórios até a entrega final do trabalho.

Aos meus pais, Hilvio Egas Cintra e Eneida Souza Cintra, que me proporcionaram todas as condições para que pudesse chegar até aqui.

A minha esposa, Suzana Siniscalco de Oliveira Costa, e a minha filha, Marina de Oliveira Costa Cintra, pelo apoio incondicional.

Agradeço também aos meus amigos e colegas da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, em especial a Priscila Barbosa Coelho e a Tércia Oreste, que sempre estiveram ao meu lado nestes quase três anos de mestrado.

*A demografia deve ser uma ciência que vá além de contar pessoas,  
mas deve fazer com que as pessoas contem  
(Ian Poll, 1997).*

## RESUMO

CINTRA, Renato Souza. A influência do Benefício de Prestação Continuada na expectativa de vida saudável dos idosos brasileiros em 2008.

Este trabalho tem como objetivo analisar a influência da renda proveniente do Benefício de Prestação Continuada (BPC) na expectativa de vida saudável dos idosos brasileiros em 2008. O BPC assegura um salário mínimo aos idosos com mais de 65 anos de vida, com renda per capita de até  $\frac{1}{4}$  de salário-mínimo e que comprovem não serem providos por sua família. Para o desenvolvimento deste estudo, foram utilizados dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 2008. As condições de saúde dos idosos foram determinadas pela autopercepção de saúde, categorizada em boa e ruim, e a renda, por meio da informação quanto a ser o idoso beneficiário do BPC ou não. Para análise dos dados, foi aplicado o Método Sullivan, que combina informações de morbidade e mortalidade, fornecendo uma estimativa da expectativa de vida saudável. Os resultados mostraram que os idosos sem BPC apresentaram as melhores expectativas de vida saudável, tanto entre os homens como entre as mulheres, no Brasil e em todas as suas regiões. Este é um resultado inesperado e possivelmente explicado pela má percepção do estado de saúde destes grupos de renda. Uma segunda hipótese é de que a renda não seja uma boa variável para avaliar a qualidade de saúde dos idosos, e inúmeros outros elementos afetem a autopercepção de saúde. Uma terceira e última explicação seria que a autopercepção de saúde não seja o melhor indicador para avaliar o estado de saúde.

**Palavras-chave:** envelhecimento da população; expectativa de vida; aspectos socioeconômicos; desigualdades sociais.

## **ABSTRACT**

This study aims to analyze the influence of income provided by the a cash transfer benefit (Continuous Cash Transfer Benefit), or BPC in Portuguese, on the healthy life expectancy of the Brazilian elderly in 2008. The BPC provides a legal minimum wage for the elderly over 65 years old with per capita income up to  $\frac{1}{4}$  of the legal minimum wage and not supported by their families. For the development of this study, we used data from the 2008 National Household Sample Survey (PNAD). The health condition of the elderly was determined by self-perception of health, categorized as good or bad and the income information, considering whether the elderly was beneficiary of BPC or not. To analyze the data, we applied the Sullivan Method which combines information on morbidity and mortality, providing an estimate of healthy life expectancy. The results showed that the elderly without BPC presented the best expectations of a healthy life, among both men and women, in Brazil and in all its regions. This is an unexpected result and it is possibly explained by the poor perception of the health status among these income groups. A second hypothesis suggests that income is not a good variable to evaluate the quality of health of the elderly, and many other elements might affect self-perception of health. A third explanation would be that self-perception of health is not the best indicator for assessing elderly health status

**Keywords:** population aging; life expectancy; socioeconomic aspects; social inequality.

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Taxa de mortalidade infantil, Brasil, 1930-2010. ....	24
Figura 2 - Percentual de jovens (0 a 14 anos), adultos (15 a 59 anos) e idosos (60 anos ou mais), Brasil, 1940-1970. ....	24
Figura 3 - Taxa de fecundidade total, Brasil, 1940-2010. ....	26
Figura 4 - População residente, Brasil, 1940-2010. ....	26
Figura 5 - Projeção populacional da população idosa, Brasil, 2010-2060. ....	27
Figura 6 - Pirâmides etárias, Brasil, 1970-2010. ....	28
Figura 7 - Pirâmides etárias por grandes regiões, 2010. ....	29
Figura 8 - Expectativa de vida ao nascer. Regiões Sudeste e Nordeste, 1940/2010. ....	33
Figura 9 - Modelo de Whitehead e Dahlgren. ....	37
Figura 10. Os determinantes do envelhecimento ativo. ....	39
Figura 11 - Expectativa de vida restante na idade x+, expectativa de vida saudável do sexo masculino e feminino por grupo de renda. Brasil, 2008. ....	82
Figura 12 - Expectativa de vida restante na idade x+, expectativa de vida saudável do sexo masculino e feminino por grupo de renda. Região Norte, 2008. ....	85
Figura 13 - Expectativa de vida restante na idade x+, expectativa de vida saudável do sexo masculino e feminino por grupo de renda. Região Nordeste, 2008. ....	87
Figura 14 - Expectativa de vida restante na idade x+, expectativa de vida saudável do sexo masculino e feminino por grupo de renda. Região Sudeste, 2008. ....	89
Figura 15 - Expectativa de vida restante na idade x+, expectativa de vida saudável do sexo masculino e feminino por grupos de renda. Região Sul, 2008. ....	90
Figura 16 - Expectativa de vida restante na idade x+, expectativa de vida saudável do sexo masculino e feminino por grupo de renda. Região Centro-Oeste, 2008. ....	92

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Tipos de expectativa de saúde e de indicadores. ....	44
Tabela 2 - Grupos de rendimento de idosos, por sexo e percentual. Brasil, 2008.....	56
Tabela 3 - Situação de domicílio e percentual relativo por grupos de idosos e grandes regiões, Brasil, 2008.....	63
Tabela 4 - Material predominante nas paredes do domicílio e percentual relativo por grupos de idosos e grandes regiões. Brasil, 2008.....	64
Tabela 5 - Saneamento básico e percentual relativo por grupos de idosos e grandes regiões. Brasil, 2008.....	65
Tabela 6 - Posse de bens duráveis e percentual relativo por grupos de idosos e grandes regiões. Brasil, 2008. ....	67
Tabela 7 - Sexo e percentual relativo por grupos de idosos e grandes regiões. Brasil, 2008...	68
Tabela 8 - Raça/cor e percentual relativo por grupos de idosos e grandes regiões. Brasil, 2008. ....	69
Tabela 9 - Anos de estudo e percentual relativo por grupos de idosos e por grandes regiões. Brasil, 2008.....	70
Tabela 10 – Raça/Cor e percentual relativo por anos de estudo por grupos de idosos. Brasil, 2008. ....	72
Tabela 11 - Número de moradores e percentual relativo por grupos de idosos e grandes regiões. Brasil, 2008. ....	74
Tabela 12 - Tipo de família e percentual relativo por grupos de idosos e grandes regiões. Brasil, 2008.....	75
Tabela 13 - Condição na família e percentual relativo por grupos de idosos e por grandes regiões. Brasil, 2008. ....	76
Tabela 14 - Tipo de domicílio e percentual relativo por grupos de idosos e por grandes regiões. Brasil, 2008. ....	78
Tabela 15 - Expectativa de vida restante na idade x+, expectativa de vida saudável e percentual de anos com expectativa de vida saudável por grupos de renda. Brasil, 2008. ....	81
Tabela 16 - Expectativa de vida restante na idade x+, expectativa de vida saudável e percentual de anos com expectativa de vida saudável por grupos de renda. Região Norte, 2008. ....	84

Tabela 17 - Expectativa de vida restante na idade $x+$ , expectativa de vida saudável e percentual de anos com expectativa de vida saudável por grupos de renda. Região Nordeste, 2008. ....	86
Tabela 18 - Expectativa de vida restante na idade $x+$ , expectativa de vida saudável e percentual de anos com expectativa de vida saudável por grupos de renda. Região Sudeste, 2008. ....	88
Tabela 19 - Expectativa de vida restante na idade $x+$ , expectativa de vida saudável e percentual de anos com expectativa de vida saudável por grupos de renda. Região Sul, 2008. ....	90
Tabela 20 - Expectativa de vida restante na idade $x+$ , expectativa de vida saudável e percentual de anos com expectativa de vida saudável por grupos de renda. Região Centro-Oeste, 2008. ....	91

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
Dataprev	Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social
Funrural	Fundo e Assistência ao Trabalhador Rural
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
Lops	Lei Orgânica da Previdência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
Peti	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
Pnad	Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar

## SUMÁRIO

Introdução.....	15
Capítulo 1: A transição demográfica, os determinantes da saúde e as expectativas de vida saudável dos idosos no Brasil.....	21
1.1 Antecedentes: transição demográfica e epidemiológica no Brasil .....	21
1.2 Transição demográfica no Brasil.....	22
1.3 Transição epidemiológica no Brasil .....	30
1.4. Saúde, determinantes e promoção de saúde .....	35
1.5 A saúde do idoso e a expectativa de vida saudável do idoso no Brasil.....	38
1.5.1 A questão da saúde no envelhecimento e o conceito de envelhecimento ativo no Brasil .....	38
1.5.2 Expectativa de saúde e expectativa de vida saudável.....	41
1.6 Seguridade social e o benefício de prestação continuada.....	45
Capítulo 2: Materiais e métodos.....	51
2.1 Fonte de dados.....	51
2.2 Variáveis.....	53
2.3 Metodologia para investigação da influência do BPC na Expectativa de Vida Saudável..	56
2.4 Método Sullivan .....	57
Capítulo 3: Caracterização demográfica e socioeconômica dos idosos pertencentes aos grupos BPC, BPC e outras rendas, sem BPC e um salário mínimo .....	62
3.1. Caracterização socioeconômica dos idosos com BPC, com BPC e outras rendas, sem BPC e com um salário mínimo.....	63
3.2 Análise da expectativa de vida saudável dos idosos pertencentes aos grupos BPC, BPC e outras rendas, sem BPC e um salário mínimo .....	78
4 Considerações finais .....	92
Referências .....	96
Anexos.....	105

## Introdução

Desde as últimas décadas do século passado, o Brasil experimenta um rápido e intenso processo de envelhecimento da sua população, que, segundo Carvalho e Garcia (2003, p. 726) é definido como “[...] mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade”. Vale destacar que, no Brasil, os 60 anos de idade marcam o início da velhice, segundo a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

Em grande parte, o atual e expressivo contingente de pessoas com mais de 60 anos é decorrente do grande número de nascimentos ocorridos nas primeiras décadas do século passado, aliado à crescente queda nas taxas de mortalidade (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987). A combinação desses dois processos — alta natalidade e queda da mortalidade — determinaram o crescimento acentuado da população brasileira, que saltou de 41 milhões, em 1940, para 93 milhões, em 1970. A estrutura etária, no entanto, não se alterou, pois, a queda da mortalidade aconteceu principalmente em consequência da diminuição da mortalidade infantil. Assim, uma proporção maior de crianças chegou à idade adulta, com efeito similar ao aumento da fecundidade.

Foi somente a partir dos anos 1960, quando ocorreu forte e sustentada queda da fecundidade que a estrutura etária é alterada, desencadeando assim o processo de envelhecimento (CHAIMOWICZ, 1997).

O envelhecimento da população é, portanto, um processo dinâmico: é necessário, em primeiro lugar, que nasçam muitas crianças; em segundo, que elas sobrevivam até a idade adulta; e que, simultaneamente, os nascimentos diminuam. Assim, a população jovem decresce e a proporção daqueles com idades avançadas passa a crescer (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004).

Como consequência da queda da taxa de fecundidade total (TFT), que passou de 6,1 filhos por mulher em 1940 para 1,8 em 2010, a proporção de crianças com 0 a 14 anos de idade passou de 42%, no ano de 1940 para 24%, em 2010. Por outro lado, a proporção da população idosa, nesses 70 anos, quase triplicou, passando de 4% para 11% (IBGE, 2016).

Além disso, um número cada vez maior de pessoas idosas passou a sobreviver, em média, mais tempo, e em idades mais avançadas evidenciando a maior longevidade. No período de 1940 a 2010, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais passou de 4% para 11% da população brasileira. Considerando apenas os idosos com 70 anos ou mais para o mesmo

período, também houve aumento significativo na proporção desse grupo etário, que passou de 1,5% para 4,8% da população brasileira (IBGE, 2016).

Outro resultado importante, consequência também da queda da mortalidade e do aumento da longevidade foi a elevação, no Brasil, da expectativa de vida ao nascer, que passou de 42 anos em 1940 para 75 anos em 2016 (IBGE, 2008b; IBGE, s/d). As melhorias das condições de vida da população, com o saneamento básico e os avanços da medicina, reduziram as mortes por doenças infecciosas e parasitárias e aumentaram a expectativa de vida do brasileiro (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014).

O processo de envelhecimento brasileiro está, portanto, relacionado à transição demográfica que se caracteriza, segundo Camarano e Fernandes (2014, p. 117) pelo “movimento de passagem de altas taxas de mortalidade e fecundidade para baixas”.

Mas, ainda que se possa assim considerar as características gerais da transição demográfica e do envelhecimento brasileiro, as regiões brasileiras se encontram em diferentes estágios desse processo, em decorrência das disparidades econômicas, sociais e regionais,

[...] formas e ritmos distintos também se verificam entre regiões de cada país e entre camadas da população. Estas podem conviver com diferentes estágios das mudanças demográficas implicando uma superposição de tempo/processos em uma mesma população [...] (SILVA; MONTE-MÓR, 2010, p. 7).

Da mesma forma, para Brito (2008), a transição demográfica brasileira ocorreu em regiões com fortes desequilíbrios econômicos e sociais que a tornam múltipla, uma vez que se manifesta segundo as diversidades regionais e sociais.

[...] um ponto fundamental a ser levado em consideração é o fato de que as mudanças na estrutura etária ocorrem de forma desigual entre os diferentes estados e regiões do País, assim como entre os diferentes níveis de renda da população. Em outras palavras, estados e regiões, ou grupos sociais, se situam em momentos e fases diferentes da transição demográfica [...] (BRITO, 2007, p. 10).

O mesmo acontece em relação à transição epidemiológica. Em decorrência dos históricos altos níveis de desigualdades socioeconômicas, os acessos aos cuidados da saúde são diferenciados a depender do estrato social a qual pertença e a região de moradia, o que por sua vez deixa o País em diferentes estágios da transição epidemiológica. Deste modo, uma das características peculiares da transição epidemiológica brasileira, que não segue o caminho convencional descrito por Omran (1971), é a sobreposição de estágios de morbidade e mortalidade (PRATA, 1992).

Segundo teoria descrita por Omran (1971), haveria a diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento das doenças não transmissíveis em um processo linear e progressivo (LEBRÃO, 2007).

Assim, a sobreposição de estágios de morbidade e mortalidade se materializa nas diferentes proporções de idosos nas cinco regiões brasileiras. Em 2016, a região Norte tem a menor proporção (7%), seguida da região Centro-Oeste (com 9%), do Nordeste (10,2%) e do Sudeste e Sul (12%) (IBGE, 2016).

É importante também ressaltar que a rápida alteração da estrutura etária brasileira, o processo de envelhecimento e o aumento da longevidade trazem impactos e interferem, como também são impactados significativamente nas áreas econômicas e sociais e suscitam grandes desafios para as políticas públicas.

Desta forma, o envelhecimento populacional, associado a maior longevidade da população suscita inúmeras questões, dentre os desafios estão a melhora na saúde e da qualidade de vida entre a população idosa. A maior representatividade, tanto em termos relativos como absolutos, de pessoas idosas e o aumento do número de pessoas em idades mais avançadas amplia a possibilidade de os indivíduos enfrentarem incapacidades físicas ou mentais por períodos mais longos, especialmente se analisarmos os diferenciais entre os sexos (GOLDANI, 2004).

De acordo com OMS (2000, *apud* CAMARANO, KANSO MELLO, 2004), a população brasileira masculina aos 60 anos de idade no ano de 2000, tinha 19,3 anos de vida remanescente e uma expectativa de vida sem saúde de 7,7 anos. Por outro lado, a população feminina tinha uma expectativa de vida de 22,4 anos de vida restante aos 60 anos e 8,7 anos sem boa saúde. Desta forma, esse cenário impõe ao País uma série de desafios, pois simultaneamente com o envelhecimento populacional, aumenta a demanda por melhorias na qualidade de vida, especialmente neste segmento populacional que mais cresce, demandando o aumento e a expansão do acesso a serviços de saúde.

Uma das propostas para o enfrentamento da questão da saúde é a promoção do envelhecimento ativo e saudável, sugerida como meta a ser alcançada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006). A Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, estabelece como diretriz a promoção do envelhecimento ativo e saudável. Segundo este conceito, introduzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), aquela diretriz busca “[...] aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida de todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados” (OMS, 2005 p. 13). O envelhecimento ativo refere-se ainda à “[...]”

participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho” (OMS, 2005 p. 13).

Para a OMS, o envelhecimento ativo depende de determinantes que atuam no processo de envelhecimento, são eles: determinantes econômicos e sociais, ambiente físico, determinantes pessoais e comportamentais, serviços sociais e de saúde, além de dois determinantes transversais, cultura e gênero (OMS, 2005). É importante salientar que os determinantes econômicos, subdivididos em três subáreas, a renda foco deste estudo, a proteção social e o trabalho que produzem efeitos particularmente relevantes sobre o envelhecimento ativo.

Alguns autores como, Case (2004), Lima-Costa et al. (2003), Neri e Soares (2007), Santos, Jacinto e Tejada (2012), têm dado destaque a relação entre renda e saúde. Lima-Costa et al. (2003), mostram que idosos mais pobres tem pior qualidade de vida relacionada a saúde, fazem menos consultas médicas, exames e vão menos ao dentista. Por outro lado, Santos, Jacinto e Tejada (2012), argumentam que um maior nível de renda possibilita uma melhor saúde. Defendem que a causalidade entre renda e saúde está relacionada a possibilidade de pessoas com maior renda adquirir bens e serviços de saúde, mais acesso a exames preventivos e ao tratamento médico necessário. Mesmo argumento é utilizado por Lima-Costa (2003). Um segundo ponto sustentado pelos autores é de que pessoas mais pobres tem maior possibilidade de residirem em habitações precárias, sem saneamento básico apropriado e, portanto, mais vulneráveis às doenças.

Outros estudos que relacionam renda e saúde apontam para a importância de políticas públicas de renda na melhora da saúde da população. Case (2004), por exemplo, comparou o estado de saúde por meio da autopercepção, na África do Sul, entre negros e mestiços que recebem ou vivem como pensionistas, com negros e mestiços que não recebem pensão e verificou que a pensão melhorou a saúde de todos os membros domiciliares. Neri e Soares (2007), por sua vez, estudaram a relação entre renda e saúde com os beneficiários dos programas de transferência de renda em 1998 e 2003, no Brasil. Usando indicadores de saúde (como necessidade de cuidados de saúde e acesso e consumo de serviço de saúde), concluíram que houve ganho nas condições de saúde da população beneficiária daqueles programas no caso de idosos e população de baixa renda, existindo, portanto, uma associação positiva entre transferência de renda e melhoria nas condições de saúde dessa população.

Desta forma, uma pergunta importante que precisa ser respondida é se o aumento da expectativa de vida, vivenciados nas últimas décadas no Brasil está sendo acompanhada por um melhor estado de saúde, especialmente entre os menores estratos de renda.

Assim, para contribuir com o maior entendimento das questões relacionadas ao envelhecimento no Brasil, principalmente em relação à área da saúde, este estudo procura explorar a relação entre a renda, no caso desta pesquisa o benefício de prestação continuada (BPC), e a percepção de saúde desta população, no sentido de revelar como os idosos vivem os anos adicionais de vida. Supõe-se que a renda do BPC garanta uma melhora na saúde do idoso em relação àquele que não recebe.

Este benefício, fundamentado no art. 203 da Constituição Federal de 1988, que trata da assistência social, garante, a título de BPC, um salário mínimo mensal para as pessoas deficientes ou idosas que, independentemente de contribuição anterior, comprovem não ter meios de garantir a própria manutenção financeira ou de tê-la provida por sua família. (BRASIL, 1993).

O conhecimento e o maior aprofundamento dessa relação são importantes, pois, como a renda é um determinante social da saúde, é relevante precisar suas consequências na saúde dos idosos, para o aperfeiçoamento das políticas públicas relacionadas a este segmento social. Deste modo, um importante indicador de saúde das pessoas idosas é a expectativa de vida saudável que pode orientar políticas públicas e servir como medida para investigar o tamanho da influência de políticas sociais, como o BPC e as condições de saúde dos idosos.

Para tanto, foi utilizado o Método Sullivan (1971) que combina informações de morbidade e mortalidade, com a finalidade de estimar a expectativa de saúde da população idosa (JAGGER; COX; LE ROY, 2006).

Para efeito de comparação e mensuração dos efeitos do benefício, criaram-se quatro grupos: o primeiro composto de idosos (as) que, mesmo com todas as condições requeridas para o recebimento do BPC, por algum motivo não o recebiam; o segundo, de beneficiários apenas do BPC; um terceiro grupo de beneficiários do BPC e que têm uma renda extra; e o quarto constituído por idosos (as) com renda de 1 salário mínimo.

Ressalta-se, no entanto, que uma importante abordagem da epidemiologia, denominada curso de vida, baseia-se na suposição de que o estado de saúde das pessoas idosas está condicionado não somente pelas condições atuais, mas também por toda a trajetória pessoal, moldada pelo contexto social e pelas condições materiais de vida, o que acaba por definir o estado de saúde. Assim, é reconhecida a dificuldade em isolar a variável renda das demais condições de vida (BARATA, 2005).

Diante do exposto acima, este estudo tem como objetivo principal analisar a influência do BPC na expectativa de saúde dos idosos com 65 anos ou mais no Brasil em 2008 e buscará responder as seguintes questões: i) o benefício de prestação continuada contribui com o aumento da expectativa de vida saudável?; ii) Existem diferenças, em termos de expectativa de vida saudável, entre homens e mulheres beneficiários do BPC?; iii) Há diferenças regionais na expectativa de vida saudável dentre aqueles que recebem o benefício?

Esta dissertação está estruturada em três capítulos, além desta introdução e de considerações finais. No primeiro capítulo, foi discutido o contexto das transições demográficas e epidemiológicas ocorridos nos países chamados desenvolvidos e as diferenças dessas transições no Brasil, além do conceito de saúde, dos determinantes sociais e de promoção para a saúde. Em seguida, um breve relato da história da proteção social, que se inicia na Grã-Bretanha, até a construção da seguridade social no Brasil em 1988. No segundo capítulo, são apresentadas as fontes de dados, as variáveis e o Método Sullivan utilizado para obtenção dos resultados. No terceiro capítulo são caracterizados demográfica e socioeconomicamente os idosos e as idosas com 65 anos ou mais, pertencentes aos grupos com BPC, com BPC e outras rendas, sem BPC e com renda de um salário mínimo. Ademais, neste capítulo são realizadas as análises dos resultados relacionados as expectativas de vida saudável dos idosos e idosas por grupos no Brasil e, posteriormente, pelas cinco grandes regiões do País.

## **Capítulo 1: A transição demográfica, os determinantes da saúde e as expectativas de vida saudável dos idosos no Brasil**

### **1.1 Antecedentes: transição demográfica e epidemiológica no Brasil**

Os processos da transição demográfica e epidemiológica são importantes para entendimento não só de como o envelhecimento populacional brasileiro vem ocorrendo, mas também como este se desenvolve no Brasil e em suas diferentes regiões. Inicialmente, discutira-se o conceito de Transição Demográfica e como ela vem acontecendo no Brasil. Posteriormente, será abordada a transição epidemiológica ocorrida no Brasil e suas diferentes fases que ocorrem concomitantemente.

Na década de 1940, Notestein (1945) desenvolveu o conceito de transição demográfica que se caracteriza pela passagem de relativo equilíbrio entre altas taxas de mortalidade e fecundidade, para um estado de igual equilíbrio com baixas taxas de mortalidade e fecundidade.

Ainda segundo Notestein (1945), o processo de transição está dividido em quatro fases: a primeira de quase estabilidade com altas taxas de mortalidade e fecundidade, resultando em baixo crescimento populacional; a segunda, com declínio da mortalidade e, portanto, com elevação da taxa de crescimento populacional; a terceira fase, de queda da fecundidade e da mortalidade, sendo o declínio da mortalidade em ritmo mais moderado e conseqüentemente, com um crescimento populacional com menor intensidade; a quarta e última fase tem como atributo, o quase equilíbrio entre a baixa mortalidade e a baixa fecundidade, resultando em crescimento populacional tendendo a zero ou negativo.

Ainda com relação a teoria da transição demográfica, esta busca associar as transformações econômicas e sociais com as mudanças nas taxas vitais. Dessa forma, as etapas no desenvolvimento correspondem a diferentes comportamentos da mortalidade e fecundidade em consequência ao maior controle sobre esses fenômenos. Como teoria explicativa pressupõe que a relação entre as taxas vitais e as alterações econômicas e sociais é dada pela modernização dos modos de vida que acompanha a industrialização, abrangendo as pretensões dos indivíduos, crescente individualismo e perda das atribuições da família (SANTOS; LEVY; SZMRECSÁNYI, 1980).

Autores como Arriaga e Davis (1969), Caldwell (1976), Patarra e Oliveira (1988) e Palloni (1989), buscaram entender melhor as causas das mudanças nas variáveis da transição demográfica, como a mortalidade e fecundidade.

Arriaga e Davis (1969), por exemplo, contestam em parte a estreita relação entre mortalidade e desenvolvimento econômico, principalmente com relação aos países em desenvolvimento e que tiveram a ocorrência da transição demográfica, mais tardiamente. Segundo esses autores, após 1930, a queda da mortalidade declinou de forma significativa muito mais em função de processos advindos de técnicas importadas relacionadas à medicina preventiva e da saúde pública, do que do desenvolvimento econômico.

Palloni (1989), por outro lado, considera que a queda na mortalidade envolve dois processos independentes – o padrão de vida e a saúde pública. Segundo esse autor, na América Latina, os aspectos econômicos e o nível de bem-estar foram fatores proeminentes na queda da mortalidade.

Quanto à fecundidade, Patarra e Oliveira (1988) refutam as perspectivas teóricas que relacionam a queda da fecundidade a “estratégias de sobrevivência” que considera que o número de filhos é importante como estratégia de sobrevivência. Para as autoras, o declínio da fecundidade teria maior correspondência com os meios de controle da prole, sua legitimação e sua disponibilidade. Sob esse ângulo, diminuem a importância de fatores sociais e econômicos no processo da queda da fecundidade e adquirindo maior força fatores culturais e ideológicos.

Caldwell (1976) aponta a “ocidentalização” e fatores culturais como fator decisivo para a queda da fecundidade em países não desenvolvidos. Para este autor, as famílias tendem a diminuir como reflexo da importação da cultura ocidental, disseminada pela indústria cultural e pelos meios de comunicação, muitas vezes antes de se industrializarem e se desenvolverem economicamente.

## **1.2 Transição demográfica no Brasil**

No Brasil, distintas abordagens têm sido usadas na tentativa de explicar as características peculiares da transição demográfica brasileira. Brito (2008), Faria e Potter (2002), La Ferrara, Chong e Duryea (2012), Merrick e Berquó (1983), Patarra e Oliveira (1988), Rios-Neto (2001) e Silva e Monte-Mór (2010) são autores que buscaram analisar e entender como esse processo transcorreu.

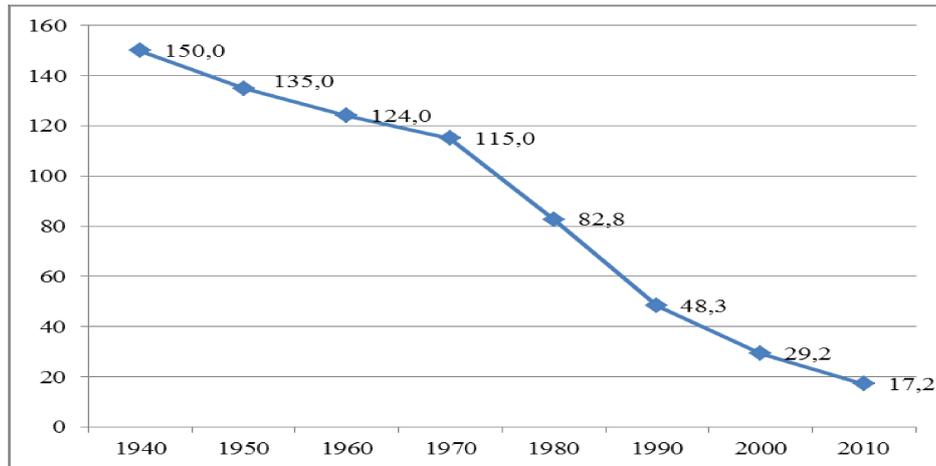
Silva e Monte-Mór (2010) relacionam a rápida e intensa transição demográfica com o processo de urbanização, que é questão central para o entendimento das especificidades da transição demográfica no país. Segundo os autores, caso Notestein (1945) estivesse certo ao relacionar a transição demográfica e urbanização— e, conseqüentemente, a um novo modo de vida —, a migração não poderia ser ignorada, principalmente, no Brasil. Nessa perspectiva, não se poderia deixar de mencionar os extensos fluxos migratórios internos ocorridos no período em que havia intenso deslocamento de pessoas do Nordeste para o Sudeste, modificando rapidamente o cenário urbano dos grandes centros desta última região.

Para Singer (1973), a migração e a urbanização são fases de um processo social e de relações orientadas para o funcionamento e reprodução da economia de mercado capitalista unindo capital, força de trabalho em um mesmo espaço. Ou seja, o autor vai buscar nas alterações e mudanças ocorridas no modo de produção, as respostas para as causas e conseqüências das migrações internas no Brasil. Assim, mesmo entendendo que as relações entre migração e as variáveis demográficas não são tão evidentes, a industrialização, migração e urbanização não podem ser vistas isoladamente, pois são partes constituintes de um mesmo processo (SILVA; MONTE-MÓR, 2010).

Iniciada em 1930 e intensificada a partir da década de 1940, a expansão industrial no Brasil marca o início da segunda fase da transição demográfica brasileira, que, segundo Patarra e Oliveira (1988), traz profundas implicações no mercado de trabalho, nos movimentos populacionais, na urbanização e nas relações trabalhistas. Em termos demográficos, a segunda fase da transição demográfica abrangia, de acordo com alguns autores — como Beltrão, Camarano e Kanso (2004) e Camarano, Kanso e Fernandes (2014) —, o período de 1940 a 1970 quando há contínua queda da mortalidade, principalmente, a mortalidade infantil, e a manutenção da alta fecundidade, em torno de 5,8 filhos por mulher (Figura 1).

No entanto, ao final da segunda fase, em meados dos anos 1960 já era possível observar alguns sinais do início da queda da fecundidade, atribuída principalmente a redução da mortalidade infantil e pela introdução de modernas técnicas de controle da fecundidade, como pílula e a esterilização feminina (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014). A queda da fecundidade combinada com o aumento da expectativa de vida ao nascer, devido à forte queda da mortalidade infantil contribuiu para o envelhecimento que será um dos pontos centrais da terceira fase e quarta fases (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014), como visto na Figura 1.

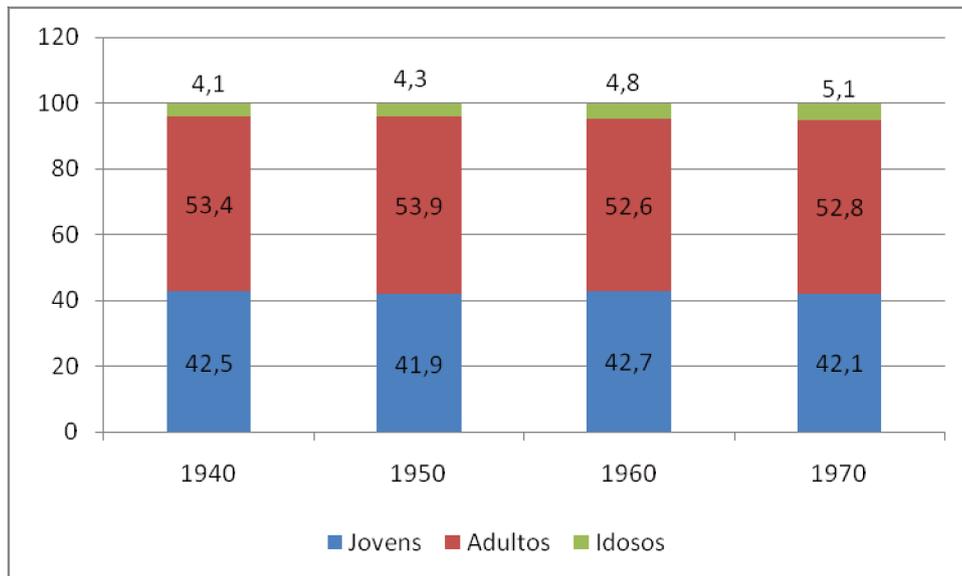
**Figura 1 - Taxa de mortalidade infantil, Brasil, 1930-2010.**



Fonte: IBGE, Séries históricas e estatísticas, 2017.

Como consequência, houve alto crescimento populacional, especialmente da população jovem, que chegou a 43% no período, enquanto a população idosa passou de 4,1% para 5,1% (IBGE, *Séries históricas e estatísticas*) (Gráfico 2).

**Figura 2 - Percentual de jovens (0 a 14 anos), adultos (15 a 59 anos) e idosos (60 anos ou mais), Brasil, 1940-1970.**



Fonte: IBGE, Séries históricas e estatísticas, 2017.

Com referência a mortalidade, Camarano et al. (2004) concorda com Arriaga e Davis (1969), os quais consideram que os principais fatores contribuintes para a queda da

mortalidade seriam os progressos na área médica, como por exemplo, a introdução do antibiótico, controle dos agentes transmissores e a maior cobertura da rede de água e esgoto.

Palloni (1989), no entanto, questiona a tese defendida de que os avanços médicos tenham contribuído de maneira decisiva na queda da mortalidade na América Latina. Para esse autor, há distinções a serem observadas entre as causas das quedas da mortalidade geral e da mortalidade infantil. Para ele, os aspectos socioeconômicos e relacionados ao bem-estar são considerados de maior relevância na queda da mortalidade infantil. Se admitindo defasagens tecnológicas, dificuldade e obstáculos à difusão e adoção em larga escala, as inovações médicas e seu impacto não poderiam ter sido percebidos antes de 1950.

Nas duas décadas posteriores, da mesma forma, a redução da mortalidade infantil esteve muito mais ligada aos avanços econômicos do que médicos. Fatores como fontes de alimentos e água limpos, saneamento básico, condições de moradia, melhor conhecimento sobre transmissão de doenças são elementos mais sensíveis às condições de bem-estar socioeconômico do que medidas de saúde pública (PALLONI, 1989).

De outro modo, mudanças ao longo do tempo relacionados a mortalidade geral indicam que provavelmente que as forças que explicam sua queda não podem ser associadas unicamente a tecnologia médica de baixo custo, mas a intervenções governamentais de saúde pública (PALLONI, 1989).

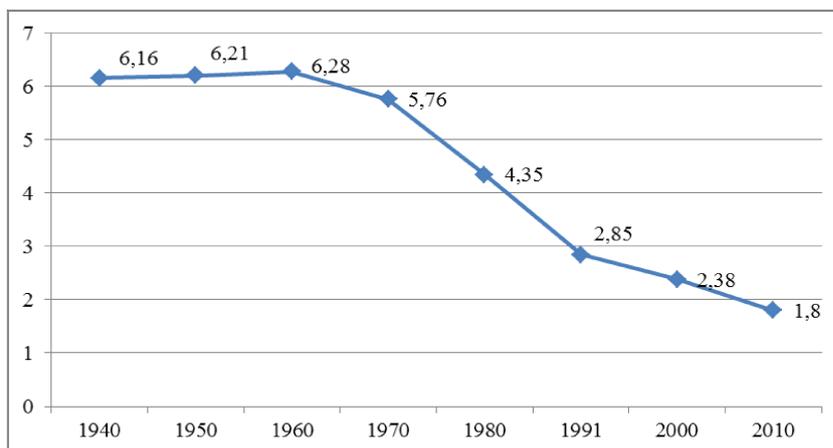
Quanto à queda da fecundidade, Patarra e Oliveira (1988) entre outros, creditam a alteração nas taxas à urbanização, aos meios de comunicação, à introdução de modernos instrumentos de regulação, principalmente, a pílula anticoncepcional e a própria internacionalização da vida social com novos padrões de comportamento e estilos de vida.

Nessa perspectiva, as teorias culturais e de difusão parecem oferecer as melhores explicações. Faria e Potter (2002), La Ferrara, Chong e Duryea (2012), Merrick e Berquó (1983) e Rios-Neto (2001) argumentam que políticas públicas implantadas, no decorrer dos anos 1960, como políticas de telecomunicação, crédito ao consumo, medicalização e cobertura na segurança social foram relevantes na queda da fecundidade. Além disso, houve mudanças na estrutura econômica e na expansão das telecomunicações, em especial, tendo as telenovelas como propagadoras por novos valores e ideais, como a emancipação feminina na esfera do trabalho, valorização do individualismo e a constante exposição de famílias menores pode ter criado a preferência por famílias menores.

A terceira fase da transição demográfica principia nos anos 1970, quando há acentuada queda na mortalidade e uma vertiginosa queda na fecundidade, que passou dos 5,8 filhos por mulher, no início do terceiro período para 1,8 em 2010 (IBGE, *Séries históricas e*

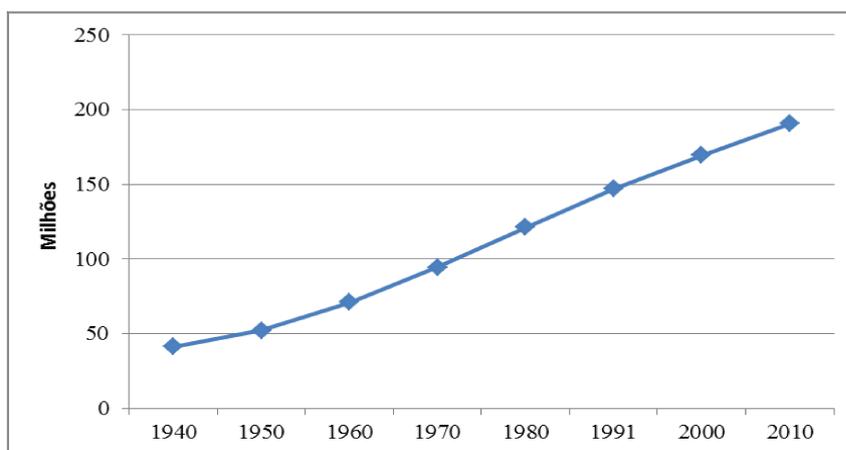
*estatísticas*), tendo como efeito uma rápida queda no crescimento populacional (ver Gráficos 3 e 4).

**Figura 3 - Taxa de fecundidade total, Brasil, 1940-2010.**



Fonte: IBGE, Séries históricas e estatísticas, 2017.

**Figura 4 - População residente, Brasil, 1940-2010.**



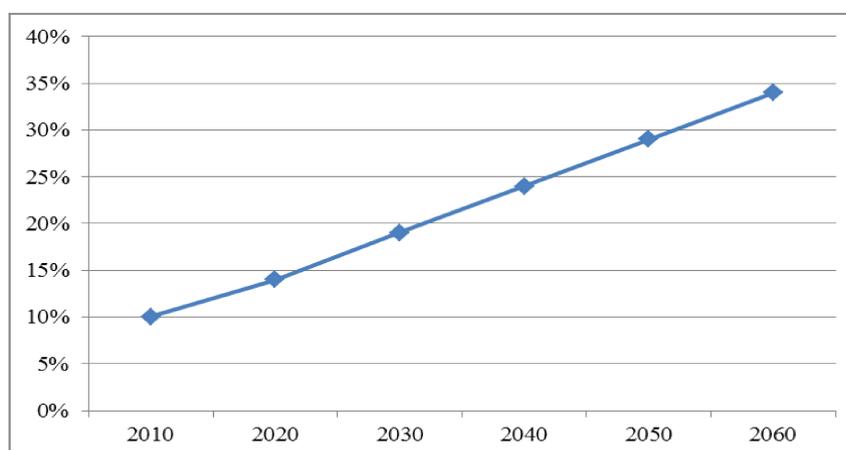
Fonte: IBGE/Sistema de recuperação automático, 2017

De uma maneira geral, as quedas da mortalidade e da fecundidade alteraram expressivamente a estrutura etária brasileira, estreitando a base e alargando seu topo, o que revela o envelhecimento populacional (CAMARANO et al., 2004).

A quarta e última fase da transição demográfica brasileira, iniciada na primeira década do século XXI, se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional que diminuiu de 3,0% a.a. nos anos 1950 para 1,2% a.a. entre os anos de 2000 e 2010, refletindo a queda da

fecundidade e o contínuo processo de envelhecimento. Houve, ainda, nesse período, a intensificação do envelhecimento devido a entrada nas idades acima de 60 anos, pessoas nascidas no pós-guerra que são resultantes de coortes de elevada fecundidade e foram beneficiárias das quedas da mortalidade nas diversas fases da vida. Atualmente, a redução mais expressiva da mortalidade ocorre com a população com mais de 50 anos. Assim, já está determinada na dinâmica demográfica a continuidade de processo de envelhecimento para as próximas décadas. No Censo de 2010 (IBGE, 2013b), 10,6% da população eram considerados idosos. Já em 2060, serão 33% da população, segundo projeções populacionais do IBGE (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014) (Figura 5).

**Figura 5 - Projeção populacional da população idosa, Brasil, 2010-2060.**



Fonte: IBGE/Sistema de recuperação automático, 2017.

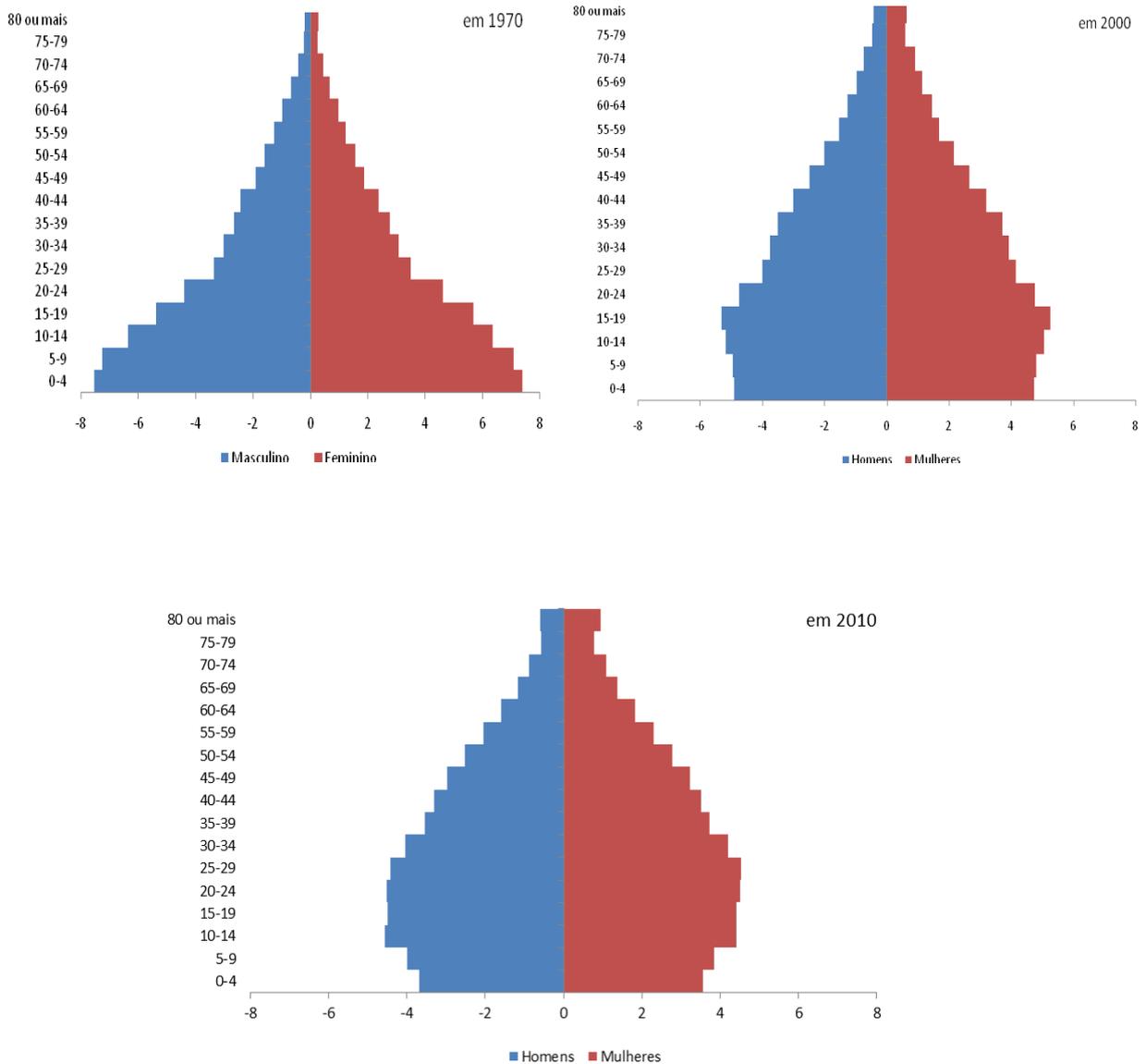
Em suma, ainda que se considerem esses quatro períodos descritos como síntese da transição demográfica brasileira, autores como Carvalho e Brito (2005), Patarra e Oliveira (1988) e Silva e Monte-Mór (2010) advertem que, dadas as diferentes condições de inserção de estratos da população e das regiões nas condições de produção e reprodução capitalista, estas convivem em diferentes estágios da transição demográfica, acarretando sobreposição de tempos e processos na mesma população.

As pirâmides etárias possibilitam uma fotografia mais detalhada das alterações na estrutura etária da população brasileira nos últimos 40 anos (Gráficos 6). A pirâmide de 1970, por exemplo, apresenta sua base bastante alargada e ápice estreito, indicando alta fecundidade e uma população jovem que são características da segunda fase da transição demográfica. Trinta anos depois, a segunda pirâmide (2000) exhibe sua base mais estreita e ápice mais

alargado, revelando queda da fecundidade e uma população mais envelhecida, o que marca a terceira fase da transição (Figura 6).

Já em 2010, a pirâmide reflete a contínua queda da fecundidade e o envelhecimento populacional, expressando o início da quarta fase da transição demográfica (Figura 6).

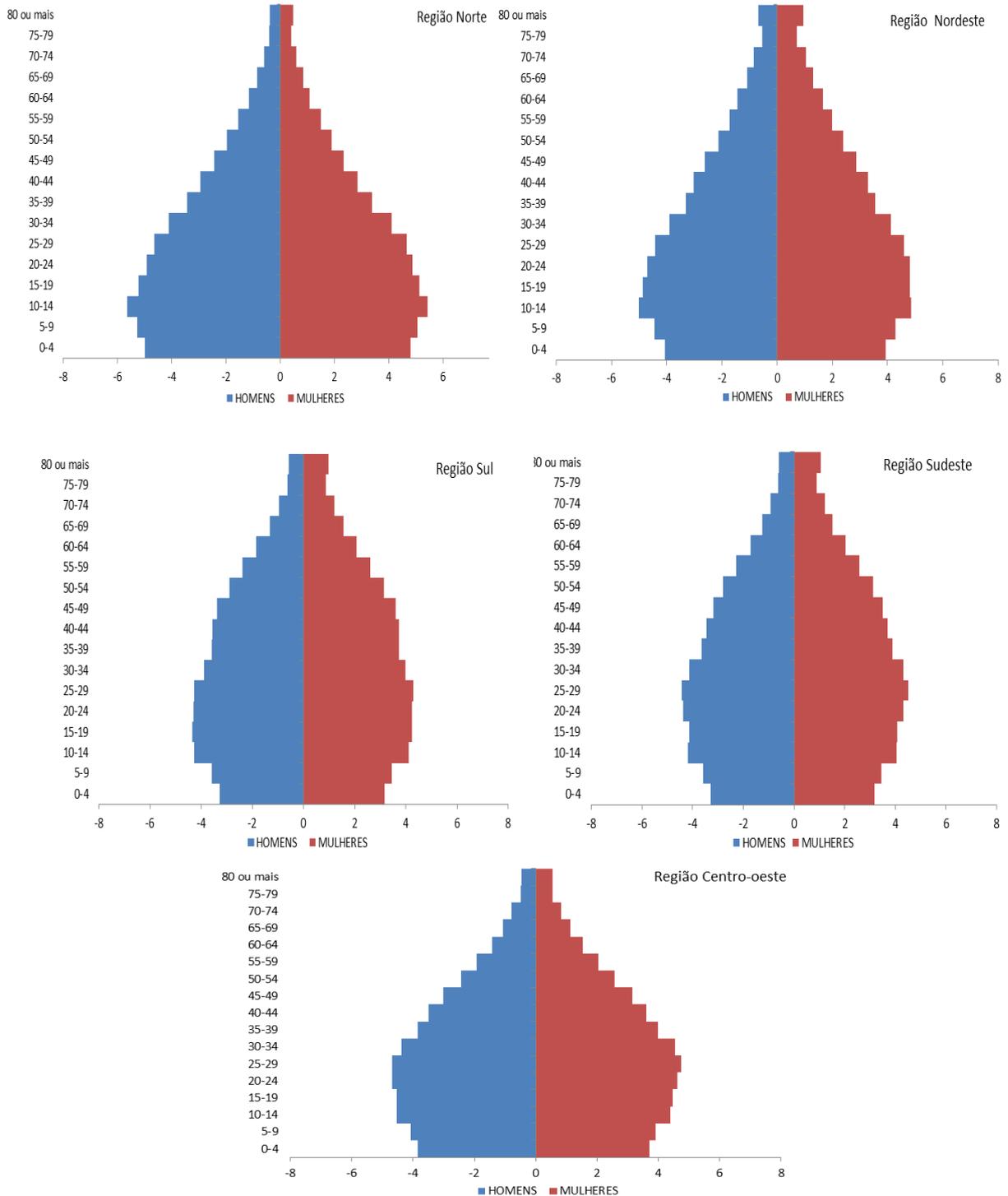
**Figura 6 - Pirâmides etárias, Brasil, 1970-2010.**



**Fonte:** IBGE/Projeções Populacionais, 2017.

Quanto às pirâmides das grandes regiões, distintas formas caracterizam as pirâmides, evidenciando das disparidades econômicas e sociais apontados por Brito (2008), Silva e Monte-Mór (2010).

**Figura 7 - Pirâmides etárias por grandes regiões, 2010.**



Fonte: IBGE/Projeções Populacionais.

Todas as cinco regiões apresentam queda na fecundidade, no entanto, as pirâmides das regiões Norte e Nordeste revelam o início da queda da fecundidade mais tardiamente quando comparadas com as demais regiões. Em decorrência a região Norte é que apresenta os maiores níveis de fecundidade, seguidos das regiões Nordeste e Centro-Oeste (Figura 7, na página anterior).

Por outro lado, como resultado da grande quantidade de nascimentos das décadas passadas, queda da mortalidade e simultaneamente queda da fecundidade, nota-se o alargamento do ápice das pirâmides etárias em todas as regiões. Contudo, esse processo ocorre em maior grau nas regiões Sul e Sudeste onde o processo de envelhecimento se encontra mais avançado (Figura 7, na página anterior).

### **1. 3 Transição epidemiológica no Brasil**

A transição epidemiológica é outra importante teoria de análise que relaciona os eventos de mortalidade com a dinâmica populacional. Segundo definição de Omran (1971), a transição epidemiológica se refere às modificações dos padrões de mortalidade e morbidade que caracteriza uma população específica e que acontecem concomitantemente com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (CHAIMOWICZ, 1997).

Omran (1971) formulou três proposições da transição epidemiológica. A primeira indica a mortalidade como fator importante na dinâmica populacional; a segunda aponta que durante a transição epidemiológica, ocorrem mudanças de longa duração nos padrões de mortalidade, nos quais as pandemias são gradualmente substituídas por doenças degenerativas e outras provocadas pelo próprio homem. Já a terceira proposição revela que o deslocamento das principais morbidade e mortalidades dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos. Nesse contexto, ocorrem três sucessivos estágios da transição epidemiológica. O primeiro é chamado de “idade da pestilência e da fome”, quando a mortalidade é alta e instável; o segundo, de “idade da regressão das pandemias”, quando a mortalidade diminui progressivamente; e o terceiro, de “idade das doenças degenerativas e doenças causadas pelo homem”, quando a mortalidade continua a diminuir e se aproxima de um nível relativamente baixa (LEBRÃO, 2007; BORGES, 2017).

Esses três estágios podem variar no ritmo e no padrão, levando a distintos modelos de transição epidemiológica, dos quais Borges (2017) destaca três. O primeiro é caracterizado por uma transição linear e progressiva é chamada de “clássica” ou “ocidental”, tendo como

seus expoentes os países desenvolvidos. O segundo modelo é denominado “contemporâneo” ou “atrasado” e retrata transições ainda a serem completadas – são exemplos os países em desenvolvimento. O terceiro modelo é o “acelerado”, quando a mortalidade diminui rapidamente, caso do Japão (BORGES, 2017). Contudo, há autores que encontram imprecisões e lacunas em pontos importantes da transição epidemiológica. Olshansky e Ault (1986, *apud* LEBRÃO, 2007), por exemplo, definiram o que seria o quarto estágio da transição epidemiológica, em decorrência do declínio das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e pelo fato de que estas se concentram, principalmente, nas idades mais avançadas, levando ao que seria o ponto máximo de convergência da expectativa de vida (LEBRÃO, 2007, p. 139).

Outro autor importante que discorre sobre a transição epidemiológica é Horiuchi (1999), que reclassifica os estágios propostos por Omran (1971) e Olshansky e Ault (1986) e propõe mais etapas da transição. Segundo esse autor, são cinco as etapas das transições epidemiológicas que estariam assim distribuídas: a) de mortes externas para doenças infecciosas; b) de doenças infecciosas para doenças degenerativas; c) declínio de doenças cardiovasculares; d) queda de mortes por câncer. Em suma, os modelos explicativos da transição epidemiológica propostos por Omran (1971), Olshansky e Ault (1986) e Horiuchi (1999) buscam encontrar uma estrutura macroteórica capaz de ordenar ampla variedade de observações nas mudanças dos padrões de mortalidade e morbidade entre nações. São fundamentos com enfoque neoevolucionistas da modernização, conceito baseado na suposição que as sociedades tradicionais se transformarão em sociedades adiantadas ou modernas, por meio de uma sequência determinada de etapas específicas, existindo assim uma ideia de desenvolvimento com padrão linear e unidirecional, fundada nos exemplos da Europa ocidental e dos Estados Unidos (BARRETO, 2007).

Frenk, Lozano e Bobadilla (1994), no entanto, questionam esse tipo de enfoque e afirmam que os países latino-americanos são qualitativamente diferentes das nações desenvolvidas e, portanto, reproduzem formas sócio estruturais diferentes.

Chaimowicz (1997), por exemplo, classifica os países em três diferentes grupos: aqueles que se encontram em uma etapa avançada na transição, semelhante a países desenvolvidos, como Cuba, Costa Rica e Chile; países que se encontram em uma fase inicial da transição, como Haiti, Bolívia e Peru; países como Brasil e México, que atingiram uma etapa avançada, mas que apresentam um modelo diferente de transição. Para este último onde o Brasil se encontra, sugere a denominação de “modelo polarizado prolongado”, que se caracteriza por:

- a) Superposição de etapas (as doenças infecciosas, assim com as não infecciosas, são causadoras importantes da morbidade, tanto em termos absolutos como relativos);
- b) Contratransição (as doenças erradicadas ressurgem);
- c) Transição prolongada (mantém-se por um longo tempo a incidência das doenças infecciosas e de doenças crônicas, sem que as doenças crônicas cheguem a predominar);
- d) Polarização epidemiológica (as três características descritas acima afetam desigualmente grupos sociais, sendo a heterogeneidade entre grupos um fator marcante, tanto entre nações como no interior destas) (CHAIMOWICZ, 1997).

Para Chaimowicz (1997), a transição epidemiológica é um fenômeno evidente no País. Se no Brasil em 1940, metade dos óbitos era consequência de doenças transmissíveis, pouco mais de 50 anos depois, mais precisamente em 1994, a participação dos óbitos por causa de doenças do aparelho circulatório chegou a 33%, de neoplasia a 13% e doenças transmissíveis apenas a 5,7%.

No entanto, conforme modelo proposto por Frenk, Lozano e Bobadilla (1994), as diferenças regionais são substanciais. Enquanto as doenças infecciosas e parasitárias, nas regiões Sul e Sudeste, representavam a quinta causa de morte em 1981, no Nordeste representavam a segunda naquele ano e a terceira em 1994. Outra peculiaridade do modelo de transição epidemiológica brasileiro é a introdução de doenças como a Zika, a reintrodução da dengue e da cólera, e a intensificação da malária e da lepra, que indicam uma natureza não unidirecional do processo (BORGES, 2017), modelo que Frenk, Lozano e Bobadilla (1994) denominam como contratransição.

Na tentativa de melhor entendimento da questão da mortalidade e morbidade outra teoria mais ampla foi proposta por Lerner (1973). Esta foi denominada transição da saúde pode ser dividida em duas partes: na primeira está a transição epidemiológica propriamente dita; já a segunda relaciona-se as alterações nas características das respostas social as condições de saúde (FRENK; LOZANO; BOBADILLA, 1994).

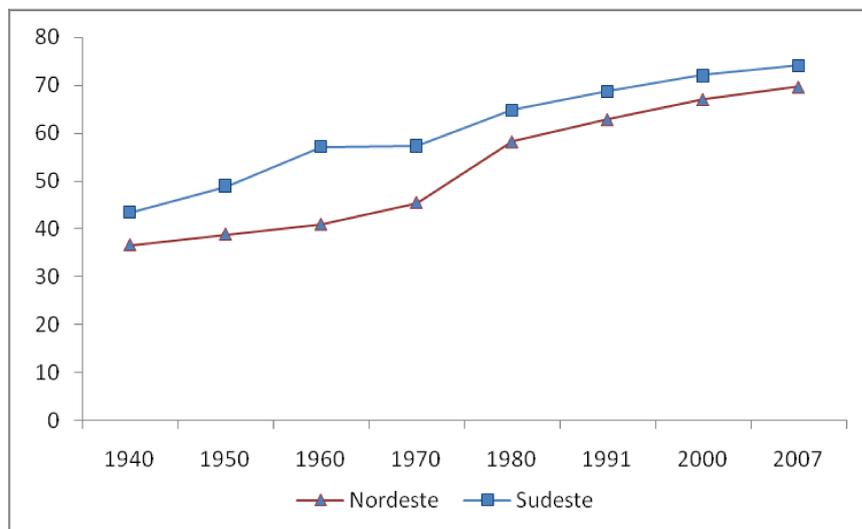
Segundo Borges (2017), a vantagem da abordagem da transição da saúde está na sua aplicabilidade em diferentes contextos, em contraposição a teoria da transição epidemiológica que não leva em conta processos não lineares e a sobreposição de diferentes padrões dentro e entre países. A transição da saúde, por sua vez, encaixa os diferentes processos divergentes ou convergentes, em que o sucesso depende das habilidades das sociedades em responder as condições de saúde (BORGES, 2017).

Borges (2017), por exemplo, demonstrou que nas regiões brasileiras, apesar da tendência de convergência em longo prazo nas expectativas de vida, também apresentou

períodos de divergência, retratando as desigualdades sociais no País. Entre 1940 e 1960, houve aumento na distância das expectativas de vida no Sudeste e Nordeste, que segundo o autor foi consequência do modelo de política de saúde que seguiu modelo de estratificação social do País, privilegiando regiões mais desenvolvidas economicamente. Por outro lado, a partir de 1970, com a rápida queda na mortalidade infantil, embalada pela ação governamental, generalização dos serviços médicos, imunização e saneamento, há diminuição das diferenças regionais e, portanto, nova convergência (Gráfico 8).

Em síntese, Chaimowicz (1997) compara as causas da mortalidade em dois períodos, 1940 e 1994 e considera que a ocorrência da transição epidemiológica clara e evidente. Frenk, Lozano e Bobadilla (1994) como Borges (2017), que mesmo utilizando de abordagens diferentes, o primeiro a teoria epidemiológica e o segundo da transição da saúde chegam a conclusões semelhantes quanto às diferenças e desigualdades regionais.

**Figura 8 - Expectativa de vida ao nascer. Regiões Sudeste e Nordeste, 1940/2010.**



Fonte: IBGE/Série históricas, 2017.

Chaimowicz (1997) e Lebrão (2007) ainda lembram a estreita relação entre a transição demográfica e epidemiológica. Segundo Chaimowicz (1997), comumente a queda inicial da mortalidade se concentra nas doenças infecciosas e tende a favorecer os grupos etários mais jovens. São esses jovens “sobreviventes” que anos mais tarde passarão a conviver com risco de contrair doenças crônico-degenerativas, aumentando assim o número de idosos e a expectativa de vida.

Por outro lado, a queda na fecundidade afeta a estrutura etária da população e consequentemente no perfil de morbidade, já que a maior proporção de pessoas em idades avançadas amplia a relevância das doenças crônicas e degenerativas (LEBRÃO, 2007).

Com relação ao grupo etário dos mais velhos, Chaimowicz (1997) destaca ainda que uma das características mais marcantes da população que envelhece no Brasil é a pobreza. Aposentadorias, pensões e benefícios assistenciais são as principais fontes de renda: se, por um lado, há aumento nas concessões de benefícios e aposentadorias, por outro, seu baixo valor, aliado aos aumentos das despesas médicas têm como consequência que um terço dos brasileiros com idade acima dos 60 anos ainda trabalhe.

Já Borges (2017) aponta que ainda persistem as diferenças nas esperanças de vida, tanto entre homens como entre mulheres, entre as regiões Sul e Sudeste de um lado, e Norte e Nordeste de outro. Sua atenuação dependerá da habilidade de cada região em incorporar novas tecnologias e melhorar a prevenção.

Com condições de trabalho adversas, moradias precárias e alimentação deficiente, a situação se agrava. Kalache, Veras e Ramos (1987) alertam que, nessas condições de vida, os idosos brasileiros têm maior chance de perda da autonomia e, por conseguinte, de perda de qualidade de vida, antes dos 60 anos de idade. É nesse contexto de desigualdades sociais e econômicas que acontecem a transição demográfica e epidemiológica.

Desse modo, ainda é importante destacar a queda na mortalidade em idades avançadas, o que resulta no aumento da longevidade e na proporção de idosos configurando um novo paradigma de envelhecimentos, o que torna ainda mais preocupante as questões relativas ao envelhecimento, em especial as questões de saúde (KANNISTO et al., 1994).

No Brasil, a população idosa com 80 anos ou mais passou de 451.250 em 1970 para 2.917.391 em 2010, ou de uma proporção de 0,48% para 1,5% (IBGE, 2016). Esse aumento pode representar grandes problemas para a sociedade brasileira se os anos adicionais vividos não forem em condições adequadas de saúde (CHAIMOWICZ, 1997).

Além disso, uma das questões decorrentes é a feminização da velhice que nem sempre é vista como vantagem. A maior expectativa de vida feminina faz com que muitas mulheres passem pela experiência da debilidade biológica em decorrência de doenças crônicas. Outra questão suscitada é a maior proporção de idosas em idades avançadas morando sozinhas, fato devido, de um lado, a maior longevidade das mulheres e, por outro, as normas sociais e culturais que leva os homens a se casarem com mulheres mais jovens (CAMARANO, PASINATO, 2002).

Assim, questões decorrentes à saúde que serão tratadas no próximo item são cada de importantes.

#### **1. 4. Saúde, determinantes e promoção de saúde**

O objetivo desta seção é apresentar o conceito de saúde construído, em 1948, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e as principais conferências e relatórios que contribuíram na especificação dos determinantes de saúde e sua operacionalização, bem como o conceito de promoção à saúde. Nessa perspectiva, mencionam-se também o Relatório Lalonde, de 1974, a Conferência Internacional de Atenção Primária, de 1978, a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no Brasil, em 1986, e a Conferência de Ottawa, também de 1986 (BRASIL, 2002).

Embora seja uma discussão muito antiga, a construção de um conceito de saúde por um órgão internacional que balizasse os demais países só aconteceu em 1948, quando a OMS a definiu como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, [que] não consiste apenas na ausência de doenças ou de enfermidades” (SCLIAR, 2007, p. 37), reconhecendo o direito de todos à saúde e a obrigação do Estado na sua promoção e proteção.

Em 1974, partindo do conceito da OMS e na busca de uma abordagem positiva que superasse a visão centrada na enfermidade, Marc Lalonde, então ministro da Saúde e do Bem-Estar do Canadá, formulou uma concepção de acordo com a qual outros fatores intervêm na saúde e, portanto, a saúde pública também deveria ser considerada na definição de saúde. Ainda segundo essa concepção, a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde deveriam fazer parte das preocupações da política de saúde (BRASIL, 2002).

A Conferência Internacional de Atenção Primária de 1978, realizada em Alma-Ata, na Rússia, ratificou os princípios da declaração de Lalonde, enfatizando a saúde como direito humano fundamental e a mais importante meta mundial. Nesse sentido, não só se reafirmou a necessidade de intervenção em outros campos para além da saúde, como os setores sociais e econômicos, como também se anunciou que são os cuidados primários que permitirão aos povos atingirem um estado de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Essa perspectiva entende que os cuidados primários estão baseados em métodos e tecnologia prática, socialmente aceitáveis e acessíveis a todos os indivíduos, famílias e comunidades, com sua plena participação e com custo compatível ao seu grau de desenvolvimento. Assim, os serviços primários são apresentados como porta de

entrada, sendo também uma proposta política, uma vez que se propõe uma tecnologia simplificada (SCLIAR, 2007). Em resumo, a conferência de Alma-Ata aponta a saúde como elemento central do desenvolvimento humano e ressalta, mas sem usar esta terminologia, os determinantes da saúde como fatores essenciais para garantir a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social (BRASIL, 2002).

Em 1986, dois importantes eventos tornaram-se relevantes para o Brasil. O primeiro foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986), que tratou entre outros temas do chamado “conceito ampliado”. Influenciado pelo resultado da Conferência de Alma-Ata, e importante vitória dos movimentos sociais por se contrapor à concepção biomédica e à abordagem mecanicista do corpo, o “conceito ampliado” traz para o Brasil a importância da dimensão social e política na produção da saúde coletiva (BATISTELLA, 2007a).

Vale destacar o sentido mais abrangente do conceito de saúde.

Saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4).

Assentado nesse conceito amplo, a VIII Conferência Nacional de Saúde considerou que, para a consecução do exercício do direito à saúde, é necessária a garantia de uma série de fundamentos, que já estavam indicados na conferência de Alma-Ata. Segundo o relatório final apresentado pela VIII Conferência, para a conquista do pleno exercício de saúde é necessária a garantia de condições de trabalho e de moradia dignas, de alimentação para todos, de educação, de qualidade do meio ambiente, de transporte seguro, de repouso, de lazer e segurança, de participação popular, de liberdade e acesso universal e igualitário aos serviços (BATISTELLA, 2007a).

O segundo evento importante realizado, em 1986, e que requer destaque foi a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá. Foi uma resposta às expectativas geradas por uma nova política de saúde pública. Com base nos progressos alcançados na declaração de Alma-Ata, essa conferência internacional buscou instrumentalização para a operacionalização, tendo como conceito fundamental a promoção da saúde assim definida.

A promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-

estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidade se modificar favoravelmente o meio ambiente (BRASIL, 2002, p. 9).

De forma muito semelhante ao anunciado na VIII Conferencia Nacional de Saúde, essa definição também relaciona os recursos fundamentais para a saúde, como habitação, educação, alimentação e renda, além de destacar que a promoção à saúde vai além dos próprios cuidados com a saúde, exigindo, portanto, uma ação coordenada entre a saúde e os setores sociais e econômicos.

Ainda no âmbito da promoção de saúde, a conferência de Ottawa estabeleceu como prioridade a formação de políticas públicas saudáveis que incluíssem legislação própria e mudanças organizacionais, que buscassem coordenadamente a equidade em saúde, de renda e nas demais políticas sociais (BRASIL, 2002).

Por fim, partindo dos pressupostos já mencionados na VIII Conferência e na Conferência de Ottawa — de que para haver redução nas iniquidades em saúde, entendida como desigualdades em saúde evitáveis, injustas e desnecessárias, é imprescindível ir além do campo da saúde —, Dahlgren e Whitehead (2006, *apud* CNDSS, 2008) constroem um modelo que permite visualizar as relações hierárquicas entre os diversos determinantes de saúde. Segundo tal modelo, os determinantes sociais de saúde estão associados às condições de vida e trabalho, e estas, a determinantes sociais e individuais (ver Figura 9, a seguir).

**Figura 9 - Modelo de Whitehead e Dahlgren.**



Fonte: CNDSS (2008, p. 14).

Assim, portanto, a partir da definição e de construção dos determinantes sociais em saúde, e seguindo os mesmos pressupostos, foram construídos os determinantes sociais do envelhecimento discutidos a seguir.

### **1.5 A saúde do idoso e a expectativa de vida saudável do idoso no Brasil**

O objetivo dessa seção é abordar as principais questões relacionadas à saúde da população idosa no Brasil e fornecer fundamentação teórica da expectativa de vida saudável do idoso. A discussão deste aspecto está dividida em duas partes: uma relativa às questões da saúde no envelhecimento e ao conceito de “envelhecimento ativo” utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde; outra, referente ao conceito de “expectativa de vida saudável” (SANDERS, 1964), bem como às denominações, aos indicadores e aos métodos mais utilizados para respectivamente aferir, medir e estimar a saúde.

#### **1.5.1 A questão da saúde no envelhecimento e o conceito de envelhecimento ativo no Brasil**

Com o rápido aumento do envelhecimento e da maior longevidade da população brasileira, uma das preocupações decorrentes desse processo é acréscimo das doenças crônico-degenerativas e da incapacidade funcional, questão central na discussão sobre a qualidade nos anos adicionais vividos pelos idosos brasileiros.

Segundo Alves, Leite e Machado (2010, p. 2),

a incapacidade funcional pode ser definida pela dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas necessárias para uma vida independente na comunidade, como, por exemplo, tarefas relacionadas à mobilidade.

Fatores demográficos, socioeconômicos e condições de saúde têm sido apontados como responsáveis pelo incremento da incapacidade funcional (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010). Diante desse contexto, faz-se necessário o acompanhamento mais preciso da saúde e da qualidade de vida dos idosos brasileiros.

O conceito de “envelhecimento ativo” produzido pela OMS visa obter subsídios para “[...] aumentar a expectativa de vida saudável, e a qualidade de vida de todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados” (OMS, 2005, p. 13). Este conceito, concebido em 2002 na Espanha, baseia-se no “[...] 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 velhas” (OMS, 2005, p. 13).

Para a OMS (2005), o envelhecimento ativo depende de uma série de determinantes que envolvem os indivíduos, as famílias e os países que operam no decurso do envelhecimento, entendidos como determinantes econômicos, sociais, comportamentais e pessoais, oriundos do ambiente físico e dos serviços sociais e de saúde, com ainda mais dois determinantes transversais, a cultura e o gênero (ver Figura 10).

**Figura 10. Os determinantes do envelhecimento ativo.**



Fonte: OMS (2005).

Como esta dissertação tem como foco central a relação entre saúde e renda, somente o determinante econômico será aqui destacado. Três são os pontos do universo econômico que têm efeito particularmente relevante sobre o envelhecimento ativo: a renda, a proteção social e o trabalho (OMS, 2005).

A renda ganha destaque, uma vez que diversos trabalhos têm apontado que a renda insuficiente dificulta o acesso a alimentos nutritivos, moradia adequada e cuidados com a saúde (OMS, 2005). Segundo Case (2004), por exemplo, os pobres têm maior possibilidade

de apresentar doenças e deficiências. Guralnick e Kaplan (*apud* OMS, 2005), por sua vez, mostraram que idosos de baixa renda mostram um índice de 30% superior de sofrer de problemas funcionais, quando comparados a grupos de renda mais alta. Neri e Soares (2007) verificaram ganhos nas condições de saúde da população beneficiária de programas de transferência de renda com idade avançada e baixos rendimentos, existindo, portanto, uma associação positiva entre transferência de renda e melhora na saúde.

Crimmins e Cambois (2003), apontam que a duração média das vidas e das vidas com saúde está relacionada aos níveis socioeconômicos. Segundo as autoras, os resultados de seus estudos indicam uma relação positiva entre anos saudáveis e melhor status socioeconômico.

Pongiglione, De Stavola e Ploubidis (2015), em revisão bibliográfica de estudos que analisam a desigualdade na expectativa de saúde utilizando como indicador a renda, classe social ou área de privação, indicaram que indivíduos pertencentes ao estrato inferior de renda têm mais anos de vida com pior saúde. Mais adiante, Sousa e Silver (2008), em estudo sobre o perfil sociodemográfico e estado de saúde autorreferido entre idosos de baixa renda, identificou associação estatisticamente significativa entre a autopercepção do estado de saúde ruime a menor renda familiar mensal. O estudo mostrou que quando maior a renda, melhor a percepção das idosas quanto ao seu estado de saúde.

Lima-Costa et al. (2003) em estudo sobre a desigualdade social entre idosos brasileiros baseado na Pnad em 2003, apontam que idosos mais pobres tem pior qualidade de vida relacionada a saúde. Segundo os autores, idosos mais pobres quando comparados a idosos com maior renda, consultaram médicos com menos periodicidade e visitaram o dentista a mais tempo. Conclui que mesmo pequenas diferenças na renda mensal domiciliar per capita são suficientes para identificar idosos com piores condições de saúde, menor mobilidade física e menor usa de serviços de saúde.

Santos, Jacinto e Tejada (2012) em estudo sobre a associação entre a renda e saúde reforçam o argumento de Lima-Costa et al. (2003), segundo o qual pessoas com maior renda tem mais possibilidade de adquirir bens de serviços médicos como, por exemplo, consultas médicas, medicamentos, planos de saúde e exames preventivos, o que afeta a saúde positivamente. Por outro lado, segundo o autor, é provável que pessoas com pior renda morem em lugares com condições precárias de saneamento básico e, portanto, mais vulneráveis a doenças.

Ampliando a discussão, Celeste e Nadanovsky (2010) associam não só a renda com a saúde como outros construtos captados pela renda. Advogam ao efeito da desigualdade da

renda a piora da saúde, decorrente do stress crônico causado por comparações sociais, como também, em virtude do subinvestimento público em áreas mais pobres.

Alves, Leite e Machado (2010), mostram que idosos residentes em estados mais desiguais têm maior possibilidade de apresentarem prejuízos funcionais. Acreditam que a desigualdade afeta a incapacidade funcional, a distribuição desigual de recursos entre localidades, e em consequência acesso desigual a bens e serviços de saúde, educação e saneamento básico.

Szwarcwald et al. (1999), em análise geoepidemiológica apontam para o vínculo entre piores condições de saúde e a concentração de pobreza. Os autores utilizam indicadores que consideram a distribuição da riqueza, ou seja, trabalham com a renda relativa mostrando como a pobreza relativa exclui pessoas, social e materialmente das oportunidades surgidas na sociedade.

Para Szwarcwald et al. (1999), o estudo realizado no município do Rio de Janeiro, comprovou a associação entre a pior situação de saúde e a desigualdade de renda. Os fatores explicativos seriam a falta de investimentos em política sociais resultando em baixo nível de educação pública, assistência médica insuficiente, habitação inadequada provocando o acesso desigual a serviços públicos necessários ao bem-estar social. Sustentam ainda que a desigualdade na renda tem efeito sobre a qualidade de vida, resultado da maior frustração, stress o que fomentaria maiores rupturas sociais e familiares implicando no aumento das taxas de criminalidade, abuso de álcool, drogas e na disseminação de HIV e outras doenças transmissíveis sexualmente.

O segundo ponto do universo econômico, a proteção social, é importante porque, no Brasil, a seguridade social é o que garante a aposentadoria dos idosos, a saúde pública gratuita e universal e a assistência social não contributiva para aqueles que desta necessitam. Por fim, o trabalho tem importância pela renda provida e pelo conhecimento de que, se fossem proporcionadas a todos, condições dignas de trabalho, como remuneração adequada, bons e seguros ambientes de trabalho, muitos iriam chegar à velhice em condições de manter sua atividade produtiva, se o assim o desejassem (OMS, 2005).

### **1.5.2 Expectativa de saúde e expectativa de vida saudável**

Com o avanço do envelhecimento no Brasil, cresceu também a preocupação com a qualidade de vida nos anos adicionais, pois, com a incidência de doenças crônicas, a maior

sobrevida não implica necessariamente melhora da saúde e do bem-estar para a população. Pongiglione, De Stavola e Ploubidis (2015), por exemplo, consideraram que, com a substituição das doenças infecciosas por doenças crônicas, a mortalidade deixou de ser tão ligada à saúde como antes e a expectativa de vida já não é um bom indicador de saúde.

Com a finalidade de obter um quadro mais preciso da saúde da população, era necessário compreender se o aumento da esperança de vida tem sido acompanhado por um aumento dos anos de vida com boa saúde, ou se houve aumento dos anos de vida com deficiência (MARTIN; ESNAOLA, 2014). Isso conduziu à criação de um novo conceito cunhado por Barkev S. Sanders, em 1964, quando usou primeira vez o conceito de “expectativa de saúde”.

Segundo Jagger, Cox e Le Roy (2006), se a expectativa de vida é composta do cumprimento do tempo de vida até a morte, a expectativa de saúde divide o tempo restante em diferentes estados de saúde, combinando mortalidade e morbidade. Ou melhor, a expectativa de saúde é o número de anos restantes, em uma idade especial, do qual o indivíduo pode esperar viver com saúde. Reflete a saúde atual de uma população, ajustados para os níveis de mortalidade independente da estrutura etária.

Para Belon, Lima e Barros (2014), a expectativa de saúde é uma “medida resumo” de saúde da população, que informa a extensão da vida e o número de anos que uma pessoa pode esperar viver com boa saúde, a partir de determinada idade, normalmente do nascimento ou a partir dos 60 anos de idade. Por combinar mortalidade e prevalência de estados “com saúde” e “sem saúde”, a expectativa de vida total é dividida em expectativa de vida com boa saúde e expectativa com má saúde. A primeira consiste no número de anos gastos com boa saúde e a segunda, portanto, no número de anos gastos com más condições de saúde. Como resultado, é uma medida mais intuitiva, por informar tanto a quantidade de anos vividos, como o número de anos gastos com boa saúde e o número de anos gastos com más condições de saúde.

A expectativa de saúde possibilita ainda duas diferentes e importantes interpretações. A primeira é o número de anos vividos com boa saúde e a segunda, a proporção dos anos vividos na mesma condição. Segundo o autor, a alteração na relação entre estas duas medidas ao longo do tempo é uma medida de compressão ou expansão de morbidade na população.

Ou seja, a expectativa de vida com e sem saúde pode ser discutida à luz de duas teorias: a expansão e a compressão da morbidade. A primeira, proposta por Gruenberg (1977), considera que o êxito das tecnologias médicas para controle das doenças crônicas e degenerativas aumenta o tempo vivido, sem protelar seu aparecimento e, portanto, aumentando o tempo de vida em estados não saudáveis. A segunda teoria, proposta por Fries

(1980), afirma que as medidas preventivas adiam a idade média do aparecimento das doenças crônicas e degenerativas, alargando o tempo vivido em estados saudáveis.

Outro ponto importante, abordado por Stiefel, Perla e Zell (2010), é a possibilidade de decomposição da medida, fornecendo conhecimentos importantes sobre como melhorar a expectativa de vida total e o impacto na compressão ou na expansão da morbidade. Diferenciais por classe social, renda (CRIMMINS; CAMBOIS, 2003; MARTIN; ESNAOLA, 2014), educação, sexo (BELON; LIMA; BARROS, 2014) e raça, entre outros aspectos, podem prover referências significativas quanto à melhoria da expectativa de saúde.

Pongiglione, De Stavola e Ploubidis (2015) mostraram, por exemplo, que diferentes estudos apresentam um aparente paradoxo quanto ao sexo, observado pela primeira vez, em 1970, ao se constatar que mulheres vivem mais que homens, mas proporcionalmente vivem menos anos com boa saúde, ou seja, mulheres apresentam vantagens na mortalidade e desvantagens na morbidade. Segundo Belon, Lima e Barros (2014), as explicações mais comuns sobre esse paradoxo são fundamentadas nas diferenças biológicas e em fatores culturais que delineiam os papéis de gênero e, por conseguinte, os comportamentos de saúde e de uso de seus serviços.

Segundo Cai (2013, *apud* PONGIGLIONE; DE STAVOLA; PLOUBIDIS, 2015), entre as mulheres há prevalência de doenças não fatais, mas incapacitantes, enquanto entre os homens a prevalência é de doenças fatais e doenças crônicas estreitamente ligadas à mortalidade. Além disso, segundo Pongiglione, De Stavola e Ploubidis (2015), a expectativa de saúde permite comparar diferentes grupos populacionais e identificar e quantificar as desigualdades na saúde da população.

Por outro lado, umas das dificuldades para utilizar o conceito de expectativa de saúde é a dependência que este índice mantém quanto à interpretação do conceito de saúde e em decorrência da variabilidade de indicadores utilizados para medi-los. Isto tem ocasionado enorme variação nas formas de nomear e de medir expectativas de saúde que mudam de acordo com o indicador utilizado para capturar o conceito de saúde (PONGIGLIONE; DE STAVOLA; PLOUBIDIS, 2015).

Mediante revisão bibliográfica de artigos em três bases eletrônicas, em inglês, publicados antes de 2014 sobre o tema “expectativa de saúde”, Pongiglione, De Stavola e Ploubidis (2015) encontraram os seguintes termos mais utilizados para captar o conceito de saúde utilizado: expectativa de vida livre de incapacidades; expectativa de vida ativa; expectativa de vida saudável e anos de vida saudável. A Tabela 1, a seguir, expõe esses termos e os respectivos indicadores de saúde.

Neste estudo, optou-se por utilizar como indicador a autopercepção de saúde que se refere a expectativa de vida saudável.

**Tabela 1 - Tipos de expectativa de saúde e de indicadores.**

Indicador de Saúde	Tipo de Expectativa de Vida
Atividade de Vida Diária (AVD)	Expectativa de Vida Livre de Incapacidades
	Expectativa de Vida Ativa
	Expectativa de Vida Fisicamente Ativa
	Expectativa de Vida Sem Restrições
	Anos de Vida Sem Deficiência Funcional
	Expectativa de Vida Sem Problemas Funcionais
Atividade Instrumental de Vida Diária	Instrumentalidade da Expectativa de Vida Ativa
Atividade de Vida Diária+ Atividade Instrumental de Vida Diária	Expectativa de Vida Sem Deficiência
	Expectativa de Vida Ativa
	Expectativa de Vida Sem Incapacidades
Várias combinações de itens: Atividade de Vida Diária, Atividade Instrumental de Vida Diária, Indicadores de Mobilidade	Expectativa de Vida Ativa
	Expectativa de Vida Saudável
	Expectativa de Vida Sem Limitações de Mobilidade
	Expectativa de Vida com Independência Funcional
Autoavaliação de Saúde	Expectativa de Vida Saudável
	Anos de Vida Saudável
	Expectativa de Vida com Boa Saúde
	Expectativa de Vida de Trabalho Saudável
Índice Global de Limitação de Atividades	Expectativa de Vida Livre de Incapacidades
	Expectativa de Vida Saudável
	Expectativa de Vida Ativa
Condições Crônicas	Anos de Vida Sem Doenças
	Expectativa de Vida Livre de Doenças
	Expectativa de Vida Sem Morbidade Crônica

Fonte: Extraído de Pongiglione, De Stavola e Ploubidis (2015).

Segundo Saito, Robine, Crimmins (2014), a autopercepção de saúde fornece um indicador do estado geral de saúde dos indivíduos. Segundo as autoras, as pessoas tendem a avaliar a própria saúde de forma global, levando em consideração fatores sociais, físicos e emocionais relacionados à saúde.

Da mesma forma, Belon, Lima e Barros (2014) consideram que a autopercepção de saúde é uma medida que reflete várias dimensões da vida, como a existência de doenças, bem-estar e nível de satisfação com a vida.

Para Pedreira et al. (2016), a autopercepção é um indicador que proporciona a avaliação do indivíduo no âmbito biopsicossocial de forma ampla, revelando ser um bom preditor da mortalidade e declínio funcional. Julgam ainda que apesar de tratar-se de uma avaliação subjetiva, tem demonstrado bons resultados de confiabilidade semelhante às pesquisas que utilizam medidas de avaliação objetivas.

Por outro lado, Camargos, Rodrigues e Machado (2009) acreditam que interpretações diferentes de como o indivíduo sente sua experiência, cultura, escolaridade e contexto a qual esteja inserido, pode influenciar na avaliação da autopercepção de saúde.

Contudo, apesar da natureza subjetiva, a medida de saúde com autopercepção de saúde tem sido amplamente utilizada para estabelecer o estado de saúde, especialmente de idosos (CAMARGOS, RODRIGUES, MACHADO, 2009).

### **1.6 Seguridade social e o benefício de prestação continuada**

Este item resgata a história da formação da proteção social, desde seu nascedouro na Inglaterra, até sua implantação no Brasil, a qual foi tipificada por Pereira (2006, p.125) como “sistema de bem-estar periférico”, dadas suas fragilidades que serão aqui explicitadas. Para encerrar, será apresentada a fundação da seguridade social no Brasil e, a partir desta, a regulamentação do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

O conceito de proteção social mínima nasceu na Grã-Bretanha em 1795, na forma de abono salarial ou de rendimento mínimo. Instituído por lei pelo Parlamento do condado de Speenhamland, tal conceito modificou o paradigma do que era desenvolvido na Inglaterra desde 1536, e que era conhecido como a “Lei dos Pobres” (PEREIRA, 2006).

O ponto de inflexão se dá em “reconhecer o direito de todos os homens a um mínimo de subsistência”, independentemente de seus vencimentos, introduzindo uma inovação econômica e social com a concepção do “direito (natural) de viver” (PEREIRA, 2006, p. 104). Ademais, houve também a extensão da assistência social aos capacitados ao trabalho, porém mal pagos (PEREIRA, 2006). Essa nova concepção de proteção social ocorre em um contexto de embate entre dois importantes movimentos contraditórios: a economia de mercado, que modificou profundamente a estrutura da sociedade, do sistema de trocas e da família; e a reação por parte dos trabalhadores, que pretendiam proteger os interesses humanos dos efeitos nocivos desse novo modo de produção (PEREIRA, 2006).

Entretanto, foi somente no século XX, com o fortalecimento do movimento operário, a criação do Partido Trabalhista na Grã-Bretanha e a conquista da representação da classe trabalhadora no Parlamento, que houve ganhos políticos e sociais significativos. É nesse período que Lloyd George cria, em 1908, a lei de assistência aos idosos, sem contrapartidas ou constrangimentos, e, em 1911, um sistema de seguro-doença e seguro-desemprego que acompanharia o indivíduo do “berço ao túmulo”. Esse seguro, gerido pelo Estado, também abarcava o risco de invalidez, além de ser complementada, em 1923, por um sistema de pensões a viúvas e órfãos (PEREIRA, 2006).

Tudo isso levou a uma nova concepção de seguridade social, formulada por William Beveridge, que, de certa maneira, antecipou os princípios do *Welfare State*. Alargando a concepção de seguro até então existente, o modelo beveridgiano engloba quatro áreas programáticas: seguro social, benefícios suplementares, subvenção à família e isenções fiscais. Esse novo modelo, mais abrangente, pretendia ir além da garantia da segurança social “do berço ao túmulo”, mas também “libertar o homem da necessidade”. A partir de então, seriam incluídas mais políticas sociais que contemplavam não apenas as políticas de manutenção de renda, mas também serviços de saúde, educação e proteção ao trabalho, satisfazendo assim as necessidades humanas básicas e tornando-se uma tendência a partir da Europa (PEREIRA, 2006).

No Brasil, Pereira (2006) descreveu como “sistema de bem-estar social periférico” a construção das políticas sociais que sofreram fortes influências da economia e da política no plano internacional. Tal denominação justifica-se pela dependência econômica, pela fragilidade das instituições democráticas e por ter a proteção social se expandido exatamente em períodos hostis à instituição da cidadania, como nos regimes autoritários e de governos de coalizção conservadora. Dessa forma, a proteção social brasileira não foi construída sob as estruturas do pleno emprego e dos serviços sociais universais, nem se construiu uma rede de proteção capaz de impedir ou de romper com o ciclo de pobreza extrema.

Autores como Cardoso Jr. e Jaccoud (2005), Faleiros (2012) e Pereira (2006) consideram o ano de 1930 o marco de construção da política social no Brasil, período do início da urbanização e do surgimento das classes de trabalhadores urbanos.

Antes disso, a economia agroexportadora caracterizava-se pela inexistência do planejamento social, deixando a cargo do mercado e da polícia a questão social (PEREIRA, 2006). Mesmo assim, nesse período foi criada a primeira lei de aposentadoria para o setor privado proposta pelo então deputado Eloy Chaves, em 1923, por intermédio do Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Aos empregados das empresas de estradas de ferro, a

aposentadoria “completa” era concedida aos 30 de trabalho e aos 50 anos de idade; a aposentadoria por invalidez, após 10 anos de serviço e com exame médico. Esperava-se assim a articulação do processo de acumulação capitalista, evitando greves e atraindo a mão de obra rural (FALEIROS, 2012).

Por intermédio desse decreto, foram criadas as primeiras caixas de aposentadoria e pensões (CAP), em favor dos funcionários das estradas de ferro, posteriormente ampliadas para outros trabalhadores, chegando a totalizar 140 caixas em 10 anos. Assim, como as instituições de previdência eram, fundamentalmente, a civil e a privada do ponto de vista da gestão, somente os trabalhadores vinculados a grandes empresas tinham os benefícios previdenciários assegurados; os outros trabalhadores, que eram a grande maioria, estavam excluídos (PRADO, 2012).

A partir de 1930, o Estado nacional passa por um processo de centralização política, firmando-se como núcleo organizador da sociedade e da constituição de uma sociedade urbano-industrial, mas não para a proteção social brasileira. O novo contexto político e econômico, agora comandado por Getúlio Vargas, dava, de um lado, continuidade à política agroexportadora e, de outro, fomentava a industrialização, tendo como um de seus pilares os “institutos de previdência” (PRADO, 2012). Era a partir desses institutos que Getúlio mobilizava a mão de obra e obtinha a adesão da classe trabalhadora.

Após 1933, as caixas de aposentadoria e pensão vão sendo substituídas pelos institutos de aposentadorias e pensões (IAPs), que passam a reunir trabalhadores por categorias, não mais por empresas como antes (PRADO, 2012). Na Constituição de 1934, as questões sociais começam a aparecer por intermédio do amparo à maternidade, à infância e aos desprotegidos. No entanto, a proteção social da era getulista que imperou entre 1930 e 1964 obedece a um modelo fragmentado em categorias de trabalhadores ligados a grandes empresas, limitado e desigual na concretização de benefícios e executado em troca do controle da classe trabalhadora (FALEIROS, 2012).

O período da presidência de Juscelino Kubistchek (1956-1961), também conhecido como “era desenvolvimentista” por conta do Plano de Metas, visava estimular a diversificação e o crescimento da economia brasileira, baseado na expansão industrial e na integração nacional. Contudo, a política social não recebeu tratamento especial, ficando sujeita a uma série de decisões setoriais na educação, na saúde pública, na habitação, na previdência e assistência social (PRADO, 2012).

Na década de 1960, os governos de Jânio Quadros e João Goulart herdaram do governo anterior a estagnação econômica e um país com grande endividamento externo.

Desse período, as medidas fundamentais a serem destacadas são a criação do estatuto do trabalhador rural da Confederação dos Trabalhadores da Agricultura (Contag), do décimo terceiro salário, do salário-família para o trabalhador urbano e da promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (Lops), que visava à uniformização de benefícios e serviços prestados pelos antigos IAPs. Todavia, a cobertura prevista na Lops atendia apenas aos trabalhadores contemplados pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), deixando de fora os trabalhadores rurais e domésticos (PEREIRA, 2006).

Entretanto, em 31 de março de 1964, com a finalidade de “proteger o País das investidas socialistas” e de melhorar o desenvolvimento aos moldes capitalistas, a burguesia industrial e a classe média se unem para derrubar João Goulart por meio de um golpe militar, inaugurando um período de autoritarismo que se estenderia por 20 anos (PEREIRA, 2006).

O período militar, que se inicia em 1964 com Castelo Branco e termina no governo Figueiredo, em 1985, adota um modelo econômico concentrador e excludente, com valorização do capital estrangeiro e administração autoritária (PRADO, 2012). Nesse mesmo período, já em 1966, o governo Castelo Branco cria o Instituto de Previdência Social (INPS), por meio do Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966, que unificava os IAPs. O novo instituto criado era responsável não apenas pela concessão de benefícios, mas também pela assistência médica da população. Em 1971, foi criado o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural), que conferia aos trabalhadores rurais alguns benefícios, mas sempre inferiores aos outorgados pelo INPS aos trabalhadores urbanos (PRADO, 2012).

Já nos anos 1970 é promulgada a Lei nº 6.179/74, que concede a renda mensal vitalícia no valor de 50% do salário mínimo para maiores de 70 anos de idade definitivamente incapacitados para o trabalho, que não sejam mantidos por pessoas de quem dependam e não tenham outro meio de prover ao próprio sustento. Em 1975, por meio da Lei nº 6.260, cria-se o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), que promoveu a integração parcial dos trabalhadores rurais à previdência social, pois concedia um benefício de apenas meio salário mínimo (FALEIROS, 2012) — que, além de ser de pequena monta e não garantir a subsistência do idoso atingiria pouquíssimas pessoas, dado que a esperança de vida, na década 1970, é de 57 anos de vida (PRADO, 2012).

Após 21 anos de regime militar, o Brasil volta ao regime democrático em 1985, com eleição para presidente, convocação da Assembleia Constituinte de 1986 e promulgação da Constituição Federal de 1988. A Carta de 1988 reflete a democratização do País, outorgando direitos fundamentais de cidadania, rompendo com o centralismo e assegurando a

participação popular por meio de conselhos, plebiscitos, referendos e projetos de participação popular.

A Constituição Federal de 1988 instituiu a seguridade social, que se tornou, segundo Camarano e Pasinato (2002), a principal responsável pela redução da pobreza entre idosos no Brasil. A seguridade social brasileira compreende um conjunto integrado de ações, que garante os direitos à saúde, à previdência e à assistência social a todos os cidadãos.

No que se refere a este trabalho, vale destacar que a assistência social é considerada como dever do Estado e direito de todo cidadão que dela necessitar, independente da contribuição à seguridade social. Nesse contexto, surge o benefício de prestação continuada (BPC), fundamentado no artigo 203 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 — a Lei Orgânica da Previdência Social (Loas) —, que trata da assistência social e que garante um salário mínimo mensal para pessoas deficientes ou idosas que comprovem não ter meios de prover a própria manutenção ou tê-la provido por sua família.

O BPC foi regulamentado pela Loas (1993), que também estabeleceu os princípios referentes à assistência social às parcelas vulneráveis da sociedade e normatizou a concessão do BPC às pessoas com mais de 70 anos de idade. Outras leis complementares fizeram alterações no BPC, a saber: a Lei nº 9.720/1998 reduziu a idade mínima de 70 anos para 67 anos de idade; a Lei nº 10.741/2003, o Estatuto do Idoso, regulou os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e reduziu a idade mínima para recebimento do BPC de 67 anos para 65 anos de idade; e o Decreto nº 6.214/2007 regulamentou o BPC (HERNANDES; DOMINGUES, 2012). O BPC é, portanto, uma transferência de renda que equivale a um salário mínimo, destinado aos idosos com 65 anos ou mais em situação de pobreza ou pessoas pobres com deficiência em qualquer idade. Em 2008, segundo Relatório do Tribunal de Contas da União, havia 2,9 milhões de beneficiários, sendo 1,5 milhão de idosos e 1,4 milhões de pessoas com deficiência.

Hoje, o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) é o responsável pela formulação e o acompanhamento do BPC, mas a implementação e o monitoramento estão a cargo do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e da Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social (Dataprev). Nessas condições, segundo Santos (2011), para requerer o benefício, a pessoa idosa deve procurar um dos postos do INSS, preencher formulário, anexar declaração de renda dos conviventes familiares (não superior a ¼ de salário mínimo de renda per capita), comprovar residência e apresentar outros documentos que venham a ser solicitados. A cada dois anos, a pessoa que for contemplada deve ser recadastrada e são reavaliados as condições sociais e os níveis de vulnerabilidades.

Para Santos (2011), o BPC é concedido dentro de critérios muito seletivos e rigorosos, o que faz com que esse benefício contemple pessoas em extrema pobreza. O critério da renda per capita faz com que não só a renda do solicitante seja avaliada, mas também a de toda a família. Segundo o autor, o benefício é importante política social para atender os mínimos sociais e promover a melhoria das condições de vida,

Assim sendo, esse importante benefício concedido aos idosos será objeto deste estudo, que analisará a relação entre a renda (proveniente do benefício), que é um importante determinante social da saúde, e suas consequências para a expectativa de vida saudável no Brasil em 2008.

## **Capítulo 2: Materiais e métodos**

As informações essenciais para calcular a expectativa de vida saudável pelo Método Sullivan (1971) que foi utilizado neste estudo são: as proporções em idade quinquenal do estado saudável e não saudável e as informações de mortalidade, também em idade quinquenal. A primeira informação é proveniente da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2008 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a segunda das tábuas de vida também produzidas pelo IBGE (2013).

Para além dessas duas informações citadas, optou-se por caracterizar econômica e socialmente as pessoas, os domicílios e as famílias que compõem os grupos de idosos construídos para esta análise e que serão melhores exemplificados no capítulo seguinte. Sendo assim, dois outros conjuntos de variáveis foram utilizados nesta caracterização: o demográfico e o socioeconômico.

O objetivo deste capítulo é, portanto, de apresentar as fontes de dados, as variáveis utilizadas e a metodologia de construção da expectativa de vida saudável dos idosos brasileiros em 2008.

### **2.1 Fonte de dados**

O presente estudo é proveniente da Pnad, implantada gradualmente a partir de 1967 com o objetivo de produzir informações socioeconômicas do País. Esta é uma pesquisa de amostra domiciliar que tem na sua formulação áreas que são pesquisadas de forma permanente como as características gerais da população, questões relativas à educação, trabalho, rendimento e habitação. Outras áreas de pesquisa como características da migração, fecundidade, nupcialidade, saúde e nutrição são investigados com periodicidade variável e ainda há outros temas que são pesquisados de acordo com a necessidade do País (IBGE, 2009).

Com abrangência prevista desde seu início para ser nacional, foi ao longo dos anos incorporando outras áreas do território nacional. Se em 1967 abrangia a área que hoje compreende o estado do Rio de Janeiro, ao final da mesma década já abrangia as regiões do Nordeste, Sudeste do Sul e do Distrito Federal. Em 1981, houve nova expansão da cobertura deixando de fora somente a área rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá. Em 2004, finalmente foi implantada nas áreas rurais que estavam faltando, cobrindo

assim todo o território nacional. Vale ainda ressaltar que a amostra da Pnad tem representatividade para a expansão nacional, grandes regiões, unidades da federação e nove regiões metropolitanas com Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre (IBGE, 2009).

A pesquisa é efetuada anualmente por meio de uma amostra domiciliar com abrangência nacional. Está estruturada em dois níveis de informações, a primeira relativa aos domicílios e a segunda das pessoas residentes. No primeiro nível, são observadas informações sobre características dos domicílios como as condições de ocupação, abastecimento de água, esgotamento sanitário, destino do lixo, iluminação e a posse de bens como telefone fixo e celular, computador e acesso à internet. Já as informações sobre pessoas residentes, referem-se a cor ou raça, migração, escolaridade, características do trabalho e seus rendimentos para os maiores de 10 anos de idade, além de informações sobre a fecundidade (TRAVASSOS; VIACAVA; LAGUARDIA, 2008).

Na Pnad de 2008, além das questões permanentes também foi realizado levantamento suplementar sobre a saúde. Dentre as informações pesquisadas estão: i) acesso aos serviços de saúde; ii) as necessidades de saúde da população residente avaliado subjetivamente pela restrição de atividades habituais por motivo de saúde, autoavaliação de saúde e limitação de atividades físicas; iii) utilização de serviços de saúde; iv) fatores de risco e proteção à saúde; e v) exames preventivos a saúde das mulheres. (IBGE, 2010).

Uma vez que a Pnad possui informações sobre a autoavaliação de saúde, e sendo também possível identificar os idosos que recebem o Benefício de Prestação Continuada, considerou-se essa uma base adequada para investigação da influência do BPC na expectativa de vida saudável.

Além da Pnad, outra fonte de informação utilizada nessa pesquisa foi a dos óbitos em grupos de idades quinquenais retiradas de tábuas de vida publicadas pelo IBGE para o ano de 2008 (IBGE, 2013).\*

Como um dos critérios para recebimento do benefício é ter 65 anos ou mais, selecionou-se idosos a partir dessa faixa etária de ambos os sexos. Sendo assim, seleção com amostra expandida final considerada para esse estudo foi de 6.069.901.

---

\* Disponíveis em:

[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2013/default\\_tab.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm).

## 2.2 Variáveis

Para as análises deste estudo, foram utilizados três grupos de variáveis agregadas em: status socioeconômico, características demográficas e as condições de saúde. As variáveis do grupo socioeconômico são: a) rendimento de juros de caderneta de poupança e de outras aplicações financeiras, dividendos, programas sociais e outros rendimentos que recebia, normalmente, no mês de referência; b) rendimento mensal de todas as fontes para pessoas de 10 anos ou mais de idade; c) rendimento mensal familiar per capita; d) material predominante na construção das paredes externas do prédio; e) tem água canalizada em pelo menos um cômodo do domicílio; f) tem banheiro ou sanitário no domicílio ou na propriedade; g) forma de iluminação do domicílio; h) tem geladeira, i) telefone fixo, j) computador, l) máquina de lavar roupa m) nível de ensino. Já as variáveis demográficas são: a) sexo; b) idade do morador na data de referência; c) condição na família.

As condições de saúde foram avaliadas pela percepção de saúde categorizada em: muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim, respondidas a partir da questão “De modo geral, considera seu próprio estado de saúde como?”

Como a Pnad 2008 não informa diretamente quem são os beneficiários do BPC, foi necessário a construção de uma *proxy* com base na informação de renda e identificar os beneficiários do BPC dentro dos domicílios. Cabe ainda destacar, que como um dos atributos para ser beneficiário do BPC é ter 65 anos ou mais, foram selecionadas apenas pessoas com 65 anos ou mais de idade. Assim foi utilizada a mesma metodologia proposta por Barros; Carvalho; Franco (2007) que obtiveram as informações sobre renda não derivadas do trabalho que dimensiona para cada indivíduo, com idade igual ou superior a 10 anos, diferentes fontes de renda, como: a) aposentadoria de instituto de previdência ou governo federal; b) pensão de instituto de previdência ou governo federal; c) outro tipo de aposentadoria; d) outro tipo de pensão; e) abono de permanência; f) aluguel; g) doação recebida de não morador; h) juros de caderneta de poupança e de outras aplicações, dividendos e outros rendimentos (BARROS; CARVALHO; FRANCO, 2007).

Como o BPC tem valor conhecido, o mesmo procedimento utilizado pelos autores foi replicado neste trabalho, ou seja, foi atribuído o valor exato de um salário mínimo da época, no caso R\$ 415,00 vigentes a partir de março de 2008, no quesito “juros de caderneta de poupança e de outras aplicações, dividendos e outros rendimentos”. De acordo com as notas metodológicas da Pnad 2008, este é o quesito a qual são informados os rendimentos recebidos

por programas oficiais de auxílio educação, ou social como o Renda Mínima, Bolsa Família, Programa de Erradicação de Trabalho Infantil (Peti), Benefício de Prestação Continuada (BPC), entre outros (IBGE/Pnad/Notas Metodológicas, 2008).

Para validar a metodologia e os resultados obtidos, Barros; Carvalho, Franco (2007) utilizaram os dados da Pnad de 2004 que permite identificar quais são os domicílios que tem pelo menos um beneficiário do BPC. Os autores advertem, no entanto, que 20% dos domicílios identificados pelos suplementos, como tendo ao menos um membro beneficiário do BPC, não são assim classificados pelo procedimento proposto. Não obstante, 30% dos domicílios identificados pelo procedimento não são assim classificados pelo suplemento. Os autores avaliam que muitos beneficiários confundem o BPC com os beneficiários previdenciários, ou aqueles que declararam receber exatamente um salário mínimo no quesito da Pnad, não parecem ser beneficiários do BPC. Sendo os erros de classificação uma das principais limitações deste trabalho.

Outras duas recodificações utilizadas nesse trabalho, a idade e as condições de saúde dos beneficiários do BPC foram assim recodificadas: a idade do morador na data de referência que foi pesquisada pela Pnad por meio do dia, mês e ano de nascimento da pessoa, ou da idade presumida da pessoa que não soubesse a data de nascimento foram recodificados em cinco categorias que ficaram assim distribuídos: 65 a 69 anos; 70 a 74 anos; 75 a 79 anos; 80 a 84 anos e 85 anos de idade ou mais.

As condições de saúde que originalmente na Pnad apresentavam cinco alternativas foram recodificadas em apenas em duas: a primeira agregando as alternativas muito bom e bom para satisfatório e a segunda agrupando regular, ruim e muito ruim para insatisfatório. Para comparar idosos que recebem o BPC, daqueles que mesmo tendo todos os atributos para recebimento do benefício por algum motivo não o recebiam e possibilitar perceber a influencia que o BPC tem na expectativa de vida saudável, foram criadas as quatro categorias seguintes: “BPC”, “BPC OUTRAS RENDAS”, “SEM BPC” e “1 SALÁRIO MÍNIMO”. As categorias criadas foram assim construídas:

- **BPC:** agregaram-se as variáveis “Rendimentos de juros de caderneta de poupança e de outras aplicações financeiras, dividendos, programas sociais e outros rendimentos que recebia, normalmente, no mês de referência”; “Rendimento mensal de todas as fontes para pessoas de 10 anos ou mais de idade” e “Rendimento mensal familiar per capita” Nela, a seleção foi formada estabelecendo-se que a primeira e a segunda variável seriam exatamente o valor do salário mínimo da época, ou seja, R\$ 415,00 reais e a

terceira variável menor ou igual a R\$ 104,00 reais que corresponde a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo vigente à época;

- **BPC e outras rendas:** se agrupou as variáveis “Rendimentos de juros de caderneta de poupança e de outras aplicações financeiras, dividendos, programas sociais e outros rendimentos que recebia, normalmente, no mês de referência” e “Rendimento mensal de todas as fontes para pessoas de 10 anos ou mais de idade”. Nesta categoria considerou-se o que a primeira variável igual a R\$ 415,00 reais e a segunda maior que R\$ 415,00 reais.
- **Sem BPC:** agregou-se “Rendimento mensal de todas as fontes para pessoas de 10 anos ou mais de idade” e “Rendimento mensal familiar per capita”, sendo considerada a primeira variável menor que R\$ 415,00 reais e a segunda menor ou igual a R\$ 104,00 reais.

Para separar as pessoas que declararam renda zero com perfil de extrema pobreza, daquelas que mesmo declarando renda zero não tem perfil de extrema pobreza, utilizou-se metodologia sugerida pelo IBGE por solicitação do Ministério de Desenvolvimento Social em maio de 2011 quando da formulação do Plano Brasil sem Miséria. Segundo descrição metodológica sugerida e que foi adotada neste trabalho, os critérios para estimar a parcela da população sem rendimento, mas com perfil de extrema pobreza foram: sem banheiro de uso exclusivo; ou sem ligação com rede geral de esgotou pluvial e não tinham fossa séptica; ou, em área urbana sem ligação à rede geral de distribuição de água; ou em área rural sem ligação à rede geral de distribuição de água e sem poço ou nascente na propriedade; ou sem energia elétrica.

- **Rendimento de até um salário mínimo:** nesta última categoria agregou-se “Rendimento mensal de todas as fontes para pessoas de 10 anos ou mais de idade”, “Rendimentos de juros de caderneta de poupança e de outras aplicações financeiras, dividendos, programas sociais e outros rendimentos que recebia, normalmente, no mês de referência” e “Rendimento mensal familiar per capita”. Aqui, considerou-se a primeira variável igual a R\$ 415,00 reais, a segunda sem rendimentos e a terceira maior que R\$ 104,00.

**Tabela 2 - Grupos de rendimento de idosos, por sexo e percentual. Brasil, 2008.**

Grupos	Total	Masculino		Feminino	
		N	%	N	%
Idosos com 65 anos ou mais com BPC	537.357	184.172	34,3	353.185	65,7
Idosos com 65 anos ou mais com BPC e outras rendas	92.714	47.793	51,5	44.921	48,5
Idosos com renda per capita de até ¼ de salário mínimo sem BPC	49.759	24.930	50,1	24.829	49,9
Idosos com renda per capita de até um salário mínimo	5.390.071	2.044.685	37,9	3.345.386	62,1

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad 2008.

A seleção final dos quatro grupos citados foi composta por de 537.357 pessoas com 65 anos ou mais que possivelmente recebem o BPC, 92.714 que recebiam BPC e outra renda, 49.759 idosos com 65 anos ou mais com renda per capita de até ¼ do salário mínimo, mas que não são beneficiárias do BPC e 5.390.071 idosos que vivem em domicílios com renda per capita de até um salário mínimo (ver Tabela 2).

### **2.3 Metodologia para investigação da influência do BPC na Expectativa de Vida Saudável**

Antes de se discorrer sobre a metodologia empregada para a análise da influência do BPC na Expectativa de Vida Saudável, cabe detalhar qual a idade mínima para recebimento do benefício assistencial.

Como a pesquisa se restringe a pessoas idosas, ressaltam-se aqui dois pontos importantes, o primeiro esclarece que apesar do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003) considerar que são pessoas idosas aquelas com 60 anos ou mais; o mesmo Estatuto estabelece 65 anos como a nova idade mínima para recebimento do BPC. Anteriormente, a idade mínima para requerer o benefício assistencial era de 67 anos. Assim, apesar de ser considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais, para ter direito ao recebimento do BPC idoso a idade mínima é de 65 anos. Um segundo ponto a destacar é que as informações sobre os idosos beneficiários do BPC não são fornecidas diretamente pela Pnad de 2008. Para tanto, foi criada uma variável *proxy* que buscou identificar idosos que recebem o benefício no ano da pesquisa, como descrito no procedimento acima.

## 2.4 Método Sullivan

Para melhor entendimento do Método Sullivan (1971) utilizado para estimar a expectativa de saúde é conveniente fazer antes, uma breve descrição dos processos que levaram a criação do conceito em questão. Como já dito anteriormente, Sanders em 1964 foi o precursor do conceito expectativa de saúde, na ocasião o autor discorda da afirmação até então corrente de que os aumentos das taxas de morbidade são resultado da deficiência do sistema de saúde local (SANDERS, 1964).

Verifica e argumenta, por exemplo, que as taxas de mortalidade infantil, índice este bastante sensível para medir o nível de saúde, apresentavam números extremamente baixos na localidade pesquisada, inferiores à média nacional. Outro bom índice apresentado por Sanders na localidade pesquisada foram os serviços de saúde preventiva como pré-natal, imunizações e vacinação que foram classificados pela metodologia aplicada pelo autor como acima da média em comparação a outras comunidades que dispunham dessa informação (SANDERS, 1964).

Por outro lado, o autor aferiu que nesta mesma comunidade existiam altas taxas de prevalência de morbidades, principalmente cardiovasculares e doenças crônicas. Sanders (1964) considera, portanto, que não se pode concluir que a comunidade foi negligente com seu sistema de saúde. O autor chega deste modo, a uma conclusão oposta ao que se acreditava até então, ou seja, a melhora nas condições de saúde resulta em uma maior prevalência de doenças crônicas.

Diante do exposto, o autor acredita que melhores cuidados no sistema de saúde local resultam em três consequências: i) diagnósticos melhores e mais precoces, aumentam a prevalência de doenças reconhecidas; ii) há aumento da sobrevivência de pessoas portadoras de doenças crônicas e, portanto, aumenta as taxas de prevalência específicas por idade para muitas doenças crônicas; iii) prolongamento da vida e, conseqüentemente, aumento da proporção de pessoas com mais idade e com mais prevalência de doenças crônicas.

As conclusões a que o autor chegou até aqui são significativas, pois mudaram os padrões vigentes até então, que acreditava que o aumento das doenças crônicas estava relacionado a deficiência do sistema de saúde local. A partir das pesquisas de Sanders (1964) ao mesmo tempo em que chega a uma conclusão oposta, quebrando um padrão paradigmático, abre um novo caminho de pesquisa ao relacionar a mortalidade com a morbidade.

Para essa nova relação que seria capaz de melhor mensurar a qualidade dos serviços de saúde, Sanders propõe relacionar a capacidade funcional por faixa etária, pela capacidade

funcional desejada. Ou seja, para cada faixa etária, determinar não apenas a mortalidade, mas também a probabilidade daqueles que sobrevivem com boa capacidade funcional (SANDERS, 1964).

Concretamente, o método sugere começar a tabela de vida com 100.000 concepções se assim facilitar. O  $q$  representaria a mortalidade infantil e o  $p$ , os nascidos vivos. O  $p$  subdivide-se em dois grupos: um representa a melhor adequação biológica; outro, o seu oposto. Isto, segundo o autor, poderia ser construído para o restante das faixas etárias. Assim, ao final, haveria a construção uma tabela de vida com “anos de vida eficazes”, em que os anos-homens produtivos poderiam ser comparados (SANDERS, 1964).

O autor também propõe ainda quatro diferentes abordagens para medir a qualidade dos serviços de saúde:

- a. Relação doença conhecida e desconhecida: quanto maior a proporção de doenças previamente desconhecidas, menos adequado são os serviços de saúde. A proporção de patologias na comunidade deve ser, segundo o autor, mensurada a partir de exames clínicos;
- b. Saúde preventiva: determinar por meio de exames clínicos a proporção de pessoas com baixa imunidade;
- c. Doenças específicas: número de pessoas com doenças específicas, a taxa de sobrevivência das pessoas doentes e sua capacidade de realização de atividades esperadas de acordo com sua idade e sexo. Quanto maior o número de anos-homens produtivos dentre as pessoas diagnosticadas, mais adequados são os serviços de saúde;
- d. Diagnósticos precoces: comunidades onde a maioria dos casos é diagnosticada em fase inicial da doença são consideradas como serviços de saúde mais adequados.

Em suma, com uma conotação econômica, Sanders (1964) busca avaliar comparativamente a qualidade dos serviços de saúde por meio da adequação funcional que um indivíduo tem em cumprir seu papel na sociedade.

O primeiro exemplo da utilização do conceito de expectativa de saúde foi em relatório do Departamento de Educação em Saúde e Bem-Estar dos Estados Unidos, que empregou método desenvolvido por Sullivan que calculou a quantidade dos anos restantes de vida que se espera viver com boa e má saúde (JAGGER; COX; LE ROY, 2006).

Diferentemente de Sanders (1964), Sullivan (1971) tem foco diferente na sua metodologia, busca desenvolver uma medida que reflita as mudanças do estado de saúde da população ao longo do tempo e não mensurar a adequação dos serviços de saúde. Para tanto,

sugere como medida de deficiência ou de incapacidade medidas através do número de dias em confinamento institucional de saúde ou a incapacidade prolongada, ou melhor, períodos passados em hospitais ou instituições de saúde e também confinamentos à cama por mais da metade do dia.

Segundo Sullivan (1971, p. 348), a incapacidade foi definida como:

Doenças na cama neste artigo inclui períodos passados em instituição de saúde ou outras instituições para cuidados de saúde ou a incapacitação prolongada e também dias não institucionais envolvendo o confinamento à cama por mais da metade das horas de luz do dia.

Para cálculo da expectativa de saúde pelo Método Sullivan em idade quinquenal, duas informações são fundamentais, as proporções específicas por idade quinquenal do estado saudável e não saudável da população e informações sobre a mortalidade, também por idade quinquenal. A importância desse último está na necessidade de se calcular o número de anos restantes de vida para cada faixa etária (JAGGER; COX; LE ROY, 2006).

Uma vantagem desse método é a possibilidade de utilização de dados longitudinais e transversais, sendo que no primeiro os indivíduos são acompanhados ao longo do tempo, permitindo ao pesquisador colher informações relevantes para compreender as diferentes razões pelas quais as pessoas se tornam deficientes, se recuperam ou morrem. A segunda possibilidade de utilização dos dados, a transversal, informa a proporção da população que é saudável ou insalubre e que são facilmente conseguidos em diversas pesquisas (ROBINE, 2007).

Outra vantagem do Método Sullivan é como sua medida é independente do tamanho da população e de sua estrutura etária, a expectativa de saúde calculada pelo método pode ser comparada ao longo do tempo e entre diferentes populações (BELON; LIMA; BARROS, 2014).

Por outro lado, uma desvantagem do Método Sullivan é que, por utilizar dados de período, não apreende possíveis mudanças em relação às alterações nas condições de saúde e nas taxas de mortalidade da população. Assim, o método não possibilita avaliar as transições de saúde de uma condição para outra, como, por exemplo, de uma autoavaliação de saúde ruim para boa (CAMARGOS, RODRIGUES, MACHADO, 2009).

O Método Sullivan diferentemente da expectativa de vida usual que corresponde ao número médio de anos de vida esperado a partir de uma exata idade  $x$ , a medida estimada pelo Método de Sullivan estima o número de anos restantes em uma determinada idade  $x+$ , que o

indivíduo pode esperar viver em um estado saudável. Assim o método ajusta a expectativa de vida total de acordo com o estado de saúde da população (JAGGER; COX; LE ROY, 2006).

Partindo da tábua de mortalidade, a primeira operação necessária para o cálculo da expectativa de vida saudável é determinar o número de pessoas ano vividos com autopercepção de saúde boa. Para obtenção desse número multiplica-se o número de pessoas-anos ( $L_x$ ) pela proporção de pessoas com auto percepção de saúde ruim ( $\pi_x$ ), representada pela fórmula (JAGGER; COX; LE ROY, 2006):

$$(1 - \pi_x) * L_x \quad (1),$$

O total de anos vividos com auto percepção de boa saúde foi obtida pela soma das pessoas ano com auto percepção de boa de saúde, assim retratada (JAGGER; COX; LE ROY, 2006):

$$\sum[(1 - \pi_x) * L_x] \quad (2),$$

Por fim, a expectativa de vida saudável (EVS) foi alcançada pela divisão do total de anos vividos com autopercepção de boa saúde pelo número de sobreviventes em idade  $x$  ( $l_x$ ). A formula pode ser assim demonstrada (CAMARGOS E GONZAGA, 2015):

$$EVS_x = \frac{\sum(\pi_x)}{l_x} L_x \quad (3).$$

Onde:

$EVS_x$ : Expectativa de vida saudável, que corresponde ao número médio de anos a serem vividos com saúde (com percepção da saúde boa) a partir da idade  $x$ ;

${}_n\pi_x$ : Prevalência da condição de saúde (livre de incapacidade funcional, livre de doenças crônicas ou com percepção da saúde boa) no grupo etário  $x$  a  $x+n$ ;

${}_n L_x$ : pessoas-anos vividos de  $x$  a  $x+n$ , que corresponde ao total de anos vividos pela coorte no intervalo;

$l_x$ : probabilidade de sobreviver até a idade  $x$ .

Nesta pesquisa, a expectativa de vida saudável foi estimada de maneira separada por sexo. Assim sendo, o Método Sullivan foi escolhido para cálculo da expectativa saudável da população beneficiária do BPC pela simplicidade do cálculo, e por permitir a comparabilidade entre populações independente da estrutura etária, o que resulta em grande vantagem uma vez que se pretende comparar as cinco regiões brasileiras em 2008.

### **Capítulo 3: Caracterização demográfica e socioeconômica dos idosos pertencentes aos grupos BPC, BPC e outras rendas, sem BPC e um salário mínimo**

Para que fosse possível realizar estudo sobre a influência do BPC na expectativa de vida saudável do idoso em 2008, foi realizada até aqui uma análise teórica com o propósito de compreender a relação entre a renda proveniente do BPC e a saúde do idoso, dentro da dinâmica demográfica brasileira.

Foi também preciso considerar os aspectos socioeconômicos e demográficos dos idosos envolvidos, sendo assim, este capítulo tem a intenção de apresentar, primeiro, as características socioeconômicas e demográficas dos idosos com 65 anos ou mais, em 2008, que compõem os quatro grupos da análise – idosos com BPC, idosos com BPC e outras rendas, sem BPC e idosos com renda de um salário mínimo, para em seguida analisar os resultados da expectativa de vida saudável obtido pelo Método Sullivan.

As características socioeconômicas e demográficas aqui apresentadas não têm a pretensão de fazer um escalonamento possível da posição da população na estrutura da sociedade, mas apenas de descrever as condições de vida da população estudada. Procurou-se, no entanto, a escolha de variáveis que caracterizassem os domicílios, seus moradores ou que estivessem relacionadas com questões de saúde pública como, por exemplo, o saneamento básico (MENDONÇA, MOTTA, 2008).

Das dez variáveis selecionadas, quatro delas referem-se aos atributos do domicílio, como se localizado em região urbana ou rural, material predominante nas paredes externas, saneamento e posse de bens duráveis; outras três são concernentes a predicados dos idosos como sexo, raça/cor, anos de estudo e as três últimas são associadas às características das famílias, como os números de moradores, tipo de família e a posição dos idosos na família.

Esses três conjuntos de variáveis foram escolhidas com a intenção de descrever as condições dos idosos no âmbito pessoal, perceber suas condições de moradias e sua posição na família, tentando compreender o idoso no aspecto pessoal, familiar e na relação com seu meio. Para melhor compreender e facilitar a comparação da situação socioeconômica e demográfica dos idosos que compõem os grupos de análise foi construído uma tabela para cada indicador, reunindo os quatro grupos.

### 3.1. Caracterização socioeconômica dos idosos com BPC, com BPC e outras rendas, sem BPC e com um salário mínimo

#### 3.1.1 Características dos domicílios

O grau de urbanização é um importante indicador, uma vez que a população residente nas cidades possivelmente tem maior possibilidade de acesso às políticas públicas em especial aos serviços de saúde (SOUSA, 2008; PEDREIRA et al., 2016). No Brasil, 86% dos idosos pertencentes ao grupo BPC e outras rendas, 83% do grupo BPC e 77% do grupo de idosos com um Salário mínimo são moradores de áreas urbanas. O grupo que apresenta os menores percentuais de moradores em áreas urbanas é dos idosos sem BPC, com 69%; em consequência, exibe as maiores proporções de residentes em áreas rurais, com 31%, percentual bem superior aos idosos dos demais grupos (Tabela 3).

Desagregando por grandes regiões, as maiores proporções de idosos domiciliados em áreas urbanas pertencem ao grupo BPC e estão na região Sudeste com 92%, seguido dos idosos com BPC e outras rendas com 90% da região Nordeste. Por outro lado, 45% no Nordeste e 25% na região Sul no grupo sem BPC são idosos residentes de áreas rurais. A alta proporção de idosos em áreas rurais sugere haver, nestas áreas, maior dificuldade no acesso ao benefício sócio assistencial (Tabela 3).

**Tabela 3 - Situação de domicílio e percentual relativo por grupos de idosos e grandes regiões, Brasil, 2008.**

Grupos	Situação do domicílio	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	Brasil
BPC	Urbano	45.731	164.440	145.936	25.017	65.117	446.241
	% em Regiões	81,4%	74,7%	92,3%	84,6%	88,7%	83,0%
	Rural	10.462	55.614	12.167	4.570	8.303	91.116
	% em Regiões	18,6%	25,3%	7,7%	15,4%	11,3%	17,0%
BPC e outras rendas	Urbano	11.366	29.833	19.925	5.596	12.748	79.468
	% em Regiões	75,7%	90,4%	84,7%	83,9%	87,8%	85,7%
	Rural	3.641	3.164	3.591	1.072	1.778	13.246
	% em Regiões	24,3%	9,6%	15,3%	16,1%	12,2%	14,3%
Sem BPC	Urbano	4.412	13.447	9.591	3.250	3.655	34.355
	% em Regiões	85,1%	54,8%	81,9%	75,3%	91,2%	69,0%
	Rural	770	11.095	2.121	1.065	353	15.404
	% em Regiões	14,9%	45,2%	18,1%	24,7%	8,8%	31,0%
Um salário mínimo	Urbano	233.536	1.265.509	1.758.921	608.456	273.172	4.139.594
	% em Regiões	75,5%	64,7%	88,1%	75,5%	84,3%	76,8%
	Rural	75.725	689.557	237.223	197.249	50.723	1.250.477
	% em Regiões	24,5%	35,3%	11,9%	24,5%	15,7%	23,2%

Fonte: IBGE/Pnad 2008.

O segundo indicador referente às características dos domicílios são o tipo de material utilizado nas paredes externas dos domicílios. Para qualificar os domicílios quanto ao material predominante nas paredes externas, os domicílios foram reagrupados como materiais duráveis e não duráveis como descrito nas Notas Metodológicas da Pnad em 2008. Caracterizou-se, portanto, como material durável quando as paredes externas do domicílio são predominantemente construídas com tijolos, adobe, pedra, concreto pré-moldado ou aparente, taipa revestida ou recoberta de mármore, metal, vidro ou lambris, ou quando construída com madeira aparelhada preparada para finalidade de construção. Por outro lado, definiu-se como não durável quando o material predominante era de taipa não revestida, madeira aproveitada, palha ou outro material.

O indicador material predominante nas paredes dos domicílios apresenta para todos os grupos, a exceção dos idosos sem BPC, percentual de materiais duráveis muito semelhantes com 98% nos grupos BPC e BPC e outras rendas e 97% no grupo com um salário mínimo. Para os idosos sem o BPC, o percentual de domicílios com predominância de materiais duráveis é o menor, com 92% (Tabela 4).

Decompondo por grandes regiões, os maiores percentuais de materiais não duráveis aparecem na região Sul, com 15%, e na região Nordeste, com 14%, para idosos pertencentes aos grupos sem BPC. Já entre os idosos com BPC e outras rendas, a maior proporção apresenta-se na região Sul, com 13% (Tabela 4).

**Tabela 4 - Material predominante nas paredes do domicílio e percentual relativo por grupos de idosos e grandes regiões. Brasil, 2008.**

Grupos	Material Predominante nas Paredes	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
BPC	Durável	53.946	211.509	158.103	28.334	72.101	523.993
	% por Região	96,60%	96,60%	100,00%	95,80%	99,50%	97,90%
	Não durável	1890	7493	0	1253	386	11022
	% por Região	3,40%	3,40%	0,00%	4,20%	0,50%	2,10%
BPC E OUTRAS RENDAS	Durável	15.007	32.471	22.879	5.785	14.173	90.315
	% por Região	100,00%	98,40%	100,00%	86,80%	100,00%	98,50%
	Não durável	0	526	0	883	0	1409
	% por Região	0,00%	1,60%	0,00%	13,20%	0,00%	1,50%
SEM BPC	Durável	4.449	22.081	11.076	3.666	4.008	45.280
	% por Região	85,90%	90,00%	100,00%	85,00%	100,00%	92,20%
	Não durável	733	2461	0	649	0	3843
	% por Região	14,10%	10,00%	0,00%	15,00%	0,00%	7,80%
UM SALÁRIO MÍNIMO	Durável	298.200	1.852.003	1.987.461	790.617	319.637	5.247.918
	% por Região	96,60%	94,80%	99,60%	98,20%	98,90%	97,40%
	Não durável	10.346	102.185	8.046	14.489	3.518	138.584
	% por Região	3,40%	5,20%	0,40%	1,80%	1,10%	2,60%

Fonte: IBGE/Pnad 2008.

Terceiro indicador, o saneamento, é talvez um dos indicadores sociais mais relevantes e com maior impacto nas condições de saúde da população. Segundo conceito da Organização Mundial de Saúde (1998), o “saneamento é o controle de todos os fatores de meio físico, que exercem ou podem exercer efeitos nocivos sobre o seu bem-estar físico, mental e social”. Como diversas doenças infecciosas e parasitárias têm seu ciclo reprodutivo no meio ambiente, o saneamento básico a sua instalação significa interromper o ciclo de transmissão da doença (BOVOLATO, 2010).

Neste trabalho, o saneamento foi considerado satisfatório quando, de forma simultânea, havia no domicílio rede coletores de esgoto, abastecimento de água proveniente da rede geral de distribuição e o lixo coletado de forma direta ou indireta.

Em termos nacionais, as proporções de domicílios com saneamento satisfatório (abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo) dos idosos com BPC, BPC e outras rendas e um salário mínimo são bastante próximos, em torno de 47%. Mesmo os percentuais desses grupos sendo baixos, são menos de metade das residências, os domicílios sem BPC tem percentual ainda menor, com apenas 20% considerado satisfatório (Tabela 5). Os baixos percentuais de saneamento satisfatório em todos os grupos, mas, principalmente no grupo sem o benefício, mostra a situação de vulnerabilidade e risco às doenças que estão expostos esses idosos (Tabela 5).

**Tabela 5 - Saneamento básico e percentual relativo por grupos de idosos e grandes regiões. Brasil, 2008.**

Grupos	Saneamento Básico	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro oeste	Brasil
BPC	Satisfatório	4.222	82.934	121.546	15.542	30.546	254.790
	% por Região	7,5%	37,7%	76,9%	52,5%	41,6%	47,4%
	Insatisfatório	51.971	137.120	36.557	14.045	42.874	282.567
	% por Região	92,5%	62,3%	23,1%	47,5%	58,4%	52,6%
BPC E OUTRAS RENDAS	Satisfatório	918	15.625	17.143	3.466	7.038	44.190
	% por Região	6,1%	47,4%	72,9%	52,0%	48,5%	47,7%
	Insatisfatório	14.089	17.372	6.373	3.202	7.488	48.524
	% por Região	93,9%	52,6%	27,1%	48,0%	51,5%	52,3%
SEM BPC	Satisfatório	357	3.635	5.675	0	311	9.978
	% por Região	6,90%	14,80%	48,50%	0,00%	7,80%	20,10%
	Insatisfatório	4.825	20.907	6.037	4.315	3.697	39.781
	% por Região	93,10%	85,20%	51,50%	100,00%	92,20%	79,90%
UM SALÁRIO MÍNIMO	Satisfatório	35.657	513.162	1.524.447	338.340	97.167	2.508.773
	% por Região	11,50%	26,20%	76,40%	42,00%	30,00%	46,50%
	Insatisfatório	273.604	1.441.904	471.697	467.365	226.728	2.881.298
	% por Região	88,50%	73,80%	23,60%	58,00%	70,00%	53,50%

Fonte: IBGE/Pnad 2008.

Em termos regionais, a região Norte apresenta os piores resultados com percentuais próximos dos 90% de saneamento insatisfatório em todos os grupos. Por outro lado, os melhores percentuais, que mesmos sendo baixos, pertencem a região Sudeste com proporções de 76% de saneamento satisfatório nos grupos com BPC e um salário mínimo, 72% dos domicílios com BPC e outras rendas e 48% no grupo sem BPC (Tabela 5).

A posse de bens duráveis é, de acordo com as Notas Metodológicas da Pnad (2008), uma forma de mensurar as condições de vida e bem-estar da população. Considera como bens indispensáveis, em 2008, o acesso a iluminação elétrica, telefone fixo, posse de computador, geladeira, televisão em cores e máquina de lavar roupa.

A posse de bens duráveis dos grupos com BPC, BPC e outras rendas e um salário mínimo têm o mesmo percentual nos três grupos citados com 6%. Já os idosos sem BPC têm o menor percentual, com apenas 3% dos idosos com acesso a bens duráveis (Tabela 6, na página a seguir).

Observando os grupos por grandes regiões, os percentuais também são muito parecidos, não havendo diferenças significativas no acesso a bens duráveis, a exceção, dos idosos sem o benefício com percentual bem menor. Destaca-se que a totalidade deste grupo de idosos nas regiões Nordeste, Sul e Centro-Oeste, não tem acesso a bens duráveis (Tabela 6, na página a seguir).

Contudo, quando analisamos por grandes regiões e grupos, invertendo a análise é possível perceber diferenças regionais, independente do grupo. Por exemplo, a região Nordeste apresenta os maiores percentuais de população sem acesso a bens duráveis, independente do grupo a qual pertença os idosos. Por outro lado, a região Sudeste é a que oferece aos idosos os maiores acessos a bens duráveis.

Em síntese, dos quatro indicadores citados que nos fornecessem um panorama geral da estrutura dos domicílios, os idosos com BPC, BPC e outras rendas e um salário mínimo apresentam situações muito parecidas em todos os indicadores. Por outro lado, os idosos sem o benefício são aqueles em situação mais fragilizada, uma vez que apresentam indicadores piores dos que apresentados nos demais grupos. No entanto, vale destacar que mesmo o grupo sem BPC apresentando os piores indicadores, como mencionado, as diferenças entre os grupos são pequenas. Em termos regionais, ressaltam-se as regiões Norte e Nordeste com os maiores percentuais de saneamento básico insuficiente e sem acesso a bens duráveis básicos.

**Tabela 6 - Posse de bens duráveis e percentual relativo por grupos de idosos e grandes regiões. Brasil, 2008.**

Grupos	Posse de Bens Duráveis	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
BPC	Com Acesso	2.176	4.890	15.578	2.491	7.322	32.457
	% por Região	3,9%	2,2%	9,9%	8,4%	10,0%	6,0%
	Sem Acesso	54.017	215.164	142.525	27.096	66.098	504.900
	% por Região	96,1%	97,8%	90,1%	91,6%	90,0%	94,0%
BPC E OUTRAS RENDAS	Com Acesso	548	1.014	2.760	877	1.028	6.227
	% por Região	3,7%	3,1%	11,7%	13,2%	7,1%	6,7%
	Sem Acesso	14.459	31.983	20.756	5.791	13.498	86.487
	% por Região	96,3%	96,9%	88,3%	86,8%	92,9%	93,3%
SEM BPC	Com Acesso	357	0	1.397	0	0	1.754
	% por Região	6,9%	0,0%	11,9%	0,0%	0,0%	3,5%
	Sem Acesso	4.825	24.542	10.315	4.315	4.008	48.005
	% por Região	93,1%	100,0%	88,1%	100,0%	100,0%	96,5%
UM SALÁRIO MÍNIMO	Com Acesso	9.830	42.047	208.535	66.897	18.042	345.351
	% por Região	3,2%	2,2%	10,4%	8,3%	5,6%	6,4%
	Sem Acesso	299.431	1.913.019	1.787.609	738.808	305.853	5.044.720
	% por Região	96,8%	97,8%	89,6%	91,7%	94,4%	93,6%

Fonte: IBGE/Pnad 2008.

### 3.1.2 Características descritivas dos idosos

O segundo grupo de variáveis são alusivos às características pessoais como sexo, raça/cor e anos de estudo. No que se refere à primeira variável, a proporção de pessoas de sexo feminino é maior, tanto entre os beneficiários do BPC, como entre os idosos com um salário mínimo com percentuais de 66% e 62%, respectivamente. No grupo de idosos com BPC e outras rendas, há uma inversão, sendo sua maioria composta por homens com proporção de 52% (Tabela 7).

Regionalmente, as maiores proporções de mulheres estão na região Sudeste com 75% no grupo com BPC, 65% no grupo com um salário mínimo e 60% dentre os idosos com BPC e outras rendas. Os menores percentuais estão na região Norte, a exceção do grupo sem BPC que tem na região Sul a menor proporção de pessoas do sexo feminino.

**Tabela 7 - Sexo e percentual relativo por grupos de idosos e grandes regiões. Brasil, 2008.**

Grupos	Sexo	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
BPC	Masculino	25.534	82.017	38.841	7.531	30.249	184.172
	% por Região	45%	37%	25%	25%	41%	34%
	Feminino	30.659	138.037	119.262	22.056	43.171	353.185
	% por Região	55%	63%	75%	75%	59%	66%
BPC E OUTROS REND.	Masculino	10.001	16.662	9.318	3.423	8.389	47.793
	% por Região	67%	50%	40%	51%	58%	52%
	Feminino	5.006	16.335	14.198	3.245	6.137	44.921
	% por Região	33%	50%	60%	49%	42%	48%
SEM BPC	Masculino	2.311	11.942	5.367	3.250	2.060	24.930
	% por Região	45%	49%	46%	75%	51%	50%
	Feminino	2.871	12.600	6.345	1.065	1.948	24.829
	% por Região	55%	51%	54%	25%	49%	50%
UM SALÁRIO MÍNIMO	Masculino	126.368	777.687	705.135	302.498	132.997	2.044.685
	% por Região	41%	40%	35%	38%	41%	38%
	Feminino	182.893	1.177.379	1.291.009	503.207	190.898	3.345.386
	% por Região	59%	60%	65%	62%	59%	62%

Fonte: IBGE/Pnad 2008.

Na questão raça/cor, em nível nacional, os idosos que se autodeclararam não brancos são a maioria em todos os grupos, com destaque para o grupo sem BPC com a maior proporção (71%)<sup>†</sup>. A região Norte apresenta os maiores percentuais de idosos não brancos em todos os grupos, à exceção dos idosos sem BPC que neste caso tem maior proporção na região Nordeste. Em contraposição, os idosos que se autodeclararam brancos apresentam as maiores proporções na região Sul, chegando a atingir 93% no grupo BPC e outras rendas (Tabela 8).

Constata-se que a distribuição de raça/cor segue a nacional nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste nos grupos com BPC, BPC e outras rendas e um salário mínimo. Ou melhor, na região Norte, 74% dos idosos com 65 anos ou mais se autodeclararam não brancos, percentual muito próximo dos idosos com BPC (74%), BPC e outras rendas (78%) e um salário mínimo (78%) (Anexo 1).

<sup>†</sup> A informação sobre raça/cor tem origem nos dados da PNAD 2008 é baseada em autodeclaração do informante, tendo como referência a cor da pele, de acordo com as seguintes alternativas: branco, preto, pardo, amarelo, além da categoria indígena. Para esta pesquisa, optou-se em agregar a população em dois grupos: brancos e não brancos. O grupo de não brancos é formado pela população que se autodeclarou como parda, negra, amarela e à indígena. O grupo dos brancos é composto somente pelas pessoas que se autodeclararam como brancas

**Tabela 8 - Raça/cor e percentual relativo por grupos de idosos e grandes regiões. Brasil, 2008.**

Grupos	Raça/Cor	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
BPC	Branços	14.218	67.118	83.686	20.451	33.032	218.505
	% por Região	25,30%	30,50%	52,90%	69,10%	45,00%	40,70%
	Não brancos	41.975	152.936	74.417	9.136	40.388	318.852
	% por Região	74,70%	69,50%	47,10%	30,90%	55,00%	59,30%
BPC E OUTRAS RENDAS	Branços	3.250	9.046	14.012	6.212	7.058	39.578
	% por Região	21,70%	27,40%	59,60%	93,20%	48,60%	42,70%
	Não brancos	11.757	23.951	9.504	456	7.468	53.136
	% por Região	78,30%	72,60%	40,40%	6,80%	51,40%	57,30%
SEM BPC	Branços	1.278	2.124	5.811	2.600	1.328	13.141
	% por Região	24,70%	8,70%	49,60%	60,30%	33,10%	26,40%
	Não brancos	3.375	21.891	5.901	1.715	2.680	35.562
	% por Região	65,10%	89,20%	50,40%	39,70%	66,90%	71,50%
UM SALÁRIO MÍNIMO	Branços	67.715	627.704	1.176.822	634.030	139.182	2.645.453
	% por Região	21,90%	32,10%	59,00%	78,70%	43,00%	49,10%
	Não brancos	241.546	1.327.362	819.322	171.675	184.713	2.744.618
	% por Região	78,10%	67,90%	41,00%	21,30%	57,00%	50,90%

Fonte: IBGE/Pnad 2008.

A educação é outra variável importante na determinação da exclusão social e acesso ao bem-estar. Considerando a escrita como forma de expressão e de comunicação, não saber ler impossibilita o acesso ao mundo do conhecimento, tornando mais difícil a relação com o mundo do produtivo e, por consequência, com a própria sobrevivência (PERES, 2011).

Ainda segundo Peres (2011), a produção econômica estruturou a educação para atender seus interesses e demandas, preparando assim, crianças e adolescentes para ser, quando adultos, um trabalhador a assumirem funções específicas dentro da esfera produtiva.

Nesta perspectiva, aqueles nascidos nas décadas de 30 e 40, anteriores, portanto, as principais alterações no mundo do trabalho ocorridas a partir das décadas de 60 e 70 e intensificadas nos anos de 80/90 que demandou um trabalhador mais instruído e informado propiciando um intenso movimento de reformas educacionais, tiveram acesso à escola bastante restrito, o que explica a elevada proporção de idosos sem instrução (FERRETTI, 2002).

Quanto a variáveis anos de estudo, ao contrapor os idosos com 65 anos ou mais e os idosos associados aos grupos, se revelam diferenças percentuais importantes entre esses dois conjuntos. Segundo a Pnad (2008), 36% dos idosos com 65 anos ou mais não têm instrução ou têm menos de um ano de estudo (Anexo 1), logo os grupos de idosos, BPC, BPC e outras rendas, sem BPC e 1 Salário mínimo têm percentuais bem acima. Destaque para os grupos de idosos com BPC e sem BPC com percentuais de 58% e 60% respectivamente (Tabela 9, na página a seguir).

Ao confrontar os grupos entre si, os idosos sem BPC apresentam as maiores proporções de sem instrução ou menos de um ano em três das cinco regiões: Norte com 63%, Nordeste com 77%, e Centro-Oeste com 69%. Nas demais regiões, Sudeste e Sul têm os maiores percentuais de idosos sem instrução são os que pertencem ao grupo com BPC com percentuais de 50% e 45% na devida ordem (Tabela 9, na página a seguir).

**Tabela 9 - Anos de estudo e percentual relativo por grupos de idosos e por grandes regiões. Brasil, 2008.**

Grupos	Anos de Estudo	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste	Brasil
BPC	Sem Instrução e menos de 01 ano	34.960	144.016	79.662	13.572	41.694	313.904
	% por Região	62,20%	65,40%	50,40%	45,90%	56,80%	58,40%
	1 a 3 anos	12.359	35.117	43.045	8.678	12.159	111.358
	% por Região	22,00%	16,00%	27,20%	29,30%	16,60%	20,70%
	4 a 7 anos	7.179	29.165	29.494	5.862	14.468	86.168
	% por Região	12,80%	13,30%	18,70%	19,80%	19,70%	16,00%
	8 a 10 anos	436	6.279	5.266	1.475	1.961	15.417
	% por Região	0,80%	2,90%	3,30%	5,00%	2,70%	2,90%
BPC E OUTROS REND.	11 anos ou mais	1.259	5.477	636	0	3.138	10.510
	% por Região	2,20%	2,50%	0,40%	0,00%	4,30%	2,00%
	Sem Instrução e menos de 01 ano	7.461	17.951	9.901	3.201	5.731	44.245
	% por Região	49,70%	54,40%	42,10%	48,00%	39,50%	47,70%
	1 a 3 anos	4.292	9.025	7.784	1.483	3.373	25.957
	% por Região	28,60%	27,40%	33,10%	22,20%	23,20%	28,00%
	4 a 7 anos	2.632	3.888	5.195	1.756	4.661	18.132
	% por Região	17,50%	11,80%	22,10%	26,30%	32,10%	19,60%
	8 a 10 anos	0	1.677	0	228	225	2.130
	% por Região	0,00%	5,10%	0,00%	3,40%	1,50%	2,30%
	11 anos ou mais	622	456	636	0	536	2.250
	% por Região	4,10%	1,40%	2,60%	0,0%	3,70%	2,40%

(Continua)

**Tabela 9 – Anos de estudo e percentual relativo por grupos de idosos e grandes regiões. Brasil, 2008.**

(Continuação)

Grupos	Anos de Estudo	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste	Brasil
SEM BPC	Sem Instrução e menos de 01 ano	3.269	18.971	3.974	1.298	2.774	30.286
	% por Região	63,10%	77,30%	33,90%	30,10%	69,20%	60,90%
	1 a 3 anos	1.010	1.832	1.108	2.362	612	6.924
	% por Região	19,50%	7,50%	9,50%	54,70%	15,30%	13,90%
	4 a 7 anos	545	3.511	4.353	655	622	9.686
	% por Região	10,50%	14,30%	37,20%	15,20%	15,50%	19,50%
	8 a 10 anos	358	0	0	0	0	358
	% por Região	6,90%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,70%
	11 anos ou mais	0	228	2.277	0	0	2.505
	% por Região	0,00%	0,90%	19,40%	0,00%	0,00%	5,00%
1 SALÁRIO MÍNIMO	Sem Instrução e menos de 01 ano	181.845	1.281.204	864.618	291.527	177.575	2.796.769
	% por Região	58,80%	65,50%	43,30%	36,20%	54,80%	51,90%
	1 a 3 anos	61.733	339.294	486.653	243.065	74.739	1.205.484
	% por Região	20,00%	17,40%	24,40%	30,20%	23,10%	22,40%
	4 a 7 anos	48.547	246.494	496.304	228.082	55.121	1.074.548
	% por Região	15,70%	12,60%	24,90%	28,30%	17,00%	19,90%
	8 a 10 anos	9.739	50.789	88.756	27.984	10.609	187.877
	% por Região	3,10%	2,60%	4,40%	3,50%	3,30%	3,50%
	11 anos ou mais	6.878	33.834	52.951	13.108	5.539	112.310
	% por Região	2,39%	1,86%	2,89%	1,87%	1,81%	2,27%

Fonte: IBGE/Pnad 2008.

Nota: No grupo com um salário mínimo, há 998 casos na região Nordeste e 2.246 na região Sudeste não determinados.

Relacionando raça/cor com anos de estudo, fica evidente que os idosos autodeclarados não brancos têm os piores níveis de estudo em todos os grupos. Na faixa de sem instrução ou com menos de um ano de estudo, os não brancos são 60% nos grupos BPC e outras rendas e com um salário mínimo, 65% no grupo BPC e 84% no sem BPC. Na outra ponta, os idosos brancos são maioria na faixa de 15 anos ou mais de estudo em todos os grupos (Tabela 10).

**Tabela 10 – Raça/Cor e percentual relativo por anos de estudo por grupos de idosos. Brasil, 2008.**

. Grupos	Raça/Cor	Sem instrução ou menos de 1 ano	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 10 anos	11 a 14 anos	15 anos ou mais	Brasil
BPC	Branços	109.547	51.182	42.454	7.960	6.781	581	218.505
	% por Região	34,9%	46,0%	49,3%	51,6%	71,9%	53,8%	40,7%
	Não brancos	204.357	60.176	43.714	7.457	2.649	499	318.852
	% por Região	65,1%	54,0%	50,7%	48,4%	28,1%	46,2%	59,3%
BPC e outras rendas	Branços	17.427	11.548	7.817	1.449	701	636	39.578
	% por Região	39,4%	44,5%	43,1%	68,0%	49,1%	77,3%	42,7%
	Não brancos	26.818	14.409	10.315	681	726	187	53.136
	% por Região	60,6%	55,5%	56,9%	32,0%	50,9%	22,7%	57,3%
Sem BPC*	Branços	3.545	2.219	5.752	0	1.625	0	13.141
	% por Região	11,7%	32,0%	59,4%	0,0%	64,9%	0,00%	26,4%
	Não brancos	25.685	4.705	3.934	358	880	0	35.562
	% por Região	84,8%	68,0%	40,6%	100,0%	35,1%	0,0%	71,5%
Um salário mínimo**	Branços	1.117.617	675.318	648.675	109.936	83.715	8.206	2.645.453
	% por Região	40,0%	56,0%	60,4%	58,5%	74,5%	83,4%	49,1%
	Não brancos	1.679.152	530.166	425.873	77.941	28.595	1.633	2.744.618
	% por Região	60,0%	44,0%	39,6%	41,5%	25,5%	16,6%	50,9%

Fonte: IBGE/Pnad 2008.

Nota: No grupo Sem BPC 1.056 idosos não declaram raça/cor e no grupo de um salário mínimo 3.244 idosos não declararam os anos de estudo.

Em resumo, dos três indicadores relativos às características pessoais dos idosos (sexo, raça/cor e anos de estudo), apontam para um público feminino mais amplo tanto para as beneficiárias do BPC como para as idosas que recebem um salário mínimo. O maior percentual de mulheres que recebem o benefício pode ser em decorrência de uma excessiva dificuldade de acessar o mercado de trabalho formal, fazendo com que as idosas sejam as que mais requerem o benefício sócio assistencial (CAMARANO; PASINATO, 2002).

Quanto a raça/cor os idosos não brancos são maioria em todos os grupos, o que difere dos idosos com 65 anos ou mais que apresenta, em nível nacional uma maior proporção de brancos (Anexo 1). No que se refere aos anos de estudo, todos os grupos, e em todas as regiões a exceção da região Sul no grupo sem BPC apresentam os maiores percentuais em sem instrução e menos de um ano. O destaque é o grupo sem BPC, com as maiores proporções de sem instrução e com um ano em três das cinco regiões: Nordeste, Norte e Centro-Oeste (Tabela 10).

### 3.1.3 Características descritivas das famílias

Segundo Camarano e Ghaouri (2003), os idosos muitas vezes são considerados vulneráveis por não participarem do processo produtivo e por terem sua saúde comprometida em virtude da idade mais avançada. Em consequência tem sua autonomia prejudicada pela renda muitas vezes insuficiente e pela saúde. Por não termos legado nas políticas públicas dos cuidados institucionais, recaí sobre a família a responsabilidade pelos cuidados, criando assim uma associação entre dependência e coresidência (CAMARANO, 2004b).

São com essas referências que o terceiro grupo de indicadores será analisado. O primeiro indicador informa o número de moradores, o segundo o tipo de família e o terceiro a posição do idoso na família.

Quanto ao primeiro indicador, os resultados mostram que os idosos dos grupos com BPC e sem BPC apresentam percentual de 4 ou mais moradores de 38% e 44% respectivamente (Tabela 11), proporção superior a totalidade dos idosos com 65 anos ou mais no Brasil com percentual de 29% (Anexo 1). Uma possível explicação para o alto número de moradores pode ser em decorrência das estratégias de sobrevivência das famílias. Segundo Paulo et al. (2013), a renda tem grande destaque nos determinantes dos arranjos familiares existindo na literatura duas alternativas: uma forma seria de incentivo aos idosos a independência optando por morarem sozinhos e de outra, principalmente em situações de pobreza, a renda atrairia familiares motivados em compartilhar o benefício.

No caso aqui descrito, a alta proporção de idosos residentes em domicílios com 4 ou mais moradores reforça a hipótese de que em situações de pobreza, a renda pode ser um elemento importante de fomento no compartilhamento do domicílio e, conseqüentemente, da renda.

Outro destaque são os percentuais mais elevados nos grupos BPC e outras rendas e sem BPC dos domicílios com apenas um morador, com 22% em ambos os grupos (Tabela 11), superiores, a nível nacional, dos idosos com 65 anos ou mais com percentual de 15%, segundo Pnad de 2008 (Anexo 1).

Apesar dos resultados entre os dois grupos serem iguais e parecerem contraditórios, a hipótese é de que os motivos pelo alto percentual de idosos morando sozinhos sejam diferentes. No caso do grupo com renda extra, pode ser elemento significativo para a independência; já o grupo de idosos sem BPC, a não renda pode causar um resultado inverso e, portanto, o não incentivo ao compartilhamento. No que concerne ao tipo de família, casal com filhos é o que apresenta a maior proporção no grupo de idosos com BPC. Esse tipo de

família difere ao verificado entre idosos com 65 anos ou mais no Brasil que, segundo Pnad (2008), tem como maior percentual o tipo de família de casal sem filhos (Anexo 1). Uma suposição a ser verificada, é a dependência dos mais jovens, em situação de desemprego, por exemplo, que passam a depender da renda do idoso (HERNANDES; DOMINGUES, 2012).

**Tabela 11 - Número de moradores e percentual relativo por grupos de idosos e grandes regiões. Brasil, 2008.**

Grupos	Regiões	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
BPC	Mora sozinho	6.982	25.937	17.555	3.965	9.469	63.908
	% por Região	12,40%	11,80%	11,10%	13,40%	12,90%	11,90%
	2 moradores	12.719	47.437	49.813	9.700	20.674	140.343
	% por Região	22,60%	21,60%	31,50%	32,80%	28,20%	26,10%
	3 moradores	10.060	31.090	34.188	3.980	14.387	93.705
	% por Região	17,90%	14,10%	21,60%	13,50%	19,60%	17,40%
	4 ou moradores	26.432	115.590	56.547	11.942	28.890	239.401
	% por Região	47,00%	52,50%	35,80%	40,40%	39,30%	44,60%
BPC E OUTROS REND.	Mora sozinho	2.445	5.728	8.329	1.891	2.570	20.963
	% por Região	16,30%	17,40%	35,40%	28,40%	17,70%	22,60%
	2 moradores	2.896	6.573	5.916	1.766	4.233	21.384
	% por Região	19,30%	19,90%	25,20%	26,50%	29,10%	23,10%
	3 moradores	3.397	10.203	2.272	417	4.530	20.819
	% por Região	22,60%	30,90%	9,70%	6,30%	31,20%	22,50%
	4 ou mais moradores	6.269	10.493	6.999	2.594	3.193	29.548
	% por Região	41,80%	31,80%	29,80%	38,90%	22,00%	31,90%
SEM BPC	Mora sozinho	1.278	4.852	3.553	1.303	311	11.297
	% por Região	24,70%	19,80%	30,30%	30,20%	7,80%	22,70%
	2 moradores	545	2.625	3.883	649	2.218	9.920
	% por Região	10,50%	10,70%	33,20%	15,00%	55,30%	19,90%
	3 moradores	529	7.649	1.623	0	0	9.801
	% por Região	10,20%	31,20%	13,90%	0,00%	0,00%	19,70%
	4 ou mais moradores	2.830	9.416	2.653	2.363	1.479	18.741
	% por Região	54,60%	38,40%	22,70%	54,80%	36,90%	37,70%
1 SALÁRIO MÍNIMO	Mora sozinho	34.525	261.884	335.576	125.351	46.168	803.504
	% por Região	11,20%	13,40%	16,80%	15,60%	14,30%	14,90%
	2 moradores	70.962	540.104	748.510	342.263	125.293	1.827.132
	% por Região	22,90%	27,60%	37,50%	42,50%	38,70%	33,90%
	3 moradores	75.390	418.157	396.839	159.474	61.659	1.111.519
	% por Região	24,40%	21,40%	19,90%	19,80%	19,00%	20,60%
	4 ou mais moradores	128.384	734.921	515.219	178.617	90.775	1.647.916
	% por Região	41,50%	37,60%	25,80%	22,20%	28,00%	30,60%

Fonte: IBGE/Pnad 2008.

Outro ponto a ser destacado são os altos percentuais de outros tipos de famílias nos grupos BPC e outras rendas com 38% e sem BPC com 33%, percentual este superior para este tipo de família entre os idosos com 65 anos ou mais que atingem 27%. Estas famílias podem ser de idosos morando com noras/genros ou netos (Tabela 12). Aqui a hipótese é a pouca autonomia dos idosos, sendo a coresidência com noras, genros e/ou netos, utilizada como estratégia para sobrevivência.

**Tabela 12 - Tipo de família e percentual relativo por grupos de idosos e grandes regiões. Brasil, 2008.**

Grupos	Tipos de Famílias	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
BPC	Casal sem Filhos	17.022	42.489	44.664	7.866	22.330	134.371
	% por Região	30,30%	19,30%	28,20%	26,60%	30,40%	25,00%
	Casal com Filhos	19.762	81.460	37.766	8.349	22.435	169.772
	% por Região	35,20%	37,00%	23,90%	28,20%	30,60%	31,60%
	Mãe com Filhos	6.690	39.786	32.352	4.609	8.762	92.199
	% por Região	11,90%	18,10%	20,50%	15,60%	11,90%	17,20%
	Outros Tipos de Famílias	12.719	56.319	43.321	8.763	19.893	141.015
	% por Região	22,60%	25,60%	27,40%	29,60%	27,10%	26,20%
BPC E OUTROS REND.	Casal sem Filhos	2.911	5.800	1.509	1.111	6.835	18.166
	% por Região	19,40%	17,60%	6,40%	16,70%	47,10%	19,60%
	Casal com Filhos	5.826	6.449	6.983	1.949	1.918	23.125
	% por Região	38,80%	19,50%	29,70%	29,20%	13,20%	24,90%
	Mãe com Filhos	1.988	8.061	2.698	1.300	2.400	16.447
	% por Região	13,20%	24,40%	11,50%	19,50%	16,50%	17,70%
	Outros Tipos de Famílias	4.282	12.687	12.326	2.308	3.373	34.976
	% por Região	28,50%	38,40%	52,40%	34,60%	23,20%	37,70%
SEM BPC	Casal sem Filhos	358	5.131	2.005	1.947	2.733	12.174
	% por Região	6,90%	20,90%	17,10%	45,10%	68,20%	24,50%
	Casal com Filhos	2.058	8.453	3.230	648	739	15.128
	% por Região	39,70%	34,40%	27,60%	15,00%	18,40%	30,40%
	Mãe com Filhos	943	3.175	1.031	417	225	5.791
	% por Região	18,20%	12,90%	8,80%	9,70%	5,60%	11,60%
	Outros Tipos de Famílias	1.823	7.783	5.446	1.303	311	16.666
	% por Região	35,20%	31,70%	46,50%	30,20%	7,80%	33,50%
1 SALÁRIO MÍNIMO	Casal sem Filhos	98.577	568.982	615.766	345.181	121.768	1.750.274
	% por Região	31,90%	29,10%	30,80%	42,80%	37,60%	32,50%
	Casal com Filhos	87.919	603.174	431.429	174.459	69.645	1.366.626
	% por Região	28,40%	30,90%	21,60%	21,70%	21,50%	25,40%
	Mãe com Filhos	45.980	283.291	341.049	70.052	50.153	790.525
	% por Região	14,90%	14,50%	17,10%	8,70%	15,50%	14,70%
	Outros Tipos de Famílias	76.785	499.619	607.900	216.013	82.329	1.482.646
	% por Região	24,80%	25,60%	30,50%	26,80%	25,40%	27,50%

Fonte: IBGE/Pnad 2008.

O terceiro indicador, referente a condições na família, também pode ser analisado como índice de maior ou menor dependência e autonomia, uma vez que geralmente são considerados pessoas de referência aquelas com maior renda.

A Tabela 13 mostra que o grupo com BPC e outras rendas tem os maiores percentuais com os idosos como referência no domicílio. Isso talvez possa ser um indicativo de que a renda extra seja importante para a autonomia financeira.

Outro dado significativo é o alto percentual de outro parente entre aqueles que recebem o BPC com 21%, indicando que talvez somente a benefício sócio-assistencial não seja suficiente para que esses idosos conquistem sua autonomia financeira.

**Tabela 13 - Condição na família e percentual relativo por grupos de idosos e por grandes regiões. Brasil, 2008.**

Grupos	Condição na Família	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste	Brasil
BPC	Pessoa de Referência	30.983	129.923	79.235	15.452	36.064	291.657
	% por Região	55,10%	59,00%	50,10%	52,20%	49,10%	54,30%
	Cônjuge	13.518	40.087	37.332	6.749	19.221	116.907
	% por Região	24,10%	18,20%	23,60%	22,80%	26,20%	21,80%
	Filho	226	2.078	620	0	0	2.924
	% por Região	0,40%	0,90%	0,40%	0,00%	0,00%	0,50%
	Outro Parente	10.263	44.756	38.023	7.386	17.021	117.449
	% por Região	18,30%	20,30%	24,00%	25,00%	23,20%	21,90%
BPC E OUTROS REND.	Agregado	1.203	2.458	2.893	0	1.114	7.668
	% por Região	2,10%	1,10%	1,80%	0,00%	1,50%	1,40%
	Pessoa de Referência	11.696	26.436	18.271	5.140	11.550	73.093
	% por Região	77,90%	80,10%	77,70%	77,10%	79,50%	78,80%
	Cônjuge	1.577	2.555	1.608	655	2.398	8.793
	% por Região	10,50%	7,70%	6,80%	9,80%	16,50%	9,50%
	Filho	0	0	0	0	0	0
	% por Região	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
SEM BPC	Outro Parente	1.734	3.553	3.001	873	578	9.739
	% por Região	11,60%	10,80%	12,80%	13,10%	4,00%	10,50%
	Agregado	0	227	636	0	0	863
	% por Região	0,00%	0,70%	2,70%	0,00%	0,00%	0,90%
	Pessoa de Referência	2.587	16.306	8.711	3.018	1.512	32.134
	% por Região	49,90%	66,40%	74,40%	69,90%	37,70%	64,60%
	Cônjuge	1.351	6.414	1.744	648	2.496	12.653
	% por Região	26,10%	26,10%	14,90%	15,00%	62,30%	25,40%
1 SALÁRIO MÍNIMO	Filho	0	0	0	0	0	0
	% por Região	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	Outro Parente	1.244	1.822	1.257	649	0	4.972
	% por Região	24,00%	7,40%	10,70%	15,00%	0,00%	10,00%
	Agregado	0	0	0	0	0	0
	% por Região	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	Pessoa de Referência	172.680	1.181.329	1.189.706	429.802	193.451	3.166.968
	% por Região	55,80%	60,40%	59,60%	53,30%	59,70%	58,80%
Cônjuge	72.243	495.014	437.811	242.217	71.177	1.318.462	
% por Região	23,40%	25,30%	21,90%	30,10%	22,00%	24,50%	
Filho	272	3.295	4.260	654	932	9.413	
% por Região	0,10%	0,20%	0,20%	0,10%	0,30%	0,20%	
Outro Parente	63.113	264.092	353.332	127.442	56.985	864.964	
% por Região	20,40%	13,50%	17,70%	15,80%	17,60%	16,00%	
Agregado	953	11.336	11.035	5.590	1.350	30.264	
% por Região	0,30%	0,60%	0,60%	0,70%	0,40%	0,60%	

Fonte: IBGE/Pnad 2008.

Para tentar sintetizar os três indicadores comentados acima, foi construída uma quarta tabela, partindo do pressuposto de que os idosos com menos dependência financeira ou de saúde residam em domicílios de idosos, em contrapartida, aqueles com pouca autonomia financeira ou com maior comprometimento de saúde residam em domicílios com idosos. Com efeito, assume-se que idosos com menos dependência financeira ou de saúde residam em *domicílios de idosos*, em contrapartida, aqueles com pouca autonomia financeira ou com um maior comprometimento de saúde residam em *domicílios com idosos* (CAMARANO et al, 2004).

Ou melhor, a suposição colocada é de que a família é percebida como espaço de ajuda na busca do bem-estar coletivo à população idosa, fazendo assim surgir arranjos familiares diversos (CAMARANO et al, 2004).

Em domicílios onde idosos residam, os arranjos familiares esperados são do tipo casal, casal com filhos ou idosos morando sós. O estado conjugal e a independência dos filhos marcada pela saída de casa são determinantes importantes desses tipos de arranjos familiares. Esses tipos de arranjo pressupõem autonomia física, mental e financeira, pelo menos do chefe da família. Quando não há autonomia, a co-residência ou mesmo a ampliação das famílias pode ser uma estratégia familiar utilizada para beneficiar as gerações mais velhas, como também as mais novas (CAMARANO et al, 2004).

A Tabela 14, na página a seguir, revela que dentre os quatro grupos analisados, os idosos com BPC e outras renda apresentam os maiores percentuais de *domicílios de idosos*, com 87%. O segundo grupo com mais idosos em *domicílios de idosos* é o daqueles que recebem um salário mínimo, com 83%, seguido dos idosos com BPC; por último e, portanto, com a maior dependência, são os idosos sem BPC com 71%.

Segundo Camarano et al. (2004), não são apenas os idosos os favorecidos com a coresidência, muitas vezes as transferências intergeracionais acontecem no sentido contrário, ou seja, com o alto desemprego entre os jovens, a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, e a melhor situação financeira dos idosos, resultado da universalização dos benefícios previdenciários ou assistenciais, faz com que muitas vezes que a transferência se dê do idoso para o jovem. Portanto, a coresidência é uma forma encontrada de apoio informal que pode beneficiar tanto os idosos como os mais jovens.

**Tabela 14 - Tipo de domicílio e percentual relativo por grupos de idosos e por grandes regiões. Brasil, 2008.**

Grupos	Tipo de Domicílio	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro oeste	Brasil
BPC	Domicílios de idosos	43.890	166.423	119.348	21.139	55.887	406.687
	% por Região	78,1%	75,6%	75,5%	71,4%	76,1%	75,7%
	Domicílios com idosos	12.303	53.631	38.755	8.448	17.533	130.670
	% por Região	21,9%	24,4%	24,5%	28,6%	23,9%	24,3%
BPC E OUTRAS RENDAS	Domicílios de idosos	12.800	29.298	19.771	6.013	12.439	80.321
	% por Região	85,3%	88,8%	84,1%	90,2%	85,6%	86,6%
	Domicílios com idosos	2.207	3.699	3.745	655	2.087	12.393
	% por Região	14,7%	11,2%	15,9%	9,8%	14,4%	13,4%
SEM BPC	Domicílios de idosos	2.587	18.575	8.711	3.667	2.176	35.716
	% por Região	49,9%	75,7%	74,4%	85,0%	54,3%	71,8%
	Domicílios com idosos	2.595	5.967	3.001	648	1.832	14.043
	% por Região	50,1%	24,3%	25,6%	15,0%	45,7%	28,2%
1 SALÁRIO MÍNIMO	Domicílios de idosos	245.615	1.664.129	1.677.598	670.089	263.127	4.520.558
	% por Região	79,4%	85,1%	84,0%	83,2%	81,2%	83,9%
	Domicílios com idosos	63.646	290.937	318.546	135.616	60.768	869.513
	% por Região	20,6%	14,9%	16,0%	16,8%	18,8%	16,1%

Fonte: IBGE/Pnad 2008.

## 3.2 Análise da expectativa de vida saudável dos idosos pertencentes aos grupos BPC, BPC e outras rendas, sem BPC e um salário mínimo

### 3.2.1 Brasil

Nas últimas décadas a expectativa de vida tem aumentado significativamente no Brasil, no entanto, isso não significa que não existam diferenças de morbidade e mortalidade entre as cinco regiões brasileiras em consequência dos distintos estágios no desenvolvimento social e econômico.

Ademais, o aumento da extensão da vida não implica necessariamente na melhora no estado de saúde da população, posto que, o aumento da expectativa de vida pode vir acompanhado tanto de boa saúde como de má saúde (MARTIN, ESNAOLA, 2014).

Entre os diversos fatores que têm sido pesquisados e relacionados a saúde, como educação, nutrição, bens de consumo, saneamento básica e qualidade da habitação, entre

outros, as desigualdades na renda têm sido muito examinadas. Autores como Case (2004), Crimmins e Cambois (2003) e Martin e Esnaola (2014) têm apontado uma relação positiva entre renda e saúde. Por outro lado, outros estudos apontam que a força dessa associação diminui ou mesmo desaparece entre aqueles com idades mais avançadas (LIMA-COSTA et al., 2003).

Para obter um quadro mais preciso da saúde da população e verificar se o Benefício de Prestação Continuada – BPC entre os idosos com 65 anos ou mais tem contribuído para melhor a saúde, foram construídas seis tabelas, que apresentam as diferenças na expectativa de vida entre homens e mulheres e as respectivas expectativas de vida saudável no Brasil e nas cinco grandes regiões brasileiras.

A tabela 15 apresenta as expectativas de vida total no Brasil, e a expectativa de vida saudável, para os idosos e idosas com BPC, com BPC e outras rendas, sem BPC e para aqueles e aquelas com renda de um Salário mínimo.

Na comparação entre homens e mulheres, há vantagem na expectativa de vida para as mulheres com uma diferença máxima de 3 anos na faixa etária de 65 anos+. À medida que se avança nas faixas etárias essa diferença vai diminuindo, passando dos 3 anos da primeira faixa etária para 1,4 anos na última faixa etária. Diversos fatores como diferenças biológicas, sociais e culturais têm sido apontados para explicar a vantagem feminina na mortalidade (BELON; LIMA; BARROS, 2014). O argumento biológico na vantagem feminina na expectativa de vida, em favor das mulheres, é em grande parte devido a diferenças de mortalidade, uma vez que há maior incidência de doenças não fatais, mas incapacitantes entre as mulheres, já os homens têm maior prevalência de doenças fatais e doenças crônicas fortemente relacionadas a mortalidade (PONGIGLIONE, STAVOLA, PLOUBIDIS, 2015).

Quanto as diferenças sociais e culturais, Pedreira et al. (2016), sustentam que a expectativa de vida mais extensa entre as mulheres pode ser explicada por adoção de hábitos mais saudáveis, menor exposição à riscos e a maior busca por serviços médicos em estágios iniciais da doença.

Com relação a expectativa de vida saudável, as mulheres também têm vantagens em relação aos homens em três dos quatro grupos de renda pesquisados, tanto em números de anos como em proporção. Somente no grupo BPC e outras rendas, há pequena vantagem para os homens com uma diferença que vai de 0,1 anos na faixa etária de 65+ até 1,3 na faixa etária de 80+.

Já entre as mulheres as maiores expectativas de vida saudável estão entre aquelas sem BPC, com 7,8 anos na faixa dos 65 anos+ o que representa 42% do total da expectativa de

vida com 65+. Na faixa etária de 70+ a proporção diminui para 36%, mas volta a subir nas duas faixas posteriores, com 43% e 49% respectivamente. Destaca-se uma alta proporção da expectativa de vida saudável nesse grupo, que chega a seu ponto máximo, quase 50%, na faixa etária de 80+. Segundo Belon, Lima e Barros (2014), a maior percepção de boa saúde nas idades avançadas pode ser indício do bem-estar emocional ou mesmo da dificuldade dos idosos desse grupo em avaliar a própria saúde em decorrência da dificuldade no acesso a equipamentos de saúde.

Nos demais grupos de renda, as expectativas de vida saudável, entre as mulheres, são praticamente as mesmas entre os grupos com BPC, BPC e outras rendas e um salário mínimo, não apresentando diferenças expressivas. Nos três grupos, as idosas com 65+ apresentam a mesma expectativa de vida saudável, com 5,9 anos; na faixa etária seguinte, as idosas com BPC têm uma ligeira vantagem, com expectativa de vida saudável 0,1 ano superior às idosas com um salário mínimo e 0,3 ano em relação às idosas com BPC e outras rendas. Nas demais faixas etárias, as diferenças não aumentam, apresentando uma distância não superior a 0,3 ano.

Entre os homens, o mesmo padrão se estabelece, sendo o grupo de idosos sem BPC com a maior expectativa de vida saudável, mas menor quando comparado às mulheres. Na faixa de 65+, os homens têm 6,5 anos de expectativa de vida saudável, 6 anos na faixa seguinte, caindo de forma mais abrupta na faixa etária posterior com 3,7 anos até a última faixa com 2,5 anos de expectativa de vida saudável.

Os homens de 65+ que receberam BPC e outras rendas apresentam a segunda maior expectativa de vida saudável com 6,0 anos, o que representa 38% do total da expectativa de vida com 65 anos+. Nas faixas etárias de 70 e 80+ a proporção da expectativa de vida saudável é muito próxima, em torno de 37%, pouco acima dos 33% da faixa etária de 75+.

Já o grupo de idosos com a terceira maior expectativa de vida saudável é daquele com renda de um salário mínimo, mas com muita semelhança com grupo de idosos com BPC. Se os idosos com renda de um salário mínimo têm expectativa de vida saudável aos 65+ de 4,4, os idosos com BPC tem expectativa de vida saudável de 4,1. Nas demais faixas etárias a variação máxima entre esses dois grupos é de apenas 0,3, como está demonstrado na última coluna da Tabela 15, na página a seguir. Como consequência da proximidade da expectativa de vida saudável entre os dois grupos, a proporção de expectativa de vida saudável nas faixas etárias não poderia ser distante, com uma variação máxima entre os dois grupos de 1,9% na faixa etária de 65+.

**Tabela 15 - Expectativa de vida restante na idade x+, expectativa de vida saudável e percentual de anos com expectativa de vida saudável por grupos de renda. Brasil, 2008.**

Região	Grupos	Idade	Expectativa de Vida Restante à Idade x+		Expectativa de Vida Saudável		Percentual em Anos da Expectativa de Vida Saudável à Idade x+		Variação em Expectativa de Vida Saudável. Com BPC vs. Sem BPC	
			Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Brasil	Com BPC	65+	15,6	18,7	4,1	5,9	26,2	31,6	ref.	ref.
		70+	12,6	15,1	3,4	4,5	26,9	29,8	ref.	ref.
		75+	10,0	11,9	2,5	3,3	25,1	27,6	ref.	ref.
		80+	7,8	9,2	1,8	2,0	23,1	21,7	ref.	ref.
	Com BPC e outras Rendas	65+	15,6	18,7	6,0	5,9	38,4	31,6	1,9	0,0
		70+	12,6	15,1	4,7	4,2	37,3	27,8	1,3	-0,3
		75+	10,0	11,9	3,3	3,4	33,1	28,5	0,8	0,1
		80+	7,8	9,2	3,0	1,7	38,5	18,4	1,2	-0,3
	Sem BPC	65+	15,6	18,7	6,5	7,8	41,6	41,8	2,4	1,9
		70+	12,6	15,1	6,0	5,5	47,6	36,4	2,6	1,0
		75+	10,0	11,9	3,7	5,1	37,1	42,7	1,2	1,8
		80+	7,8	9,2	2,5	4,5	32,1	48,8	0,7	2,5
	Renda 1 Sal. Mínimo	65+	15,6	18,7	4,4	5,9	28,1	31,6	0,3	0,0
		70+	12,6	15,1	3,3	4,4	26,2	29,1	-0,1	-0,1
		75+	10,0	11,9	2,4	3,3	24,0	27,6	-0,1	0,0
		80+	7,8	9,2	1,8	2,2	23,1	23,8	0,0	0,2

Fonte: IBGE/Pnad 2008.

Em síntese, o grupo que não recebe o benefício assistencial e tem renda per capita de até ¼ salário mínimo apresenta as melhores expectativas de vida saudável, tanto entre as mulheres como entre os homens.

Comparando os três grupos restantes, o grupo de idosos com a maior renda, BPC e outras rendas, são aqueles com maior expectativa de vida saudável, o que pode ser um indicador de que a renda pode ser um fator decisivo na expectativa de vida saudável. Uma segunda interpretação remete aos ganhos com saúde, uma vez que os normalmente são acumulados com a idade, pois se relacionam com hábitos saudáveis, á aqueles que recebem o BPC na data da pesquisa são os que no passado não tinham renda suficiente para investir em melhor qualidade de vida, e isto reflete em momentos posteriores numa percepção de saúde não tão boa, o que pode explicar a expectativa de vida saudável ser maior entre aqueles com um salário mínimo do que aqueles com BPC (referências).

Um segundo ponto a ser salientado é que entre as mulheres, o benefício nivelou a expectativa de vida aos grupos que ganham o BPC e mais uma renda e aqueles com renda de um salário mínimo. Já entre os idosos a equiparação aconteceu entre aqueles que recebem BPC, e aqueles com renda de um salário mínimo, o que pode ser um indicativo de que o

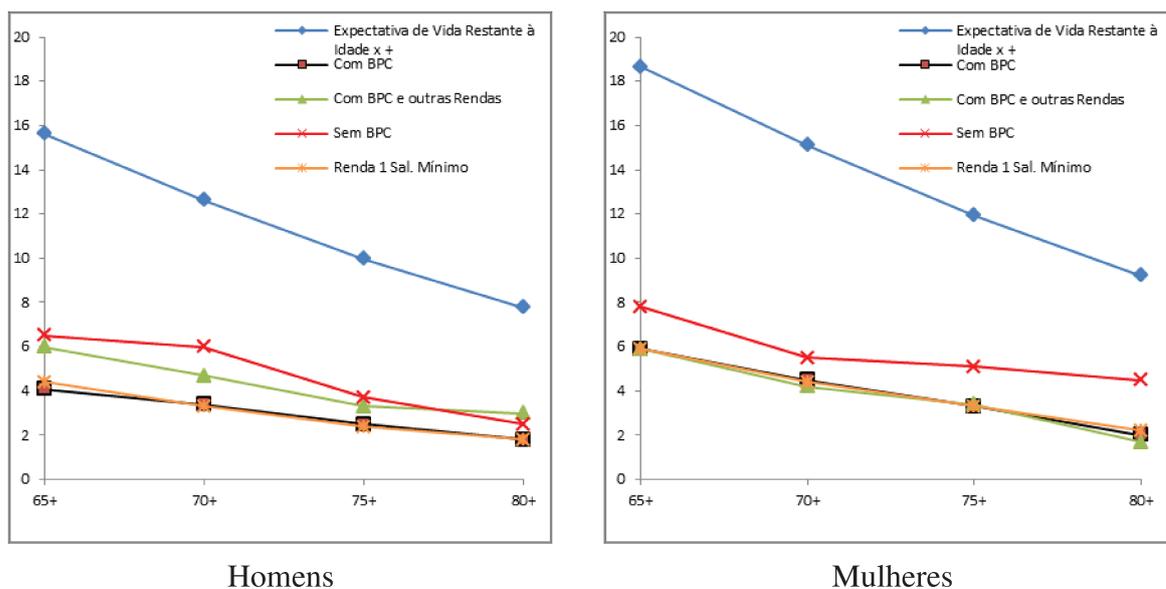
benefício tenha contribuído para uma melhor expectativa de saúde tanto dos homens como entre as mulheres.

Outro achado interessante, refere-se ao grupo de idosas com BPC e outras rendas que não apresenta resultados diferenciados na expectativa de vida saudável em comparação com outras categorias de renda, como observado entre os homens.

Outra comparação entre os dois sexos que se verifica é que as idosas com BPC e com um salário mínimo têm maior ganho na proporção de expectativa saudável, pois enquanto entre as idosas com BPC com 65+ tem proporção de 32%, entre os homens a proporção é de 26% e 28%. Neste grupo, a proporção se mantém a favor das mulheres com exceção da última faixa etária, quando há uma maior proporção na expectativa de vida entre os homens com BPC. No segundo grupo citado, há maior proporção na expectativa de vida saudável a favor das mulheres em todas as faixas etárias.

Quando se confrontam os idosos e as idosas com BPC e outras rendas a situação se inverte. Neste grupo são os homens idosos que apresentam as maiores proporções nas expectativas de vida saudável. Por fim, entre aqueles e aquelas com rendimento de até  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo (sem BPC), há maior proporção em favor das mulheres em três das quatro faixas etárias, tendo, portanto, a menor apenas na faixa etária de 70+.

**Figura 11 - Expectativa de vida restante na idade x+, expectativa de vida saudável do sexo masculino e feminino por grupo de renda. Brasil, 2008.**



### 3.2.2 Grandes regiões

Contudo, uma análise geral do País não é suficiente na investigação sobre a relação entre a renda e a saúde no Brasil. As enormes desigualdades no desenvolvimento têm como consequência grandes diferenças sociais e econômicas, entre as cinco grandes regiões brasileiras e em decorrência exibem estágios sobrepostos nas transições demográficas e epidemiológicas. Portanto, para melhorar e observar outros fatores serão analisadas as diferenças nas expectativas saudáveis entre os mesmos grupos, levando em conta consideração o desenvolvimento social das cinco regiões como controle adicional.

O Brasil está dividido político administrativamente em cinco grandes regiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). Essas cinco regiões apresentam grandes desigualdades econômicas e sociais, sendo consideradas as regiões do Norte e Nordeste as menos desenvolvidas. Por outro lado, as regiões do Sudeste e Sul têm os melhores níveis econômicos e sociais do País, além de concentrar a quase que 60% da população brasileira (VICTORA et al. 2016).

#### 3.2.2.1 Região Norte

Na região Norte, como em todo o Brasil há um diferencial na expectativa de vida em favor das mulheres. Enquanto as mulheres aos 65+ têm expectativa de vida de 17,1 anos, os homens têm, na mesma faixa etária, 14,8, tendo assim uma distancia de 2,28 anos. Destaca-se ainda que a região Norte apresenta a menor expectativa de vida em todo o Brasil, com 1,25 anos a menos entre os homens na faixa de 65+ quando comparamos com a região Sudeste que exibe a maior expectativa de vida para ambos os sexos. Entre as mulheres a distancia é ainda maior, enquanto no Sudeste as mulheres têm expectativa de vida de 19,2, na região Norte é de 17,1, portanto, com pouco mais de dois anos a menos.

No tocante a expectativa de vida saudável, os idosos da região Norte têm o mesmo padrão dos idosos brasileiros, ou seja, a maior expectativa de vida saudável pertence aos grupos de idosos sem BPC, seguido daqueles com BPC e outras rendas, dos idosos que recebem um salário mínimo e por fim os idosos que recebem o BPC. Entre as mulheres os padrões são parecidos, havendo apenas uma inversão entre aquelas com BPC e o grupo que recebe um salário mínimo.

Chama a atenção o número de anos de expectativa de vida saudável entre os idosos com 65+ com renda per capita inferior a ¼ do salário mínimo, que manifesta o dobro em anos da expectativa de vida saudável em relação ao grupo de idosos com BPC e outras rendas. No entanto, ressalta-se que, de acordo com a metodologia utilizada, foram encontrados nesta região poucos idosos nas condições de renda que caracterizam os idosos sem BPC, o que pode ter prejudicado a análise. Todavia, apesar dessa limitação, os resultados da região Norte são similares aos encontrados no Brasil, ou melhor, os grupos de idosos com as melhores expectativas de vida saudável aparecem na mesma ordem que identificado em todo o País.

**Tabela 16 - Expectativa de vida restante na idade x+, expectativa de vida saudável e percentual de anos com expectativa de vida saudável por grupos de renda. Região Norte, 2008.**

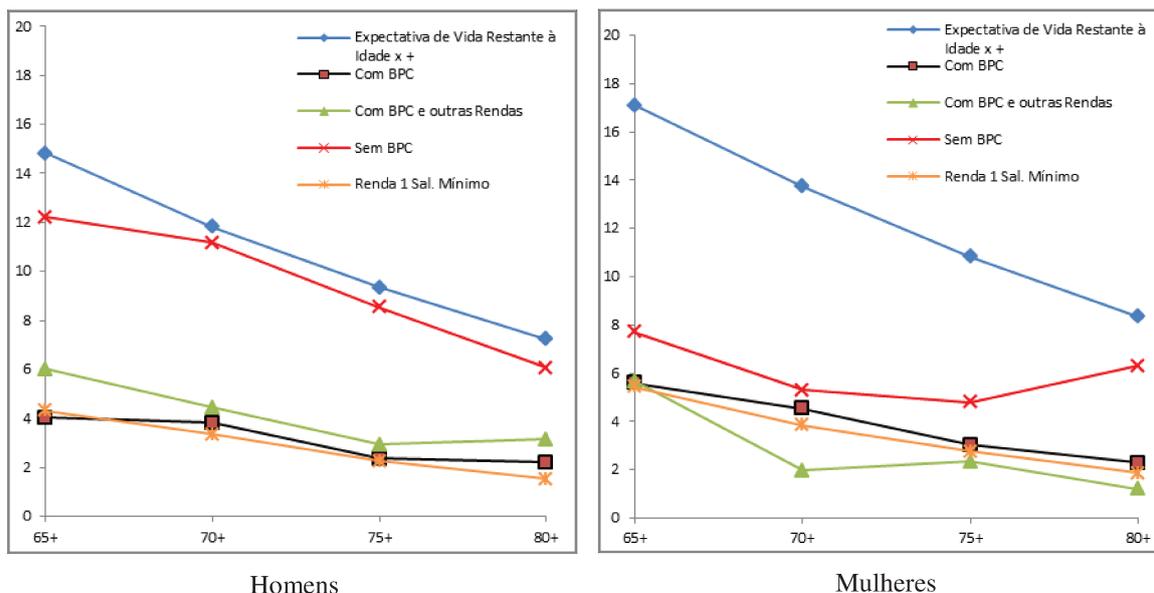
Macror-região	Grupos	Idade	Expectativa de Vida Restante à Idade x+		Expectativa de Vida Saudável		Percentual em Anos da Expectativa de Vida Saudável à Idade x+		Variação em Expectativa de Vida Saudável. Com BPC vs. Sem BPC	
			Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Norte	Com BPC	65+	14,82	17,10	4,0	5,6	27,2	32,8	ref.	ref.
		70+	11,81	13,74	3,8	4,5	32,3	33,1	ref.	ref.
		75+	9,36	10,83	2,4	3,0	25,3	28,1	ref.	ref.
		80+	7,24	8,34	2,2	2,3	30,5	27,5	ref.	ref.
	Com BPC e outras Rendas	65+	14,82	17,10	6,0	5,7	40,6	33,1	2,0	0,1
		70+	11,81	13,74	4,5	2,0	37,7	14,3	0,6	-2,6
		75+	9,36	10,83	2,9	2,3	31,5	21,6	0,6	-0,7
		80+	7,24	8,34	3,2	1,2	43,5	14,4	0,9	-1,1
	Sem BPC	65+	14,82	17,10	12,2	7,7	82,5	45,0	8,2	2,1
		70+	11,81	13,74	11,2	5,3	94,6	38,6	7,4	0,8
		75+	9,36	10,83	8,5	4,8	91,3	44,3	6,2	1,8
		80+	7,24	8,34	6,1	6,3	84,0	75,6	3,9	4,0
	Renda 1 Sal. Mínimo	65+	14,82	17,10	4,3	5,4	29,2	31,9	0,3	-0,2
		70+	11,81	13,74	3,4	3,8	28,4	28,0	-0,5	-0,7
		75+	9,36	10,83	2,3	2,8	24,3	25,4	-0,1	-0,3
		80+	7,24	8,34	1,5	1,9	21,3	22,3	-0,7	-0,4

Fonte: Pnad, 2008

Entre as idosas, aquelas que pertencem ao grupo sem BPC também apresentam as melhores expectativas de vida saudável, porém as diferenças entre os demais grupos são bem menores. Se entre as idosas sem BPC aos 65+ a expectativa de vida saudável era de 7,7 anos, no grupo de idosas com BPC e outras renda é de 5,7, seguida das idosas com BPC que na mesma faixa etária tem expectativa de vida saudável de 5,6 anos e com uma diferença de

apenas 0,2 anos aquelas com um salário mínimo com 5,4 anos de expectativa de vida saudável na faixa etária de 65+. Outro ponto a destacar é a similaridade entre as idosas com BPC e outras rendas, com BPC e 1 Salário Mínimo. Entre os três grupos há uma diferença máxima de 0,3 anos.

**Figura 12 - Expectativa de vida restante na idade x+, expectativa de vida saudável do sexo masculino e feminino por grupo de renda. Região Norte, 2008.**



Fonte: Pnad, 2008

Confrontando os resultados em nível nacional com os da Região Norte, percebe-se muita similitude na ordem das melhores expectativas de vida saudável, tanto entre homens como entre mulheres, como no número de anos. Uma segunda semelhança são as proximidades nas expectativas de vida saudável das idosas nos grupos BPC e outras rendas, BPC e um salário mínimo, o que reforça o argumento de que o benefício socioassistencial elevou a expectativa de vida saudável, uma vez que seus beneficiários têm expectativa de vida saudável muito próxima das idosas com um salário mínimo.

### 3.2.2.2 Região Nordeste

A região Nordeste tem a segunda pior expectativa de vida do Brasil, acima somente da região Norte. Entre os homens, a expectativa de vida aos 65+ é de 14,9 anos; entre as mulheres na mesma faixa etária, de 17,8 anos — ou seja, na região Nordeste, a desigualdade entre os sexos é de 2,8 anos.

Na região Nordeste, como na região Norte e no Brasil, os grupos com as maiores expectativas de vida saudável seguem as mesmas ordens, ou seja, os idosos sem BPC possuem os maiores números de anos com expectativa de vida saudável, seguidos dos idosos com BPC e outras rendas, de idosos com renda de um salário mínimo e aqueles que recebem BPC. Chama atenção no grupo de idosos sem BPC e com BPC e outras rendas o aumento da expectativa de vida saudável nas idades mais avançadas. No primeiro grupo, a proporção na faixa de 70+, que estava em 46%, passa para 61% na faixa etária seguinte e sobe novamente para 85% na última faixa etária. O mesmo acontece no grupo com BPC e outras rendas entre a faixa etária de 75+, que marca 38% e passa para 55% na faixa de 80+. Segundo Belon, Lima e Barros (2014), o bem-estar emocional pode explicar a diminuição da percepção ruim de saúde nas idades mais avançadas.

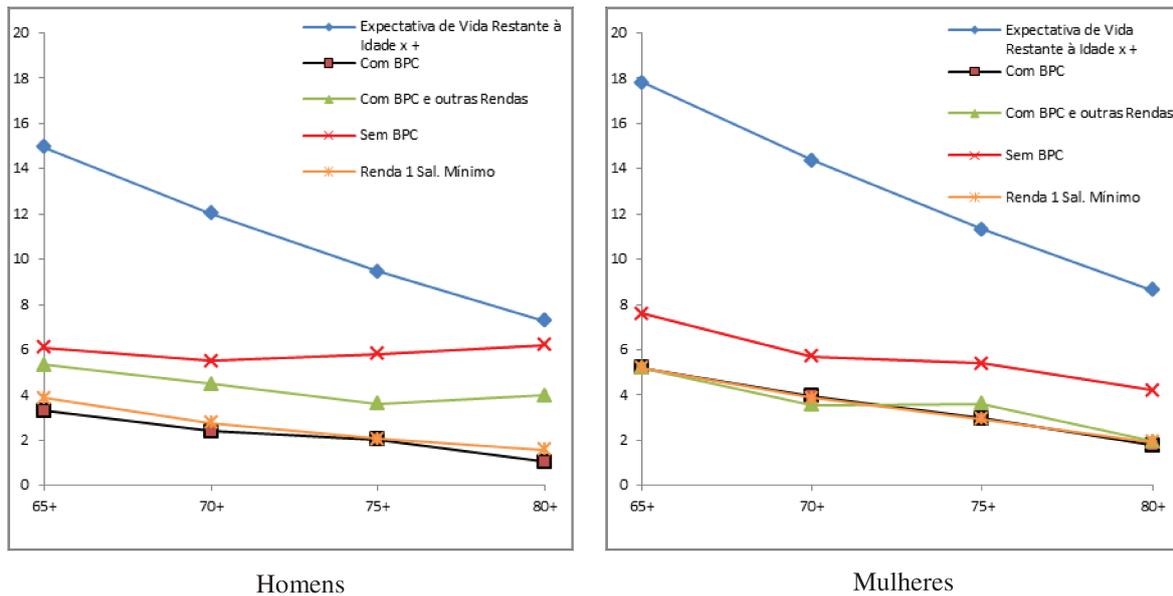
Entre as mulheres, a exceção das idosas pertencentes ao grupo sem BPC que tem a maior expectativa de vida saudável, nos demais grupos as expectativas de vida saudável são bastante próximas, com 5,2 anos na faixa etária de 65+ em todos os três grupos, BPC e outras rendas, BPC e com um salário mínimo. As discretas diferenças só aparecem nas demais faixas etárias com uma distância máxima de 0,6 anos, na faixa etária de 75+ entre as idosas com BPC e outras rendas e aquelas com BPC.

**Tabela 17 - Expectativa de vida restante na idade x+, expectativa de vida saudável e percentual de anos com expectativa de vida saudável por grupos de renda. Região Nordeste, 2008.**

Macror-região	Grupos	Idade	Expectativa de Vida Restante à Idade x+		Expectativa de Vida Saudável		Percentual em Anos da Expectativa de Vida Saudável à Idade x+		Variação em Expectativa de Vida Saudável. Com BPC vs. Sem BPC	
			Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Nordeste	Com BPC	65+	14,97	17,81	3,3	5,2	22,0	29,2	ref.	ref.
		70+	12,02	14,37	2,4	3,9	19,8	27,4	ref.	ref.
		75+	9,46	11,31	2,0	3,0	21,5	26,2	ref.	ref.
		80+	7,28	8,64	1,1	1,8	14,5	20,4	ref.	ref.
	Com BPC e outras Rendas	65+	14,97	17,81	5,3	5,2	35,7	29,1	2,0	0,0
		70+	12,02	14,37	4,5	3,6	37,3	24,7	2,1	-0,4
		75+	9,46	11,31	3,6	3,6	38,1	31,8	1,6	0,6
		80+	7,28	8,64	4,0	1,9	54,8	22,5	2,9	0,2
	Sem BPC	65+	14,97	17,81	6,1	7,6	40,7	42,7	2,8	2,4
		70+	12,02	14,37	5,5	5,7	45,8	39,7	3,1	1,8
		75+	9,46	11,31	5,8	5,4	61,3	47,7	3,8	2,4
		80+	7,28	8,64	6,2	4,2	85,1	48,6	5,1	2,4
	Renda 1 Sal. Mínimo	65+	14,97	17,81	3,9	5,2	25,8	29,1	0,6	0,0
		70+	12,02	14,37	2,8	3,9	23,0	26,9	0,4	-0,1
		75+	9,46	11,31	2,1	2,9	21,8	26,0	0,0	0,0
		80+	7,28	8,64	1,6	1,9	21,6	22,0	0,5	0,1

Fonte: Pnad, 2008

**Figura 13 - Expectativa de vida restante na idade x+, expectativa de vida saudável do sexo masculino e feminino por grupo de renda. Região Nordeste, 2008.**



Fonte: Pnad, 2008.

### 3.2.2.3 Região Sudeste

A região Sudeste tem as maiores expectativas de vida do País, o que expressa seu desenvolvimento social e econômico. Entre os homens, a expectativa de vida é de 16,0 anos aos 65+ e entre as mulheres de 19,2, apresentando, portanto, a maior diferença entre os sexos no Brasil com 3,2 anos.

Em relação a expectativa de vida saudável, entre os homens, a mais rica região brasileira apresenta uma alteração no padrão observado nas demais regiões do país que já foram analisadas. Assim, os grupos de idosos com as maiores expectativas de vida seguem a mesma disposição nas duas primeiras colocações, sendo a primeira dos idosos sem BPC, seguida dos idosos com BPC e outras rendas. A modificação em relação a ordem dos grupos nas demais regiões se dá entre aqueles com BPC e os idosos com renda de um salário mínimo, no caso da região Sudeste o terceiro grupo com a maior expectativa de vida saudável pertence aos idosos com BPC e não aqueles que recebem um salário mínimo como nas regiões Norte e Nordeste. Mesmo com a troca de posições entre os dois grupos, as expectativas de vida saudável entre os idosos pertencentes aos dois conjuntos não são muito diferentes. Enquanto os idosos com BPC tem expectativa de vida saudável de 5,0 anos na faixa etária de 65+, os idosos com renda de um salário mínimo têm expectativa de vida saudável de 4,9 anos, ou seja,

com uma diferença de apenas 0,1. Essa distância aumenta para 0,8 ano na segunda faixa etária, crescendo para 0,9 ano na faixa etária de 80+.

Outra observação relevante refere-se a maior diferença entre os idosos com BPC e outras rendas e os idosos com BPC. Se nas regiões Norte e Nordeste as diferenças não eram maiores que os 0,2 anos na faixa etária de 65+, na região Sudeste essa diferença aumenta para 2,9 anos — o que pode indicar que, em regiões com maior acesso aos bens públicos, especialmente os de saúde, a renda extra tem peso maior na autopercepção de saúde.

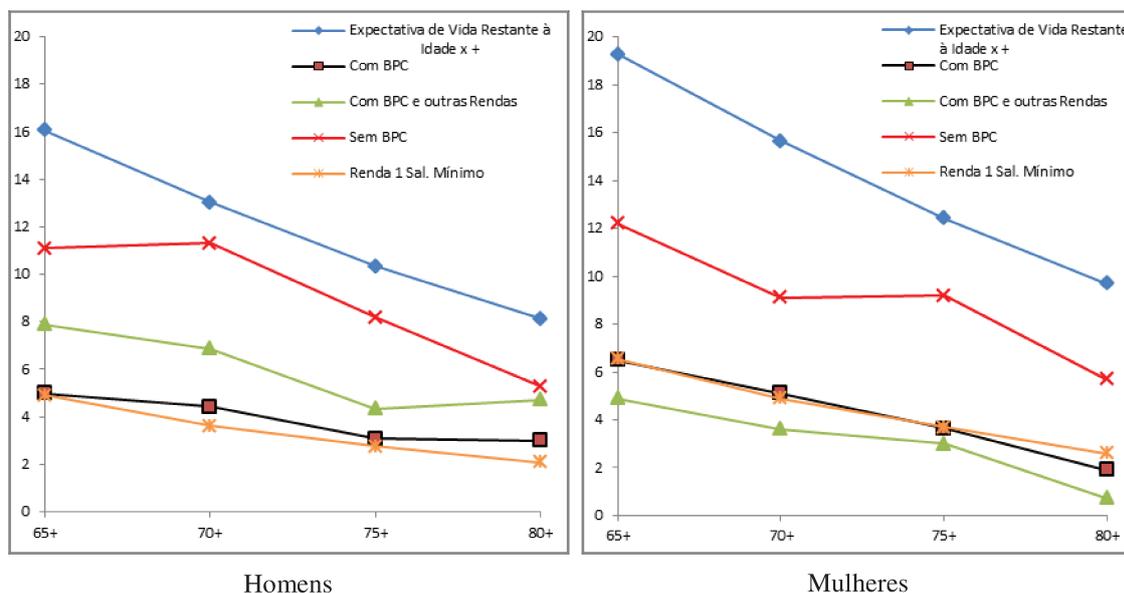
Entre as mulheres também há uma alteração no padrão quando comparadas aos homens da região ou as mulheres das demais regiões analisadas. As idosas com BPC e outras rendas tem a pior expectativa de vida saudável, apresentando uma diferença de 1,9 anos em relação as idosas com BPC. Nos demais grupos o padrão não se altera, ou melhor, as idosas sem BPC mostram as melhores expectativas de vida saudável, seguido daquelas com BPC e com um salário mínimo, ambas com 6,5 anos na faixa etária dos 65+.

**Tabela 18 - Expectativa de vida restante na idade x+, expectativa de vida saudável e percentual de anos com expectativa de vida saudável por grupos de renda. Região Sudeste, 2008.**

Macror-região	Grupos	Idade	Expectativa de Vida Restante à Idade x+		Expectativa de Vida Saudável		Percentual em Anos da Expectativa de Vida Saudável à Idade x+		Variação em Expectativa de Vida Saudável. Com BPC vs. Sem BPC	
			Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Sudeste	Com BPC	65+	16,06	19,25	5,0	6,5	31,1	33,7	ref.	ref.
		70+	13,02	15,65	4,4	5,1	34,0	32,6	ref.	ref.
		75+	10,34	12,43	3,1	3,7	29,8	29,4	ref.	ref.
		80+	8,15	9,69	3,0	1,9	36,8	19,8	ref.	ref.
	Com BPC e outras Rendas	65+	16,06	19,25	7,9	4,9	49,1	25,4	2,9	-1,6
		70+	13,02	15,65	6,9	3,6	52,8	23,2	2,4	-1,5
		75+	10,34	12,43	4,3	3,0	42,0	24,1	1,3	-0,7
		80+	8,15	9,69	4,7	0,7	57,9	7,4	1,7	-1,2
	Sem BPC	65+	16,06	19,25	11,1	12,2	69,1	63,4	6,1	5,7
		70+	13,02	15,65	11,3	9,1	86,8	58,2	6,9	4,0
		75+	10,34	12,43	8,2	9,2	79,3	74,0	5,1	5,5
		80+	8,15	9,69	5,3	5,7	65,1	58,8	2,3	3,8
	Renda 1 Sal. Mínimo	65+	16,06	19,25	4,9	6,5	30,5	34,0	-0,1	0,1
		70+	13,02	15,65	3,6	4,9	27,8	31,3	-0,8	-0,2
		75+	10,34	12,43	2,8	3,7	26,7	29,8	-0,3	0,0
		80+	8,15	9,69	2,1	2,6	25,7	26,7	-0,9	0,7

Fonte: Pnad, 2008.

**Figura 14 - Expectativa de vida restante na idade x+, expectativa de vida saudável do sexo masculino e feminino por grupo de renda. Região Sudeste, 2008.**



Fonte: Pnad, 2008.

### 3.2.2.4 Região Sul

A região Sul apresenta o mesmo padrão encontrado na região Sudeste e, portanto, a ordem dos grupos com as maiores expectativas de vida saudável é idêntica. Duas observações são importantes nesta região. Há aumento da proporção de vida saudável nas faixas de 70+ e 75+ em relação à faixa etária de 65+ entre os idosos sem BPC. Se aos 65+ a proporção é de 60%, na faixa etária seguinte sobe para 83% e na posterior vai a 74%, caindo em relação à faixa anterior, mas é maior em comparação a primeira faixa etária. A segunda ponderação é que, como ocorrido na região Sudeste, há maior diferença entre os grupos com BPC e outras rendas e os idosos com BPC, que no caso da região Sul é de 2,5 anos, acima da diferença nas regiões Norte e Nordeste.

As idosas da região Sul apresentam duas particularidades que merecem ser destacadas. A primeira são as elevadas expectativas de vida saudável entre aquelas sem BPC, com 17,5 anos na primeira faixa etária, 14 na faixa etária de 70+, 10 anos na terceira faixa etária e 7 anos para aquelas com 80+. O Segundo destaque é a também elevada expectativa de vida saudável do grupo de idosas com BPC e outras rendas, muito próximas ao grupo com de idosas sem BPC.

Nos grupos com BPC e com um salário mínimo, como nas demais regiões, não apresentam diferenças significativas, o que reforça a ideia de que o benefício auxilia a igualar a expectativa de vidas com o grupo de mulheres que recebem 1 salário mínimo. A de se

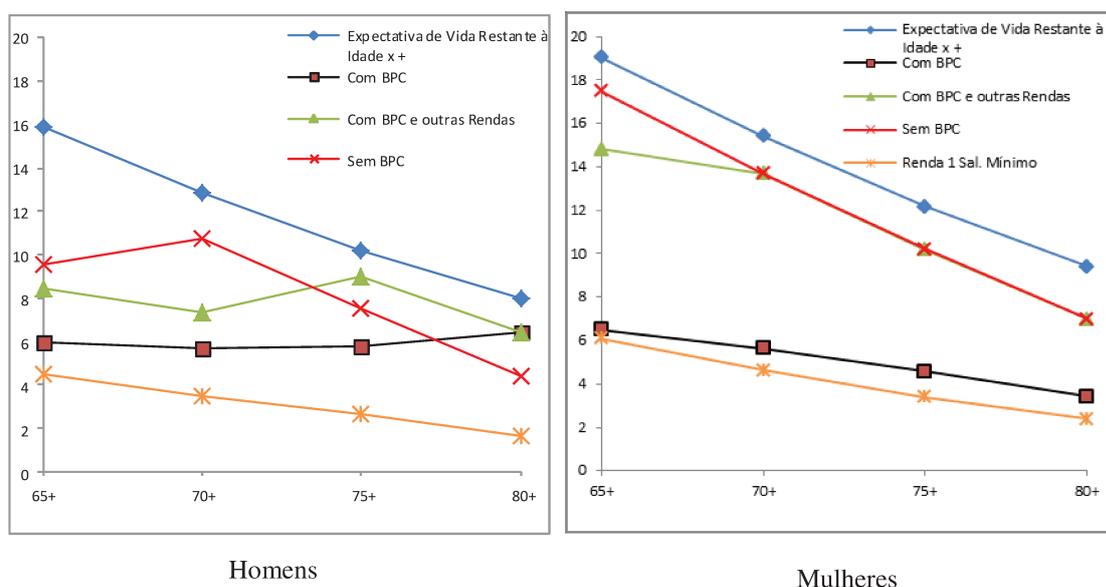
ressaltar ainda o aumento na proporção da expectativa de vida saudável no grupo de idosas com BPC nas idades mais avançadas, que parte de 34% na faixa de 65+ e fecha na última faixa etária com 36%.

**Tabela 19 - Expectativa de vida restante na idade x+, expectativa de vida saudável e percentual de anos com expectativa de vida saudável por grupos de renda. Região Sul, 2008.**

Macror-região	Grupos	Idade	Expectativa de Vida Restante à Idade x+		Expectativa de Vida Saudável		Percentual em Anos da Expectativa de Vida Saudável à Idade x+		Variação em Expectativa de Vida Saudável. Com BPC vs. Sem BPC	
			Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Sul	Com BPC	65+	15,92	19,06	5,9	6,5	37,2	34,1	ref.	ref.
		70+	12,85	15,43	5,7	5,6	44,3	36,5	ref.	ref.
		75+	10,19	12,16	5,8	4,6	57,0	37,6	ref.	ref.
		80+	8,00	9,41	6,4	3,4	80,0	36,2	ref.	ref.
	Com BPC e outras Rendas	65+	15,92	19,06	8,4	14,8	52,8	77,7	2,5	8,3
		70+	12,85	15,43	7,4	13,7	57,2	88,7	1,7	8,1
		75+	10,19	12,16	9,0	10,2	88,5	83,8	3,2	5,6
		80+	8,00	9,41	6,4	7,0	80,0	74,2	0,0	3,6
	Sem BPC	65+	15,92	19,06	9,6	17,5	60,1	91,8	3,6	11,0
		70+	12,85	15,43	10,7	13,7	83,3	88,8	5,0	8,1
		75+	10,19	12,16	7,5	10,2	73,6	83,8	1,7	5,6
		80+	8,00	9,41	4,4	7,0	55,0	74,4	-2,0	3,6
	Renda 1 Sal. Mínimo	65+	15,92	19,06	4,5	6,1	28,3	32,1	-1,4	-0,4
		70+	12,85	15,43	3,5	4,6	27,2	30,1	-2,2	-1,0
		75+	10,19	12,16	2,6	3,4	25,6	27,9	-3,2	-1,2
		80+	8,00	9,41	1,7	2,4	20,9	25,5	-4,7	-1,0

Fonte: Pnad, 2008.

**Figura 15 - Expectativa de vida restante na idade x+, expectativa de vida saudável do sexo masculino e feminino por grupos de renda. Região Sul, 2008.**



Fonte: Pnad, 2008.

### 3.2.2.5 Região Centro-Oeste

A região Centro-Oeste pode ser considerada uma região de desenvolvimento médio, ficando entre as regiões Norte e Nordeste conhecidas como as menos desenvolvidas em termos econômicos e sociais e as regiões Sudeste e Sul as mais desenvolvidas. O nível de desenvolvimento se expressa na expectativa de vida que na região Centro-Oeste tem a terceira melhor expectativa de vida no Brasil, com 18,18 para as mulheres com 65+ e 15,87 para os homens também na faixa etária de 65+.

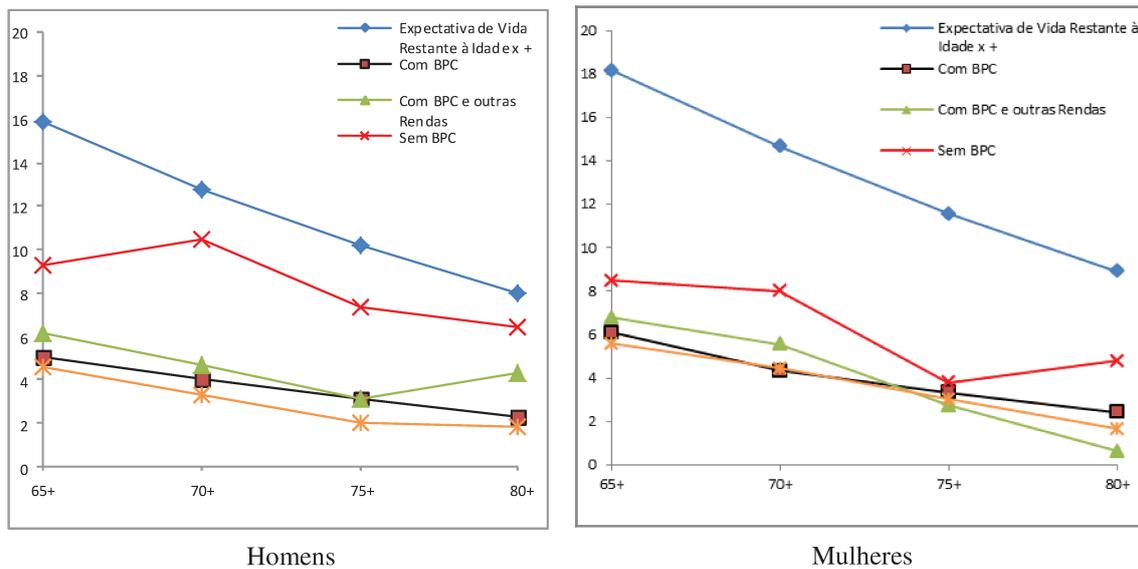
A região Centro-Oeste tem os mesmos padrões das regiões Sul e Sudeste. Por conseguinte, é idêntica a ordem dos grupos com as maiores expectativas de vida saudável para homens e mulheres, isto é, o grupo sem BPC tem a maior expectativa de vida saudável, seguido dos idosos e idosas com BPC e outras rendas, daqueles pertencentes ao grupo com BPC e por fim os idosos e as idosas com renda de um salário mínimo.

**Tabela 20 - Expectativa de vida restante na idade x+, expectativa de vida saudável e percentual de anos com expectativa de vida saudável por grupos de renda. Região Centro-Oeste, 2008.**

Macror região	Grupos	Idade	Expectativa de Vida Restante à Idade x+		Expectativa de Vida Saudável		Percentual em Anos da Expectativa de Vida Saudável à Idade x+		Variação em Expectativa de Vida Saudável. Com BPC vs. Sem BPC	
			Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Centro oeste	Com BPC	65+	15,87	18,18	5,0	6,1	31,5	33,5	ref.	ref.
		70+	12,80	14,69	4,0	4,3	31,3	29,4	ref.	ref.
		75+	10,15	11,57	3,1	3,3	30,3	28,7	ref.	ref.
		80+	8,00	8,91	2,3	2,4	28,4	27,3	ref.	ref.
	Com BPC e outras Rendas	65+	15,87	18,18	6,2	6,8	38,8	37,3	1,2	0,7
		70+	12,80	14,69	4,6	5,6	36,1	37,8	0,6	1,2
		75+	10,15	11,57	3,1	2,7	30,7	23,7	0,0	-0,6
		80+	8,00	8,91	4,3	0,6	53,5	7,1	2,0	-1,8
	Sem BPC	65+	15,87	18,18	9,2	8,5	58,2	46,8	4,2	2,4
		70+	12,80	14,69	10,5	8,0	82,0	54,5	6,5	3,7
		75+	10,15	11,57	7,4	3,8	72,7	32,8	4,3	0,5
		80+	8,00	8,91	6,4	4,8	80,6	53,8	4,2	2,4
	Renda 1 Sal. Mínimo	65+	15,87	18,18	4,6	5,6	28,8	30,7	-0,4	-0,5
		70+	12,80	14,69	3,2	4,4	25,3	30,2	-0,8	0,1
		75+	10,15	11,57	2,0	3,0	20,0	26,2	-1,0	-0,3
		80+	8,00	8,91	1,8	1,7	22,3	18,7	-0,5	-0,8

Fonte: Pnad, 2008.

**Figura 16 - Expectativa de vida restante na idade x+, expectativa de vida saudável do sexo masculino e feminino por grupo de renda. Região Centro-Oeste, 2008.**



Fonte: Pnad, 2008

#### 4 Considerações finais

Com o aumento da expectativa de vida e da maior longevidade no Brasil, indicadores de expectativas de vida saudável têm sido cada vez utilizados, uma vez que é necessário saber se o aumento em anos de vida é acompanhado de boa saúde ou má percepção de saúde.

Segundo a OMS (2005), entre uma série de determinantes sociais para a saúde ativa e saudável como, os serviços sociais e de saúde, comportamentais, pessoais, de ambiente físico e social, estão os determinantes econômicos. Ou seja, a renda neste trabalho ganha destaque, pois acreditamos que ela tem papel de relevância entre todos os demais determinantes. Deste modo, nossa hipótese inicial era de que a renda recebida em decorrência do BPC melhoraria a saúde de seus beneficiários.

Nossos resultados, contudo, mostraram que os idosos sem BPC apresentaram as maiores expectativas de vida saudável, tanto entre homens como entre as mulheres, no Brasil e em todas as regiões. Esses resultados, portanto, contrariam a hipótese inicial do trabalho, a qual se supunha de que a renda proveniente do BPC garantiria uma melhora na saúde do idoso em relação àqueles idosos que, mesmo tendo todos os atributos para recebimento do benefício socioassistencial por algum motivo não o recebia.

Algumas hipóteses podem ser levantadas para justificar esse resultado que não era o esperado. A princípio é necessário reconhecer que apesar das diferenças de renda apontadas entre os quatro grupos analisados, todos apresentam grande desvantagem econômica, de

educação, de infraestrutura urbana, como saneamento básico, posse de bens duráveis, entre outros, como foi visto no decorrer deste trabalho. Estes atributos nos autorizam a caracterizar os idosos pertencentes aos quatro grupos como em situação de vulnerabilidade social. Esta situação talvez venha a dificultar a autopercepção de saúde, principalmente entre os idosos nas piores faixas de renda.

Segundo autores como Barchifontane (2006) e Neves (2007), o conceito de vulnerabilidade pode ser definido como um estado onde indivíduos ou grupos têm sua capacidade de autodeterminação reduzida, com dificuldade em proteger seus próprios interesses devido a baixos níveis educacionais, de recursos econômicos e de poder, divididos nas categorias – individual, social e programática.

Um dos consensos apresentados por diversos autores como Cunha et al. (2006); Barchifontane (2006); Neves (2007), Monteiro (2011) ao conceito de vulnerabilidade, refere-se a seu caráter multifacetado, abrangendo várias dimensões, a partir das quais é possível identificar situações de vulnerabilidade por categoria.

Entretanto, apesar da precariedade vivenciada por essa população, um segundo ponto a se considerar é capacidade desses idosos a resistir as mais variadas situações de adversidades e riscos que foram significativos durante a vida. A essa capacidade de resistir as mais diversas e difíceis adversidades na vida é denominada como resiliência.

Segundo Mingham, McGrath, Reid, Stewart (1995), resiliência é “à capacidade que os indivíduos, grupos e comunidades têm para lidar com sucessos em situações de adversidade ou riscos significativos”. Outro atributo importante da resiliência é ser considerada como um processo que atua na presença de riscos ao desenvolvimento, através do qual são produzidos resultados tão bons ou melhores do que os obtidos na inexistência de adversidades (COUTO, KOLLER; NOVO, 2006).

Para Matos (2012), fatores de risco fundamentam-se em variáveis que aumentam a probabilidade do surgimento de patologias ou desajustes. Estes fatores de risco podem ser agregados a diversas categorias como familiares, emocionais, escolares, contexto ecológico, interpessoais e de competências. Com relação à pobreza e as desvantagens sociais, a autora adverte de que elas são acompanhadas por um aumento do risco da psicopatologia, pois a pobreza e a privação têm papel de destaque no mau desenvolvimento em muitos campos. No entanto, estudos têm mostrado ser pouco provável que os processos de risco estejam na pobreza e nas más condições de vida em si, mas sim associados à desorganização e ruptura da estrutura familiar geralmente associada a esses contextos.

Para Couto, Koller, Novo (2006), os riscos, assim também como a resiliência, são vistos como processos, ou seja, não basta apenas identificar os riscos, mas os processos que emergem deles e que os conectam a resultados disfuncionais. O grau de influência do risco não é consensual, muitos autores defendem a hipótese do risco acumulado se destaca como fator primordial em detrimento do risco visto isoladamente, independentemente do tipo ou grupo a qual pertença. Por outro lado, se o risco acumulado pode levar a maior possibilidade de desajustamento, os fatores de proteção servem para diminuir ou afastar as influências negativas de estar exposto ao risco.

Assim, a capacidade de manutenção do bem-estar em situações de risco ou na adversidade, pode ser ampliada se houver fatores de proteção. Três são as categorias dos fatores de proteção: os fatores individuais, familiares e comunitários. Portanto, se por um lado, um dos princípios da definição de resiliência é o de haver o risco ou experiências estressantes durante um período determinado da vida, por outro, fatores de proteção podem contribuir para a resiliência.

No caso dos idosos pesquisados neste trabalho e suas características demográficas e socioeconômicas apontadas, indicam ser alta a possibilidade, decorrentes da pobreza, das privações, e demais características associadas a esse contexto de terem vivenciado, ou mesmo vivenciar múltiplos riscos e adversidades. As situações de adversidades e risco podem ser constatadas pelos baixos rendimentos, precariedade na habitação, na estrutura urbana, como saneamento, posse de bens duráveis, nível educacional e pela grande concentração de moradores por domicílio.

Em contrapartida, a renda proveniente do BPC pode servir como atenuante dos efeitos e processos de risco, no entanto, dado os demais riscos acumulados, o BPC pode não ser suficiente para melhorar a saúde daqueles que recebem o benefício socioassistencial.

Outro argumento que pode ser utilizado para justificar a melhor percepção de saúde entre aqueles sem BPC, refere-se ao uso do indicador “autopercepção de saúde” e “renda” escolhido para avaliação de saúde neste trabalho.

Segundo Camargos, Rodrigues e Machado (2009), diferenciais de como o indivíduo sente, sua experiência cultural, sua escolaridade e quanto ao contexto social em que está inserido podem influenciar na autoanálise da saúde.

Mais além, Case (2004), também considera que a forte associação positiva entre renda e estado de saúde, por si só, não demonstra que a renda tem efeito sobre a saúde, uma vez que outros fatores associados a renda, como a educação e a situação da habitação, também podem

influenciar na percepção do estado de saúde. Belon, Lima, Barros (2016), observam também que as autopercepção de saúde podem ser afetadas por diferenças culturais e de gênero.

Já Crimmins e Cambois (2003), sugerem a utilização do indicador de educação em estudos sobre a desigualdade social e justificam seu uso argumentando que após a idade adulta, a educação permanece relativamente constante ao longo do tempo de vida, não estando sujeito a variações temporais como a renda ou mesmo a ocupação.

Cabe ainda ressaltar algumas limitações deste trabalho que devem ser consideradas. A primeira está relacionada a autopercepção de saúde que pode ser afetado por diferenças culturais, dificultando a comparação entre os grupos analisados. Não obstante, a utilização de outro indicador como “incapacidade funcional” talvez fosse mais conveniente par as análises em questão. A segunda crítica refere-se à necessidade de maior aprofundamento nas questões relativas aos fatores de risco e de proteção a velhice, que devem ser mais detalhadas na investigação da relação renda e saúde.

## Referências

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Íuri Costa; MACHADO, Carla Jorge. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 3, p. 1-11, 2010.

ARRIAGA, Eduardo E.; DAVIS, Kingsley. The pattern of mortality change in Latin America. *Demography*, v. 6, n. 3, p. 223-242, 1969.

BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia social. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 7-17, 2005.

BARCHIFONTANE, Chistian de Paul. Vulnerabilidade e Dignidade Humana. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, ano 30, v. 30, n 3, jul/set. 2006.

BARRETO, Maurício Lima et al. Mudanças dos padrões de morbi-mortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, p. 127-146, 1993.

BARROS, Ricardo Paes de; CARVALHO, Mirela de; FRANCO, Samuel. O papel das transferências públicas na queda recente da desigualdade de renda brasileira. In: BARROS, Ricardo Paes de; FOGUEL, Miguel Nathan; ULYSSEA, Gabriel (Orgs.). *Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente*. Vol. 2. Brasília: Ipea, 2007. p. 41-86.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Orgs.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007a. p. 51-86.

\_\_\_\_\_. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Orgs.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007b. p. 25-49.

BELON, Ana Paula; LIMA, Margareth G.; BARROS, Marilisa B. A. Gender differences in healthy life expectancy among Brazilian elderly. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 12, n. 88, 2014. Disponível em: <<https://hqlq.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-12-88>>. Acesso em: 4 jun. 2016.

BELTRÃO, Kaizô Iwakami; CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. *Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX*. Texto para discussão 1034. Rio de Janeiro: Ipea, ago. 2004. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1034.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1034.pdf)>. Acesso em: 24 mar. 2016.

BORGES, Gabriel Mendes. Health Transition in Brazil: regional variation and divergence/convergent in mortality. *Caderno de Saúde Pública*, v. 33, n. 8, 2017.

BOVOLATO, Luís Eduardo. Saneamento básico e saúde. *Escritas: Revista do Curso de História de Araguaína*, Universidade Federal de Tocantins, v. 2, 2010 (Territorialidades, fronteiras e identidades na Amazônia Legal). Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/escritas/article/view/1145/8039>>. Acesso em: 01/11/2017.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 7 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 10.741*, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)>. Acesso em: 28 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 8.742*, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências (Lei Orgânica da Assistência Social). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1993/lei-8742-7-dezembro-1993-363163-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 6 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 8.842*, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm)>. Acesso em: 28 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 2.528*, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_2528.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_2528.pdf)>. Acesso em: 6 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRITO, Fausto. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, v. 25, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n1/v25n1a02.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2017.

CALDWELL, John C. Toward a restatement of demographic transition theory. *Population and Development Review*, Vol. 2, No. 3/4 (Sep.-Dec., 1976), p. 321-366.

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

CAMARANO, Ana Amélia et al. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004a. p. 137-167.

\_\_\_\_\_. Introdução. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004b. p. 1-24.

CAMARANO, Ana Amélia; FERNANDES, Daniele. Mudanças nos arranjos familiares e seu impacto nas condições de vida: 1980 e 2010. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Novo*

*regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 117-153.

CAMARANO, Ana Amélia; GHAOURI, Solange Kanso El. *Famílias com idosos: ninhos vazios?*. Rio de Janeiro: Ipea, abr. 2003 (Texto para Discussão 0950).

\_\_\_\_\_. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 77-105.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; FERNANDES, Daniele. A população brasileira e seus movimentos ao longo do século XXI. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 81-116.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão. Como vive o idoso brasileiro. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 25-73.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. *Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária: como ficam as mulheres?*. Rio de Janeiro: Ipea, jun. 2002 (Texto para Discussão 0883).

\_\_\_\_\_. *Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina..* Rio de Janeiro: Ipea, jul. 2007 (Texto para Discussão 1292). Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4851&catid=307](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4851&catid=307)>. Acesso em: 18 abr. 2016.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Expectativa de vida saudável para idosos brasileiros, 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 14, p. 1.903-1.909. 2009.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos; GONZAGA, Marcos Roberto. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. *Caderno de Saúde Pública*, v. 31, n. 7, p. 1.460-1.472, jul. 2015.

CARDOSO JR., José Celso; JACCOUD, Luciana. Políticas sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal. In: JACCOUD, Luciana (Org.) et al. *Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo*. Brasília: Ipea, 2005. p. 181-260.

CARVALHO, José Alberto Magno de; BRITO, Fausto. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, v. 22, n. 2, p. 351-369, 2005.

CARVALHO, José Alberto Magno de; GARCIA, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CASE, Anne. Does money protect health status? Evidence from South African pensions. In: WISE, David A. *Perspectives on the Economics of Aging*. Chicago: University of Chicago Press, 2004. p. 287-312.

CELESTE, Roger Keller; NADANOVSKY. Aspectos relacionados aos efeitos da desigualdade de renda na saúde: mecanismos contextuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2507-2519, 2010.

CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, v. 1, n. 31, p. 184-202, 1997.

CNDSS (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf)>. Acesso em: jun. 2017.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 17-21 mar. 1986, Brasília. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 7 abr. 2017.

COUTO, Maria Clara Pinheiro de Paula; KOLLER, Silvia Helena; NOVO, Rosa Ferreira. Resiliência no Envelhecimento: risco e proteção. In: FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; DIAS, Cristina Maria de Souza Brito (Org.). *Maturidade e velhice*. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2006. p. 315-337.

CRIMMINS, Eileen M.; CAMBOIS, Emmanuelle. Social inequalities in health expectancy. In: ROBINE, J. et al. *Determining Health Expectancies*. England: Wiley, 2003. p. 111-125.

CUNHA, J. M. P., KAKOB, A. A. E., HOGAN, D. J., CARMO, R. L. (2006) A vulnerabilidade social no contexto metropolitano: o caso de Campinas. In: CUNHA, J. M. P. (org.) *Novas metrópoles paulistas: população, vulnerabilidade e segregação*. Campinas: UNICAMP/NEPO.

FALEIROS, Vicente de Paula. A pessoa idosa e seus direitos: sociedade, política e constituição. In: BERZINS, Marília Viana; BORGES, Maria Claudia (Orgs.). *Políticas públicas para um país que envelhece*. São Paulo: Martinari, 2012. p. 45-66.

FARIA, Vilmar; POTTER, Joseph. Televisão, telenovelas e queda da fecundidade no Nordeste. Trad. Heloisa Buarque de Almeida. *Novos Estudos*. Cebrap, n. 62, p. 21-39, mar. 2002.

FRENK, Julio; LOZANO, Rafael; BOBADILLA, José Luis. La transición epidemiológica en América Latina. *Notas de Población — Revista Latinoamericana de Demografía*, Centro Latinoamericano de Demografía (Celade), Santiago (Chile), ano XXII, v. 22, n. 60, p. 79-101, dic. 1994.

FRIES, J. F. Aging natural death and the compression of mortality. *New England Journal of Medicine*, v. 303, p. 130-135, 1980.

GOLDANI, Ana Maria. Relações intergeracionais e reconstrução do bem-estar. Por que se deve repensar essa relação para o Brasil. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 211-250

GRUENBERG, E. M. The failures of success. *Milbank Memorial Fund. Quarterly*, v. 55, n.1, p 3-24, 1977.

HERNANDES, Elizabeth Souza Cagliari; DOMINGUES, Marisa Accioly. O BPC no contexto das políticas de proteção social e seu impacto nas famílias com idosos. In: BERZINS, Marília Viana, BORGES, Maria Cláudia (Orgs.). *Políticas públicas para um país que envelhece*. São Paulo: Martinari, 2012. p. 125-134.

HORIUCHI, S. Health and Mortality: Issues of Global Concern. New York: United Nations; 1999. *Epidemiological transitions in human history*; pp. 54–71.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Brasil em Síntese. *População*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013a. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2013/default\\_tabela.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tabela.shtm)>. Acesso em: 15 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. *População: taxas de fecundidade total*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013b. Disponível em <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>>. Acesso em: 26 mai. 2016.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios. *Síntese de indicadores*. Rio de Janeiro: IBGE, 2008a. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/default.shtm>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (Pnad)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009 (Suplemento de Saúde, 2008).

\_\_\_\_\_. *Séries históricas e estatísticas*. Rio de Janeiro: IBGE, S/d. Disponível em <<http://serieestatisticas.ibge.gov.br/default.aspx>>. Acesso em: 30 mai. 2016.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Sidra (Sistema IBGE de Recuperação Automática). *Banco de tabelas estatísticas*. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <[www.sidra.ibge.gov.br](http://www.sidra.ibge.gov.br)>. Acesso em: 3 dez. 2016.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Síntese de indicadores Sociais*. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de população e indicadores sociais 2004.

\_\_\_\_\_. *Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde*. Rio de Janeiro: IBGE; Ministério da Saúde; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2008b. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv44356.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

JAGGER, C.; COX, B.; LE ROY, S. *Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method: A practical guide*. 3rd Ed. Montpellier: European Health Expectancy Monitoring, 2007. (EHEMU Technical Report 2006, 3).

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato Peixoto; RAMOS, Luiz Roberto. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.

KANNISTO, Vaino; LAURITSEN, Jens; THATCHER, A. Roger; VAUPEL, James, W. Reduction in mortality at advanced ages: several decades of evidence from 27 countries. *Population and Development Review*, Vol. 20, p. 793-810, 1994.

LA FERRARA, Eliana; CHONG, Alberto; DURYEA, Suzanne. Soap operas and fertility: Evidence from Brazil. *American Economic Journal: Applied Economics*, Vol. 4, No. 4, p. 1-31, 2012.

LEBRÃO, Maria. Lúcia. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*, São Paulo, Editora Bolina, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi; GIATTI, Luana; UCHOA, Elizabeth. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 745-757, 2003.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; FACCHIM, Luiz Augusto; MATOS, Divane Leite; MACINKO, James. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). *Revista de Saúde Pública*, 46 (Supl.), p. 100-107, 2012.

MARTÍN, Unai; ESNAOLA, Santiago. Changes in social inequalities in disability-free life expectancy in Southern Europe: The case of the Basque Country. *International Journal for Equity in Health*, Vol. 13, No. 1, p. 74-80, 2014.

MATOS, Margarida Gaspar. Resiliência, saúde e desenvolvimento. In MATOS, Margarida Gaspar; TOME, Gina (Org.). *Aventura Social: promoção de competências e do capital social para um empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade*. Lisboa: Placebo, 2012. p. 21-50.

MERRICK, Thomas William; BERQUÓ, Elza. *The Determinants of Brazil's Recent Rapid Decline in Fertility*. Washington: National Academies, 1983.

MONTEIRO, Simone Rocha da Rocha Pires. O marco conceitual da vulnerabilidade social. *Sociedade em Debate*, Pelotas, 17, p. 22-40 jul/dez. 2011.

NERI, Marcelo C.; SOARES, Wagner Lopes. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 8, p. 1.845-1.856, ago. 2007.

NEVES, Maria Céu Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. In: BACHIFONTAINE, Cristhian Paul, Zoboli ELCP, Organizadores. *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Editora Centro Universitário São Camilo; 2007. p. 29-45.

NOTESTEIN, F. Population: The long view. In: SCHULTZ, T. W. (Ed.). *Food for the World*. Chicago: University of Chicago Press, 1945. p. 36-41.

OMRAN, Abdel R. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiologic of population change. *The Milbank Memorial Fund. Quarterly*, Vol. 49, No. 4, Part. 1, (Oct., 1971) p. 509-538. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690264/>>. Acesso em: jun. 2017.

OMS (Organização Mundial da Saúde). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), 2005. (primeira ed. em português; ed. original, 2002).

ONU (Organização das Nações Unidas). Comissão Mundial para o Meio Ambiente e Desenvolvimento. *Nosso futuro comum*. Rio de Janeiro; FGV, 1988.

OLSHANSKY, S. Jay; AULT, A. Brian. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *The Milbank Quarterly*, Vol. 64, No 3 (1986), pp. 355-39

PALLONI, Alberto. Health levees and care in Latin America: the case of infant mortality 1900-1985. In J. Caldwell, S. Findley, P. Caldwell, G. Santow, W. Cosford, J. Braid & D. Broers-Freeman (Eds.), *Health Transition: the cultural, social and behavioural determinants of health* (pp. 189–212). Canberra: Health Transition Centre, Australian National University, 1989.

PATARRA, Neide L.; OLIVEIRA, Maria Coleta F. A. Transição, transições. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, VI, 16-20 out. 1988, Olinda. *Anais...* Vol. 1. Olinda: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (Abep), 1988. p. 17-36.

PAULO, Maira Andrade; WAJNMAN, Simone; HERMETO, Ana Maria. 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 Populacionais*, Rio de Janeiro, v. 30 (Supl.), p. 525-543, 2013.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

PEDREIRA, Rhaine Borges Santos; ANDRADE, Camila Barros; BARRETO, Vinícius Guerra Aguiar; JUNIOR, Elzo Pereira Pinto; ROCHA, Saulo Vasconcelos. Autopercepção de saúde entre idosos residentes em áreas rurais. *Revista Kairos: Gerontologia*, v 19, n. 1, p. 103-119, 2016.

PONGIGLIONE, Benedetta; DE STAVOLA, Bianca L.; PLOUBIDIS, George B. A Systematic Literature Review of Studies Analyzing Inequalities in Health Expectancy Among the Older Population. *PLoS ONE*, v. 10, n. 6, p. e0130747, 2015.

PRADO, Tânia Maria Bigossi. Proteção social à pessoa idosa no Brasil. In: BERZINS, Marília Viana, BORGES, Maria Claudia (Orgs.). *Políticas públicas para um país que envelhece*. São Paulo: Martinari, 2012, p. 67-98.

PRATA, Pedro Reginaldo. A transição epidemiológica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 8, n. 2, p. 168-175, 1992.

RIBEIRO, Carlos Antonio Costa. Classe, raça e mobilidade social no Brasil. *Dados — Revista de Ciências Sociais*, v. 49, n. 4, 2006.

RIOS-NETO, Eduardo Gonçalves. Television value constructs and reproductive behavior in Brazilian “excluded” communities. In: INTERNATIONAL UNION FOR THE SCIENTIFIC STUDY OF POPULATION (IUSSP) GENERAL CONFERENCE, 24th., August 18-24, 2001, Salvador (BA). *Conference Papers*. Session 23: Value orientations and reproductive behavior. Paris: Iussp, ago. 2001. Disponível em: <[http://archive.iussp.org/Brazil2001/s20/S23\\_02\\_RiosNeto.pdf](http://archive.iussp.org/Brazil2001/s20/S23_02_RiosNeto.pdf)>. Acesso em: jun. 2017.

ROBINE, J. M. et al. *Interpreting Health Expectancies*. EHEMU Technical Report 2007\_1, 2007.

SAITO, Yasuhiko; ROBINE Jean-Marie; CRIMMINS, Eileen M.. The methods and materials of health expectancy. *Statistical Journal of the IAOS*, No 30, p 209–223, 2014.

SANDERS, Barkev S. Measuring community health levels. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, Vol. 54, No. 7, p. 1063-1070, 1964.

SANTOS, Moreira Aristides; JACINTO, Paulo Andrade; TEJADA, César Andrade. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. *Estudos Econômicos*, v. 42, n. 2, p. 229-261, 2012.

SANTOS, Jair Lício Ferreira; LEVY, Maria Stella Ferreira; SZMRECSÁNYI, Tamás. *Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise*. São Paulo: TA Queiroz, 1980.

SANTOS, Wederson Rufino. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, Supl. 1, p. 787-796, 2011.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *Physis*, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, Harley; MONTE-MÓR, Roberto L. Transições demográficas, transição urbana, urbanização extensiva: um ensaio sobre diálogos possíveis. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, XVII, 20-23 set. 2010, Caxambu. *Anais...* Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (Abep), 2010. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/2420/2374>>. Acesso em: jun. 2017.

SINGER, Paul. *Economia política da urbanização*. São Paulo: Brasiliense, 1973.

SOUSA, Ana Inês. Perfil sociodemográfico e estado de saúde autorreferido entre idosas de uma localidade de baixa renda. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 706-716.

STIEFEL, Matthew C.; PERLA, Rocco J.; ZELL, Bonnie L. A healthy bottom line: Healthy life expectancy as an outcome measure for health improvement forsts. *The Milbank Quarterly*, Vol. 88, No. 1, p. 30-53, 2010.

SULLIVAN, Daniel F. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Reports*, Vol. 86, No. 4, p. 347, 1971.

SZWARCWALD, Célia Landmann; BASTOS, Francisco Inácio; ESTEVES, Maria Ângela Pires; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares; PAEZ, Marina Silva; MEDICI, Erika Vianna; DERRICA, Mônica. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 1, p. 15-28, 1999.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; LAGUARDIA, J. Os suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, supl. 1, p. 98-112, 2008.

VICTORA C, AQUINO EML, LEAL MC, MONTEIRO CA, BARROS FC, SZWARCOWALD CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet* 2011;377(9780):1863-76.

## Anexos

### Anexo 1: Indicadores socioeconômicos e demográficos dos idosos com 65 anos mais por grandes regiões em 2008.

Idosos com 65 anos ou mais						
Regiões	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste	Brasil
<b>Situação do Domicílio</b>						
Urbano	77,8%	69,5%	92,5%	80,9%	85,3%	83,5%
Rural	22,2%	30,5%	7,5%	19,1%	14,7%	16,5%
<b>Material Predominante na Parede Externa do Domicílio</b>						
Material Durável	96,5%	95,6%	99,8%	98,8%	99,3%	98,3%
Material Não Durável	3,5%	4,4%	0,2%	1,2%	0,7%	1,7%
<b>Saneamento</b>						
Satisfatório	14,6%	32,9%	83,8%	52,4%	42,2%	59,6%
Insatisfatório	85,4%	67,1%	16,2%	47,6%	57,8%	40,4%
<b>Posse de Bens Duráveis</b>						
Com Acesso	6,8%	5,9%	22,6%	16,2%	13,4%	15,8%
Sem Acesso	93,2%	94,1%	77,4%	83,8%	86,6%	84,2%
<b>Cor/Raça</b>						
Branco	25,6%	33,9%	65,9%	82,0%	48,2%	56,9%
Não Branco	74,3%	66,0%	34,1%	18,0%	51,7%	43,0%
Sem declaração	,1%	,1%	,1%	,0%	,1%	,1%
<b>Sexo</b>						
Masculino	47,8%	43,8%	41,7%	42,9%	47,0%	43,0%
Feminino	52,2%	56,2%	58,3%	57,1%	53,0%	57,0%
<b>Anos de Estudo</b>						
Sem instrução e menos de 1 ano	47,9%	55,8%	26,1%	24,7%	42,2%	35,8%
1 a 3 anos	20,9%	16,9%	20,0%	24,5%	20,4%	20,0%
4 a 7 anos	17,9%	14,7%	28,8%	32,9%	20,0%	24,7%
8 a 10 anos	5,5%	4,6%	8,4%	6,7%	5,7%	6,8%
11 a 14 anos	5,7%	5,4%	10,6%	7,3%	7,8%	8,3%
15 anos ou mais	2,0%	2,5%	6,0%	3,8%	4,0%	4,4%
Não Declarado		,1%	,0%	,0%		,0%
<b>Número de Moradores no Domicílio</b>						
Mora sozinho	10,9%	13,3%	15,8%	17,9%	15,0%	15,2%
2 moradores	22,9%	26,9%	39,3%	41,2%	35,9%	35,3%
3 moradores	22,2%	20,7%	20,2%	18,8%	20,7%	20,2%
4 ou mais moradores	44,0%	39,0%	24,7%	22,1%	28,5%	29,3%
<b>Tipo de Família</b>						
Casal sem Filhos	29,8%	27,4%	34,6%	39,0%	36,2%	33,2%
Casal com Filhos	30,6%	31,0%	23,1%	21,8%	24,4%	25,4%
Mãe com Filhos	15,6%	15,7%	14,5%	10,7%	13,3%	14,2%
Outros Tipos de Famílias	23,9%	25,9%	27,9%	28,5%	26,2%	27,2%
<b>Condição na Família</b>						
Pessoa de Referência	63,5%	65,9%	64,5%	64,0%	65,4%	64,8%
Cônjuge	19,7%	21,1%	21,0%	21,9%	20,4%	21,1%
Filho	,1%	,2%	,2%	,1%	,2%	,2%
Outro Parente	15,9%	12,3%	13,7%	13,4%	13,4%	13,3%
Agregado	,6%	,4%	,4%	,4%	,5%	,4%
Pensionista	,1%	,1%	,1%	,1%	,1%	,1%
Empregado Doméstico		,1%	,1%	,1%	,1%	,1%
<b>Total de Moradores</b>						
Reside só	10,9%	13,3%	15,8%	17,9%	15,0%	15,2%
2 moradores	22,9%	26,9%	39,3%	41,2%	35,9%	35,3%
3 moradores	22,2%	20,7%	20,2%	18,8%	20,7%	20,2%
4 moradores ou mais	44,0%	39,0%	24,7%	22,1%	28,5%	29,3%

Fonte: Pnad, 2008