



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**



JAQUELINE LOPES DIAS

**UM OLHAR DEMOGRÁFICO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA
A PARTIR DE INDICADORES SOCIAIS DO BRASIL**

**CAMPINAS
2019**

JAQUELINE LOPES DIAS

UM OLHAR DEMOGRÁFICO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA
A PARTIR DE INDICADORES SOCIAIS DO BRASIL

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

Supervisor/Orientador: PROF. DR. ROBERTO LUIZ DO CARMO

Co-supervisor/Coorientador: PROF. DR. ALBERTO AUGUSTO EICHMAN JAKOB

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA JAQUELINE LOPES DIAS, E ORIENTADA PELO PROF DR ROBERTO LUIZ DO CARMO.

CAMPINAS
2019

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

D543o Dias, Jaqueline Lopes, 1991-
Um olhar demográfico sobre a qualidade de vida a partir de indicadores sociais do Brasil / Jaqueline Lopes Dias. – Campinas, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: Roberto Luiz do Carmo.
Coorientador: Alberto Augusto Eichman Jakob.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Indicadores sociais. 2. Qualidade de vida. 3. Dinâmica demográfica. I. Carmo, Roberto Luiz, 1966-. II. Jakob, Alberto Augusto Eichman, 1970-. III. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: A demographic view on quality of life from social indicators in Brazil

Palavras-chave em inglês:

Social indicators

Quality of life

Demography

Área de concentração: Demografia

Titulação: Mestra em Demografia

Banca examinadora:

Roberto Luiz do Carmo [Orientador]

Tirza Aidar

Paulo de Martino Jannuzzi

Data de defesa: 18-12-2019

Programa de Pós-Graduação: Demografia

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: 0000-0001-8360-5619

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/3651649492022856>



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação, composta pelos Professores Doutores a seguir descritos, em sessão pública realizada em 18 de dezembro de 2019, considerou a candidata Jaqueline Lopes Dias APROVADA.

Prof. Dr. Prof. Dr. Roberto Luiz do Carmo (orientador) – IFCH/UNICAMP

Profª Dra. Tirza Aidar – IFCH/UNICAMP

Prof. Dr. Paulo de Martino Jannuzzi – ENCE/IBGE

A Ata de Defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertações/Teses e na Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Demografia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

*Toda a alegria que o mundo contém
Vem de querer felicidade para os outros.
Todo o sofrimento que o mundo contém
Vem de querer felicidade para si mesmo.*

(Shantideva)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que fizeram parte dessa jornada de grande aprendizados, que durou mais do que o planejado, mas também agregou mais que eu podia planejar e imaginar. Sou muito grata pela evolução que tive durante esses anos tanto profissional quanto pessoal. E agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento da dissertação ao longo destes três anos.

Tenho muito a agradecer a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH) e o Núcleo de Estudos de População (Nepo), pelo suporte dado para a realização dessa dissertação. E a cada uma das pessoas que direta e indiretamente me auxiliaram e guiaram nessa jornada. Em especial a Roberto do Carmo e Alberto Eichman, pela paciência e generosidade, nesses anos de orientação e co-orientação, respectivamente. A Adriana Cristina Fernandes, pela dedicação e disponibilidade. E a todos os professores e pesquisadores com quem pude aprender muito: Alberto Eichman Jakob, José Marcos Pinto da Cunha, Maria Coleta, Tirza Aidar, Joice Melo Vieira, Luciana Correia Alves, Glaucia dos Santos Marcondes, Everton Emanuel Campos de Lima.

O professor Paulo Jannuzzi uma das minhas principais referências para a concepção deste trabalho, desde os primeiros passos que dei para a estruturação do projeto de pesquisa. A professora Tirza Aidar, com quem tive a grata felicidade de iniciar meus estudos em Demografia. Agradeço por terem aceitado participar das bancas de qualificação e defesa e as valiosas contribuições para este trabalho.

Aos colegas de pós-graduação da coorte de 2017 e amigos que fiz durante essa jornada acadêmica e de autoconhecimento. Meu agradecimento em especial aos grandes amigos que fiz e muito me ajudaram sendo companheiros, generosos nas trocas de experiências e conhecimento, Marina Soares, Miguel Hernández e Robert Bernedo, obrigada por todo o suporte.

A todo apoio familiar durante minha trajetória estudantil e acadêmica, especialmente minha mãe (Rozina Lopes do Nascimento), que sempre foi minha fortaleza.

RESUMO

A natureza subjetiva e relativa da qualidade de vida leva a múltiplas definições, permeadas por juízos de valores. Compreende desde o campo das necessidades básicas, entendida como um direito, devendo ser assegurado a toda a população, que pode ser acompanhado por indicadores objetivos, chegando a questões relacionadas a sua percepção de bem-estar, satisfação e felicidade, campo verificado através de indicadores subjetivos. Apesar de configurar como uma experiência individual, a qualidade de vida sofre a interferência do âmbito social, decorrentes da vida em comunidade (ROJAS; GARCIA, 2017). O entendimento da dinâmica demográfica ajuda a compreender tais interferências na qualidade de vida da população. Os indicadores são usados como mecanismo de mensuração e monitoramento dessas mudanças ao longo do tempo. Diante da sua natureza subjetiva, cabe então destacar o uso dos indicadores subjetivos, para traçar um diagnóstico da qualidade de vida de uma população. Neste trabalho, utilizou-se como fonte de dados, os dados do Brasil de 2008 a 2018, disponíveis no Latinobarômetro. Essa fonte é alimentada por pesquisa realizada anualmente e traz informações sobre opiniões, atitudes, comportamentos e valores dos cidadãos dos 18 países da América Latina. Busca-se através desses dados identificar a associação entre o grau de satisfação com a vida e variáveis sociodemográficas (sexo, idade, região, escolaridade e nível socioeconômico), assim como com aspectos subjetivos (satisfação com a democracia, distribuição de renda, preocupação com o trabalho e atendimento a necessidades básicas). A complexidade do fenômeno não possibilita atribuir a melhora ou piora do grau de satisfação com a vida a apenas um conjunto limitado de variáveis. Constatou-se que o grau de satisfação com a vida possui uma associação com fatores demográficos e outros aspectos subjetivos avaliados. Há evidências de associação com diversos dos fatores analisados, no entanto a um grau muito baixo, não sendo possível destacar um fator que seja determinante.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Indicador social; Dinâmica demográfica.

ABSTRACT

The subjective and relative nature of quality of life leads to multiple definitions, permeated by value judgments. It comprises from the field of basic needs, understood as a right that must be guaranteed to the entire population and which can be accompanied by objective indicators, to questions related to their perception of well-being, satisfaction and happiness, a field verified through subjective indicators. Despite being an individual experience, it suffers interference from the social sphere, resulting from community life (ROJAS; GARCIA, 2017). Thus, the understanding of the demographic dynamics helps to unveil such external interferences in the population's quality of life. Indicators are used as a mechanism for measuring and monitoring these changes over time. Because of its subjective nature, the use of subjective indicators is necessary to draw a diagnosis of a population's quality of life. In this work, data from Brazil from 2008 to 2018, available on the Latinobarômetro, were used as a data source. This data source comprises a survey carried out annually which brings opinions, attitudes, behaviors and values of the citizens of the 18 countries of Latin America. The goal is to identify the association between the degree of satisfaction with life and sociodemographic variables (gender, age, region, education and socioeconomic level), as well as with subjective aspects (satisfaction with democracy, income distribution, concern with work and meeting basic needs). The complexity of the phenomenon does not make it possible to attribute the improvement or worsening of the degree of satisfaction with life to only a limited set of variables. It was found that the degree of satisfaction with life has an association with demographic factors and other subjective aspects evaluated. There is evidence of association with several of the factors analyzed; however, this association has a very low degree, and it is not possible to highlight a determinant factor.

Keywords: Quality of life; Social indicators; Demography.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Escala de felicidade, Brasil 2007 a 2018	60
GRÁFICO 2 – Taxa de mortalidade infantil, Brasil 2007 a 2017.....	73
GRÁFICO 3 – Expectativa de vida ao nascer e saudável, Brasil 2007 a 2017	76
GRÁFICO 4 – Média anual da taxa de desocipação das pessoas de 14 anos ou mais de idade, Brasil, 2012 a 2018.....	80
GRÁFICO 5 – Índice de Gini, Brasil 2007 a 2017	83
GRÁFICO 6 – IDH e suas dimensões (renda, educação e expectativa de vida), Brasil, 200-2017	86
GRÁFICO 7 – Grau de satisfação com a vida por sexo, Brasil, 2008 a 2018	117
GRÁFICO 8 – Grau de satisfação com a vida por faixa etária, Brasil, 2008 a 2018	118
GRÁFICO 9 – Grau de satisfação com a vida por região, Brasil, 2008 a 2018.....	119
GRÁFICO 10 – Grau de satisfação com a vida por tamanho da cidade, Brasil, 2008 a 2018.....	120
GRÁFICO 11 – Grau de satisfação com a vida segundo a escolaridade, Brasil, 2008 a 2018.	121
GRÁFICO 12 – Grau de satisfação com a vida por nível socioeconômico, Brasil, 2008 a 2018	122
GRÁFICO 13 – Grau de satisfação com a vida por satisfação com a democracia, Brasil, 2008 a 2018.	124
GRÁFICO 14 – Grau de satisfação com a vida por percepção de justiça da distribuição de renda, Brasil, 2008 a 2018	125
GRÁFICO 15 – Grau de satisfação com a vida por renda familiar suficiente para suprir as necessidades familiares, Brasil, 2008 a 2018.....	126
GRÁFICO 16 – Grau de satisfação com a vida por frequência com que ocorre a falta de alimento, Brasil, 2008 a 2018.	128
GRÁFICO 17 – Grau de satisfação com a vida por grau de preocupação com a perda do trabalho, Brasil, 2008 a 2018.	129
GRÁFICO 18 – Grau de satisfação com a vida por frequência com que se preocupa com a violência, Brasil, 2008 a 2018.	130

LISTA DETABELAS

TABELA 1 – Sentimento de Felicidade, Brasil	58
TABELA 2 – Frequência e porcentagem do sexo dos entrevistados, Brasil, 2008-2108	105
TABELA 3 – Frequência e porcentagem do grupo etário dos entrevistados, Brasil, 2008-2108	106
TABELA 4 – Frequência e porcentagem do sexo dos entrevistados, Brasil, 2008-2108	107
TABELA 5 – Frequência e porcentagem tamanho da cidade dos entrevistados, Brasil, 2008-2108..	108
TABELA 6 – Frequência e porcentagem escolaridade dos entrevistados, Brasil, 2008-2108.....	109
TABELA 7 – Frequência e porcentagem nível socioeconômico dos entrevistados, Brasil, 2008-2108	109
TABELA 8 – Frequência e porcentagem do grau de satisfação dos entrevistados, Brasil, 2008-2108	111
TABELA 9 – Frequência e porcentagem do grau de satisfação com a democracia dos entrevistados, Brasil, 2008-2108	112
TABELA 10 – Frequência e porcentagem do sexo dos entrevistados, Brasil, 2008-2108	112
TABELA 11 – Frequência e porcentagem do sexo dos entrevistados, Brasil, 2008-2108	113
TABELA 12 – Frequência e porcentagem do sexo dos entrevistados, Brasil, 2008-2108	114
TABELA 13 – Frequência e porcentagem do grau de dificuldade para se alimentar no último ano dos entrevistados, Brasil, 2008-2108.....	114
TABELA 14 – Frequência e porcentagem dopor grau de ificuldade para suficiente para suprir necessidades dos entrevistados, Brasil, 2008-2108.....	115

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Propriedades desejáveis aos Indicadores Sociais	44
QUADRO 2 – Áreas temáticas de alguns Sistemas de Indicadores Nacionais e Internacionais	63
QUADRO 3 – Evolução temporal da ideia de desenvolvimento humano e de qualidade de vida.....	70
QUADRO 4 – IPM Brasil dimensão e pesos	93
QUADRO 5 – GNH Dimensões de descrição.....	95
QUADRO 6 – Indicadores que compõem o GNH.....	96
QUADRO 7 – Temas investigados Latinobarômetro	102
QUADRO 8 – Indicadores selecionadas, latinobarômetro, Brasil 2008 a 2018	104

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1 – UM OLHAR DEMOGRÁFICO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA..	17
1.1 Qualidade de Vida	17
1.1.1 O Desafio de Conceituar Qualidade de Vida.....	17
1.1.2 Dimensão Objetiva	21
1.1.3 Dimensão Subjetiva	21
1.2 Dinâmica Demográfica e Qualidade de Vida	23
1.2.1 Transição Demográfica.....	24
1.2.2 Transição Epidemiológica	26
1.2.3 Transição da Fecundidade	30
1.2.4 Envelhecimento Populacional.....	31
1.2.5 Transição Urbana.....	33
1.3 Qualidade de Vida e a Mortalidade	37
1.4 Políticas Públicas e Qualidade de Vida	38
CAPÍTULO 2 – INDICADORES SOCIAIS E A QUALIDADE DE VDA	41
2.1 Indicadores Sociais: Origem, Definição e Construção	42
2.1.1 Indicadores Sociais Objetivos.....	46
2.1.2 Indicadores Sociais Subjetivos	47
2.2 Indicadores Sociais: Fontes de Dados	50
2.2.1 Principais Fontes de Dados: Indiacdores Objetivos	50
2.2.2 Principais Fontes de Dados: Indiacdores Subjetivos	55
2.3 World Value Survey (WVS).....	55
2.3.1 World Happiness Report (WHR).....	58
2.3.2 Latinobarómetro.....	60
2.4 Apresentação dos Indicadores: Simples e Composto	62
2.4.1 Sistemas de Indicadores.....	62
2.4.2 Indicadores Compostos ou Sintéticos	63
2.5 A Subjetividade dos Indicadores Sociais.....	65
2.5.1 Políticas Públicas e Estatísticas Públicas.....	66
2.6 Principais Medidas Demográficas e sua Associação com a Qualidade de Vida	69
2.6.1 Indicadores de Mortalidade	71
2.6.2 Indicadores Socioeconômicos.....	76
2.7 Principais Indicadores Sintéticos de Qualidade de Vida	83
2.8 Comparando Níveis de Qualidade de Vida.....	98

CAPÍTULO 3 – MATERIAIS E MÉTODOS.....	101
3.1 Fonte de Dados: Latinobarômetro	101
3.2 Variáveis Sociodemográficas Seleccionadas.....	103
3.3 Principais Características Subjetivas Seleccionadas	110
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS	116
4.1 Grau de Satisfação com a Vida sob um Olhar Demográfico	116
4.2.2 Grau de satisfação com a vida segundo outros aspectos subjetivos	123
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132
REFERÊNCIAS	137

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida, assim como o bem-estar é uma experiência do indivíduo e não da sociedade, porém deve-se levar em consideração a influência que o contexto social exerce sobre essa experiência (ROJAS; GARCIA, 2017). São expectativas conformadas individual e socialmente, ou seja, as experiências sempre estão entre a dimensão social e repercutem na individual. Dessa forma, as mudanças populacionais interferem nas experiências de qualidade de vida do indivíduo e da população como um todo.

O contexto social em que se insere o indivíduo é influenciado constantemente por processos demográficos e mudanças populacionais que interferem nas experiências e qualidade de vida do indivíduo e da população como um todo. Os conceitos demográficos e a extensa revisão bibliográfica, são apresentados sob esse olhar, estabelecendo a relação entre a qualidade de vida, dinâmica demográfica e indicadores subjetivos.

O objetivo desta dissertação será analisar como as alterações na dinâmica demográfica e o grau de satisfação com a vida, interferem na qualidade de vida da população. Tarefa especialmente desafiadora, diante da natureza múltipla e dinâmica desses processos ao longo do tempo. Apresenta-se ao longo do texto os principais processos demográficos da transição demográfica, como a transição epidemiológica e envelhecimento populacional, buscando identificar sua contribuição e impactos sobre a qualidade de vida da população. Será privilegiado na análise o contexto urbano, onde reside grande parte da população brasileira.

O contexto da dinâmica demográfica brasileira, entre o período de 1950 a 2010, auxilia na identificação das mudanças que possam ter influenciado a qualidade de vida da população brasileira. Este trabalho faz uma breve revisão dos principais processos demográficos nesse período. Para compreender como a qualidade de vida vem se alterando, são apresentados dados a partir de 2007 até meados de 2018, estendendo-se até último dado oficial disponível, para o conjunto de variáveis que nos ajudam a compreender a qualidade de vida, a partir do olhar proposto nesta dissertação.

Busca-se questionar a utilização e interpretação de indicadores comumente utilizados para mensurar qualidade de vida. Por exemplo, apesar de não haver um consenso sobre a relação entre uma vida mais longa e uma vida com mais qualidade, é um consenso que a saúde é uma das determinantes importantes da qualidade de vida. Será que viver mais é viver melhor? Os anos a mais de vida que a população adquiriu com os avanços nos cuidados da saúde, podem ser comprometidos com relação à qualidade de vida desfrutados devido ao convívio com alguma doença crônica. Segundo Camargos e Gonzaga (2015) o quadro geral é

satisfatório, no que diz respeito a esse aspecto, pois no Brasil, se vive mais tempo com felicidade do que com infelicidade.

Para trabalhar esse conjunto de elementos apresentados, a dissertação está organizada em quatro capítulos. O Capítulo 1 propõe um olhar demográfico sobre a qualidade de vida, para isso busca compreender a extensão do tema 'qualidade de vida' as características do conceito e os desafios de conceitualizar um tema abrangente e complexo, assim como a própria 'vida' objeto sob avaliação (FERNANDEZ-BALLESTEROS, 1998). Um conceito de natureza tanto objetiva quanto subjetiva, multidimensional e transdisciplinar, produto de uma complexa dinâmica social, material e espacial (VITTE, 2009). A natureza subjetiva e relativa do tema leva a múltiplas definições, permeado de juízos de valores (KARRUZ; KEINERT; KARRUZ, 2002). Compreendendo desde o campo das necessidades básicas, entendida como um direito, devendo ser assegurado a toda a população, acompanhado por indicadores objetivos, chegando a questões relacionadas a sua percepção de bem-estar, satisfação e felicidade, campo que será verificado através de indicadores subjetivos.

O Capítulo 2 aborda os mecanismos de mensuração, que possibilitam o diagnóstico e o acompanhamento da relação estabelecida entre qualidade de vida e demografia. Apresenta algumas das principais fontes de dados utilizadas na avaliação subjetiva da qualidade de vida (World Value Survey, World Happiness Report e Latinobarômetro). A qualidade de vida humana abrange duas dimensões, objetiva e subjetiva (CORBI; MENEZES-FILHO, 2006). Sua característica multidimensional, como destacado, coloca em dúvida as pesquisas que utilizam apenas de indicadores objetivos (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012) em estudos sobre o tema (KUZ, 1978 *apud* CARLEY, 1985). Destaca-se os principais indicadores objetivos utilizados na avaliação do desenvolvimento e bem-estar da população. Apresentando as principais medidas se concentra em indicadores demográficos, socioeconômicos e indicadores subjetivos, relacionados a níveis de satisfação da população. Porém, neste trabalho o destaque será os indicadores subjetivos, uma vez que possibilitam a elaboração de políticas, de acordo com as necessidades do indivíduo (VEENHOVEN, 2002). Como conceitos de bem-estar e qualidade de vida são amplos e difíceis de mensurar, os indicadores surgem como bons substitutos na mensuração indireta através das características observáveis. Sendo assim, necessário entender aspectos como origem, definição, propriedades e classificações dos indicadores sociais, além das principais medidas utilizadas para a sua operacionalização.

O Capítulo 3 apresenta mais detalhadamente os temas pesquisados pelo Latinobarômetro, pesquisa que investiga aspectos subjetivos, relacionado a satisfação,

preocupação e dificuldades dos latino-americanos. Devido as semelhanças históricas e culturais entre o Brasil e grande parte da América Latina, a consistente coleta e disponibilização dos dados, optou-se por detalhar as análises segundo esta fonte de dados. Como parâmetro para avaliação da qualidade de vida é utilizado o grau de satisfação com a vida declarado pelo entrevistado, classificando-se em muito satisfeito, satisfeito, pouco satisfeito e insatisfeito. As variáveis selecionadas podem ser agrupadas em dois grupos sociodemográficos (sexo, faixa etária, região, tamanho da cidade, escolaridade e nível socioeconômico) e aspectos subjetivos (grau de satisfação com a democracia, preocupação com a perda do trabalho, preocupação com a violência, percepção quanto a justiça da distribuição de renda, grau de dificuldade para suprir as necessidades da família com a renda recebida e a frequência com ocorreu falta de alimentos). Os dados analisados refere-se ao período de 2008 a 2018, exceto 2012 e 2014 quando a pesquisa não ocorreu. Como técnica de análise foram aplicadas análises unidimensionais e bidimensionais das variáveis, testes de independência e medidas de associação, como o coeficiente de contingência para quantificar o nível de associação.

Por fim, o capítulo 4 apresenta os resultados obtidos com as análises bidimensionais, onde foram verificadas o grau de associação existente entre as variáveis sociodemográficas e os aspectos subjetivos com o grau de satisfação declarado pelo entrevistado. Destaca-se que devido ao caráter multidimensional e complexo da qualidade de vida, todas as associações foram de muito fracas a moderadas, não se constatou entre as variáveis analisadas uma determinante. Dentre as variáveis analisadas e tendo como base a literatura, verifica-se que os aspectos relacionados a necessidades básicas, ainda não satisfeitas para toda a população, devido à forte desigualdade socioeconômica, exercem a maior interferência na qualidade de vida da população brasileira. Sob o olhar demográfico, constata-se ainda que a variável “faixa etária” possui uma maior associação com o grau de satisfação frente às demais variáveis sociodemográficas. As análises apontam que à medida em que o indivíduo envelhece há uma tendência de aumento da insatisfação. Dentre as variáveis analisadas, apenas sexo e região não apresentaram uma associação significativa com o grau de satisfação, todas as demais mantêm algum grau de associação.

CAPÍTULO 1 – UM OLHAR DEMOGRÀFICO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

Este capítulo apresenta e discute a extensão do tema ‘qualidade de vida’, a natureza do conceito e os desafios de conceitualizar um tema que abrangente e complexo, assim como a própria ‘vida’ objeto sob avaliação (FERNANDEZ-BALLESTEROS, 1998).

A qualidade de vida apesar de configurar como uma experiência individual, sofre a interferência do âmbito social, decorrente da vida em comunidade (ROJAS; GARCIA, 2017). O contexto da dinâmica demográfica brasileira, entre o período de 1950 a 2010, ajuda a identificar as mudanças ocorridas através dos processos demográficos que influenciaram a qualidade de vida da população brasileira.

1.1 Qualidade de Vida

Os parâmetros relacionados a qualidade de vida, bem-estar e satisfação, são ideias, formuladas tanto individualmente quanto socialmente, permeados por diferenças geográficas, culturais, sociais e individuais (KEINERT; KARRUZ; KARRUZ, 2002). Originam-se de expectativas e experiências, que ocorrem entre a dimensão social e repercutem na individual. Segundo Turbino (2012), não é possível analisar a qualidade de vida de maneira individual, deve ser considerada a dimensão coletiva. O conceito, segundo o autor, é construído socialmente em cada comunidade. Tem uma natureza tanto objetiva quanto subjetiva, multidimensional e transdisciplinar, é produto de uma complexa dinâmica social, material e espacial (VITTE, 2009).

O termo “qualidade de vida” é amplamente citado em diferentes áreas do conhecimento científico, como economia, saúde e ciências ambientais, através de perspectivas individuais e também apropriado pela sociedade, através do “senso comum”, e mídias em geral, porém não há um consenso sobre a sua definição (KARRUZ; KEINERT; KEINERT, 2002). O conceito abrange desde as necessidades básicas até os fatores emocionais e psicológicos que influenciam no modo como é percebida e avaliada a qualidade de vida. Dessa maneira, é necessário abordar o tema a partir do escopo de cada área do conhecimento, buscando sua integração com as demais, para que o termo não acabe sendo usado de forma genérica.

1.1.1 O Desafio de Conceituar Qualidade de Vida

Merege (2001) destaca a semelhança entre definir ‘qualidade de vida’ e ‘liberdade’, todos definem e entendem, porém, é um debate complexo permeado de conflitos

de valores, onde os desafios não são puramente técnicos, também são políticos e éticos. Carmo (1993) observa que o conceito de qualidade de vida pode ser utilizado como contraponto a uma ênfase nos aspectos relacionados com a materialidade, na qual considera-se apenas a “abundância das coisas” para designar mudanças no “padrão de vida”, não fazendo a devida referência aos limites da definição ou a questões subjetivas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 1995 a qualidade de vida como uma percepção do indivíduo segundo o contexto cultural de valores em que está inserido e seus próprios parâmetros como objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Cada indivíduo terá a sua definição de qualidade de vida, segundo seus hábitos e valores, que sofrem constantes reformulações ao longo da sua experiência de vida. Trata-se de uma forma de compreensão humana apoiada na percepção do próprio existir, com base nas dimensões objetivas e subjetivas (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012). A qualidade de vida deve ser vista então, como um estilo e condição de vida (GONÇALVES; VILARTA, 2004). A partir do exposto, torna-se clara a natureza subjetiva do termo e a dificuldade de conceptualização de forma única. Minayo; Hartz; Buss (2000) reconhecem a natureza ampla do conceito de qualidade de vida, que reflete o conhecimento, a experiência e os valores coletivos de diferentes épocas, espaços e história, sendo uma construção social marcada pela relatividade cultural.

Um conceito com forte caráter subjetivo, político e ético, permeado de juízo de valor (KEINERT; KARRUZ; KARRUZ, 2002), eleva os níveis de complexidade ao se propor qualquer definição. Os autores destacam o aspecto legal do conceito, no qual a qualidade de vida também deve ser entendida como um direito à cidadania, sendo então necessário mecanismos de participação social, que assegure este direito a toda a população. “A discussão sobre qualidade de vida permite, então, pensar na possibilidade de aumentar mecanismos de participação das pessoas e assegurar, no campo do direito, a ideia de bem público” (VITTE, 2002, p. 32).

Evidenciou-se nessa discussão a necessidade de diretrizes de construção do conceito de qualidade de vida que parta de um marco teórico, que possibilite uma delimitação que seja observável e mensurável (PASCHOAL, 2000). Devido a suas múltiplas dimensões e complexidade, não é possível estabelecer um conceito único e global, ou seja, aplicável a populações com valores e culturas distintas. Visto que medir a qualidade de vida pode incluir a medição de praticamente tudo que interesse a alguém (CARMO, 1993).

Vitte (2009) ressalta a dimensão ambiental, a degradação do ambiente e recursos globais, retrata a intensa deterioração da própria qualidade de vida. A poluição em níveis

alarmantes, a degradação socioambiental, as gigantescas e crescentes concentrações urbanas trazem inquietações e dúvidas a respeito da existência de condições de vida sustentáveis (CARMO, 1993). Vitte reconhece que a construção de uma racionalidade ambiental em conjunto a qualidade de vida tem se tornado uma tarefa complexa, a qual exige a construção de competências como tolerância e solidariedade e requer um posicionamento político, discutir o sentido da democracia e a construção da cidadania (VITTE, 2009). Afirma ainda que, a qualidade de vida não deve desconsiderar a qualidade do ambiente, o lugar de vida, simplesmente por serem inseparáveis. A qualidade de vida diz respeito ao equilíbrio entre as condições socioambientais e as necessidades da população (CARMO, 1993). O autor destaca a dificuldade em separar os fatores sociais e ambientais, devida a sua correlação, onde a compreensão surge apenas quando considerada a interação dinâmica entre ambiente e sociedade.

Devido à natureza multidisciplinar alguns conceitos estão interligados ao próprio conceito de qualidade de vida, sendo apenas subdimensões. O conceito de “qualidade de vida urbana” nasce em conjunto com os conceitos bem-estar social qualidade ambiental, pobreza, desigualdades sociais, exclusão social, vulnerabilidade social, desenvolvimento sustentável e sustentabilidade (NAHAS, 2006). Com o crescimento e expansão das cidades em todo o mundo, o debate sobre a “qualidade de vida urbana” cresceu entre 1970 e 1980 (NAHAS, 2006). Sendo um instrumento de planejamento que possibilita analisar o grau de satisfação das necessidades dos indivíduos ou população, tendo como objetivo detectar desigualdades espaciais que derivam dessa heterogeneidade da população (CAMARGO MORA, 1997). Como forma de estabelecer ações que visem melhorar o bem-estar da população.

De modo geral, a qualidade de vida tem como premissa a busca pelo desenvolvimento e bem-estar (VITTE, 2002). Segundo Tamaki (2000) está ligada a condições de vida individuais que é reforçada pelo conceito de desenvolvimento humano. O Observatório de Qualidade de Vida de Santo André (OQVSA) em seu processo de construção teve o desafio de distinguir os conceitos de qualidade de vida e desenvolvimento, conforme relatam:

Distinguir os dois não significa abandonar as questões do desenvolvimento [...], mas precisamos pensar qualidade de vida como uma resultante, percebida sobretudo através de indicadores de resultado. [...] E nesse sentido, é importante pensar a qualidade de vida como alguma coisa, enfim, que é um pouco diferente de desenvolvimento (KEINERT, 2002, p. 190).

Para Vitte (2002) o conceito se relaciona a fatores psicossociais que decorrem da satisfação ou insatisfação dos indivíduos diante de suas necessidades. Fatores relacionados aos vínculos sociais interferem na percepção dos indivíduos (VITTE, 2004). Logo, o conceito não pode ser analisado apenas pelo seu caráter normativo, deve-se levar em consideração a percepção individual, que é influenciada pela cultura e educação dos indivíduos (SILVA, 1996). Cabe destacar a interferência do desenvolvimento econômico, instabilidade político e social, nas expectativas individuais (CARDIM; SOUTO, 1974 apud VITTE, 2002).

O OQVSA define qualidade de vida como uma função que está atrelada a longevidade e bem-estar, sendo então a capacidade de uma comunidade desfrutar de uma vida média longa de forma saudável, ou seja, “viver muito” e “viver bem” (KARRUZ; KEINERT; KEINERT, 2002). Referem-se a bem-estar como um conjunto de elementos da vida social e urbana que favorecem ou dificultam desfrutar de uma vida saudável.

Herculano (1998) elabora a definição de qualidade de vida como:

[...] a soma de condições econômicas, ambientais, científico-culturais e políticas coletivamente construídas, postas à disposição dos indivíduos para que estes possam realizar suas potencialidades: inclui a acessibilidade à produção e ao consumo, aos meios para produzir cultura, ciência e arte, bem como pressupõem a existência de mecanismos de comunicação, de informação, de participação e de influência nos destinos coletivos, através da gestão territorial que assegure água e ar limpos, hígidez ambiental, equipamentos coletivos urbanos, alimentos saudáveis e a disponibilidade de espaços naturais amenos urbanos, bem como preservação de ecossistemas naturais (HERCULANO, 1998, p. 92).

Allardt (1993) apresenta alguns princípios individuais do bem-estar, através de três verbos: ter, amar e ser. O “ter” refere-se às necessidades básicas de sobrevivência – indicadores econômicos, condições de moradia, emprego, condições de trabalho, saúde e educação. “Amar” refere-se às necessidades de afeto e solidariedade – indicadores relativos a vínculos e contatos sociais. E “ser” refere-se integração com a sociedade – indicadores relativos a atividades que impactam a própria vida, participação política, lazer e contato com a natureza. A análise da qualidade de vida por meio dos três verbos envolve tanto aspectos objetivos (mensuráveis) como subjetivos (verificáveis desde a percepção do indivíduo) (HERCULANO, 2000).

A conceptualização utilizada nessa dissertação considera a quantidade e qualidade dos meios disponíveis para satisfazer necessidades básicas, tendo a dimensão objetiva considerado apenas as necessidades humanas (saúde, educação e renda, por exemplo) e a dimensão subjetiva abrangendo a percepção dos indivíduos relacionada ao bem-estar, grau de satisfação com a vida, questões mais complexas que envolvem a ideia de qualidade de vida

(BRAVO; VERA, 1993; VITTE, 2004). Os próximos tópicos detalham melhor essas duas dimensões com a qual a qualidade de vida se relaciona.

1.1.2 Dimensão Objetiva

Qualidade de vida possui relação com o atendimento das necessidades básicas, em muitos dos estudos nos quais os indicadores utilizados referem-se a aspectos que são indispensáveis a sobrevivência, constantes ao longo do tempo e independentes da cultura (VITTE; VITTE, 2004). Análises objetivas, apesar de apresentar limitações, são instrumentos importantes para avaliação das condições de vida da população. A dimensão objetiva pode ser explorada a partir de elementos concretos que quantificavam as necessidades básicas da vida humana, tais como alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, saúde e lazer (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Fornecem uma base de comparação e caracterização dos ambientes socioeconômicos existentes, sendo assim, um primeiro passo para a compreensão do conceito (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

O Capítulo 2 dessa dissertação detalha os principais indicadores objetivos comumente utilizados para operacionalizar os conceitos referentes a temática de qualidade de vida. Tais como, taxa de mortalidade infantil, expectativa de vida, PIB per capita, taxa de desemprego, taxa de alfabetismo, dentre outros.

São medidas que independem de interpretações do sujeito, estão apoiadas em dados e indicadores objetivos. Para Vitte e Vitte (2004) o atendimento das necessidades básicas não fornece os parâmetros suficiente para assegurar que a população desfrute de uma qualidade de vida plena. No entanto, devido as dificuldades de captação dos aspectos relacionados a dimensão subjetiva, são preteridos frente a dimensão objetiva, mais facilmente operacionalizados, grande parte dos estudos não se aprofundam nessa dimensão.

1.1.3 Dimensão Subjetiva

A dimensão subjetiva contempla ações individuais, expectativas e percepção dos níveis de qualidade de vida. Os fatores relacionados ao lugar, tempo e condições na qual está inserido o indivíduo, interferem na sua percepção como os cidadãos, usuários de serviços, se sentem em relação ao que é ofertado (KEINERT, 2002).

A avaliação baseada na percepção do indivíduo deve levar em consideração, o contexto no qual ele se insere (trabalho, família, amigos, lazer, por exemplo) e fatores que interferem no contexto (alimentação, habitação, saúde, educação, por exemplo) (VITTE, 2002). Oleson (1990) destaca os elementos comuns a diferentes definições de qualidade de

vida, como a presença da avaliação individual e o grau de satisfação com as dimensões da vida.

Para Calman (1984) o aspecto subjetivo da qualidade de vida refere-se à satisfação, plenitude e felicidade. Dessa forma, a subjetividade da qualidade de vida, surge do caráter valorativo e individual das experiências de vida do indivíduo, que podem não ser captadas a partir da dimensão objetiva. Nesse sentido, um indivíduo que tenha todas as suas necessidades básicas atendidas (moradia, alimentação, saúde e renda), pode não apresentar o bem-estar esperado, quando avaliado segundo a dimensão subjetiva. Essa dimensão é permeada por interferências do campo psicológico, devido a problemas mentais, como depressão e ansiedade, afetando seu nível de bem-estar. Assim, através de indicadores estritamente objetivos a qualidade de vida desse indivíduo, não estaria amplamente representada. Deve-se considerar a heterogeneidade dos indivíduos, que irão manifestar de maneiras diferentes seus níveis de satisfação e insatisfação com as dimensões da vida (KARRUZ; KEINERT; KEINERT, 2002).

O termo felicidade pode ser aplicado para caracterizar a satisfação com a vida como um todo e não apenas eventos específicos. Abrangendo passado, presente e o futuro, já ponderado de acordo com o período vivenciado (CORBI; MENEZES-FILHO, 2006). A felicidade é definida como uma avaliação global da vida (EASTERLIN, 2001). Apesar de sua relatividade, os principais determinantes de felicidade do indivíduo, são família, saúde, situação financeira e emprego (CANTRIL, 1965).

O governo do Butão adotou como objetivo principal a promoção da felicidade da sua população, estabelecendo uma metodologia e pesquisa para o acompanhamento dos níveis de felicidade. A partir de um a pesquisa que visa apreender os elementos subjetivos, são estabelecidos artifícios pra a investigação, constituído de nove domínios: bem-estar psicológico, saúde, educação, uso do tempo, diversidade cultural e resiliência, boa governança, vitalidade da comunidade, diversidade e resiliência ecológica e padrão de vida. Sendo a felicidade a resultante da harmonia e equilíbrio entre as dimensões. Um dos principais desafios está na não linearidade entres os domínios, a difícil tarefa de decifrar tais relacionamentos fica a cargo dos indivíduos, de forma subjetiva. Logo, o mais importante é a inter-relação entre os domínios e não devendo ser isolados (Relatório de felicidade GNDI Butão, 2015).

O Butão tem a perspectiva budista como base para a compreensão do conceito de felicidade. Nessa perspectiva, a causa da felicidade não pode ser reduzida a duas ou três dimensões principais, como renda, educação, saúde ou bem-estar psicológico (Relatório de

felicidade GNDI Butão, 2015). O relatório destaca a diversidade das necessidades humanas, que abrange uma série de fatores sociais, psicológicos, econômicos e culturais. Somente quando satisfeitas a maioria desses fatores em um nível suficiente, haverá a percepção de felicidade.

De forma geral, os governos restringem a mensuração do seu êxito à dimensão objetiva e não em função da realização humana e da "felicidade" de seus povos, que é a dimensão subjetiva (CARMO, 1993). No entanto, o uso das duas dimensões como norteadoras do conceito, torna a discussão mais rica (PIZZOL, 2013). A qualidade de vida pode ser utilizada como um conceito unificador, que permite relacionar as necessidades humanas, ambientes individuais e sociais (CARMO, 1993).

Com a finalidade de ter um maior entendimento da interação entre essas dimensões, buscou-se compreender essa relação a partir da dinâmica demográfica da população brasileira. Partindo dessa relação, surge a necessidade de verificar a associação entre os fatores demográficos e a avaliação subjetiva da qualidade de vida brasileira.

1.2 Dinâmica Demográfica e Qualidade de Vida

A compreensão das principais componentes e processos construtores do perfil demográfico brasileiro, torna mais clara a relação existente entre a demografia e a qualidade de vida da população. Fatos históricos e seus desdobramentos sociais, possibilitam entender a trajetória até o estágio atual e projetar o comportamento futuro. Nessa construção serão abordadas as componentes demográficas – mortalidade, fecundidade e migração – e os processos que compõem e estão estreitamente relacionados com a transição demográfica, tais como transição epidemiológica, transição da fecundidade e urbanização ocorrida no Brasil, até o momento. Destes, o processo de urbanização caracterizou o local, o espaço, em que essas mudanças ocorreram, sendo elas positivas ou não, possibilitando o acesso a serviços que potencializaram a qualidade de vida da população brasileira no século XX e/ou introduzindo um estilo de vida que levou a perda de qualidade de vida.

A população é fruto da dinâmica demográfica durante um longo período: nascimentos, mortes e migração nos últimos 100 anos (LEBRÃO, 2007) No caso do Brasil, a imigração foi expressiva apenas até 1930, alcançando o máximo na última década do século XIX¹ (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014). As transições ocorridas no Brasil em

¹ Entre 1890 e 1930, o Brasil recebeu cerca de 3,5 milhões de imigrantes (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014). Esse total não considera os escravos que segundo o censo de 1872 eram aproximadamente

geral desde este período são decorrentes das mudanças nos níveis de mortalidade e fecundidade. O país passou de um regime demográfico de alta natalidade e mortalidade para outro de baixa mortalidade e fecundidade, levando ao envelhecimento demográfico da população. Essas mudanças são resultados de processos dinâmicos, como as transições epidemiológica, fecundidade e urbana, que ocorreram e ocorrem forma concomitantes (LEBRÃO, 2007).

Lebrão (2007), baseada nos clássicos da literatura demográfica, destaca a relação entre as transições, o declínio inicial da mortalidade devido à diminuição das doenças infecciosas, desencadeou o início tanto da transição demográfica quanto epidemiológica. O declínio da fecundidade influencia a estrutura etária, refletindo no perfil de mortalidade da população. A dinâmica demográfica brasileira ao longo do século XX tem como principais características o crescimento populacional, o deslocamento da população das áreas rurais para as áreas urbanas que resultou no processo de urbanização. Essas alterações nas características populacionais impulsionaram as mudanças de estrutura e tamanho da famílias brasileiras (SIMÕES, 2006; BERQUO; CAVENAGHI, 2006).

1.2.1 Transição Demográfica

A Transição Demográfica é apresentada inicialmente por Warren Thompson em 1929. No Brasil, teve seu início no século XIX, sendo acelerada após a Segunda Guerra Mundial. A transição demográfica brasileira, segue o padrão já experimentado por outros países, queda acentuada da Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) e posteriormente a intensa redução da Taxa Bruta de Natalidade (TBN) (ALVES; CAVENAGHI, 2012). Entre a queda das taxas, tem-se o momento em que a taxa de fecundidade se mantém elevada, característica do primeiro momento da transição. O período que propiciou um elevado crescimento da população, entre 1940 e 1970, aumentou o volume populacional, tornando a população ainda mais jovem (ALVES; CAVENAGHI, 2012; LEBRÃO, 2007). A posterior redução da fecundidade, levou a uma redução das taxas de crescimento e ao início do processo de envelhecimento (VASCONCELOS; GOMES, 2012). O processo resulta dessa forma em profundas mudanças no perfil demográfico da população.

A partir de 1970 as taxas de fecundidade total brasileira, começaram a reduzir rapidamente (ALVES; CAVENAGHI, 2012), refletindo no ritmo das taxas de crescimento da população que se mantinha até então acelerado, chegando a 3% ao ano na década de 1960.

10 milhões. Os autores destacam essa como a primeira fase, caracterizada pela imigração internacional e miscigenação. Devido a periodicidade de censo a fase compreende de 1872-1940.

O curto período entre a queda dos níveis de mortalidade e fecundidade, evidenciou a velocidade da transição demográfica no Brasil, ao comparar com o ritmo experimentado por países desenvolvidos. As taxas de mortalidade e natalidade retornam progressivamente ao equilíbrio, mas em níveis bem mais baixos, ao comparar com o início do processo (CARMO; CAMARGO, 2018). A população brasileira ainda experimenta um crescimento do seu volume populacional, no entanto a taxas baixas, de menos de 1% ao ano para o conjunto do país. Projeções demográficas indicam um cenário de crescimento populacional até por volta de 2030, iniciando seu decréscimo em números absolutos durante a década de 2040 (CARMO; DAGNINO; JOHANSEN, 2014). Como ressaltam Alves e Cavenaghi (2012) as projeções indicam que as taxas de natalidade e mortalidade bruta, irão se encontrar em 2040 e se inverter no restante do século, levando ao declínio da população, após um pico populacional de 220 milhões de habitantes. Ou seja, manutenção de taxas baixas de crescimento resultará em uma população estacionária, podendo levar até a sua diminuição em termos de volume, caso os níveis de mortalidade ultrapasse realmente os de natalidade.

Superada a preocupação com o crescimento expressivo da população em boa parte dos países, surge questão da redução da população, principalmente nos países desenvolvidos. Uma taxa de fecundidade abaixo da taxa de reposição impulsiona o envelhecimento da população e leva à diminuição do volume populacional ao longo do tempo (SWIACZNY, 2015).

A redução das taxas de fecundidade também acarreta alterações na estrutura etária da população ao longo do tempo. Passando de uma população predominantemente jovem para uma população envelhecida. A transição demográfica não ocorre de forma isolada, está associada a outros processos sociais, como o desenvolvimento econômico, industrialização e urbanização (CARMO; CAMARGO, 2018). Esses autores destacam que países que concluíram a transição demográfica, iniciada no século XIX, verificam que a redução da mortalidade, principalmente da mortalidade infantil, resultou em aumentos significativos em expectativa de vida.

Swiaczny (2015) destaca a preocupação com a diminuição do volume e com o envelhecimento da população, questionando a sustentabilidade de sistemas públicos de previdência intergeracionais e saúde. No declínio acentuado da mortalidade, destaca-se pela redução da mortalidade por doenças infecciosas e aumento da importância das doenças crônico-degenerativas (VASCONCELOS; GOMES, 2012). A alteração do perfil epidemiológico decorrente do processo de envelhecimento, implica na necessidade de reconfigurar o perfil etário dos gastos com saúde. Devido a esse novo perfil mais envelhecido,

as demandas aumentam e tornam-se mais complexas, exigindo maiores investimentos públicos (CARMO; CAMARGO, 2018).

A Transição Demográfica permanece sendo retomada e reformulada com o passar do tempo, diante dos novos acontecimentos e entendimentos da dinâmica em curso (KIRK, 1996; CALDWELL, 2004; CARMO; CAMARGO, 2018). A transição demográfica, descrita e presente atualmente de maneira ampla para a população brasileira, é classificada, por alguns demógrafos como Primeira Transição Demográfica (PTD). Considerando então a existência de um segundo momento desse processo, com características próprias, a Segunda Transição Demográfica (STD), proposta em 1986 pelos demógrafos Lesthaeghe e Van de Kaa. Segundo os autores, a STD se caracteriza por: taxas de fecundidade abaixo do nível de reposição; postergamento do primeiro filho; mudanças no padrão de casamento e da maternidade/paternidade; crescimento da coabitação e das uniões consensuais; diversificação dos arranjos familiares e domiciliares; crescimento do número de divórcios e separações; mudanças do foco das famílias das crianças para o casal adulto; crescimento da imigração.

Dentre as diferenças entre as diferentes regiões do mundo, na América Latina, por exemplo, o padrão de fecundidade é mais jovem enquanto o europeu é mais envelhecido (ALVES; CAVENAGHI, 2012). A continuidade da queda da fecundidade a níveis baixíssimos, menores que 1,5 filhos por mulher, revelam uma nova situação, um movimento de “retirada da procriação”. Diante desse novo cenário o demógrafo Coleman (2006) propõe mais um momento da transição demográfica, a Terceira Transição Demográfica (TTD). Como os demais momentos, as características pontuadas baseiam-se na experiência da Europa.

É importante destacar que as alterações nas taxas de fecundidade não ocorreram de forma simultânea, em homogênea entre as regiões brasileiras. Mesmo com a queda dos níveis de fecundidade abaixo do nível de reposição na maior parte do país, ainda não se alcançou o equilíbrio demográfico (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Uma situação de equilíbrio demográfico poderia refletir positivamente sobre a qualidade de vida da população, diminuindo a pressão sobre o sistema previdenciário ao longo do tempo, por exemplo. No entanto, o declínio constante das taxas de fecundidade não indicam uma situação de equilíbrio. No Brasil, a taxa de fecundidade passou de 2,39 para 1,86 filho por mulher entre 2000 e 2010 (Censo 2010, IBGE).

1.2.2 Transição Epidemiológica

A transição epidemiológica descrita por Omran (1971), aborda a mudança na carga de doenças da população. Refere-se a alterações nas características da mortalidade e

morbidade da população. A teoria indica que há uma mudança no perfil da mortalidade da população, devido a transformações culturais e socioeconômicas. A população passa progressivamente de um perfil com predomínio de mortes devido a doenças infecciosas, doenças relacionadas ao período gestacional, neonatais e nutricionais; para a prevalência de mortes por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e doenças crônico-degenerativas (CARMO; CAMARGO, 2018). A transição ocorre em conjunto com a transição demográfica através da mudança do perfil de morbidade², ocorrida na transição epidemiológica. As transições epidemiológica e de mortalidade estão interligadas, já que a queda inicial da mortalidade se concentrou nas causas de mortes infecciosas (LEBRÃO, 2007).

O maior acesso da população a redes de gerais de água e esgotamento sanitário e acesso a serviços de saúde, contribuíram para o declínio da mortalidade no país e consequentemente a melhorias consideráveis das condições de saúde e sociais (VASCONCELOS; GOMES, 2012; LEBRÃO, 2007). Um dos determinantes das mudanças das principais causas de morte é a redução dos coeficientes de letalidade de algumas doenças³ (LEBRÃO, 2007). A melhora nas condições de saúde da população, leva a alteração da carga de doenças da população. Um aspecto central tanto da transição demográfica quanto da qualidade de vida (SWIACZNY, 2015). Em menos de quarentas anos, a população brasileira teve alterada a carga de doenças, seguindo o ritmo acelerado que transcorre a transição demográfica.

A evolução das condições de saúde, proporcionaram ganho na qualidade de vida através de uma maior sobrevivência da população. Modificando a sua estrutura e iniciando novos processos demográficos, que impactam e são impactados pela qualidade de vida. O estilo de vida nos grandes centros urbanos (poluição, estresse, sedentarismo e má alimentação, por exemplo) é fator de risco das principais doenças crônicas-degenerativas (VASCONCELOS; GOMES, 2012) predominantes na população em idade mais avançadas. A população passa de um perfil de mortalidade de uma população jovem para um perfil típico de população envelhecida, que requer maiores cuidados e acompanhamentos médicos (VERAS, 2009). Veras salienta as características próprias do atendimento médico dessa população idosa, maior frequência de internações, maior tempo de ocupação dos leitos, maiores cuidados médicos devido a características na carga de doenças que afeta essa população, além de

² Refere-se a um conjunto de indivíduos que adquirem determinada doenças, possibilita identificar o comportamento das doenças e agravos a saúde na população (PEREIRA, 2004).

³ Número de óbitos por determinada causa sob o número de doentes dessa causa (LEBRÃO, 2007).

maiores incapacidades funcionais. As incapacidades agora se relacionam a doenças associadas à idade e ao estilo de vida, que tem custos de tratamento elevados e exigindo um maior preparo do sistema de saúde e familiares (CAMARGOS; GONZAGA, 2015; SWIACZNY, 2015).

Dentre as doenças crônico degenerativas destacam-se as neoplasias (cânceres). O câncer de mama é a principal causa de morte entre as mulheres, quando analisada a mortalidade por câncer (GUERRA et al., 2017). Seguidos por câncer de pulmão, cólon e reto, colo uterino e estômago. Entre os homens o câncer de próstata, seguido por pulmão, estômago, cólon e reto, e esôfago, são as principais causas. O autor ainda destaca que em regiões mais desenvolvidas economicamente os cânceres de colo de útero e o de estômago tiveram uma maior redução, o que reflete o impacto das desigualdades socioeconômicas da população e de acesso aos serviços de saúde.

A alteração de cargas de doenças garante um maior número de pessoas sobrevivendo aos estágios iniciais da vida e chegando à idade adulta. Um ganho na esperança de vida ao nascer agrega qualidade de vida à população, todavia enfrenta desafios para ser mantido em idades mais avançadas, tendo em vista o convívio com doenças crônicas que impactam na qualidade de vida.

Prata (1992) destaca que “o perfil de morbi-mortalidade pode ser considerado um indicador relativamente sensível das condições de vida e do modelo de desenvolvimento de uma população, sendo resultado da interação de diversos fatores interdependentes”. Sendo segundo esse autor, impossível separar o nível de mortalidade de uma população e sua relação com fatores históricos, socioeconômicos, demográficos e ambientais. A determinação do perfil epidemiológico da mortalidade é um processo dinâmico, com variáveis interdependentes, que assumem pesos diferenciados a depender da sociedade e momento histórico.

A adoção de medidas preventivas resultantes do desenvolvimento econômico, contribuíram para a mudança na carga de doenças (PRATA, 1992). No entanto, segundo esse autor, há uma superposição de etapas, denominadas, contra-transição, transição prolongada, polarização epidemiológica. Enquanto alguns iniciam outros estão na fase intermediária e alguns já concluíram, destaca Prata. As variações das taxas de mortalidade refletem a enorme desigualdade regional e a diversas realidades socioeconômicas do país (VASCONCELOS; GOMES, 2012). As desigualdades sociais levam a heterogeneidade nas etapas entre os grupos sociais (FRENK et al., 1991). Na superposição das etapas, tem-se o predomínio de doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; a reintrodução de doenças como dengue e cólera ou o

recrudescimento de outras como a malária, hanseníase e leishmanioses indicam uma natureza não-unidirecional denominada contra-transição (SCHRAMM et al., 2004). A "dupla carga da doença" sobrecarrega os sistemas de saúde. Antigos e novos problemas coexistem, com a predominância de doenças crônico-degenerativas (SCHRAMM et al., 2004). A capacidade de atendimento dos sistemas de saúde público é colocada à prova com a predominância de doenças crônicas degenerativas, que representam maiores custos de tratamento.

As desigualdades sociais aparecem nos diferentes perfis de mortalidade, mesmo onde a transição epidemiológica está mais avançada, passando a ter uma prevalência de doenças crônico-degenerativas (PRATA, 1992), que estão também relacionadas a fatores ambientais e socioculturais. Nesse sentido, essas doenças não devem ser consideradas doenças crônico-degenerativas, mas sim preveníveis. No Brasil a hipertensão arterial tem alta determinação social (COSTA, 1981 *apud* PRATA, 1992). Estudos realizados no Rio Grande do Sul, constatam que a proporção de trabalhadores de baixa renda em uma população se relaciona com a prevalência de hipertensão arterial (PRATA, 1992). Dessa forma, tem-se um quadro persistente de desigualdade socioeconômicas entre as diferentes regiões do Brasil, que impede a consolidação das conquistas referentes à saúde da população, sujeitas a intempéries climáticas e políticas. Revelando o caráter "artificial" da melhoria real das condições de vida da população (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987).

Lerner (1993) propõem que a transição epidemiológica deve ser considerada uma componente de um conceito mais amplo, a transição da saúde. Uma vez que envolve aspectos básicos da saúde nas populações humanas (LEBRÃO, 2007). Incluindo elementos como as concepções e comportamentos sociais, correspondentes aos aspectos básicos da saúde nas populações humanas. A saúde depende de como os indivíduos se alimentam, como moram, em que condições trabalham, como se vestem, como se divertem, em resumo, o nível de saúde depende do nível de vida, sendo um decorrente do outro (CARMO, 1993). A transição da saúde pode ser entendida a partir dois pontos, um que engloba a transição das condições de saúde⁴ e outro a transição da atenção sanitária⁵, sendo está última uma resposta social organizada a primeira determinada pelo desenvolvimento social, econômico e tecnológico (FRENK et al., 1991).

De forma geral, tem-se a transição das condições de saúde, consiste nos processos de saúde e doenças que definem o perfil epidemiológico de uma população, expresso em termos de morte, doença e invalidez (LEBRÃO, 2007).

⁴ Mudanças nas condições de saúde através das mortes, doenças e incapacidades (FRENK et al., 1991).

⁵ Instrumentalização dos sistemas de atenção à saúde (FRENK et al., 1991).

1.2.3 Transição da Fecundidade

A transição demográfica brasileira, teve como aspecto marcante a velocidade de declínio da fecundidade. Mesmo durante o processo de urbanização e industrialização, em meados de 1930, os níveis de fecundidade se mantiveram elevados. É a partir de 1960 que o processo de generalizado e rápido de declínio da fecundidade, tem seu início. Tornando-se mais consistente nas décadas de 1970 e 1980 em todas as regiões brasileiras. Destaca-se a queda da mortalidade infantil, como um fator importante para explicar a queda da fecundidade. Com o declínio da mortalidade, nenhuma sociedade pode continuar por muitas gerações com uma taxa de fecundidade elevada (DYSON, 2001). Ressalta-se a introdução dos métodos contraceptivos, em especial a pílula e esterilização feminina (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014) que possibilitaram um maior controle da fecundidade.

As principais causas e motivações para o súbito declínio da fecundidade brasileira relacionam-se a fatores econômicos, sociais, político-institucionais e variáveis intermediárias. Mecanismo de difusão, a prática de esterilização tornou-se o principal "método" empregado no controle da reprodução (BERQUÓ et al., 1985). Destaca-se no caso da fecundidade os métodos anticoncepcionais, principal fator responsável pela queda sua queda após 1980.

O Brasil foi o país que realizou uma das transições de fecundidade mais rápidas do mundo (SIMÕES, 2006). constantes Taxa de Fecundidade Total, que esteve em 6,2 filhos por mulher entre 1940 e 1960, chegou a 2,4 filhos por mulher em 2000. Enquanto em países desenvolvidos o declínio ocorreu em um período de 80 a 100 anos, no Brasil foi de aproximadamente 30 anos. Sendo essa uma das mais importantes modificações estruturais da população brasileira, levando a redução da taxa de crescimento populacional e alterações na estrutura etária, com aumento da população em idosa, como destaca Simões (2006).

A intensificação da urbanização e das relações capitalistas de produção levaram a incorporação da mulher nas atividades econômicas (VERAS, RAMOS; KALACHE, 1987). Conforma-se uma economia urbana, onde os bens e a alimentação são adquiridos no mercado. Eleva-se o custo de vida e as despesas com os filhos, que passam a ser evitados. Fatores como maior acesso das mulheres a educação e a renda, estabelecem uma correlação negativa com os níveis de fecundidade (BERQUO; CAVENAGHI, 2006), especialmente diante da possibilidade de um maior poder de decisão sobre a fecundidade, viabilizada pelo acesso ao conhecimento e disponibilidade de métodos anticoncepcionais. Tem-se a queda da fecundidade como uma possível resposta às necessidades da população. Uma população predominantemente urbana e famílias cada vez menores, se apresenta como a configuração que pode levar a uma melhoria nos indicadores de qualidade de vida.

Berquó e Cavenaghi (2005) corroboram com a característica desigual de transição, mostrando que a redução ocorrida nos níveis de fecundidade, entre 1991 e 2000, não foi uniforme nos vários segmentos sociodemográficos da população.

Diante de mudanças culturais como o papel social da mulher e no custo socioeconômico das crianças (MERRICK; BERQUÓ, 1983), constata-se que entre 2000 e 2015, as diminuições nos níveis de fecundidade foram mais intensas nas regiões Sudeste (75,7%) e Centro-Oeste (75,1%), seguidas pelas regiões Sul (71,0%), Nordeste (67,7%) e Norte (66,6%). Ao analisar as Taxas de Fecundidade Total (TFT) entre os censos de 2000 e 2010, verifica-se que as maiores taxas permanecem nas regiões Norte e Nordeste, as regiões Sul e Sudeste já atingem taxas abaixo do nível de reposição, com uma tendência de redução e a região Centro-Oeste apresentou em 2000 uma taxa de 2,1 no limite do nível de reposição (CARMO; CAMARGO, 2018). A generalização da queda da fecundidade no Brasil tem forte relação com o processo de urbanização que resultou em uma alteração sociocultural da população (OLIVEIRA; VIEIRA; MARCONDES, 2015). O mercado de trabalho ampliou-se para as mulheres, afetando a tanto a rotina como os níveis de fecundidade dessas mulheres (OLIVEIRA, 1984).

Simões (2006) destaca que o processo de declínio da fecundidade é fato irreversível, observado em países que já completaram a transição. Sendo então de extrema importância entender fatores que levaram a transição, assim como suas consequências. Berquó e Cavenaghi (2006) ressaltam que os níveis de fecundidade de um país fazem parte de um elenco de indicadores que orientam os formuladores de políticas públicas. De forma resumida, o declínio da fecundidade leva a diminuição do ritmo de crescimento da população, com a diminuição da população infantil e um conseqüente ao envelhecimento populacional. Fonte assim de profundas alterações no perfil da população, com reflexo diretos sobre a qualidade de vida atual e futura.

1.2.4 Envelhecimento Populacional

O declínio da mortalidade no início do século XX, indicava o envelhecimento populacional brasileiro, evidenciando-se com o declínio acentuado da fecundidade (LEBRÃO, 2007). Levando os grupos etários de 60 anos e mais, a apresentarem um crescimento desde 1940, sendo então, esperado um maior crescimento desse grupo populacional (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987). Alterações nos padrões e níveis da mortalidade e fecundidade impactam a estrutura etária da população, sendo a fecundidade a componente com maior impacto (COALE, 1986). Uma das resultantes dessas modificações

nas componentes é o aumento da esperança de vida, propiciando a mais pessoas atinjam idades avançadas. Mesmo que de forma desigual, as melhorias já beneficiam todas as regiões (CAMARANO; PASINATO, 2007). As autoras destacam que com a constante queda da fecundidade, já se vislumbra o crescimento a taxas elevadas da população idosa que viverão mais tempo. O processo de envelhecimento depende também da população abaixo de 60 anos, um baixo crescimento relativo dessa população, leva a uma maior representatividade da população de 60 anos e mais (LEBRÃO, 2007). Fato que ocorre no Brasil desde a década de 1950, onde a parcela idosa tem um maior crescimento. Lebrão (2007), ressalta o contingente dos muito idosos, acima de 80 anos, que registram um crescimento ainda maior.

O Brasil mesmo longe de resolver os problemas relacionados a infância, já enfrentava as implicações sociais e de saúde decorrentes do processo de envelhecimento, comparados aos experimentados por países mais desenvolvidos (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987). Cabe destacar as diferenças entre o nível de desenvolvimento do país e os desafios em lidar com o envelhecimento. Enquanto o processo de envelhecimento nos países desenvolvidos ocorreu depois de terem alcançado padrões elevados de vida, com redução de desigualdades sociais e econômicas (LEBRÃO, 2007). Os países menos desenvolvidos o processo ocorre de forma acelerada, sem uma melhoria real das condições de vida de boa parte da população. De forma geral, os países desenvolvidos primeiro se ficaram ricos e depois envelheceram, já os países menos desenvolvidos, como os da América Latina e Caribe estão ficando velhos antes de serem ricos (PALLONI; PELÁEZ, 2004). O declínio da fecundidade leva a transformações drásticas da estrutura etária desses países, em um curto período de tempo, sem conquistas sociais importantes para a maioria da população. O "boom" de idosos na população brasileira é uma questão com considerável impacto social e econômico (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987).

O processo de envelhecimento é assim, uma realidade em muitos países desenvolvidos e em países onde os processos demográficos como a transição demográfica, epidemiológica já ocorreu de forma acelerada como no caso brasileiro. A razão de dependência antes alta entre os jovens e baixa entre os idosos, se inverterá, projeções indicam que em 2030 a população idosa será maior que a jovem (ALVES; CAVENAGHI, 2012). Uma característica comum na dinâmica demográfica entre os países é o envelhecimento populacional. Podendo ser mensurado a partir da proporção de pessoas de 60 anos ou mais na população. No Brasil, aumentou de 4% em 1940 para 11% em 2010 (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2013). Sendo classificado como um envelhecimento moderado avançado. Um envelhecimento avançado é caracterizado por uma estrutura envelhecida a

mais tempo, por exemplo a Argentina, que em 2005, a população de 60 anos e mais correspondia a 13,9% da população total (CAMARANO; PASINATO, 2007).

Com relação a saúde da população idosa, Lebrão (2007) traz dois posicionamentos, sendo o primeiro que a população viverá mais, tendo um aumento da sobrevida sem incapacidade. O segundo acredita que não ocorrerá um avanço das curvas de morbidade e incapacidade, levando assim a mais anos de vida com má saúde e dependência. Destaca-se a relevância das doenças e agravos crônicos não transmissíveis, causando incapacidade e reduzindo a qualidade de vida da população idosas, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Ações como a promoção de saúde e mudança de hábitos, são apontados como caminhos para reduzir os efeitos ruins.

O envelhecimento populacional é uma grande conquista social da segunda metade do século XX, porém traz desafios, sendo um dos principais o aumento da despesa com seguridade social (CAMARANO; PASINATO, 2007). Entrando assim na agenda das políticas públicas como um problema difícil de resolver, já que se tem o "crescimento relativamente acelerado do contingente populacional considerado inativo ou dependente, simultaneamente ao encolhimento daquele em idade ativa ou produtiva" (CAMARANO; PASINATO, 2007, p. 7). As autoras destacam ainda, outro desafio que é garantir que um processo de desenvolvimento com dignidade e equidade entre os grupos etários.

Segundo Camarano, há necessidade de repensar o conceito de idoso, uma vez que pessoas que hoje tem 70 anos, desempenham atividades como as pessoas com 50 anos em décadas anteriores. Mesmo pessoas de classe mais baixa, com 60 anos deveria ser considerada idosa, pelo menos em comparação com pessoas de 60 anos quando o conceito foi estabelecido em meados de 1994. A população está envelhecendo com melhores condições de saúde e autonomia (ALEGRETTI; CANCIAN, 2018). Esse processo continuará devido à alta fecundidade do passado e à redução da mortalidade da população idosa. Acompanhada da incerteza com relação as condições de renda e de saúde, da população envelhecida (CAMARANO; PASINATO, 2007). De forma geral, a perspectiva é que a esperança de vida nas idades mais avançadas continue a aumentar, elevando as preocupações com relação as condições de saúde e autonomia dessa população, destaca as autoras.

1.2.5 Transição Urbana

A transição urbana brasileira, consiste na redistribuição da população no espaço movida em grande medida pela migração rural-urbana, concentração populacional nos centros urbanos (BRITO, 2006). O processo de urbanização propiciou o acesso a serviços de saúde,

além de outras influências não tão positivas sobre o bem-estar mental, social e físico que a vida urbana traz a população (LEFEBVRE, 2008).

Esse processo de transformação e construção de uma rede urbana inicia-se em um período de importantes transformações socioeconômicas e demográficas, a partir da década de 1940. Em resposta ao intenso crescimento demográfico, gerado pela queda da mortalidade, melhora das condições sanitárias e de saúde da população (VITTE, 2009). O Brasil inicia a partir de 1950, a um rápido processo de modernização, industrialização e urbanização (ALVES; CAVENAGHI, 2012). Processo determinante da estrutura moderna da sociedade brasileira, tanto o território como a sociedade brasileira de torna cada vez mais urbana.

Carvalho e Garcia (2003) estimam que entre 1960 e fim dos anos 1980, ocorreu o auge do ciclo migratório do campo para a cidade. Após trinta anos do seu início, a população urbana já ultrapassava a rural, as taxas de fecundidade ainda elevadas, contribuíram para o ritmo de crescimento acelerado das cidades, chegando a taxas de crescimento de 4,1% (BRITO; PINHO, 2012). Freado com o avanço da transição urbana a partir dos anos de 1980, em conjunto com a transição demográfica, as taxas de crescimento da população diminuem (CARMO; CAMARGO, 2018). Entre 1950 e 2010 a população brasileira urbana cresceu 8,5 vezes, enquanto a rural diminuiu 10% (ALVES; CAVENAGHI, 2012). Em 1940 a população urbana representava 26,3% da população brasileira, passando para 55,9% (1970), 77,1% (1991), 81,2% (2000) e em 2010 totaliza 161 milhões (84%), segundo dados do IBGE.

O Brasil passou por uma urbanização acelerada e concentradora, muito superior à dos países desenvolvidos (BRITO; PINHO, 2012). Grande parte da população, passou a se agrupar em centros urbanos, um potencial agravante para a proliferação de doenças transmissíveis. Como forma de solucionar esses problemas, foi dada maior atenção a questões sanitárias e de saúde, favorecendo a sobrevivência da população e maior bem-estar (BRITO; PINHO, 2012). Os centros urbanos-industriais se configuraram em polos atrativos da população em busca por melhores condições de vida, oportunidades de trabalho, educação e segurança, agindo como impulsionadores da migração. A modalidade de migração rural-urbana, agiu como motor do crescimento econômico, a partir a transferência da mão de obra da agricultura (menor produtividade) para atividades nas cidades (maior produtividade) (HELLIWELL; LAYARD; SACHS, 2018).

A urbanização no Brasil levou a mudanças nas atividades ocupacionais através da industrialização, avanços dos setores de serviço e comércio (MATOS; FERREIRA, 2014). A população oriunda de reservatórios de mão de obra como Nordeste e Minas Gerais, migraram de forma acelerado rumo a essas cidades, levando a uma concentração da urbanização

(FARIA, 1991). A mecanização do campo da forma como ocorreu no Brasil, privilegiou grandes proprietários de terras, sendo a população empurrada para os centros urbanos.

A população empurrada para os centros urbanos, lida com alguns desafios de se adequar ao novo tipo de trabalho. Vindas do campo, a maioria da população nesse período, possui uma baixa escolaridade e qualificação para o trabalho ofertado na cidade, fator preponderante para a sua segregação espacial e graves dificuldades de ascensão social (ROJAS, 2012). Fruto da dinâmica econômica capitalista fortalece a acumulação do capital através da reprodução de desigualdades sociais, que são projetadas na organização espacial da população gerando a segregação sócio-espacial (periferias urbanas) (BRITO; PINHO, 2012).

Em decorrência do contexto histórico, político e social, a sociedade brasileira configura-se como urbana-industrial complexa, tanto espacial como socialmente, diversificada, heterogênea e profundamente desigual (FARIA, 1991). A vida urbana brasileira caracteriza-se por uma desigualdade estrutural e uma concentração de renda, que afetam a qualidade de vida de grande parte da população.

O urbano é o difusor dos padrões de relações sociais, consumo, produção e estilo de vida (BRITO; PINHO, 2012). As mudanças trazidas pela transição urbana causam impactos na sociedade, em sua cultura e as formas de relacionamento das pessoas e suas famílias (ALVES; CAVENAGHI, 2012). Com o crescimento das cidades, discutir qualidade de vida urbana, torna-se uma necessidade (NAHAS, 2009). Embora autores como Cano (2011) destaquem que a concentração da população industrial em São Paulo entre 1940 e 1960, não tenha significado uma perda absoluta para as demais regiões brasileiras, classificando como uma “urbanização suportável”. Havia espaço para a acomodação das classes de rendas mais baixas próximos aos centros urbanos. A urbanização não se deu de modo uniforme entre regiões, caracteriza-se por desigualdades regionais e sociais (BRITO; PINHO, 2012), ineficiência do estado e degradação ambiental. Para Rojas (2012), a concentração das atividades econômicas em determinadas regiões, tornam-se, no longo prazo insustentável, devido a congestionamentos, poluição, crime, mobilidade, tempo e estresse. Quando verificada a urbanização nas regiões brasileiras, segundo o censo demográfico de 2010, a mais urbanizada é a região Sudeste (90,3%), seguida por Centro-Oeste (88,5%), Sul (84,8%), Norte (77,0%) e Nordeste (72,9%). Desagregando segundo o tamanho das cidades, constata-se que a população brasileira se concentra em cidades maiores de que 500.000 habitantes (BRITO; PINHO, 2012). Segundo o Relatório Mundial sobre Felicidade, pessoas que migram de cidades pequenas para cidades maiores tem uma perda de felicidade (HELLIWELL; LAYARD; SACHS, 2018). Cidades grandes onde cresce a segregação

socioespacial e violência afetaria a percepção positiva de qualidade de vida, podendo ser um fator de insatisfação (VITTE, 2004). Keinert (2002), ressalta que as questões referentes a qualidade de vida possuem conotação espacial.

As periferias tiveram um ritmo de crescimento mais acelerado, sendo reflexo não só da redistribuição do espaço metropolitano das atividades econômicas, como a expulsão das populações mais pobres para as periferias (BRITO; SOUZA, 2005). Os condomínios são outra forma de segregação, que tornam populações homogêneas internamente, segmentadas geograficamente e interligadas economicamente (ROJAS, 2012). Megacidades, onde temos comunidades que também estão integradas apenas economicamente e separadas socialmente devido à segmentação da cidade, falta de rede social e custo elevado de transportes públicos (ROJAS; GARCIA, 2017). Como os principais postos de trabalho estão concentrados nos grandes centros urbanos e o custo de vida nesses locais é elevado, boa parte dos trabalhadores tem o custo o tempo de deslocamento, como um ônus da vida urbana. A especulação imobiliária e encarecimento da estrutura urbana leva a periferização das grandes cidades (CANO, 2011). Segundo Nahas (2006) acesso da população aos bens e recursos urbanos depende da distância entre o local de residência e o do serviço. A autora destaca ainda que as dificuldades de mobilidade são determinadas por condições sociais, renda e escolaridade da população. A exclusão, segregação e marginalização de grande parcela da população, impacta o bem-estar social da população.

O processo de urbanização aproximou a população de serviços de educação, espaços públicos que contribuem para uma melhor qualidade de vida. A proximidade propiciada pela urbanização, reduziu custos dos serviços de saneamento, eletricidade e serviços públicos (hospitais, escolas, universidades etc.) ao diminuir as distâncias entre a população (ROJAS; GARCIA, 2017). Por outro lado, as concentrações urbanas causam elevação dos níveis de poluição e degradação socioambiental, colocando em risco a própria vida da população (NAHAS, 2009). No entanto, cabe ressaltar que a urbanização em si não se configura como um problema socioambiental, demográfico e econômico, visto que viabiliza a oferta de serviços e demanda investimentos em infraestrutura (CARMO; CAMARGO, 2018). O processo de periferização, que caminha na direção inversa dos avanços da área de saneamento básico proporcionado pela urbanização, é um grande problema. Leva populações de rendas menores a residirem em locais impróprios, onde convivem com problemas de água, esgoto e transporte (CANO, 2011). Em um estado de vulnerabilidade, suscetível a condições de vida precárias, mesmo no meio urbano. Sujeitas a questões sanitárias, que

prevaleciam até início do século XX no Brasil, quando ainda não estava claro o a responsabilidade do poder público de assegurar condições de saúde urbana (COSTA, 1987).

Outro aspecto é que a migração rural-urbano como ocorreu no Brasil pode levar a rompimentos da população com seus laços subjetivos, seus saberes locais, que são destruídos em nome da unicidade territorial requerida pela acumulação de capital e inserção no mercado global (VITTE, 2009). A discussão sobre qualidade de vida não se refere apenas a questões materiais e reconhece a perspectiva cultural e simbólica da população, o significado dos lugares e sentimento de pertencimento (KEINERT, 2002). Glatzer (2012) constata que países menores possuem mais facilidade de desenvolver níveis maiores de satisfação, devido a um maior sentimento de pertencimento. Outros estudos mostraram que apesar dos migrantes rural-urbano terem a sua renda praticamente dobrada, são menos felizes que as pessoas que permanecem no campo, a possível explicação está no estilo de vida urbano, mais inseguro, mais sujeito a discriminação e relações sociais fracas (HELLIWELL; LAYARD; SACHS, 2018).

Para Nahas (2009) o modelo de desenvolvimento que vem sendo seguido é incapaz de gerar mais e melhor qualidade de vida. A autora afirma que além de não conseguir erradicar a ignorância, a violência e a pobreza, o modelo adotado, agravou a situação social e ambiental, em especial nas grandes cidades. Nesse sentido, a compreensão da estruturação e configuração da sociedade urbana brasileira é fundamental para entender os determinantes da qualidade de vida dessa população. O estudo dos aspectos positivos e negativos da vida urbana é importante para mapear e visualizar fatores que impactam a qualidade de vida da população, para estabelecer os mecanismos e para minimizar os fatores que comprometem a qualidade de vida. Em um mundo cada vez mais conectado e dinâmico os fluxos migratórios são uma forma de responder às demandas de qualidade de vida da população, que muda de cidade ou país em busca de melhorar sua qualidade de vida (LEFEBVRE, 2008).

1.3 Qualidade de Vida e a Mortalidade

A melhora das condições de saúde, o envelhecimento da população e o estilo de vida urbano, levam a uma forte transformação da carga de doenças que afeta a população (SWIACZNY, 2015). A poluição dos centros urbanos, favorece o aparecimento de doenças como bronquite e asma, afetando a saúde da população e consequentemente as taxas de mortalidade prematura (ROJAS, 2012).

Peñaloza (1990) propõe que a morte seja encarada como um fracasso diante da vida. Dessa forma pode-se partir do estudo dessa componente e sua associação negativa com a

qualidade de vida, como forma de mensuração, uma vez que revela a inabilidade de “resistir” a vida. A alta taxa de mortalidade está normalmente atrelada a uma renda média baixa, nível educacional reduzido, baixa qualificação da população e problemas no acesso a saúde (KEINERT; KARRUZ; KARRUZ, 2002).

A redução da mortalidade é resultante de melhorias das condições de vida da população, como avanços na medicina, saúde pública e saneamento básico (CERVELLATI; SUNDE, 2011). A reforma sanitária ocorrida no Brasil ampliou o conceito de saúde para a população, indo além da ausência de doenças, passando por alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à terra e aos serviços de saúde (DUNCAN et al., 2012). O declínio da mortalidade infantil está relacionado a fatores que abrangem intervenções ambientais, avanços no campo da saúde, elevação do nível educacional da população, melhorias nutricionais e das condições de vida de maneira geral (LANSKY et al., 2014). O maior acesso a serviços de saneamento básico e água encanada, proporciona redução de doenças infecciosas. A expansão do sistema de águas pluviais, vacinação e melhoria do atendimento a gestantes, maior escolarização dos indivíduos (em especial das mulheres), foram responsáveis por uma queda sistemática da mortalidade e um crescimento acelerado da população (CARMO; CAMARGO, 2018). Esses processos resultaram em melhores condições de vida para a população e conseqüentemente maior qualidade de vida.

1.4 Políticas Públicas e Qualidade de Vida

Política pública pode ser definida como diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público, com resultados ou benefícios direcionados e submetidos ao debate público (TEIXEIRA, 2002). As características demográficas e socioeconômicas da população podem influenciar na percepção de valores sobre qualidade de vida e direcionar as políticas públicas (MAGALHÃES; OLIVEIRA, 2008) necessárias para a construção de debates públicos e transparentes, pois faz uso de recursos públicos. Nessa perspectiva, as políticas públicas têm como objetivo responder a demandas, em especial dos setores mais vulneráveis, buscando ampliar e efetivar direitos de cidadania. E também promovendo o desenvolvimento, criando alternativas de geração de emprego e renda.

Com um papel de regulação das relações econômicas-sociais, a partir de fundos públicos utilizados no desenvolvimento de maneira estratégica e em programas sociais (TEIXEIRA, 2002), as Políticas Públicas, constituem o chamado Estado de Bem-Estar Social, auxiliando para a melhor distribuição de renda, ao reconhecer direitos sociais. A promoção da

saúde, a partir da redução da vulnerabilidade e riscos à saúde, leva a ampliação da qualidade de vida (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008). Dessa forma, a melhoria da qualidade de vida passou a figurar como um resultado a ser alcançado por políticas públicas em setores de promoção da saúde e prevenção de doenças (SEIDL; ZANNON, 2004). Os autores destacam, a alteração do perfil de morbimortalidade, aumento na prevalência das doenças crônico-degenerativas, que gerou tanto no âmbito de saúde coletiva como de políticas públicas, um crescente interesse por avaliar a qualidade de vida e promover melhorias.

O movimento sanitário, por exemplo, com seu conteúdo ambientalista exerceu grande influência nas políticas públicas dos países desenvolvidos até o século XIX, por meio de legislação e obras de engenharia (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008). Tanto a saúde a no nível individual quanto no nível coletivo depende de ações humanas, interações de grupos sociais, políticas adotadas pelo governo, através de mecanismos, tais como ações da área da saúde e educacionais (WESTPHAL, 2000).

A OMS define um conjunto de políticas públicas voltados para a saúde, buscando motivar a melhoria das condições de vida e saúde da população urbana diante do envelhecimento da população e dos desafios trazidos tanto para a população que passará a dispor de uma maior sobrevida, como para população com problemas relacionados a transferência de renda.

São reconhecidos dois fatores responsáveis pela longevidade da população, as políticas públicas e o progresso tecnológico (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2013). Os autores ressaltam a preocupação com as mudanças no padrão de transferência de recursos públicos e privados, devido a associação entre envelhecimento e dependência. A dependência resultante da falta de capacidade de gerar renda e realizar atividades cotidianas pode ser reduzida através de políticas públicas sociais. A delimitação da idade que se inicia a "dependência", apesar de não homogêneo, é importante para a formulação de políticas públicas, auxiliando a focalizar recursos e garantir direitos. Políticas como a de seguridade social brasileira, promovem a redução da pobreza entre a população idosa e suas famílias.

Considerando a natureza subjetiva do conceito aqui trabalhado, a proposta não está em delimitar a qualidade de vida em si, mas sim contextualizar segundo o olhar demográfico as alterações da qualidade de vida da população em decorrências da dinâmica demográfica brasileira. Discutindo em termos teóricos da conceptualização e abordando as principais pesquisas e indicadores subjetivos, investigando sua relação com indicadores objetivos comumente utilizados na mensuração da qualidade de vida. Estabelecer um paralelo

com pesquisas subjetivas que investigam a percepção do indivíduo com relação a qualidade de vida, satisfação e felicidade.

Será adotado ao longo dessa dissertação, qualidade de vida como sendo um conceito que exige o seu entendimento a partir das dimensões objetivas e subjetivas. A dimensão objetiva irá compreender as necessidades básicas a sobrevivência humana e a dimensão subjetiva as questões ligadas a necessidades para uma vida plena.

A Qualidade de vida está presente em outras discussões relacionadas a políticas públicas, sendo um dos motores para o surgimento dos indicadores sociais em meados de 1960. Naquele momento surgiu o questionamento sobre a inadequação em usar indicadores econômicos para mensurar bem-estar da população. Era evidente que o progresso econômico não implicava em melhorias das condições sociais, buscaram então outros indicadores para investigar aspectos que não captados por medidas econômicas (NAHS, 2006).

CAPÍTULO 2 – INDICADORES SOCIAIS E A QUALIDADE DE VIDA

Após estabelecer a relação entre a qualidade de vida da população e os processos demográficos, o que propomos para esse capítulo é definir os mecanismos de mensuração, que possibilitem o diagnóstico e o acompanhamento dessa relação. Com abrangência tanto objetiva quanto subjetiva destaca-se sua forte característica multidimensional (CORBI; MENEZES-FILHO, 2006; VILARTA; GONÇALVES, 2004). Questiona-se as pesquisas que utilizam apenas de indicadores objetivos para investigar a qualidade de vida (KUZ, 1978). A maior facilidade de mensuração, trazida pela dimensão objetiva, através de acesso a diferentes fontes de dados, maior facilidade para quantificar eventos, acaba por privilegiar essa dimensão. A dimensão subjetiva relaciona-se a sensações e percepções individuais, difíceis de coletar e quantificar, tornando mais complexa sua investigação. Porém, é importante ter claro que as duas dimensões não estão isoladas, pelo contrário, estão interconectadas. Os indicadores subjetivos, são tão importantes quanto os objetivos, uma vez que possibilitam a elaboração de políticas de acordo com as necessidades do indivíduo (VEENHOVEN, 2002).

A necessidade de métricas para acompanhar o bem-estar de forma mais ampla levou ao surgimento de estratégias como o "movimento dos indicadores sociais", que ganhou força no início em meados da década de 1960, diante da insatisfação com o uso de indicadores de desempenho econômico como uma ferramenta para que o governo aprimore o bem-estar da população, dando maior transparência no processo de tomada de decisão relacionada à política social do estado (CARLEY, 1985). Com esse mecanismo criou-se um mecanismo para o desenvolvimento de processos de diagnóstico do bem-estar e compreensão da desigualdade e da pobreza, para além da perspectiva econômica e incluindo o aspecto social.

Como os conceitos de bem-estar e qualidade de vida são amplos e difíceis de mensurar, pode-se optar por indicadores como bons substitutos para a mensuração indireta de características observáveis dos indivíduos e da população. O seu caráter substituto é devido a possibilidade de traduzir conceitos sociais abstratos ou não mensuráveis em indicadores sociais quantificáveis, possibilitando a análise do conceito definido (CARLEY, 1985).

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, aspectos sociais são apreendidos através dos indicadores sociais, que em grande medida avaliam se as necessidades básicas estão sendo atendidas. Esses indicadores estão ligados a políticas de redução da pobreza, que tem como intuito a melhoria da qualidade de vida dos grupos populacionais marginalizados do processo de desenvolvimento (CARLEY, 1985; PEÑALOZA 1990). Karruz; Keinert e

Keinert (2002) afirmam ter como o principal desafio enfrentado na construção do OQVSA⁶, em meados 2002, operacionalizar o conceito de qualidade de vida, ou seja, identificar os indicadores que traduzem os conceitos teóricos e as variáveis envolvidas. A construção parte de uma definição teórica que busca identificar indicadores que possibilite medir o conceito estabelecido.

2.1 Indicadores Sociais: Origem, Definição e Construção

Para Jannuzzi (2017) indicadores sociais são como fotografias que permitem compreender e avaliar avanços ou retrocessos em determinada dimensão da realidade social, ligados a questões como desemprego, pobreza, desigualdade e condições de vida em geral. Trata-se assim de uma medida, em geral, quantitativa, composta de significado social substantivo, usada para aproximar, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, destaca o autor. Cabe destacar, que estes indicadores não são simples estatísticas sociais, já que seu caráter substituto, possibilita traduzir conceitos sociais abstratos ou não-mensuráveis (CARLEY, 1985). Nesse sentido, as estatísticas sobre o número de leitos em um hospital, não constitui um indicador, mas a taxa de leitos por habitante, sim. É importante diferenciar indicadores sociais de outras estatísticas públicas, que se referem ao dado social na sua forma bruta, pouco contextualizada (JANNUZZI, 2017). Os indicadores sociais operacionalizam conceitos abstratos a partir dos dados disponíveis, tem um caráter informativo.

Ressalta-se a amplitude de conceitos de “bem-estar” e “qualidade de vida” de difícil mensuração. Os indicadores têm em sua origem a busca por estruturar o Estado de Bem-Estar Social, sendo meio para a consolidação do planejamento público (JANNUZZI, 2017). Principalmente considerando que o crescimento econômico não se reflete necessariamente na melhoria das condições de vida da população, o que é evidenciado por países que apesar do crescimento do PIB, mantêm altos níveis de pobreza e desigualdade social. Essa abordagem levou a um esforço conceitual e metodológico para o desenvolvimento de mecanismos para mensuração de questões relacionadas ao bem-estar e mudança social em diversos países. Jannuzzi (2017), destaca os frutos desses esforços, como a criação de agências, organizações, cooperações e a publicação de diversos livros sobre o tema, em meados da década de 1960. O Brasil cria em 1973 através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o primeiro grupo nacional multidisciplinar para a produção de

⁶ O Observatório de Qualidade de Vida de Santo André (OQVSA) é um projeto realizado em conjunto pela Prefeitura Municipal de Santo André, Instituto de Saúde da Secretária de Estado da Saúde do estado de São Paulo e Pesquisadores de diferentes Universidades, com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp).

relatórios, estruturação e sistematização dos indicadores sociais, referentes a temáticas de população e famílias, trabalho, renda, despesas familiar, habitação, educação e saúde.

Entre as décadas de 1960 e 1970 o movimento dos indicadores sociais era visto com entusiasmo, por possibilitar uma contabilidade social e com isso o planejamento social. No entanto, ocorreu na década de 1970 o afastamento dos indicadores sociais, tidos como inúteis diante de outras estatísticas de maior complexidade e pouca confiança na correlação entre indicadores objetivos e qualidade de vida (CARLEY, 1985). Devido a um grande otimismo inicial diante das possibilidades de melhorias significativas nas condições de vida da população, que não se confirmou a curto e médio prazo, acabou por levar a um ceticismo com relação aos indicadores (JANNUZZI, 2017). O autor destaca que no Brasil, o descrédito durou pouco, pois o Sistema de Proteção Social inclusivo trazido pela Constituição Federal de 1988, elevou a pertinência dos indicadores, sendo instrumentos necessários para a elaboração de políticas públicas de planejamento.

Em meados de 1980, tem-se um novo “Movimento dos Indicadores Sociais” gerado a partir de discussões motivadas por ações como Relatório do Desenvolvimento Humano, Cúpulas Sociais Mundiais, Conferências Mundiais sobre o Meio Ambiente (1992) e Desenvolvimento Social (1995), promovidas pelas Nações Unidas. Essas ações colocaram novamente na agenda internacional a promoção de políticas sociais, que alcançaram algum êxito principalmente os países desenvolvidos e de renda média, mas que impactaram também os países não desenvolvidos. Nesse contexto a ONU estabelece em 2000 a Declaração dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, impactante na produção de pesquisas e indicadores sociais (JANNUZZI, 2017).

O terceiro "Movimento" decorre da crise internacional de 2008, com uma maior repercussão mundial e reforçando a importância da temática para a população. Surge o Relatório da Comissão Stiglitz-Sen-Fitoussi, propondo uma revisão das medidas de desenvolvimento e bem-estar. Desse relatório resulta a mais importante agenda mundial da atualidade, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com a demanda de novas pesquisas e indicadores de monitoramento (KOEHLER, 2016).

Os indicadores se conectam organicamente ao seu modelo conceitual (MAGGINO; ZUMBO, 2012). Dessa forma a construção de indicadores sociais exige em primeiro lugar a estruturação do modelo teórico explicativo do indicador proposto. Tais modelos operacionalizam o conceito que será mensurado através dos indicadores. Através da verificação empírica da validade do indicador proposto, o processo de construção de indicadores sociais se diferencia da simples descrição estatística, já que busca modelos

explicativos úteis à análise da causalidade social (CARLEY, 1985). O autor destaca que modelos não podem ser confundidos com os próprios dados ou com a teoria subjacente: ele relaciona logicamente a teoria postulada ao comportamento observado. A construção de um indicador é um processo não linear, interativo entre conceito e medida, a partir da maior clareza do conceito é possível estabelecer métricas melhores (JANNUZZI, 2017).

Estatísticas públicas como os dados censitários, estimativas amostrais e registros administrativos, são a matéria-prima para a elaboração de indicadores sociais. Jannuzzi (2017) pontua as características básicas para uma definição precisa de indicador social são elas, a “unidade de medida, unidade de análise, referência temporal, referência territorial, fonte de dados, métodos de cálculo e considerações sobre seus usos, possíveis significados e limitações” (p. 23). Sendo importante garantir o quanto for possível que o indicador satisfaça algumas propriedades importantes, destacadas no Quadro 1.

QUADRO 1 – Propriedades desejáveis aos Indicadores Sociais

Propriedades	Características
Relevância	Pertinência social da construção do indicador
Validade	Grau de aproximação entre conceito e medida; quanto mais bem construído mais específico se torna o indicador
Confiabilidade	Qualidade dos dados utilizados na construção do indicador;
Sensibilidade	Capaz de refletir as mudanças da dimensão social investigada;
Especificidade	Capacidade de refletir mudanças na dimensão social de interesse
Transparência	Transparência e inteligibilidade da metodologia de construção;
Reprodutibilidade	Possibilidade de replicação, explicitando os procedimentos técnicos adotados;
Comunicabilidade	Compreensível a população e aos agentes envolvidos;
Factibilidade	Construído a partir de dados facilmente acessíveis;
Periodicidade	Construído a partir de informações regularmente atualizadas
Desagregabilidade	Possibilitar desagregação territorial e populacional
Comparabilidade	Disponer de séries históricas extensas e comparáveis

Fonte: Jannuzzi (2017).

O autor reconhece ser raro dispor de todas as propriedades desejáveis na construção do indicador, sendo necessário realizar escolhas. O processo de seleção é uma

tarefa delicada, já que não há um método formal estabelecido, cabendo ao pesquisador escolher seus parâmetros. Algumas diretrizes são indicadas a serem priorizadas, como garantir a reciprocidade entre o conceito e os indicadores propostos, ou seja, é fundamental garantir a validade dos indicadores selecionados. Outro critério importante, segundo o autor, é certificar-se da confiabilidade do indicador e a inteligibilidade, assegurando a transparências das decisões tomadas.

Na prática, nem sempre o indicador de maior validade é o mais confiável; nem este, por seu turno é o mais inteligível e tampouco o mais claro é o mais sensível; enfim, nem sempre o indicador que reúne todas essas qualidades é passível de ser obtido na escala territorial e periodicidade requeridas. Além disso, poucas vezes poderá dispor de séries históricas plenamente compatíveis de indicadores para a escala geográfica ou grupo social de interesse (JANNUZZI, 2017, p. 39-40).

Há várias formas de classificar os indicadores sociais, sendo a mais comum a divisão por área temática:saúde, educação, mercado de trabalho, demografia, habitação, segurança pública e justiça, infraestrutura urbana, pobreza e desigualdade. Cabe destacar que um indicador pode captar mais de uma dimensão social, por exemplo a taxa de mortalidade infantil, capta tanto aspectos relacionados a saúde quanto características meio que a criança está inserida. Outro tipo de classificação comumente realizada diz respeito ao caráter do indicador, na qual se destaca o normativo, uma vez que deriva de processos interpretativos da realidade social, onde há pouca neutralidade (JANNUZZI, 2017). Os indicadores de insumo trazem os recursos disponíveis, como médicos por unidade de população. Os indicadores de fluxo são baseados em medidas de curso do processo, como tonelada de lixo recolhida por homem-hora. Indicadores de produto são medidas resultantes de processos, como a expectativa de vida (CARLEY, 1985). Para que os indicadores sociais tenham uma utilidade política, acima e além da utilidade estatística social, é importante que tenham poder de indicar de fato a relação entre variáveis, e que essa relação seja de interesse para os responsáveis pelas decisões, destaca Carley. Carlisle (1972 *apud* CARLEY, 1985) classifica os indicadores quanto a sua utilização política em indicadores informativos (descrevem sistemas sociais); indicadores preditivos (permite fazer previsão com base em séries históricas); indicadores orientados para o problema (apontam para as situações políticas e medidas de problemas sociais específicos); indicadores de avaliação de programa (metas e políticas operacionalizadas para controlar o progresso e eficácia de políticas específicas; e indicadores de delineamento de alvos (variáveis descrevem características demográficas, ambientais, patológicas ou prestação de serviços).

A seguir será abordado de forma mais detalhada a classificação dos indicadores em objetivo e subjetivo, já que ao longo do trabalho essa distinção será a que prevalecerá. Visto que, a qualidade de vida envolve necessidades materiais relativas à sobrevivência humana, como saúde, educação, moradia, renda e trabalho, assim como necessidades subjetivas do indivíduo como percepção de satisfação e bem-estar (VITTE, 2009).

2.1.1 Indicadores Sociais Objetivos

Indicadores sociais objetivos são ocorrências e reações mensuráveis, submetidos a métodos usuais de análise de dados. Deve-se ter em mente a complexidade envolvida em se estabelecer um conceito multidimensional, como o de qualidade de vida em termos quantitativos através de indicadores objetivos. Os primeiros indicadores objetivos de qualidade de vida estavam baseados em componentes como, o acúmulo de bens materiais, o progresso educacional, acesso a serviços públicos e condições de saúde. Desconsiderando as dimensões e particularidades históricas e culturais de cada indivíduo, ou seja, privilegiando a visão socioeconômica em detrimento a subjetiva (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012). Indicadores construídos a partir de variáveis objetivas tornam possível realizar comparações entre grupos, com base nos elementos essenciais a vida. Apresentam ainda a vantagem de dispor de dados de mais fácil obtenção e a possibilidade de criação de índices gerais.

Dentre os indicadores objetivos para avaliar a qualidade de vida de uma país o mais comumente citado é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O IDH engloba em suas três componentes indicadores objetivos⁷, que refletem os padrões ocidentais de qualidade de vida. Tanto em nível nacional quanto internacional, o indicador apresenta algumas limitações metodológicas como a apreensão das desigualdades socioeconômicas e da diversidade cultural, que não são contempladas por esse indicador (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Outro exemplo de indicador objetivo é o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) elaborado pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), a partir de uma escala traz uma análise a nível municipal. Através de indicadores objetivos, que avaliam riqueza municipal, longevidade e escolaridade, possui resultados considerados bem-sucedidos (GONÇALVES; VILARTA, 2004).

⁷ São eles referentes às componentes renda, educação e saúde.

Esses indicadores evidenciam que quando bem delimitado e aplicando metodologias adequadas à realidade de cada população, pode-se chegar a bons resultados, mesmo permanecendo restrito à dimensão objetiva. Os indicadores destacados acima e mais alguns, serão mais bem detalhados ao longo desse trabalho, de forma a buscar identificar suas potencialidades e limitações.

2.1.2 Indicadores Sociais Subjetivos

Indicadores subjetivos de bem-estar possibilitam identificar as heterogeneidades entre as pessoas, culturas, costumes e modo de vida, ao avaliarem sua satisfação com a vida (ROJAS, 2012). Os indivíduos, que são heterogêneos quanto a condições econômicas, educacionais e culturais, percebem de forma diferente as fontes de satisfação na cidade (BRAVO; VERA, 1993). Esses indicadores se baseiam em relatos de indivíduos sobre a sua realidade, percepções dos indivíduos (CARLEY, 1985).

Segundo Carley (1985), para a maioria dos pesquisadores, qualidade de vida está atrelada a indicadores sociais subjetivos. São os indicadores subjetivos os responsáveis por captar aos aspectos culturais, sensações, níveis de felicidade, solidariedade e realização social, sentimentos e valores de componentes materiais que são reconhecidos como base social da qualidade de vida (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Também são conhecidos como indicadores de percepção social, são exemplos, o Índice de Confiança nas Instituições, Índice de Confiança do Consumidor e notas de satisfação com programas públicos (JANNUZZI, 2017). Tais índices avaliam questões em um nível individual com relação a bens materiais ou não, que podem ser determinantes da qualidade de vida. Ao se estabelecer a relação entre o sujeito e os bens materiais, que interferem na sua vida, tem-se a validação dessa dimensão na avaliação da qualidade de vida (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Apesar da realidade brasileira ainda lidar com carências materiais significativas, é importante incluir no debate outros aspectos subjetivos, relacionado as necessidades humanas (VITTE; VITTE, 2004). Indicadores que consideram de maneira integrada, o indivíduo e a sociedade, como a participação social, política e de lazer, indicadores vinculados a vida em comunidade, família, amigos e relações de trabalho, que apesar de complexos e algumas vezes esquecidos são de extrema importância para a avaliação geral da qualidade de vida (ALLARDT, 1993). Assim como medidas subjetivas de autopercepção⁸ podem apresentar vantagens na mensuração do bem-estar, por refletir a influências de outros fatores que agem

⁸ Autopercepção de felicidade, satisfação com a vida, bem-estar com a própria vida.

sobre a qualidade de vida (TERRA; QUEIROZ, 2010). Compreende aspectos difíceis de mensurar como sentimentos e juízo de valor. Essa perspectiva subjetiva possibilita diferentes interpretações e conceptualizações, já que seu embasamento é a partir da realidade vivenciada pelo indivíduo. Segundo Andrade (2002) essa medida já vem sendo utilizada com frequência, apresenta ainda a vantagem de não ser atrelada a um período no tempo, ou seja, é uma síntese da sua satisfação. A autopercepção de saúde do indivíduo, fornece uma visão mais ampla do estado de saúde vivenciado. Entretanto, como salienta Bowling (1997) a autopercepção de saúde não é suficiente para medir a qualidade de vida do indivíduo, já que determinar boas condições de vida e uma boa saúde não é determinante de bem-estar (TERRA; QUEIROZ, 2010).

Outra medida de autopercepção é a felicidade, que vem sendo apontada como o melhor indicador de qualidade de vida (YANG, 2008; VEENHOVEN, 1997; GRANHAM, 2008). Analogamente, a felicidade tem a mesma importância que o PIB tem para estimar o crescimento econômico (GRAHAM, 2008). A felicidade, segundo o relatório mundial de felicidade,⁹ é o melhor indicador do bem-estar humano, superando a renda, a pobreza, a educação, a saúde e o bom governo, que são medidos separadamente. A mensuração da felicidade perante a vida, revela-se o melhor indicador sintético para se avaliar a qualidade de vida. Uma vez que torna possível sintetizar e ponderar diversos aspectos que influenciam na qualidade de vida, tais como a saúde física e mental, situações socioeconômicas, relação familiares, acesso a bens materiais, em uma só medida (GRAHAM, 2008). Como a percepção de felicidade é variável entre os indivíduos e trata-se de um conceito subjetivo, a mensuração da felicidade possibilita comparações no tempo, entre diferentes indivíduos e culturas (TERRA; QUEIROZ, 2010).

Apenas um PIB elevado, não fornece um ambiente para a felicidade e bem-estar, sendo necessário algo além do PIB, destacou o rei do Butão, ao final da década de 1980. Percebendo que não é apenas a pobreza, mas a prosperidade pode levar as pessoas a serem mais estressadas e se sentirem menos felizes (RELATÓRIO BUTÃO, 2015). Cientistas sociais constataram uma fraca correlação entre satisfação com a vida e crescimento econômico em parte substancial do mundo. Cresceram nas décadas recentes, as conferências sobre bem-estar subjetivo e felicidade. Em outubro de 2009, o III Fórum Mundial da OCDE considerou políticas que se concentram na felicidade e não no crescimento econômico. Em 2012, a ONU declarou o dia 20 de março como o "Dia Internacional da Felicidade". No mesmo ano o Gross

⁹ WHR – World Happiness Report, trata-se do Relatório Mundial sobre Felicidade.

National Happiness (GNH)¹⁰, foi discutido como novo paradigma econômico global na Assembleia Geral da ONU. O Butão contribuiu para iniciar o debate com base em estatísticas mais claras sobre o tema. Destacando a importância da dimensão subjetiva, no entanto deve-se permanecer atento às responsabilidades do Estado em promover condições materiais de vida adequada, principalmente em termos de provimento de serviços básicos, referentes as necessidades básicas de saúde e de saneamento. Deve-se priorizar a garantia do atendimento às necessidades básicas da população, primeiramente.

Corbi e Menezes-Filho (2006) constataram em seu estudo que as mulheres apresentam uma maior probabilidade de serem infelizes, em comparação aos homens. Nos países industrializados onde as mulheres conquistaram mais espaço no mercado de trabalho e na sociedade, elas apresentam em crescimento relativo da felicidade que é inferior ao dos homens (TERRA; QUEIROZ, 2010).

Rojas (2011) identifica os indicadores subjetivos de bem-estar relativamente altos na América Latina. Foram avaliados níveis de satisfação com a vida, saúde, economia e apreciação de vida. As altas diferenças encontradas quando avaliamos indicadores objetivos entre países da Europa e América Latina, diminuem ao avaliar os indicadores subjetivos. Os níveis de satisfação com a situação econômica não são tão bons, porém são compensados com a alta satisfação com a vida. Nesse sentido, para os latino-americanos a satisfação com vida não se baseia somente em padrões econômicos, mas também em fatores como as relações humanas.

Jannuzzi (2001) destaca alguns indicadores subjetivos de qualidade de vida como a satisfação com a moradia, satisfação com bairro, vizinhança, cidade; intenção de mudar-se de domicílio, cidade; atendimento a necessidades básicas; atendimento de aspirações culturais, lazer etc. Cabe destacar as diferenças conceituais que podem ser encontradas entre indicadores objetivos e subjetivos, ou seja, para uma mesma dimensão social podem existir tendências diferentes. Jannuzzi (2017) cita como exemplo, a construção de um programa habitacional, no qual pode ser que indicadores objetivos evidencie melhorias com relação as condições materiais de vida da população, mas que quando analisado a partir de indicadores subjetivos, baseados na satisfação dos entrevistados, não sejam reportadas melhorias significativas. Dessa forma, os indicadores subjetivos podem fornecer importantes informações, servindo como um alerta aos formuladores de políticas para realizar mudanças sociais (CARLEY, 1985).

¹⁰ Felicidade Interna Bruta (FIB).

2.2 Indicadores Sociais: Fontes de Dados

Segundo Carley (1985) no século XVII foi introduzido o conceito de “aritmética política”, que difundiu o uso de dados estatísticos pelo Estado. Na mesma época em Londres, Graunt introduziu as primeiras tabelas de expectativa de vida para pessoas de diferentes grupos etários, mostrando os padrões e variações da mortalidade. O movimento de coleta e organização de dados sociais, econômicos e demográficos prosseguiu nos séculos XVIII e XIX. Utilizando de início os censos, como uma forma de “contabilidade social”. Vários movimentos de reforma social ocorreram naquele período, utilizando-se dos dados populacionais para a defesa de suas teses.

Destaca-se assim as mudanças ocorridas ao longo do tempo e a importância que os dados e das técnicas estatísticas ganharam. A própria palavra "estatística" foi sofrendo alterações em seu significado, passando de "fatos numéricos" de contabilidade do estado, para significado de técnicas analíticas para interpretação de dados e mudança da realidade social da população.

2.2.1 Principais Fontes de Dados: Indicadores Objetivos

O IBGE e outras instituições governamentais, como ministérios, secretarias e institutos, realizam diversas pesquisas, organizam e compilam dados de registros administrativos e cadastros públicos, construindo e ampliando o conjunto de Estatísticas Oficiais. O IBGE é responsável pelo Sistema Estatístico brasileiro, compartilhando com ministérios, órgãos federais e subnacionais, orientações sobre a qualidade da informação. O sistema estatístico brasileiro constitui um rico acervo de informações para o diagnóstico e análise das transformações da realidade brasileira (JANNUZZI, 2017). Tendo como princípios fundamentais a relevância da informação, imparcialidade, ética, responsabilidade e transparência de fontes e metodologias, eficiência, qualidade, confidencialidade e cooperação internacional, destaca o autor. "As pesquisas e publicações do IBGE, são contribuições fundamentais para o acompanhamento de mudanças econômicas, sociais e demográficas e o processo de formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas do Brasil" (JANNUZZI, 2017, p. 37). As pesquisas e registros estatísticos são base para a produção do conhecimento empírico da realidade brasileira (JANNUZZI, 2019).

Dentre as várias fontes de dados, as principais são os censos demográficos, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE).

O Registro Civil, é uma das mais antigas fontes de informações para a construção de indicadores sociais. Os registros do Ministério da Saúde, disponibilizado através do site DATASUS, como destaque para o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). A pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC), destaca-se entre as pesquisas de natureza institucional do IBGE, ampliando-se em para os Estados (ESTADIC).

Censos, pesquisas amostrais e registros administrativos respondem a demandas mais complexas de gestão pública e estrutura econômica, na promoção de políticas públicas ou regulação do mercado (JANNUZZI, 2019). Os censos foram inicialmente elaborados com a finalidade de contabilizar o tamanho da população e sua distribuição entre diferentes regiões para fins militares e fiscais. Tem hoje ainda uma importante função normativa no sistema político-legal, como a definição de vagas no sistema de representação político e repartição de recursos. Mas para muito além dessas questões cumpre um importante papel social, para a implantação, avaliação e monitoramento de políticas sociais.

Destaca-se, também pesquisas como POF realizada pelo IBGE, como uma importante fonte de informações da realidade brasileira. Trata-se de uma pesquisa domiciliar que mensura a estrutura de consumo das famílias, possibilitando traçar um perfil das condições de vida da população brasileira por meio de seu orçamento doméstico. Seus resultados dentre as diversas aplicações, destaca-se a gestão de políticas públicas buscando a melhoria as condições de vida. A POF realizada em 2002-2003 introduziu incorporou o "Questionário de Condições de Vida" permitindo avaliar de forma subjetiva as condições de vida das famílias brasileiras. A avaliação das condições de vida abordou a suficiência da renda e da alimentação, condições de moradia, qualidade e acesso a serviços básicos, problemas de infraestrutura da moradia e seu entorno e dificuldades de pagamento de despesas domésticas. Infelizmente a pesquisa tem representatividade limitada às Unidades da Federação, não sendo possível captar os aspectos da condição de vida a um nível municipal (MAGALHÃES; OLIVEIRA, 2008). Devido ao custo e complexidade operacional da pesquisa, sua realização tem uma periodicidade de cinco ou mais anos (JANNUZZI, 2017). Como consequência desse cenário, houve um período de 15 anos entre a última pesquisa e a mais recente (2017-2018) que ainda está tendo seus resultados finalizados.

Os registros administrativos são uma fonte de dados usados de maneira recorrentes para a construção de indicadores, dentre os principais motivos está a sua cobertura e periodicidade, permitindo a atualização dos indicadores (TORRES; FERREIRA; DINI, 2003). No entanto, é necessário ter atenção para as possíveis tendências desses dados,

pois pode haver uma reinterpretação, já que esses dados serão utilizados na formulação de indicadores que irão avaliar a instituição que fez a coleta (CARLEY, 1985).

Alguns órgãos públicos disponibilizam dados cadastrais para outras finalidades, além do controle administrativo, possibilitando a construção de novos indicadores sociais, para o monitoramento de programas e formulação de políticas sociais, com destaque para as municipais (JANNUZZI, 2017). O Ministério do Trabalho foi um dos pioneiros no uso de dados administrativos para o monitoramento social, desde o final da década de 1970, através da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), destaca o autor.

O Ministério da Saúde, é o ministério que dispõem da maior quantidade de bases de dados e registros administrativos. O Sistema de informações Ambulatoriais (SAI), Sistema de Informações Hospitalar (SIH) e Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB) e as já mencionadas SIM e SINASC, são bases periódicas que fornecem dados para diversos indicadores relacionados a situação da saúde, disponibilizadas através do portal na internet do DATASUS¹¹. Os dados de nascimentos e mortalidade, são úteis para melhorar as estimativas de indicadores demográficos.

Com relação aos registros de informações vitais permanecem os diferenciais por regiões, Mas apesar das dificuldades, a qualidade e cobertura dos dados avança a cada ano (CARMO; CARMARGO, 2018).

Nessa perspectiva, deve-se ter atenção ao trabalhar com dados de mortalidade, principalmente ao estabelecer as unidades de análise, porque em populações reduzidas os dados de mortalidade podem apresentar grandes oscilações, devido a impacto com a variação de poucas unidades (KARRUZ; KEINERT, 2003). Apesar de ser uma temática importante, a mortalidade enfrenta limitações com relação as fontes de dados. “Estimar indicadores de mortalidade é um desafio” (IPEA; PNUD; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2019, p. 59). A publicação destaca que houve avanços na qualidade das estatísticas vitais no Brasil, nas últimas décadas, mas é problemas comuns de cobertura e qualidade. Exigindo que antes da utilização seja realizada a correção dos dados, por meio de técnicas estatísticas. Destaca-se ainda a existência de outros problemas com essas informações: erros de declaração, limitação na desagregação por cor da pele, erros amostrais e grau de representatividade, que exigem tratamento da informação por parte dos demógrafos. Os dados referentes a esperança de vida saudável, mortalidade e morbidade, demandam dessa forma uma maior cautela, devido a

¹¹ Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>.

fragilidade dos dados de saúde. Reforça o cuidado que se deve ter ao tratar essas informações, devido a sérias implicações sobre a avaliação da qualidade de vida (IPEA, 2009).

Os indicadores sociais representam uma das principais ferramentas para a realizar interferências sociais, pois se constituem em instrumentos utilizados para sustentar a formulação e realizar a avaliação de políticas públicas: "A produção regular e ampla disponibilidade de Estatísticas Públicas, em particular, dos Indicadores Sociais construídos a partir das mesmas, foram essenciais para proposição, desenho e efetividade das políticas públicas sociais nos últimos cinquenta anos (JANNUZZI, 2019, p. 38)".

Cabe destacar que apesar de benéfica a heterogeneidade de fontes de dados disponíveis esse fato agrega certa limitação para a construção de indicadores para análises comparativas (CARLEY, 1985). Por diversas razões, como a atualização em períodos distintos (trimestra, anual, decenal, outro), diferenças na abrangência dos dados (estadual, municipal, regional, outro) e diferentes escalas de mensuração das variáveis, são alguns exemplos. Dessa forma, a etapa de seleção do conjunto de dados que constituirá a base dos indicadores, requer critérios para a identificação de variáveis relevantes para compor os indicadores, como os de qualidade de vida, para que não acabem no campo da subjetividade, quando dependem da disponibilidade de dados (AKERMAN, 2002).

A busca por estabelecer significados para os dados disponíveis, exige atenção aos desafios e particularidades dessa tarefa. Por exemplo, ao lidar com dados subjetivos, como na mensuração da satisfação de um indivíduo, é importante ter atenção a questões como a "barreira da felicidade". Trata-se da tendência dos indivíduos serem positivos quando respondem a questões gerais e serem mais negativos para os quesitos específicos (CARLEY, 1985). O autor ressalta que a tendenciosidade estará presente em algum grau nos dados captados e que uma pergunta específica tem uma maior probabilidade de aproximação da questão investigada ou releva uma insatisfação pontual. Destaca-se como um dos obstáculos enfrentados na implementação de um Observatório de Qualidade de Vida, foi a "constatação de que o conceito de qualidade de vida era muito mais amplo que a disponibilidade de dados [...]" (AKERMAN, 2002, p. 195), levando à necessidade de priorizar alguns aspectos em detrimento de outros.

Como uma das principais fontes de dados para a construção de indicadores para o Brasil, nos últimos anos, cabe dar destaque a PNAD.

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)

Com o início de sua aplicação em 1967, tendo como objetivo captar mudanças conjunturais e estruturais do mercado de trabalho brasileiro, a PNAD foi incorporando gradativamente outras questões de interesse da agenda das políticas públicas (IBGE, 2015). Até 2015 (com resultados divulgados em 2016) a PNAD foi realizada com periodicidade anual, através da aplicação de questionários a uma população amostrada, eram investigadas informações sobre características demográficas e ocupacionais, além de temas suplementares como trabalho infantil, situação do menor, ensino supletivo, acesso a serviços de saúde, programas sociais, vitimização, segurança alimentar e, mais recentemente, acesso às tecnologias da informação e comunicação, inclusão produtiva e cuidados da primeira infância (JANNUZZI, 2019). Realizada entre os anos em que não ocorreu o censo demográfico, destaca-se como uma das principais fontes de dados para a construção de diversos indicadores. A PNAD permitiu ao longo de quase cinquenta anos traçar o retrato demográfico e socioeconômico da população brasileira, possibilitando a construção de indicadores anuais a nível nacional, estadual e das principais regiões metropolitanas, infelizmente não atende ao nível municipal, destaca Jannuzzi (2019). Essa expansão territorial da pesquisa, ocorreu de forma gradativa ao longo dos anos da pesquisa.

A PNAD é fonte de diversas publicações e pesquisas derivadas, destaca-se o Anuário Estatístico, a Síntese de Indicadores Sociais e Relatório de Indicadores de Desenvolvimento Sustentável. Os dados auxiliam a identificar a população mais pobre, avaliando o avanço dos programas sociais através de taxas anuais (JANNUZZI, 2019).

A PNAD-Contínua sucedeu a PNAD anual, agregando mudanças significativas na pesquisas. Idealizada a partir de 1990, como uma pesquisa periódica, multitemática e integradora, começou a ser implantada no final de 2011, ocorrendo e paralelo com as pesquisas, Pesquisa Mensal de Emprego (PME)¹² e PNAD, a qual viria a substituir. Introduzida em 2015, a PNAD-C passou a fornecer indicadores periódicos de mercado de trabalho. Mensalmente o IBGE disponibiliza uma centena de tabelas, trazendo o detalhamento setorial. Trimestralmente é divulgado indicadores de subocupação da mão de obra e força de trabalho. Como objetivo de produzir estatística para o acompanhamento do mercado de trabalho, rendimentos e diversos aspectos socioeconômicos do país.

De forma geral, ao captar as fontes de dados para a construção do indicador é imprescindível ter clara as suas potencialidade e limitações. Uma das primeiras limitações

¹² Criada em 1980, fornecia informações para o governo, agentes privados, sindicatos e sociedade civil, a respeito do mercado de trabalho.

encontradas é a disponibilidade de dados para cobrir o marco conceitual do indicador e a sua comparabilidade entre desagregações e ao longo do tempo. Indicadores que requerem muito detalhamento dos dados, encontrarão dificuldades para obter insumos para o seu cálculo em grande parte do Brasil, em especial quando a análise for por municípios. Como já mencionado algumas das limitações nos dados podem ser tratadas através de métodos demográficos e por técnicas de interpolação e extrapolação, quando não se dispõem apenas de parte dos dados. No entanto, cabe destacar que essas técnicas resultam em aproximações, que acrescentam alguma margem de erro a análise, o que deve ser levado em consideração na escolha do método e destacado na análise. Logo, para a construção de indicadores deve-se ter preferência por fazer uso de fontes de dados que são atualizadas no curto e médio prazo, em especial quando o indicador tem a finalidade de monitoramento e avaliação de políticas públicas (NAHS, 2006).

2.2.2 Principais Fontes de Dados: Indiacdores Subjetivos

Há um debate metodológico desde o surgimento das pesquisas de opinião em 1960, sobre a possibilidade de se medir questões subjetivas, como por exemplo a felicidade. Coloca-se em dúvida até mesmo a capacidade das pessoas em formular uma opinião sobre a sua felicidade (CORBI; MENEZES-FILHO, 2006). Segundo os dados da World Values Survey (WVS), a maioria das pessoas possui sim, uma avaliação sobre seu grau de felicidade com a vida.

Dentre os principais desafios em trabalhar com a dimensão subjetiva da qualidade de vida, está a obtenção de fontes de dados confiáveis (CORBI; MENEZES-FILHO, 2006). A impossibilidade de estabelecer uma métrica para o bem-estar subjetivo, leva pesquisas como a World Values Survey (WVS) e World Happiness Report (WHR) a campo para perguntar diretamente às pessoas o quão felizes elas se sentem. No contexto da América Latina temos o Latinobarómetro, um projeto pioneiro que produziu, pela primeira vez fora do mundo desenvolvido em 1995, um indicador da opinião pública para uma região continuamente.

2.3 World Value Survey (WVS)

A World Value Survey¹³ (WVS) se descreve como uma rede global de cientistas sociais que estuda os valores sociais e seu impacto na sociedade. É uma pesquisa com questões subjetivas que busca monitorar valores culturais, atitudes e crenças em relação a

¹³ Toda a informação destaca sobre o estudo, estão disponíveis em: www.worldvaluessurvey.org.

gênero, família e religião; atitudes e experiências de pobreza; educação, saúde e segurança; tolerância social e confiança; atitudes em relação a instituições multilaterais; diferenças culturais e semelhanças entre regiões e sociedades. Trata-se do maior projeto de pesquisa social do mundo. A pesquisa mede as mudanças nos níveis de felicidade dos habitantes de mais de 60 países, incluindo o Brasil (1991, 1997, 2006 e 2011)¹⁴, tornando-se a uma fonte de dados de referência sobre felicidade em nível mundial (Inglehart et al, 2000). A WVS expandiu a cada ano sua cobertura territorial, chegando a 80 países em sua última pesquisa.

Devido a origem europeia da pesquisa, as primeiras edições tiveram pouca representatividade de países da África e Sudeste Asiático. Como forma de descentralizar a pesquisa, pesquisadores de países em todo o mundo participaram no desenho, execução e análise dos dados e na publicação de resultados. Em cada país há um pesquisador principal responsável pela condução da pesquisa em se país. A pesquisa cumpre critérios precisos para a captação de dados confiáveis. Os questionários são implementados de forma única em todos os países. A pesquisa WVS cobre todos os residentes entre as idades 18 a 85 anos. A técnica de amostragem aplicada, garante que todos os indivíduos da população têm igual chance de compor a pesquisa. Dentre as técnicas de amostragem probabilística há a amostragem estratificada, onde são considerados subgrupos (estratos), onde serão selecionados aleatoriamente indivíduos, garantindo assim a representatividade por diferentes estratos que a compõem. Os dados são coletados através de entrevista presencial no local de residência do entrevistado. O tamanho mínimo da amostra (número de entrevistas concluídas) na maioria dos países é de 1.200. São garantidas a representatividade dos dados, ou seja, está de acordo com as principais distribuições observadas na população (gênero; faixas etárias; população urbana/rural, dentre outras).

Os dados produzidos são utilizados em todo o mundo por cientistas políticos, sociólogos, psicólogos sociais, antropólogos e economista, além de funcionários públicos, jornalistas e estudantes. Sendo aplicados em análises de tópicos como o desenvolvimento econômico, democratização, religião, igualdade de gênero, capital social e bem-estar subjetivo. A pesquisa vem demonstrando que as crenças e valores dos indivíduos desempenham um papel importante no desenvolvimento econômico, colaboram com sociedades democráticas, aumento da igualdade de gênero. Devido a origem europeia da pesquisa, os primeiros dados tiveram uma ênfase nessa população. Para corrigir esse viés os pesquisadores adotaram uma estrutura descentralizada, incluído pesquisadores do mundo

¹⁴ O Brasil, não participou das pesquisas wave 1 e wave 4.

inteiro, desde a execução, análise dos dados e publicação de resultados. A contrapartida está em fornecer os dados da pesquisa realizada na população do seu país, com acesso imediato entre todos os países participantes, viabilizando a análise em uma perspectiva mais ampla. A felicidade é captada solicitando ao entrevistado que diga o quão feliz é, entre as seguintes opções: Não muito feliz, feliz e muito feliz.

O WVS mostrou que, de 1981 a 2007, a felicidade aumentou em 45 dos 52 países para os quais dados de longo prazo estão disponíveis. A base possui algumas limitações, como a não inclusão de pessoas analfabetas, o que pode ser um problema principalmente para os países menos desenvolvidos, onde esse grupo pode representar uma parcela significativa da população. Desde 1981, o desenvolvimento econômico, a democratização e a crescente tolerância social aumentaram o grau em que as pessoas percebem que têm liberdade de escolha, o que, por sua vez, levou a níveis mais altos de felicidade em todo o mundo. A pesquisa já foi realizada em mais de 100 países desde seu início, representa 90% da população mundial. Sendo a maior investigação não comercial, internacional, de séries temporais relacionada a crença e valores. É também o único estudo acadêmico que abrange toda as variações globais, desde países muito pobres a muito ricos, nas principais zonas culturais do mundo.

A pesquisa WVS foi elaborada para testar a hipótese de que as mudanças econômicas e tecnológicas estão alterando os valores e motivações da sociedade industrializada. Os resultados da primeira pesquisa comprovaram que as alterações intergeracionais, resultaram em mudanças em valores básicos relacionados à política, vida econômica, religião, papéis de gênero, normas familiares e sexuais. A segunda pesquisa realizada em 1990-1991, incluiu sociedades em todas as faixas de desenvolvimento, necessário para averiguar se as mudanças de valores contatadas estavam relacionadas ao desenvolvimento econômico e tecnológico. A terceira pesquisa realizada em 1995-1997 com uma maior representatividade, deu atenção as condições culturais da democracia. A quarta pesquisa realizada entre 1999-2001, ampliou um pouco mais a representatividade, em especial para a população africana e islâmica que vinha sendo sub-representada. A pesquisa seguiu de forma consistente, com a quinta (2005-2007) e a sexta (2010-2014). A pesquisa mais recente compreende o período de 2010-2014 abrange 60 países em todo o mundo (maior pesquisa já realizada) e mais de 85 mil respondentes. A próxima pesquisa será concluída em 2019 e toda a documentação estará disponível em 2020.

TABELA 1 – Sentimento de Felicidade, Brasil

Sentimento	1989-1993 (%)	1994-1998 (%)	2005-2009 (%)	2010-2014 (%)
Muito feliz	21	22	34	35
Feliz	55	61	56	57
Não muito feliz	22	15	9	7
Infeliz	2	2	1	1
(N)	1782	1143	1500	1486

Fonte: World Values Survey.

2.3.1 World Happiness Report (WHR)

O Relatório Mundial sobre Felicidade lançado em 2012 no encontro da ONU sobre “Wellbeing and Happiness: Defining a New Economic Paradigm” (Bem-estar e Felicidade: Definindo um Novo Paradigma Econômico), chegou em 2019, em sua sétima publicação. O relatório apresenta dados globais sobre felicidade e mostra que a qualidade de vida pode ser avaliada de forma coerente, confiável e válida através de medidas subjetivas de bem-estar. A cada relatório são apresentadas atualizações dos indicadores e novos tópicos, com alguns aprofundamentos de tema em países e regiões específicas. Destaca o alcance cada vez maior dessa discussão, líderes mundiais já destacam a relevância do bem-estar como guia para suas nações e para o mundo (HELLIWELL; LAYARD; SACHS, 2013).

Em 2015 se apresenta como fundamental a adoção dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. O relatório WHR, destaca a felicidade e bem-estar como conceitos que ajudarão a orientar o progresso rumo ao desenvolvimento sustentável. No ano de 2016 o WHR destacou papel da desigualdade na distribuição do bem-estar entre países e regiões e destaca que as pessoas são mais felizes vivendo em sociedades com menor desigualdade de felicidade. O WHR de 2017 destacou que 80% da variação da felicidade ocorre dentro dos países. Em países mais ricos, a desigualdade de renda não é a principal variável para explicar essa variação, mas as diferenças na saúde mental, físicas e relacionamentos pessoais. A diferença de renda tem maior impacto nos países pobres. Destacou também a importância do trabalho para a felicidade e o quanto o desemprego impacta negativamente a felicidade. O WHR de 2018 traz uma análise da felicidade dos migrantes nacionais e internacionais, não deixando de lado as comunidades migrantes e os anfitriões e as comunidades de origem do migrante. Concluem que em geral os resultados da migração são positivos. Segundo o relatório um ranking da felicidade da população migrante de um país é quase exatamente o mesmo da sua da sua população local. A felicidade dos migrantes como e dos não migrantes, depende das características do tecido social,

ultrapassando questões econômicas como a renda, fator comumente tido como motivacional e recompensador da migração. Já que os países que apresentam os imigrantes mais felizes, não são os países mais ricos, são os que apresentam entregam de forma mais equilibrada apoios sociais e institucionais para melhor qualidade de vida.

A desigualdade da felicidade é medida pelo desvio padrão da distribuição das avaliações de vida individuais (Cantril Ladder) na escala de 0 a 10 de 2005-2016 a 2018. São seis as variáveis chaves que contribuem para explicar a amostra completa das pontuações médias anuais nacionais: o PIB per capita, o apoio social, a expectativa de vida saudável, a liberdade, a generosidade e a ausência de corrupção. A medida de felicidade da pesquisa não é construída com base nessas variáveis, é baseada nas avaliações individuais de suas vidas, segundo a escala Cantril. As variáveis são utilizadas para explicar a variação da felicidade entre os países. Escore de felicidade ou bem-estar subjetivo avaliada através da resposta à pergunta: pergunta “Por favor, imagine uma escada, com etapas numeradas de 0 na parte inferior a 10 na parte superior. O topo da escada representa a melhor vida possível para você e o fundo da escada representa a pior vida possível para você. Em qual degrau da escada você diria que se sente pessoalmente neste momento?¹⁵” Essa medida também é chamada de escada de vida do Cantril¹⁶, ou apenas escada de vida em nossa análise.

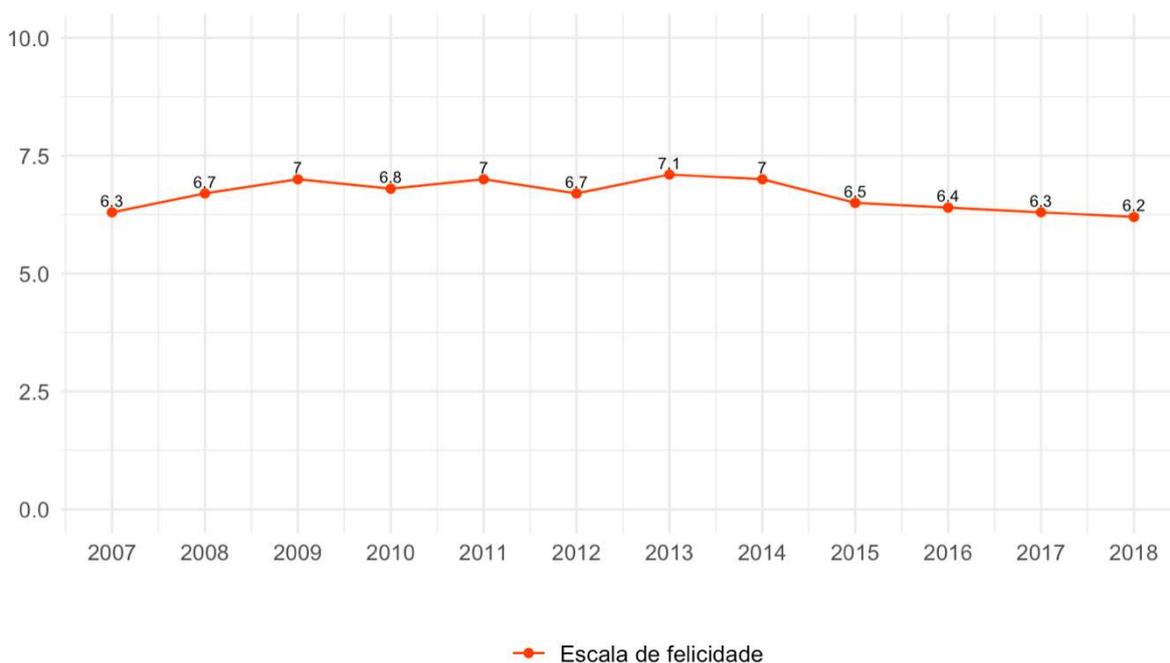
As expectativas de vida saudável ao nascer são baseadas nos dados extraídos do repositório de dados do Observatório Global da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os dados na fonte estão disponíveis para os anos de 2000, 2005, 2010, 2015 e 2016. Para corresponder ao período de amostra deste relatório (2005-2018), foram usadas interpolação e extrapolação. A população de países latino-americanos tem níveis de satisfação com a vida, mais elevados que seria previsto com base apenas na renda e no nível de corrupção, por exemplo. Está na força e importância dada a laços familiares, vida social, a explicação para os níveis elevados de felicidade da população da América Latina. São mais satisfeitos com a vida familiar, que em outros lugares (HELLIWELL; LAYARD; SACHS, 2018). O mais recente WHR foi publicado em 2019, tem como tema central as mudanças tecnológicas da informação ocorridas nos últimos 12 anos e a sua influência nas comunidades. As mudanças nas formas de comunicação e interação entre as pessoas no mundo sofreram transformações e estão cada vez mais aceleradas.

¹⁵ “Please imagine a ladder, with steps numbered from 0 at the bottom to 10 at the top. The top of the ladder represents the best possible life for you and the bottom of the ladder represents the worst possible life for you. On which step of the ladder would you say you personally feel you stand at this time?”

¹⁶ Cantril life ladder, ou just life ladder.

É importante considerar não apenas a felicidade média de uma população, mas como ela é distribuída. A desigualdade é uma medida útil na avaliação da felicidade. Assim como a renda é um indicador limitado para a qualidade de vida geral, a desigualdade de renda é uma medida limitada para a desigualdade geral (ATKINSON, 2015; KEELEY, 2015). Os efeitos da igualdade da felicidade são maiores e mais sistemáticos do que a desigualdade de renda, destacam os autores.

GRÁFICO 1 – Escala de felicidade, Brasil 2007 a 2018



Fonte: World Happiness Report (WHR).

2.3.2 Latinobarómetro

O objetivo do estudo Latinobarómetro é a observação e produção de indicadores de opinião pública, em todas as áreas da vida de uma nação que sejam de interesse de Estados, governos, instituições públicas, atores da sociedade civil, internacionais, nacionais. O público-alvo do estudo são os atores e instituições sociais, políticas, econômicas e acadêmicas da região. É também uma corporação sem fins lucrativos, fundada por Marta Lagos (membro do grupo de condução do World Values Survey), com sede em Santiago do Chile. Pesquisa realizada anualmente, trazendo opiniões, atitudes, comportamentos e valores dos cidadãos dos 18 países da América Latina. Fonte de informação derivada diretamente de cidadãos latino-americanos, pois é definida como “uma pesquisa anual de opinião pública, que representa as opiniões, atitudes, comportamentos e valores dos cidadãos da América Latina (FRANCHINI, 2008). Um instrumento de tomadores de decisão públicos, privados e acadêmicos,

contribuindo para o melhor conhecimento dos problemas políticos, econômicos e sociais de cada país e região e a compreensão dos fenômenos sociais (LAGOS, 2005, p. 3). Latinobarómetro tem o primeiro banco de dados de opinião em espanhol, no hemisfério sul e na América Latina, o segundo banco de dados mais utilizado, após a WVS (Relatório, 2018). Trata-se de uma iniciativa produzida, projetada e utilizada principalmente na região por atores sociais e políticos, sem vínculos de dependência com nenhuma instituição externa (site Latinobarómetro).

O primeiro levantamento piloto do Latinobarómetro ocorreu em 1988 em apenas quatro países a América Latina (Argentina, Uruguai, Brasil e Chile). Os primeiros resultados foram amplamente debatidos e divulgados, pelos principais acadêmicos e especialistas. Após o sucesso dessa primeira etapa e inspirados na experiência de pesquisas comparativas como o Eurobarómetro, o projeto teve apoio da União Europeia. Com a finalidade de realizar uma pesquisa que refletisse a opinião dos cidadãos sobre a integração regional, acordos comerciais e suas implicações para seus povos e os fundamentos de democracia e estabilidade política. É importante observar o momento histórico em que a região se encontrava em meados de 1994, com exceção do Brasil, países como Chile emergiam de regimes políticos ditatoriais e as pesquisas de opinião estavam no início do seu desenvolvimento. Perceber-se que a mera existência de dados comparativos, embora limitados ao urbano, significou um enorme avanço no conhecimento de suas realidades. Iniciado efetivamente em 1995 o Latinobarómetro é um projeto pioneiro que produz um indicador de opinião pública para uma região pela primeira vez fora do mundo desenvolvido. Surge após um intenso período de regimes autoritários em países como Argentina, Uruguai e Brasil, onde cientistas sociais viram a necessidade de promover a troca de experiências para melhor entender os processos de democratização em andamento. Hoje, essa questão é considerada um indicador para compreender o grau de apoio à democracia em países de diferentes continentes que possuem um barómetro de opinião (LAGOS, 2005).

Os temas acumulados nesses dez anos em que foram realizadas 176.554 entrevistas, 1000 variáveis em 10 medições em 18 países. São eles: Democracia (democracia e economia; cultura e democracia); Instituições (Confiança; pessoas, instituições; avaliação das instituições, estado, governos e os municípios); Leis e Constituição (sistema judicial, igualdade diante da lei; corrupção); Política (escala direita e esquerda; partidos políticos; eleições e voto; atitude diante de fraude eleitoral); Participação (participação política); Políticas públicas (o problema mais importante, delinquência; droga e narcotráfico, corrupção, trabalho, imposto, educação, saúde e habitação, gênero, imigração, terrorismos e meio

ambiente); Pobreza (pobreza, expectativa e mobilidade social; distribuição da riqueza); Economia (índice de sentimento econômico, avaliação da economia, expectativa de desenvolvimento; avaliação de empresa e empresários, a mentalidade econômica, economia de mercado de livre e-commerce, privatizações, bens de consumo); Relações internacionais (confiança e admiração entre países, integração regional, relações econômicas internacionais; relações políticas internacionais; Valores e Sociedade (valores sociais, raça e discriminação); Meios de comunicação; e variáveis sociodemográficas.

O Latinobarómetro, como outros instrumentos destinados a medir o desenvolvimento democrático dos países, é apresentado como um recurso útil para iluminar esse debate complicado. Latinobarómetro é muito mais que uma medida da democracia, ou, de qualquer forma, uma vez que complementa os indicadores mais utilizados pelas mídias sociais, analistas e cientistas (apoio e satisfação com a democracia) com outros indicadores que aprofundam o significado, a avaliação e o estado da democracia na região. Repetem ao longo das diferentes edições, como o pedido de atenção à baixa qualidade do estado na região, as altas expectativas dos cidadãos da América Latina, a forte desconfiança interpessoal e institucional e insatisfação com alguns dos resultados da democracia e do mercado. Estes são desafios abertos para a democracia e a governança (FRANCHINI, 2008). Os resultados dessa pesquisa para o Brasil serão melhor descritos nos capítulos seguintes.

2.4 Apresentação dos Indicadores: Simples e Composto

Os indicadores podem ser apresentados de forma simples ou composta. Serem agregados segundo área ou temática compondo um sistema de indicadores ou um indicador composto (também referido como Indicador Sintético ou Índice). A tarefa de selecionar um indicador ou conjunto de indicadores sociais adequados pode ser muito difícil, diante da variedade de possíveis dimensões, associado a uma variável dependente específica. Tratando-se de fenômenos sociais complexos, multidimensionais, faz-se necessário um número abrangente de indicadores para refletir, por exemplo, a qualidade de vida em uma determinada localidade (CARLEY, 1985).

2.4.1 Sistemas de Indicadores

Sistemas de indicadores podem ser entendidos como um grupo de indicadores sociais, que possuem uma correlação, organizados em torno de um determinado aspecto da realidade social (CARLEY, 1985; JANNUZZI, 2017). O exame de diversas variáveis que compõem o bem-estar individual ou social, por exemplo de organização. Tratando-se de

grupos menos abrangentes de indicadores, denomina-se apenas, conjunto de indicadores sociais. Segundo Zapt (1975), sistemas de indicadores sociais são uma tentativa de operacionalizar componentes do conceito multidimensional do bem-estar. São exemplos de Sistemas de indicadores brasileiros, o Sistema de Indicadores Sociais do IBGE, o Sistema de Indicadores de Saúde e o Sistema de Indicadores para Mercado de Trabalho (JANNUZZI, 2017), destacados no quadro abaixo:

QUADRO 2 – Áreas temáticas de alguns Sistemas de Indicadores Nacionais e Internacionais

Organização de cooperação para o Desenvolvimento Econômico	Saúde, educação, emprego, acesso ao consumo, segurança pessoal, condições da habitação e do meio ambiente físico, lazer, participação social.
Divisão Estatística das Nações Unidas	População, saúde, educação, atividade econômica, renda, patrimônio, uso do tempo, segurança pública, mobilidade social, cultura, comunicação, lazer.
Organização para Agricultura e Alimentação	Desnutrição, segurança alimentar, produção agropecuária, comercialização, consumo de alimentos, saúde e bem-estar
Comissão das Nações Unidas para Assentamentos Humanos	Uso do solo urbano, habitação, meio ambiente, desenvolvimento socioeconômico, transporte urbano.
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	População, educação, saúde, trabalho, renda e desigualdade, habitação, meio ambiente.
Objetivos de Desenvolvimento do Milênio	Pobreza, igualdade de gênero, educação, saúde, sustentabilidade, cooperação internacional.
Objetivo de Desenvolvimento Sustentável	Pobreza, segurança alimentar, saúde, educação, igualdade de gênero, desenvolvimento urbano, crescimento inclusivo, infraestrutura, desigualdade, consumo consciente, manejo sustentável dos recursos naturais, cooperação internacional.

Fonte: Elaboração Jannuzzi (2017).

2.4.2 Indicadores Compostos ou Sintéticos

Indicadores compostos ou sintéticos consiste no agrupamento de diferentes variáveis em só indicador, sendo uma medida prática para realizar análises entre grupos populacionais, construídas “tecnicamente”, porém sob o risco de perda de sensibilidade do indicador durante o processo de construção (AKERMAN, 2002). O fluxo de construção de um indicador sintético se inicia coma discussão conceitual, a determinação do marco conceitual, seleção dos indicadores primários, transformação das variáveis, escolha do método de aglutinação, finalizando com a avaliação e apresentação dos resultados (JANNUZZI, 2001). Uma vez que, requer a transformação das escalas dos indicadores, para uma que seja comum as medidas, atribuição de pesos a cada um deles (para diferenciar a contribuição de cada variável) e uma regra de agregação estatística. Carley (1985) destaca a que o processo de

ponderação das variáveis dificulta a construção do índice e desconsiderar a sua existência (atribuído um mesmo peso a todas as variáveis) agrega subjetividade ao indicador. Uma construção que envolve várias etapas e decisões, nem sempre consensuais e únicas. Cada escolha levará a uma medida diferente, cenário em que o resultado terá maior interferência de escolhas e julgamentos dos responsáveis pela construção (CRAIG; DRIVER, 1972 *apud* CARLEY, 1985).

Carley (1985) destaca a argumentação dos defensores do uso do método, que uma análise com indicadores desagregados resulta em uma “sobrecarga de informação” que causa uma confusão estatística. Seria então uma forma de apresentação mais simples, possibilitando uma avaliação geral da temática (GUIMARÃES; JANNUZZI, 2005). Outro argumento favorável ao uso dos indicadores sintéticos, é a possibilidade de realizar o “ranqueamento” das localidades segundo um determinado indicador criem uma competição saudável, não é possível afirmar que causem apenas influência positivas (AKERMAN, 2002). O processo de competitividade que pode se originar com o ranqueamento, não favorece a melhoria das condições, podendo ser mais um fator de segregação entre a população de diferentes localidades. Outra possibilidade é a utilização dos indicadores sintéticos para acompanhar a evolução ao longo do tempo de um determinado grupo social.

No entanto, maioria dos fenômenos sociais objetivos e subjetivos é demasiadamente complexa para ser resumida num único indicador, sendo necessários conjuntos de indicadores múltiplos, voltando-se assim para o sistema ou conjunto multidimensional de indicadores desagregados. “A complexidade de métodos e o número de indicadores primários utilizados na elaboração de um índice não lhe conferem maior legitimidade científica ou tecno política” (JANNUZZI, 2017, p. 30-31). Há ainda o risco que a medida sobressaia ao próprio conceito que se propôs apenas a operacionalizar, nesse caso, os números passam a ser utilizados de forma a manipular a realidade e fazer com que os procedimentos técnicos do cálculo tirem o foco do problema real a ser resolvido (CARLEY, 1985). Karruz; Keinert e Keinert (2002) destacam a perda natural envolvida no processo de transformação de um conceito em um indicador e disponibilidade de informações, necessário para conseguir aferir, por exemplo a qualidade de vida. Destaca-se, ainda como problema dos indicadores sintéticos, falta da interação, entre o conceito proposto e os dados disponíveis, para refinar o conceito e elevar sua validade (JANNUZZI, 2019). Na construção do Índice de Desenvolvimento Sustentável (IDS) para os municípios fluminenses, muitos dos indicadores selecionados, relevantes e válidos, tiveram que ser descartados devido a indisponibilidade dos dados para os municípios no Brasil (SCANDAR NETO, 2006). Logo, por mais detalhada que

seja a concepção e construção dos indicadores, estão sujeitos a disponibilidade dos dados. Calculado o índice é preciso verificar se a medida guarda validade com o conceito original e mostra vinculação ao Sistema de Indicadores construído (SCANDAR NETO; JANNUZZI; SILVA, 2008).

Sistema de Indicadores ou indicadores sintéticos? Eis a questão! (SCANDAR NETO; JANNUZZI; SILVA, 2008). A dificuldades de agregação de indicadores em uma medida resumo, conduz a conclusão que não se chegaria a uma mensuração razoável. Não significa que o método não deva ser aplicado, mas um alerta ao uso, devendo ter atenção aos valores e complexidades inerentes ao processo, procurando não cair em conclusões rasas sobre a medida resultante. É uma forma atrativa de apresentação da informação, que integra vários fatores que determina a qualidade de vida. Para Akerman (2002) o indicador sintético deve ser tido como um instrumento facilitador diante de problemas de políticas públicas, sendo mais que uma técnica, uma oportunidade de participação e apropriação do que é medido, atuando assim como um instrumento de advocacia dessas políticas.

Pesquisadores ligados a OCDE (SALTELLI et al., 2004) destacam pontos favoráveis e contrários ao emprego de indicadores sintéticos. Como pontos favoráveis, destaca-se, eu indicadores podem ser vistos como uma forma de reduzir a complexidade da realidade e torná-la mais manejável, auxiliando na tomada de decisão. Tornam amis fácil a identificação de padrões e ordenação, segundo questões complexas. Ajudam a atrair a atenção do público ao fornecer um número sumarizado. Deve-se ter um cuidado especial, pois indicadores sintéticos podem emitir mensagens políticas em uma direção equivocada, pouco robusta ou simplista. E que os critérios de seleção dos indicadores sejam postos de forma mais clara possível, fundamentados em princípios estatísticos claros.

A integração de Indicadores Sintéticos e Sistemas de Indicadores representam um avanço conceitual para a gestão e monitoramento de programas e Política Social. Onde as mediadas sínteses contribuem para um diagnóstico mais objetivo, enquanto o sistema apresenta o problema de forma ampla. O tomador de decisão pode então ter uma visão do problema em diferentes escalas, podendo analisar a folha, a árvore e a floresta (SCANDAR NETO; JANNUZZI; SILVA, 2008).

2.5 A Subjetividade dos Indicadores Sociais

Propor o uso de medidas subjetivas, pode desencadear algumas críticas, dessa forma, é importante ressaltar que tanto medidas objetivas quanto as medidas subjetivas são confiáveis, validadas e sujeita a erros (TERRA; QUEIROZ, 2010). Evidencia-se que mesmo

as medidas objetivas, por mais confiáveis e imparciais que possam ser, dependem da definição dos pesquisadores, adicionando algum grau de subjetividade e estando assim sujeitas a falhas (SHE, 2004). A subjetividade é uma característica humana, dessa forma em todas os trabalhos ela estará presente com uma menor ou maior representatividade (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

O processo de construção do modelo envolve seleções de abordagens, métodos, atribuição de pesos, atividades potencialmente "política" que envolverá algum grau de juízo de valor, inerentes a própria pesquisa (CARLEY, 1985). O autor lembra que a escolha de uma abordagem de indicadores sociais em detrimento de outra é imbuída de valor. Embora a pesquisa esteja embasada por aplicação de técnicas estatísticas, aparente uma objetividade e isenção de juízo de valor, isso não é verdade e a melhor maneira de lidar com essas influências é reconhecendo, buscando a maior isenção desses valores e garantir a maior diversidade de orientações de valores na construção do indicador, destaca Carley 1985.

No estudo de Gehrmann (1978) na tentativa de mensurar a qualidade de vida urbana, observa que a escolha de um determinado sistema de indicadores pode levar a grandes variações de posições nas classificações. Dessa forma, a presença do juízo de valor nos indicadores sociais é inevitável. Por mais rigoroso e criterioso que sejam as metodologias e estatísticas aplicas na construção de um índice, suas hipóteses possuem arbitrariedades. (GUIMARÃES; JANNUZZI, 2005). Revela-se um problema importante em especial para a formulação de políticas, não considerar e estar atento, aos valores ideológicos presentes na sua construção (JANNUZZI, 2019). Esse fato não nega o mérito ou necessidade dos indicadores sociais, apenas que se deve esperar a presença de juízo de valor, tanto quanto possível explícitos na análise. O mito da objetividade isenta de juízo de valor deve ser descartado, sendo os pesquisadores os mais aptos a fazê-lo (CARLEY, 1985). As interferências relativas a aspectos políticos e juízo de valores, devem sempre ser considerados como problemas e/ou limitação do indicador trabalhado.

2.5.1 Políticas Públicas e Estatísticas Públicas

No ciclo de políticas e programas sociais os indicadores auxiliam em diferentes fases, desde a identificação da problemática e definição da agenda, passando pela formulação (indicadores de diagnóstico), tomada de decisão e implementação (indicadores de monitoramento) a avaliação (indicadores de avaliação de resultados). Sendo essa apenas uma descrição ilustrativa, podendo ser muito mais complexa na prática (JANNUZZI, 2017).

Os indicadores sociais são o insumo básico e indispensáveis em todas as fases do processo de formulação, implementação e de avaliação das políticas e programas públicos, sejam eles programas de qualificação da mão de obra, de transferência de renda, projetos de expansão de infraestrutura urbana, ou ações focalizadas de distribuição de alimentos (JANNUZZI, 2017, p. 149).

Os indicadores sociais contribuem para o diagnóstico da realidade social e para a capacidade de gestão e implantação de programas sociais. O conhecimento estruturado acerca das características da população, sua realidade sociodemográfica, aspectos econômicos e ambientais, por exemplo, são um bom ponto de partida para ajustar programas e ações públicas, ajustados a realidade da população em estudo. Publicações como Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira (IBGE) realizada anualmente com base em suas pesquisas amostrais e registros administrativos dos ministérios, além de edições dos relatórios ODM e ODS e do índice de Desenvolvimento Humano (JANNUZZI, 2017). Destaca-se a importância das Agendas Internacionais de Desenvolvimento, para o fortalecimento da pesquisa e produção de indicadores sociais.

Em meados dos anos 2000, foi definido pela Cúpula do Milênio das Nações Unidas, os principais Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para o mundo, reduzir a fome e pobreza extrema, um dos principais problemas do desenvolvimento, até 2015. Além da igualdade de gênero, promoção da educação, saúde, qualidade de vida e respeito ao meio ambiente (IPEA; PNUD; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2019). A partir de diversos esforços empenhados o Brasil atingiu em 2002 a meta de reduzir os níveis de fome e pobreza extrema de 1990 pela metade até 2015. Apesar dessa grande conquista, ainda há o desafio de redução das desigualdades e manter as conquistas no longo prazo, o que também revela-se como um desafio.

Diante do desafio no campo do desenvolvimento humano, inclusivo e sustentável a Organização das Nações Unidas (ONU) reuniu líderes de 193 Estados-membros e assinaram uma nova agenda de desenvolvimento. Em 2015 foi lançada em reunião em Assembleia Geral das Nações Unidas a Agenda de desenvolvimento sustentável, intitulada, "Transformando o nosso Mundo: Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável". Também, conhecida como, Agenda dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabelece um plano de ação para os países, com vista a prosperidade global, paz universal, pela ampla parceria entre nações, instituições públicas, privadas e sociedade. Diante da instabilidade política e econômica vivenciadas no mundo, o estabelecimento dessa agenda foi vista como a "tábua de salvação", para assegurar o desenvolvimento sustentável nas suas três dimensões (econômica, social e ambiental) (JANNUZZI, DE CARLO, 2018). Entretanto, é importante tomar cuidado

em relação a essas iniciativas, tendo em vista as dificuldades para a sua efetiva implementação, além do fato de que os documentos assinados não possuem instrumentos que sejam capazes de garantir a sua implementação. A Agenda dos ODS conta com dezessete objetivos e 169 metas a serem alcançadas até 2030 e tem como lema não deixar ninguém para trás (IPEA; PNUD; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2019). O cumprimento desses objetivos contribui para a promoção da dignidade das pessoas (combate à fome, pobreza e desigualdade, acesso à educação, à saúde e inclusão social), aumento da prosperidade econômica (crescimento da produção, emprego inclusivo e trabalho decente), sustentabilidade do planeta (proteção dos ecossistemas), garantia da paz mundial (segurança cidadã e instituições estáveis) e viabilização de parcerias (recursos financeiros e cooperação técnica) para o desenvolvimento sustentável de todos os países (DEACON, 2016). A agenda ODS pode então corrigir a perspectiva minimalista e centrada na diminuição da pobreza e fome da ODM (MARTENS, 2016).

Jannuzzi e De Carlo (2018), destacam que são muitas as lacunas que o sistema de estatísticas precisa preencher, para responder as demandas de acompanhamento requeridas pelas agendas internacionais. Um outro desafio é garantir a comparabilidade internacional dos indicadores, diante dos hábitos e culturas diversas. A agenda ODS, requer a reflexão e produção de novas estatísticas públicas e o aprimoramento das metodologias, que torne comparável os indicadores sociais de diferentes países. Cabe destacar as ambiguidades que podem surgir entre indicadores sociais, econômicos e ambientais de diferentes países, devido a interpretações, concepções, modelos e valores distintos. Os indicadores são importantes para constatar a efetividade de políticas públicas que tem por objetivo assegurar o crescimento econômico, inclusão social e sustentabilidade ambiental.

Indicadores Sociais e Políticas Públicas

As estatísticas e indicadores tem um papel muito importante na definição de prioridade das políticas sociais, na implementação de programas e na avaliação dos resultados obtidos. Os Indicadores Sociais foram cruciais para a especificação e implantação de políticas públicas, como a universalização da educação infantil e ensino fundamental, diminuição da fome e insegurança alimentar, acesso a proteção social a população idosa ou vulnerável, que são alguns dos resultados da agenda das políticas públicas previstas na Constituição de 1988 (JANNUZZI, 2019). O campo dos Indicadores Sociais e Política Públicas, destaca-se pela relevância das medidas-resumo da realidade social (GUIMARÃES; JANNUZZI, 2005).

Indicadores Sociais construídos a partir da PNAD, cumpriram ao longo dos anos, um papel importante nas políticas de desenvolvimento social do Brasil. São insumos para a defesa de tais políticas e ferramenta para o monitoramento e avaliação dos programas. No entanto, o uso dessas informações deve ser feito de forma mais bem informada e plural, para que não haja deslegitimação de políticas e programas, alinhados com a Constituição (JANNUZZI, 2019).

Guimarães e Jannuzzi (2005) destacam a importância de uma análise crítica dessas medidas, como no caso do IDH e de outros indicadores sintéticos. Esses indicadores têm um papel relevante, na promoção da discussão sobre pobreza e a exclusão social, no entanto há problemas de natureza conceitual e metodológica das propostas e no mau uso das medidas. Os autores destacam ainda a produção de índices de "exclusão social", "desigualdade social", "fim da fome", "vulnerabilidade juvenil", "desenvolvimento humano", "responsabilidade social" ou "qualidade de vida urbana".

Os indicadores possuem limitações para avaliação de políticas públicas e mais ainda quando se refere a sua aplicação como critério de elegibilidade de políticas públicas específicas (GUIMARÃES; JANNUZZI, 2005). Os autores destacam uma limitação importante no campo das políticas públicas que superdimensionam o índice, esquecendo que é apenas uma forma de operacionalizar o conceito. Jannuzzi (2002) destaca a prática que vem se consolidando da substituição do conceito pela medida, supostamente criada para operacionalizá-lo. Há dessa forma, uma substituição do todo (desenvolvimento humano considerado em suas múltiplas e complexas dimensões) pela parte (apenas as dimensões presentes no indicador) (JANNUZZI, 2019). Em especial diante de conceitos complexos como desenvolvimento humano e condição de vida.

Quando bem empregados os indicadores sociais enriquecem a interpretação empírica da realidade social e orientam de forma competente a análise, formulação e a implementação de políticas sociais (JANNUZZI, 2019). Os indicadores podem fornecer o meio para entender quais são as prioridades e carências a serem atendidas. Indicadores podem ajudar na formação de consensos com relação a demandas a serem priorizadas, através de justificativas técnicas de decisões políticas, destaca o autor.

2.6 Principais Medidas Demográficas e sua Associação com a Qualidade de Vida

Entre 1970 e 1990 ocorreu a consolidação dos indicadores de qualidade de vida, que ganharam reconhecimento internacional como ferramentas de avaliação e controle de decisões políticas (LEVA, 2005). A inserção da perspectiva de satisfação e bem-estar foi

trazida pelo movimento dos indicadores sociais como sendo aspectos da percepção do indivíduo, que se insere na qualidade de vida subjetiva (PIZZOL, 2013). Vitte (2002) associa o ganho de importância do conceito qualidade de vida com o fortalecimento de pesquisas ligadas a desenvolvimento humano e a construção de indicadores sociais.

No Quadro 3 evidencia-se essa perspectiva através das décadas. Estudos a partir da década de 1980 já se baseavam na percepção do indivíduo com relação à qualidade de vida, uma vez que a vida do indivíduo na cidade está continuamente exposta a estímulos ambientais que podem alterar seus sentimentos de satisfação (KARRUZ; KEINERT; KEINERT, 2002).

QUADRO 3 – Evolução temporal da ideia de desenvolvimento humano e de qualidade de vida

Década	Desenvolvimento associado com	Humano	Indicadores	Relação da Qualidade de Vida
1950	Ênfase nas tendências econômicas dos países		PIB Renda per capita	O bem-estar está associado com renda e consumo (ideia do ter).
1960	Avaliação dos países por indicadores econômicos e indicadores são objetivos ¹⁷		Nível de emprego e escolaridade Grau de nutrição Índice de saúde	Estado de bem-estar baseado na oferta de bens e serviços
1970	Melhoria do bem-estar por incremento no fluxo de bens e serviços para promoção de mudanças sociais		Investigação das necessidades básicas	Bem-estar garantido pelo acesso da população, por políticas públicas, à riqueza alcançada
1980	Meio ambiente como estratégia alternativa de desenvolvimento		Indicadores de qualidade ambiental	Sustentabilidade
1990	Desenvolvimento do homem integral agregado à discussão ambiental		IDH	Desenvolvimento sustentado (ideia do ser) e dimensão múltiplas da vida

Fonte: Elaborado por Vitte (2002).

As abordagens de desenvolvimento humano evoluem em direção ao indivíduo, associando a objetivos primários de satisfação das necessidades humanas à melhora da qualidade de vida (VITTE, 2002). Dessa forma, os indicadores sociais, vão se distanciando do

¹⁷ Indicadores objetivos são medidas quantitativas.

rótulo de simples descrição das séries estatísticas temporais, por meio do acréscimo da experimentação social, indo em direção a modelos explicativos úteis à análise da causalidade social e para a previsão da mudança social (CARLEY, 1985). Surge então o desafio de construir instrumentos e análises que consigam expressar correspondência entre as melhoras dos indicadores demográficos e a qualidade de vida.

Buscando explicar a interferência da dinâmica demográfica na qualidade de vida, recorre-se a indicadores-chave que possibilitam um diagnóstico das condições de vida da população, tais como taxa de mortalidade infantil, expectativa de vida. Uma vez que a qualidade de vida de uma população não está limitada a indicadores econômicos.

Alguns indicadores sociais são amplamente aceitos na mensuração de qualidade de vida, são eles: expectativa de vida, taxa de mortalidade infantil e taxa de analfabetismo (ROJAS, 2012). Dependendo do indicador usado, teremos classificações diferentes, sendo importante definir os valores e critérios que usaremos para avaliar o conceito de interesse. Valores e critérios diferentes levarão a resultados diferentes (GLATZER, 2012).

2.6.1 Indicadores de Mortalidade

A população brasileira passou por muitas transformações em seus principais indicadores demográficos (taxa de mortalidade infantil e esperança de vida ao nascer), registrando melhoras significativas. Prata (1992) destaca o declínio da mortalidade infantil, o aumento da esperança de vida e a mudança do perfil epidemiológico na década de 1970, quando ocorreu um declínio significativo da taxa de mortalidade infantil (TMI), que representou uma verdadeira revolução demográfica, segundo Vasconcelos e Gomes (2012).

A TMI é um bom indicador da situação geral de saúde de um país, pois reflete a condição de saúde e acesso a serviços básicos de saúde (ROJAS; GARCÍA, 2017). A mortalidade infantil no Brasil, teve uma tendência decrescente, no entanto não de forma constante e homogênea entre as regiões, o que se deve ao quadro persistente de desigualdades socioeconômicas entre as diferentes regiões do país, que impede a consolidação das conquistas referente a saúde da população, sujeitas a intempéries climáticas e políticas.

As mudanças observadas em indicadores de mortalidade refletem alterações que também podem ser acompanhadas através de outros indicadores, como de oferta de alimentos, acesso a serviços médicos (vacinação, medicamentos e tratamentos) e saneamento básico. Esses aspectos são responsáveis por alterações na carga de doenças que afetavam a população que levaram a melhorias das condições de saúde (SWIACZNY, 2015).

Outro indicador comumente citado para avaliar mortalidade é a Taxa Bruta de Mortalidade (TBM), que corresponde ao total de óbitos de uma determinada população em um dado período sobre a mesma população total do meio do período. O TBM é influenciada pela estrutura etária da população, ou seja, uma população jovem de um país em desenvolvimento pode ter uma taxa bruta de mortalidade similar à de um país desenvolvido, que tem melhores condições de saúde e uma população mais envelhecida que possui uma taxa de mortalidade expressiva por conta dessa característica, não refletindo as condições de vida de cada país (KEINERT; KARRUZ; KARRUZ, 2002). Sendo assim, taxas elevadas de mortalidade, se relacionam não apenas a condições socioeconômicas desfavoráveis, mas também a uma elevada proporção de pessoas idosas na população (CARMO; CAMARGO, 2018). Como solução desse problema, pode ser realizada a padronização das taxas brutas de mortalidade entre as populações que se deseja comparar, levando em consideração a proporções da distribuição etária. Pode ser adotado o uso das taxas específicas de mortalidade. O uso da padronização dos dados de acordo com a estrutura etária da população permitirá ter melhores conclusões sobre o perfil da mortalidade na população.

Uma outra solução é adotar a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) como indicador para acompanhar a melhoria da qualidade de vida de uma população (KEINERT; KARRUZ; KARRUZ, 2002). A TMI é empregada, tradicionalmente, como um indicador social representativo das condições gerais de vida ou saúde prevalentes em uma região ou grupo populacional (JANNUZZI, 2017, p. 85). A mortalidade por causas externas, homicídios, acidentes de trânsito, suicídios, quedas acidentais, afogamentos, dentre outros, assim como a mortalidade infantil, fornecem informações sobre as condições socioeconômicas (KARRUZ; KEINERT; KEINERT, 2002) e conseqüentemente parte da qualidade de vida. Os indicadores relacionados a mortalidade são importantes para a avaliação da qualidade de vida, mas há algumas especificidades e limitações que devem ser levadas em consideração.

Taxa de Mortalidade Infantil

Taxa de mortalidade infantil reflete as condições gerais de saneamento, escolaridade da mãe e renda familiar, impacto das condições socioambientais do local de nascimento. Evidencia um momento de vulnerabilidade da saúde, estando o indivíduo mais suscetível a doenças transmissíveis.

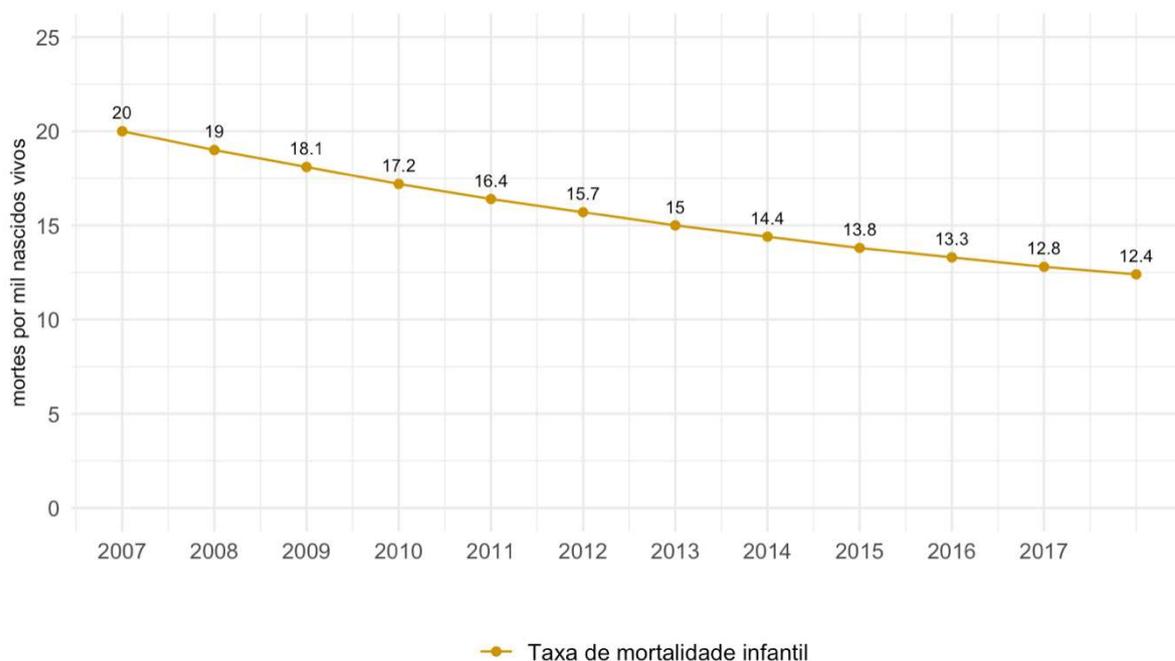
Já a expectativa de vida, reflete o maior número de pessoas chegando a idades mais avançadas. No entanto, devido a sua fórmula de cálculo esse indicador, sofre uma forte influência de avanços na TMI.

Para analisar a evolução das condições de vida de uma população através do tempo, um indicador de fluxo, como a TMI é mais adequado (PEÑALOZA, 1990, p. 22). O indicador possibilita associar ainda: a situação de renda e trabalho, saúde, nutrição, habitação e saneamento (CAVALCANTI, 1988). A queda na TMI, também se relaciona a eventos como urbanização, queda da fecundidade, melhora do perfil nutricional e nas tecnologias e serviços (KARRUZ; KEINERT; KEINERT, 2002).

A TMI é calculada a partir da razão entre o número de óbitos entre crianças até 1 ano e o total anual de crianças nascidas vivas por mil em uma determinada população que habita determinado espaço geográfico. O indicador apresenta uma maior confiabilidade para as regiões urbanizadas e desenvolvidas.

No Brasil, as regiões Norte, Sul e Centro-Oeste, tiveram uma maior queda na TMI entre 1980 e 2000; enquanto no Sudeste houve uma queda mais significativa entre 1980 e 2000; já no Nordeste a redução maior se deu entre 1991 e 2010 (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Destaca-se a variação dos indicadores por região, devido a diferenças de investimentos na rede de saúde, em especial a atenção básica, que por meio do diagnóstico precoce, promove uma redução de causas de óbito por doenças crônicas, por exemplo.

GRÁFICO 2 – Taxa de mortalidade infantil, Brasil 2007 a 2017 (por mil nascidos vivos)



Fonte: IBGE (Projeção da População do Brasil, por Sexo e Idade, para o Período 2000/2060, Revisão 2013, e Projeção).

Expectativa de Vida

A longevidade é consequência de uma complexa cadeia de fatores, na qual se destacam: níveis de renda (melhores padrões nutricionais e habitação), nível educacional (leva a maior informação sobre doenças transmissíveis e mais atenção a padrões de higiene), condições ambientais dos locais de residência e trabalho (qualidade de saneamento e níveis de poluição), hábitos alimentares e os níveis de consumo de tabaco, álcool e drogas (KARRUZ; KEINERT; KEINERT, 2002). Os autores trazem o caso da população da França que apresenta uma maior expectativa de vida ao ser comparada a população do EUA, apesar de uma renda média menor e maior incidência de tabagismo e de consumo de álcool, em média. O que revela a complexidade dos eventos que leva a níveis maiores de longevidade.

Dessa forma, a longevidade pode ser entendida como uma “via de entrada” ao estudo da qualidade de vida, devendo ser confrontada com alguns condicionantes de bem-estar típicos da população urbana, tais como violência e segurança pública, trânsito e transporte, qualidade da educação, canais de participação popular, ambiente físico, saúde, condições habitacionais, qualidade de serviços básicos, participação socioeconômica (emprego e renda) e seguridade, dentre outros (KARRUZ; KEINERT; KEINERT, 2002).

A expectativa de vida é um excelente indicador para avaliar as condições de saúde de uma população (ROBINE; ROMIEU; CAMBOIS, 1999). Entretanto, sendo uma estimativa indireta com base em uma coorte hipotética, não reflete muito bem mudanças ocorridas de um ano para o outro; logo, é um indicador adequado para estudos de coorte transversal, mas não para séries no tempo (KEINERT; KARRUZ; KARRUZ, 2002). É medida central quando se analisa processos populacionais, presente na maioria dos indicadores de qualidade de vida, por possuir confiabilidade e permitir comparações.

No período recente o Brasil experimentou ganhos expressivos na expectativa de vida tanto para homens quanto para mulheres. O aumento ocorreu em grande parte pela menor taxa de mortalidade infantil, que possui um peso significativo no cálculo da esperança de vida ao nascer. A expectativa de vida brasileira ao nascer passou de 62,7 anos em 1980 para 68,9 anos em 2001. Considerando o indicador separado por sexo, as mulheres apresentam uma maior expectativa de vida, em comparação aos homens. A diferença entre sexo reflete a maior mortalidade masculina de jovens e adultos, além das características biológicas que diferenciam homens e mulheres (KARRUZ; KEINERT; KEINERT, 2002). Entre 1980 e 2001 foram registrados 500 mil óbitos por causas externas, 82,4% refere-se a homens, desses 65,58% pertencem ao grupo etário de 10 a 39 anos (IBGE, 2002).

Uma maior longevidade da população representa um ganho em termos de qualidade de vida. Apesar de não existir um consenso sobre a relação entre uma vida mais longa e uma vida com mais qualidade, é um consenso que a saúde é uma das determinantes importantes da qualidade de vida (TERRA; QUEIROZ, 2010). Contudo, uma vida mais longa traz outros desafios para a qualidade de vida, como o convívio com uma nova carga de doenças fruto da transição epidemiológica: doenças crônicas e degenerativas, que afetam a esperança de vida saudável de boa parte da população que chega a idades mais avançadas, ou mesmo mais precocemente devido ao estilo de vida.

Amplia-se o número de estudos que buscam compreender como o bem-estar relaciona-se a esse aumento na expectativa de anos a serem vividos a partir do nascimento (YANG, 2008). Surge assim o indicador de expectativa de vida saudável, que é a união de medidas de mortalidade e morbidade, como indicador de saúde e bem-estar (CAMARGOS, 2004). Poderemos ter mais anos de vida devido a avanços contínuos na saúde, no entanto, cabe investigar quais as características da qualidade de vida nesses anos a mais que ganhamos a cada ano. Será que viver mais é viver melhor? (CAMARGOS; GONZAGA, 2015). Doenças crônicas, doenças relacionadas ao comportamento, estilo de vida, como a obesidade e o tabagismo, que são causadores de algumas das principais doenças crônicas, como a cardiovascular (VALLIN; MESLÉ, 2004), podem comprometer a qualidade de vida da população. Os indicadores de expectativa de vida feliz e saudável, investigam se o maior tempo de vida reflete um ganho real de qualidade de vida e bem-estar.

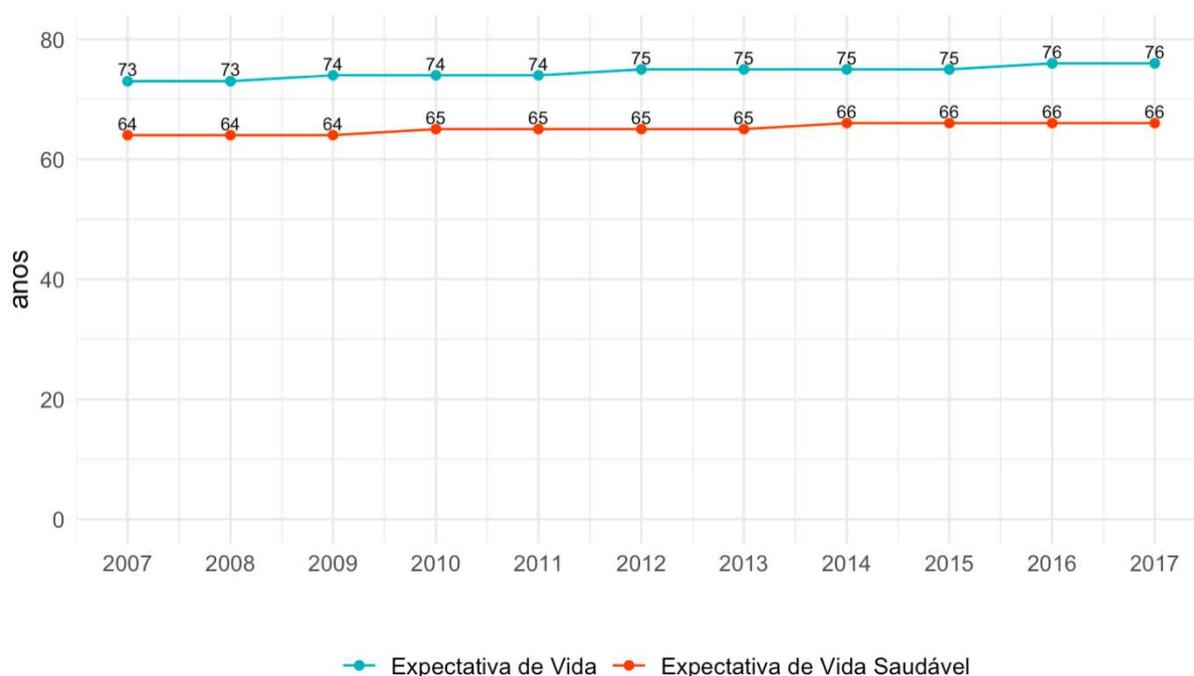
A esperança de vida saudável consiste no número médio de anos vivido com saúde por um indivíduo da população a partir de determinada idade (SULLIVAN, 1971). Segundo os resultados apresentados por Camargos e Gonzaga (2015), as mulheres têm uma vantagem, por apresentarem maiores expectativas de vida com relação aos homens, porém possuem desvantagem com relação à expectativa de vida saudável. As mulheres vivem um maior tempo com a saúde ruim, independente do indicador utilizado para mensurar saúde. Seja pela maior precisão dos dados declarados por mulheres ou seja pelo diagnóstico precoce, elas vivem mais tempo com doenças e restrições quando comparadas com os homens.

A esperança de vida feliz consiste no número de anos vividos com felicidade a partir de determinada idade, fazendo parte de pesquisa que utilizam indicadores de saúde como aproximação de qualidade de vida (YANG, 2008). O estudo realizado por Yang e Waliji (2010), que avaliam dados de pesquisas sobre felicidade e estatísticas vitais buscando as relações entre felicidade, esperança de vida, sexo, idade e educação, constatou que ser feliz,

ou seja, se sentir feliz, independentemente da idade, prolonga a vida. Verificaram ainda que a diferença da esperança de vida feliz segundo a educação é ainda maior do que por sexo e raça.

Terra e Queiroz (2010) utilizando os dados da WVS (1997 e 2006) calculam a esperança de vida feliz do brasileiro. Constataram que a esperança de vida feliz é superior a infeliz para ambos os sexos e diferentes grupos de idades. No Brasil, se vive mais tempo com felicidade do que com infelicidade. As mulheres convivem, em média, com um número maior de anos felizes, mas também convivem mais tempo com infelicidade.

GRÁFICO 3 – Expectativa de vida ao nascer e saudável, Brasil 2007 a 2017



Fonte: World Development Indicators e WHR (Healthy life expectancy at birth).

2.6.2 Indicadores Socioeconômicos

Renda

De maneira geral entende-se que uma renda mais elevada resulta em um maior nível de felicidade, no Brasil, as pessoas mais ricas e com emprego têm uma maior chance de ser feliz (CORBI; MENEZES-FILHO, 2006). Economistas e organizações internacionais utilizam valores médios, como renda per capita, distribuição da renda e taxas de pobreza, para avaliar a qualidade de vida. No entanto, devido à alta variabilidade de renda dentro da população, tal medida não capta o padrão de vida da população (ROJAS, 2012).

É importante destacar outros fatores que elevam a correlação positiva entre nível de renda e bem-estar, felicidade, tais como democracias estáveis, melhor saúde da população e direitos humanos respeitados, são fatores que podem contribuir uma maior qualidade de

vida (CORBI; MENEZES-FILHO, 2006). É importante destacar, que aspectos como a democracia possibilitam ao indivíduo escolher o que tem significado para a sua vida, que compreende ao campo do bem-estar subjetivo (DIENER, 2000).

Entre as variáveis que usualmente compõem medidas que buscam avaliar a qualidade de vida da população encontra-se a renda ou PIB per capita. Será que essa é uma variável determinante da qualidade de vida, básica a qualquer medida que se proponha a avaliar a qualidade de vida? Pessoas ou países com níveis elevados de renda apresentam maiores chances de satisfazer necessidades que influenciam diretamente a qualidade de vida. Após analisar alguns dos principais indicadores econômicos utilizados para medir qualidade de vida é importante se perguntar até que ponto eles estão refletindo uma melhoria efetiva na qualidade de vida ou apenas são reflexo da lógica evolutiva de desenvolvimento do sistema capitalista mundial (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012; MANTEGA, 1995).

O aumento do PIB per capita não leva necessariamente a uma redução da desigualdade e pobreza, ou seja, esse não é um indicador determinante para mensurar o bem-estar social e satisfação com a vida. Como apresentado por Rojas e García (2017), indicadores econômicos como o PIB per capita apresentam limitações para a avaliação de fatores relevantes a satisfação com a vida, já que países que apresentam valores baixos têm níveis elevados de satisfação com a vida. O aumento do PIB, renda per capita, pode proporcionar uma melhor qualidade de vida, desde que o desenvolvimento esteja vinculado a melhorar a vida dos seres humanos. Sendo assim, a “prosperidade econômica apenas um dos meios para enriquecer a vida das pessoas e não um objetivo a se alcançar por si mesmo” (VITTE, 2002, p. 44).

Variáveis que mensuram o ganho material, ainda fazem sentido e tem um peso importante para analisar a qualidade de vida, em especial das populações mais pobres. É um indicativo da melhoria das condições de vida dessa população. Possibilita conhecer as privações, como de acesso a alimentos adequados, empregos remunerados, cuidados com a saúde, educação, segurança e saneamento básico, que impactam diretamente o bem-estar dessa população. A melhora da renda mensura então, um aumento da satisfação dessa população (HELLIWELL; LAYARD; SACHS, 2012). Sem uma renda suficiente não é possível garantir os padrões mínimos de sobrevivência.

Indicadores de renda que estabeleçam uma relação entre a distribuição proporcional da renda com relação a populações são importantes para mensurar o ganho material, fazem sentido e tem um peso importante para analisar a qualidade de vida, em especial das populações mais pobres. Esses indicadores possibilitam conhecer as privações de

acesso a alimentos adequados, a empregos remunerados, a cuidados com a saúde, a educação, a segurança e ao saneamento básico, que impactam diretamente o bem-estar dessa população. Uma população com níveis elevados de pobreza e desigualdade tem sua qualidade de vida comprometida (ROJAS, 2012).

Em estudos subjetivos de avaliação da satisfação com a vida a renda apresenta um impacto positivo, porém limitado, devido à alta desigualdade, que faz com que o crescimento econômico não seja suficiente para retirar a população da condição de pobreza (ROJAS, 2012). Depoimento de morador de um dos núcleos de favela de Santo André a respeito de exclusão:

Para mim ter sucesso na vida é escolher o trabalho e as coisas que a gente faz. É ser reconhecido pelo que faz. Isto é, deixar de ser excluído, para mim não é só ter dinheiro. É mais, porque é poder escolher. Escolher o trabalho que se vai fazer; a roupa que se vai vestir; o lugar em que se vai morar; o descanso que se quer ter. A exclusão é a falta de escolha, é tudo sem escolha. Só come o que é barato; só veste o que se está liquidando e na cor que se tem para vender; só trabalha o que se foi obrigado a aprender (Moradora da Favela tamatutaca) (KEINERT; KARRUZ; KARRUZ, 2002, p. 17).

Uma renda elevada proporciona maior utilidade e conseqüentemente uma maior felicidade (CORBI; MENEZES-FILHO, 2006). Por essa visão econômica, racional, certamente é uma variável essencial. No entanto, estudos como de Helliwell (2001), encontraram evidências de que, ao elevar a renda, a felicidade não é elevada na mesma proporção. Apesar de renda e felicidade apresentarem uma correlação positiva e significativa, não implica em causalidade, rendas mais altas podem não gerar felicidade para as pessoas (CORBI; MENEZES-FILHO, 2006). Segundo os autores uma das razões está nas comparações que os indivíduos fazem, entre si, deixando em segundo plano o nível de renda absoluta e ganhando destaque a renda relativa.

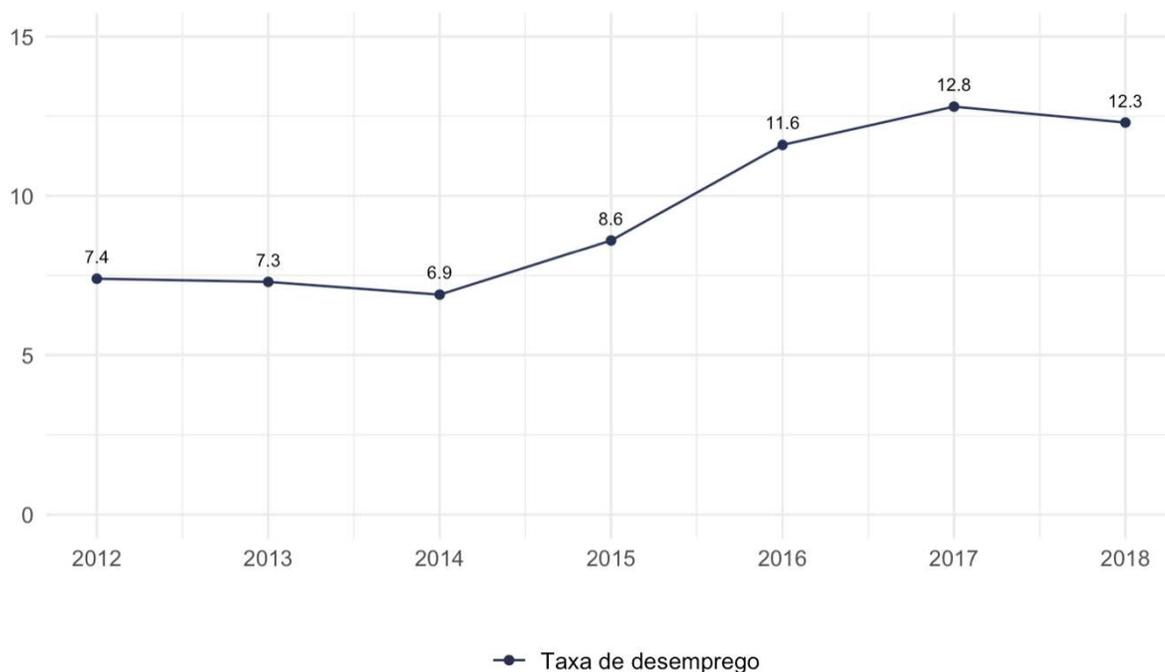
O Relatório de Felicidade Mundial de 2018 destaca o exemplo dos Estados Unidos, que tem lidado mais fortemente com esses problemas, mais que outros países. Verificaram que a relação entre o progresso econômico e tecnológico não implica em ganhos de felicidade. Nos últimos cinquenta anos de progresso econômico a autodeclaração de felicidade, nos Estados Unidos, não apresentou ganhos. Pelo contrário, ganharam destaque questões como incertezas, ansiedade, desigualdades sociais e econômicas, que se elevaram. Essas questões podem ajudar a explicar uma satisfação estagnada em momento de elevados aumentos do PIB per capita. É necessário compreender que outras dimensões além da renda

são importantes, como a capacidade de conduzir a vida, que é uma das primeiras componentes para compreender a qualidade de vida da população (NUSSBAUM; SEN, 1998).

A renda está muito associada à questão da inserção no mercado de trabalho, e aos salários obtidos através da inserção econômica. Nesse sentido, o desemprego pode se configurar em um fator de grande impacto em termos da qualidade de vida, uma vez que impossibilita o atendimento de um conjunto de necessidades básicas por parte do indivíduo. No Brasil as situações de desemprego são diferenciadas em três categorias: desemprego aberto (pessoas que não exercem nenhuma atividade econômica e estão a procura de emprego), desemprego oculto (pessoas que financiam sua procura por trabalho exercendo uma atividade remunerada precária) e o desemprego oculto por desalento (pessoas que desestimulada a procurar trabalho) (JANNUZZI, 2017). Taxa de desemprego aberto e oculto é um indicador muito usado para o monitoramento da conjuntura macroeconômica, sendo um sinalizador de crescimento ou quedas de demandas por bens e serviços.

Os custos sociais do desemprego superam os impactos negativos na economia, geram para o indivíduo uma carga adicional, não monetária, pois o trabalho representa na vida do indivíduo mais que uma fonte de renda, o trabalho agrega responsabilidade social, identidade e autoestima (CORBI; MENEZES-FILHO, 2006). Dessa forma, a perda do emprego, causa um maior impacto nos níveis de felicidade do que a simples perda de renda. O autor ressalta que o aumento do desemprego se relaciona com aumento da mortalidade, taxas de suicídio, criminalidade e instabilidade de casamentos. O desemprego causa instabilidades políticas e econômicas afeta a qualidade de vida da população, já que causa inseguranças e ansiedades, o que permite verificar inferências sobre a percepção subjetiva da qualidade de vida (ROJAS, 2012). A taxa de desemprego é um indicador objetivo importante para a qualidade de vida e o desempenho econômico, no contexto europeu relaciona-se a exclusão social, porém apresenta problemas de comparabilidade entre países (GLATZER, 2012).

GRÁFICO 4 – Média anual da taxa de desocupação das pessoas de 14 anos ou mais de idade, Brasil, 2012 a 2018



Fonte: IBGE; Pnad Contínua (2012 a 2018).

Escolaridade

A educação é uma componente fundamental da qualidade de vida, pois possibilita ter acesso a oportunidades de emprego e uma maior integração social (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

A taxa de analfabetismo é um dos indicadores educacionais comumente utilizado como indicador educacional. No Brasil o analfabetismo apresentou diminuição em todas as regiões, que representa ganhos para a qualidade de vida. A educação da população potencializa a qualidade de vida, sendo assim primordial para o avanço global da sociedade (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

O acesso a educação possibilita romper ciclos de pobreza, diminuir a desigualdade e promover uma melhor qualidade de vida. Pessoas com maior grau de instrução apresentam maior satisfação em domínios importantes da vida, família, saúde, emprego e economia (ROJAS, 2012). Indicadores como a taxa de alfabetização, taxa de matrícula no ensino médio e ensino superior, nos auxiliam a verificar a progressão educacional da população, entretanto não são suficientes para constatar a qualidade de vida. Existem outros indicadores que buscam averiguar a qualificação educacional da população, uma vez que o analfabetismo funcional é significativo (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

A educação tem uma forte relação com uma das principais componentes da dinâmica demográfica, a fecundidade. Mulheres que possuem ensino médio incompleto apresentam um padrão de fecundidade mais jovem, entre 20 a 24 anos. E mulheres com nível médio completo e superior incompleto, concentram a fecundidade entre 25 a 29 anos de idade e por fim as mulheres com ensino superior completo e mais concentram entre 30 e 34 anos.

A educação também apresenta uma boa relação com a satisfação com a vida, pessoas com um melhor nível de instrução apresentam maior satisfação em domínios importantes da vida (família, saúde, emprego e economia) (ROJAS, 2012).

Menezes Filho e Kirschbaum (2015) analisaram a escolaridade da População Economicamente Ativa (PEA), a partir de dados dos censos demográficos de 1960 a 2010. Em 1960, 73% dos trabalhadores tinham no máximo 3 anos de estudo, ou seja, tinha o ensino fundamental incompleto. Eram poucos os trabalhadores com 8 anos, ensino fundamental completo (2%). A cada cem trabalhadores apenas um tinha o ensino superior completo. Como a população mais qualificada, com ensino superior, era uma parcela muito reduzida da população, tinha acesso a maiores benefícios além do salário mais elevado, como previdência, plano de saúde, crédito, dentre outros, aumentando assim ainda mais a desigualdade social. Os autores trazem uma comparação com os EUA, cuja população no ano de 1900 tinha em média 9 anos de estudo. Essa média foi atingida pelo Brasil cem anos depois, mostrando o quão atrasada foi a adoção de políticas de acesso universal a educação.

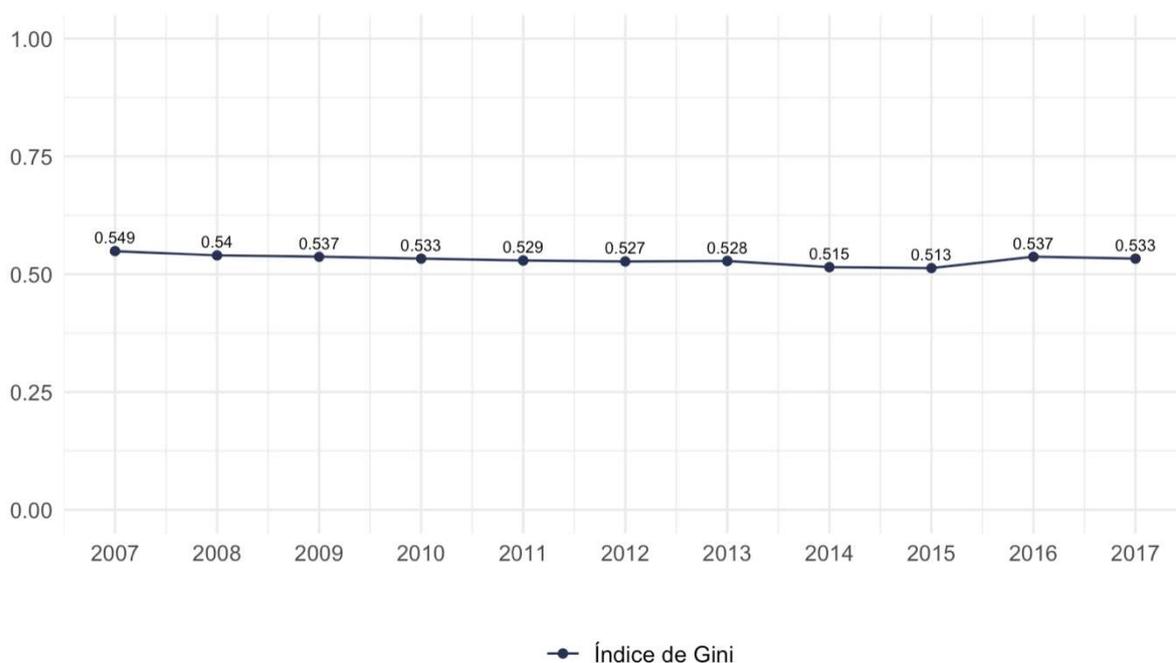
Em 2010 foram registradas melhoras significativas na educação da população, com 84% dos jovens de 12 a 15 anos concluído pelo menos até a 5ª série. Entre os trabalhadores a maior parte tem o ensino médio completo, ou seja, mais de 11 anos de estudo. O total de pessoas que concluíram o ensino superior passa para 12%. Há pela frente o desafio de universalizar o ensino médio, pois é uma etapa importante para a qualificação dos trabalhadores (MENEZES FILHO; KIRSCHBAUM, 2015).

Desigualdade

A desigualdade é um dos principais responsáveis pela diminuição da qualidade de vida. Ela não está relacionada apenas a diferenças de renda, Arretche (2015) apresenta dados dos últimos cinquenta anos, comparando a evolução no acesso a serviços básicos de infraestrutura (luz, água, esgoto e coleta de lixo), bens coletivos, que deveriam estar acessíveis a toda a população, já que não depende de uma decisão pessoal e sim, de políticas públicas que garantam a oferta a todos os domicílios. No Brasil, em 1970 estavam registrados

3.952 municípios, considerando 75% dos domicílios, apenas 125 municípios, grande parte na região sudeste e sul, tinha acesso a eletricidade; apenas 24 tinha acesso a água, todos na região sudeste; e apenas 2 municípios acesso a esgoto. No decorrer dos anos a cobertura desses serviços foram se expandindo seguindo a trajetória que contempla primeiro o sudeste e sul e depois o restante das regiões. O acesso a eletricidade e água, foram os que mais se expandiram, registrando em 2010, cidades do Sul e Sudeste uma quase universalização do acesso a esses serviços, enquanto as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste ainda tem municípios que não atenderam a metade da população. O serviço de esgoto, por outro lado, tem problemas de universalização mesmo na região mais desenvolvidas, apesar do crescimento significativo. A desigualdade da oferta de serviço é territorial e contribui para tornar mais ou menos aguda a desigualdade entre cidadãos.

O grau de desigualdade existente entre a população desses países é uma das variáveis que ajuda a compreender, como a relação de ganho entre renda e bem-estar não seguem uma mesma proporção. O modelo de progresso tecnológico adotado nos últimos 100 anos em grande parte do mundo, favoreceu a desigualdade da distribuição de bens e serviços, condições de vida da população e uma profunda degradação ambiental (NAHAS, 2009). O Índice de Gini para a distribuição de renda, mede o padrão de distribuição da renda, uma dimensão importante da caracterização socioeconômica da sociedade, apresenta boas características como a facilidade de ser entendido, sensibilidade a transferência de renda regressiva. A medida assume valores entre 0 (situação de igualdade perfeita da distribuição de renda) e valor máximo de 1 (situação de extrema desigualdade). Pode ser calculado a partir de dados brutos oriundos do Censo Demográfico, pesquisas amostrais e registros administrativos ou agregados de renda por intervalo de classe. A renda pode referir-se a renda domiciliar per capita, renda do trabalho dos ocupados, renda individual etc.

GRÁFICO 5 – Índice de Gini, Brasil 2007 a 2017

Fonte: World Development Indicators.

2.7 Principais Indicadores Sintéticos de Qualidade de Vida

Mesmo diante dos avanços dos indicadores sociais como medidas de bem-estar, através do movimento dos indicadores sociais na década de 1960, apenas 30 anos depois com o lançamento do Índice de Desenvolvimento Humano – IDH (PNUD, 1992) houve um impulso na elaboração e utilização dos indicadores sociais, para avaliar o meio urbano (NAHAS, 2009). A autora destaca, a possibilidade de estabelecer uma hierarquia e realizar comparações, através de um único indicador composto, deu início a elaboração de diversos indicadores semelhantes para avaliar desenvolvimento, condições de vida, e/ou qualidade de vida. O Brasil seguiu essa tendência e elaborou diversos indicadores para avaliar as condições, o nível ou qualidade de vida no meio urbano. Destaca que apesar de muitos dos indicadores acabarem por incluir condições de saúde, educação e renda da população, como o IDH, outros vão um pouco além e inclui questões de saneamento básico, habitação, transporte e outros serviços urbano.

Indicadores sintéticos ganharam grande destaque e atenção de veículos de comunicação, tomadores de decisão do setor público, em relatórios mais pelo intenso de apontar avanços do que auxiliar a enxergar os pontos de melhorias dos programas sociais (JANNUZZI, 2017). O Desenvolvimento Humano, Progresso Social, Felicidade, Vulnerabilidade e Pobreza Multidimensional como instrumentos de monitoramento e avaliação de políticas sociais. Apesar de serem tidas como medidas construídos sobre a base

conceitual, bibliográfica e técnica mais completa e abrangente possível. Como se assegurassem boa quantidade de informação e 'neutralidade' devido a técnica aplicada em sua construção. A construção de indicadores como os de desenvolvimento vulnerabilidade social ou pobreza multidimensional, precisam ir além dos constructos teóricos e se inspirarem em experiências exitosas e boas práticas de política públicas.

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – IDHM, IVH e ICV

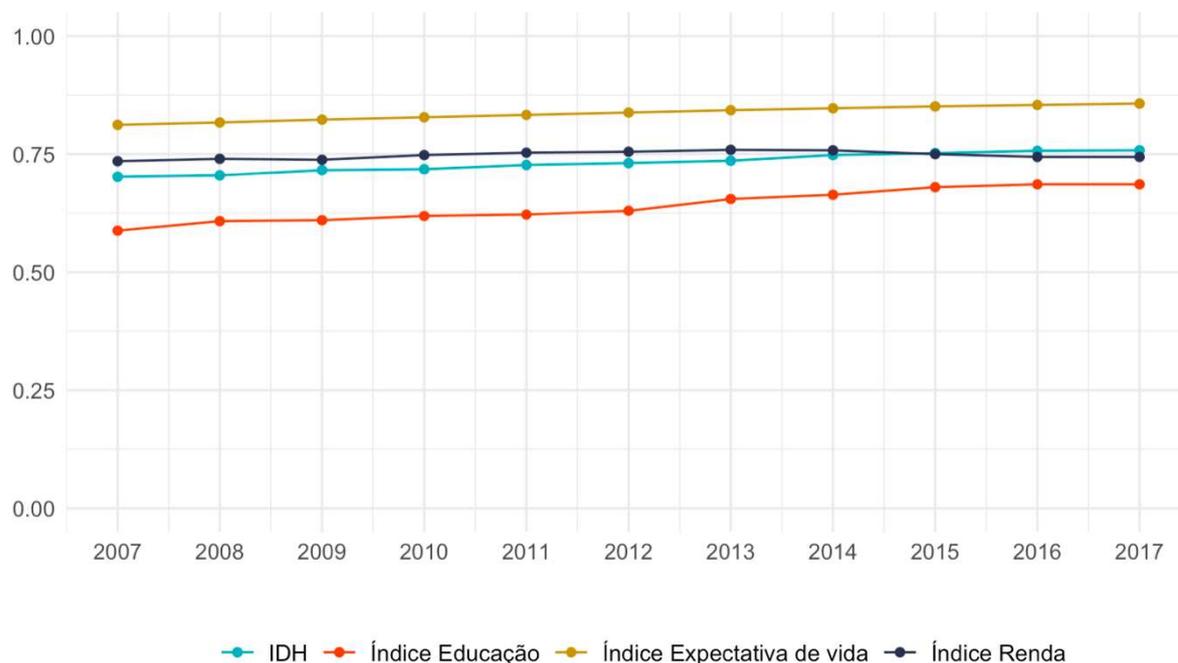
Indicador proposto no início da década de 1990 pelo PNUD (Programa das Nações Unidas par ao Desenvolvimento se propõem a medir a qualidade de vida dos países a partir de (VITTE, 2002). Desfrutar de uma vida longa e saudável, ter acesso ao conhecimento e a recursos que promovam um padrão de vida decentes, são componentes que se relacionam ao conceito de qualidade de vida e são essenciais para o desenvolvimento humano (GLATZER, 2012). O IDH operacionaliza as três áreas: A expectativa de vida ao nascer como indicador da vida longa e saudável; Taxa de alfabetização adulta (peso de 2/3) e primária, secundárias, terciária (peso 1/3); PIB per capita para mensurar o padrão de vida. Resultando em um índice com variação de 0 a 1, onde quanto mais próximo de um melhor. IDH está disponível para muitos países, uns com valores de 0,968 (Noruega e Islândia) e 0,336 (Serra Leoa), sendo o valor de 0,80 a fronteira entre alto e médio desenvolvimento humano. Vitte ressalta que a justificativa para a escolha desses elementos, onde o aumento da expectativa de vida, indica melhoria da qualidade de vida e maior liberdade de viver mais. A educação abrange a elevação do conhecimento, proporciona uma maior capacidade de exercer liberdade, levando a maior produtividade. A melhor distribuição de renda e a escolha inteligente de um melhor tipo de vida.

O IDH é composto dessa forma pelos principais critérios de qualidade de vida, mas não todos, faltam variáveis relacionadas a condições essenciais de desenvolvimento humano, como a sustentabilidade ambiental, segurança, direitos políticos, equidade e igualdade de gênero (GLATZER, 2012). Além de aplicar o mesmo peso entre as dimensões, o fato de agrupar indicadores de estoque (alfabetização e esperança de vida), indicadores de fluxo (escolaridade bruta e PIB per capita) são problemáticas que estão presentes no indicador (JANNUZZI, 2002). O PIB per capita está mais propenso a ter variações conjunturais, onde as mudanças podem não refletir necessariamente progresso. A medição do desenvolvimento humano baseado em grandes medidas nacionais, não permite verificar as desigualdades existentes no interior de cada país (GUIMARÃES; JANNUZZI, 2005). O IDH não soluciona a questão da comparabilidade e monitoramento da pobreza no país, uma vez que ao trabalhar

com indicadores que são médias, acaba por ocultar as situações extremas associadas à desigualdade de bem-estar, destaca os autores.

Com os dados bem documentados e indicadores desagregados do índice, é possível mostrar para cada país quais os diferentes indicadores que contribuem para o indicador geral. Por exemplo, a boa posição do EUA a frente de Alemanha e Reino Unido, devido a um alto índice PIB e não tanto a indicadores de expectativa de vida e escolaridade (GLATZER, 2012). O autor destaca que a boa colocação dos EUA no IDH não se repete quando avaliado pelo Índice de Pobreza Humana para países desenvolvidos. A componente de renda acaba por mascarar o melhor desempenho das demais (ROJAS, 2012). Entre as variáveis utilizadas a componente de acesso a bens materiais (PIB per capita) representando um terço do peso, outros indicadores possuem maiores critérios e dão um peso marginal ao PIB (GLATZER, 2012).

Mesmo após a evolução das medidas de desenvolvimento humano, terem teoricamente evoluído de uma perspectiva econômica (ideia do ter) para a perspectiva mais social (ideia do ser), as medidas estatísticas ainda enfatizam as variáveis econômicas. O IDH apesar de ser composto por três indicadores, tem a componente econômica exercendo um maior peso, já que, o ganho de um ano na expectativa de vida em termos de PIB per capita é menor, quanto mais pobre é o país, dessa forma a renda conta muito mais que a duração da vida (GHISLANDI; SANDERSON; SCHERBOV, 2018). Há uma redundância entre os indicadores, a expectativa de vida, PIB per capita e educação são fortemente correlacionados uns com os outros.

GRÁFICO 6 – IDH e suas dimensões (renda, educação e expectativa de vida), Brasil, 200-2017

Fonte: World Development Indicators.

Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios – IDH-M

O Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios IDH-M surge como uma versão adaptada do IDH para os Municípios. Desenvolvida, metodologicamente, pela Fundação João Pinheiro e pelo IPEA para o estudo pioneiro sobre o desenvolvimento humano nos municípios mineiros em 1996. Apesar de ser construído a partir das mesmas dimensões do IDH não são comparáveis. As principais adaptações foram feitas com relação a renda (renda Municipal per capita) e educação (taxa de alfabetização e taxa bruta de frequência escolar), buscando trazer mais precisão o desenvolvimento humano da população residente nos municípios. A dimensão renda faz o uso da renda municipal per capita, já a dimensão educação adota a taxa bruta de frequência à escola. A taxa bruta de frequência à escola tem algumas limitações, como não possibilita identificar a população que deveria estar frequentando a escola, distorção entre idade e série. A dimensão longevidade tem como único indicador a esperança de vida ao nascer, usado para avaliar as condições de saúde. Cabe destacar as limitações do indicador para populações menores, quando utilizados os dados censitários (GUIMARÃES; JANNUZZI, 2005).

Índice de Condições de Vida (ICV)

Índice de Condições de Vida (ICV) tem como propósito avaliar e monitorar os níveis de desenvolvimento humano e de condições de vida no âmbito dos municípios,

enquanto o IDH faz uso de indicadores básicos o ICV utiliza 16 indicadores, buscando abranger mais amplamente o processo de desenvolvimento social (FJP, 1998, p. 3; GUIMARÃES; JANNUZZI, 2005). O Índice de Condição de Vida (ICV) é uma extensão do Índice Municipal de Desenvolvimento Humano (IDH-M), que além das dimensões longevidade, educação e renda, inclui mais indicadores para avaliar essas dimensões já presentes no IDH-M e acrescenta as dimensões infância e habitação.

Desenvolvido pela Fundação João Pinheiro e IPEA, inicialmente para estudar o desenvolvimento humano nos municípios de Minas Gerais em 1996, com o apoio da FAPEMIG – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Buscando uma maior cobertura e uniformidade dos dados, o ICV utiliza dados do Censo Demográfico do IBGE, tendo a sua atualização atrelada a periodicidade decenal da pesquisa. Apesar de não poderem ser comparados, as classificações de municípios obtidos através do ICV e IDH-M são muito próximas, mas devido a diferença de composição entre os índices não são idênticos.

O cálculo do ICV abrange a transformação das cinco dimensões presentes (longevidade, educação, renda, infância e habitação) que variam de 0 (ruim) a 1 (melhor). A combinação nesses índices forma o indicador síntese, que o quanto mais próximo de melhores as condições de vida.

Human Life Indicator (HLI)

Ghislandi; Sanderson e Scherbov (2018) destacam então que a melhor abordagem para um indicador seria o de vida humana, que mantem a simplicidade, reduz redundâncias relacionadas a um índice multidimensional e fornece dados estáveis para realização de comparações ao longo do tempo. Se baseiam apenas na expectativa de vida, a partir de dados de mortalidade, que são mais claramente comparáveis entre países ao longo do tempo, ao compararmos por exemplo, com dados de renda que sofrem com o processo de adequação e comparabilidade e tem pouca clareza ao longo do tempo. Nessa abordagem os componentes econômicos e de educação, importam à medida que influenciam as condições de vida e mortalidade. A mortalidade então pode ser considerada como um indicador de sucesso e fracasso econômico (SEN, 1998).

A esperança de vida ao nascer é uma média aritmética das idades de morte, não refletindo a variação da mortalidade em todo dessa média. O Indicador de Vida Humana (IVH)¹⁸ é calculado através da média geométrica da expectativa de vida, penalizando os

¹⁸Tradução nossa de *Human Life Indicator (HLI)*.

países que tem uma alta variabilidade desse indicador. A TMI exerce uma forte influência sobre a expectativa de vida ao nascer, logo países com menores TMI teria um IVH maior. A TMI é altamente correlacionada a educação, em todos os países e ao longo do tempo, logo o uso do IVH reduz a perda de informações por não incluir explicitamente a educação, o indicador tem os efeitos da educação refletidos no seu cálculo (GHISLANDI; SANDERSON; SCHERBOV, 2018).

O indicador IVH fornece uma medida muito mais simples de desenvolvimento humano. Apresenta uma correlação de 0,93, com relação ao IDH, reflexo da redundância presente nos indicadores que compõem o índice. Os autores do índice destacam que nenhuma medida de desenvolvimento humano será perfeita. O IVH ao levar em conta a desigualdade de expectativa de vida, privilegia as áreas que possuem uma menor desigualdade. Além de poder ser utilizado para estudar a desigualdade no desenvolvimento humano entre regiões de países onde é difícil, ou mesmo, impossível obter medidas comparáveis de condições econômicas (GHISLANDI; SANDERSON; SCHERBOV, 2018). O IVH e IDH podem ser utilizados em conjunto para a análise de políticas públicas, não é preciso escolher uma medida apenas, mas sim várias medidas que se complementam. Como afirma Glatzer (2012) o conceito de desenvolvimento humano vai muito além do IDH, que se estende a qualquer outra medida que se proponha a operacionalizar conceitos tão abrangentes e complexos.

O IDH abriu caminho para a discussão de outras dimensões das condições de vida, destacando que o progresso econômico não é sinônimo exclusivo de crescimento econômico. No entanto, as limitações e problemáticas destacadas, a falta de especificidade para retratar avanços e retrocessos de algumas políticas sociais, faz com que o IDH tenha pouca efetividade em aferir impactos de políticas públicas (GUIMARÃES; JANNUZZI, 2005). A utilidade do IDH na elaboração de diagnósticos comparativos gerais de condições de vida, mas trata-se de um equívoco utilizá-lo para avaliar políticas públicas. Já que pouco reflete em suas medições anuais os efeitos das experiências políticas sociais mais significativas nos últimos vinte anos (GUIMARÃES; JANNUZZI, 2005). "O indicador se assenta em pressupostos claramente liberais, segundo os quais o papel do Estado no desenvolvimento seria resultado da viabilização de oportunidades de emancipação individual e não processo ativo de promoção do acesso a direitos sociais coletivos" (JANNUZZI, 2017, p. 165). Outros indicadores primários de fluxo, como taxa de atendimento escolar, acesso a programas de saúde, renda familiar ou taxas de pobreza, a medida seria mais sensível é útil para avaliar políticas sociais.

Índice de Qualidade de Vida Urbana dos Municípios Brasileiros (IQVU-BR)

O IQVU-BR foi um projeto desenvolvido para o Ministério das Cidades e o Instituto de Desenvolvimento Humano Sustentável da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (IDHS/PUC Minas – Belo Horizonte/MG), através do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Busca avaliar a “qualidade de vida urbana” tendo como foco o acesso da população a oferta de serviços e recursos urbanos. O índice contou com a colaboração de pesquisadores e gestores, a fim de auxiliar no planejamento de políticas públicas municipais (NAHAS, 2006). O índice foi construído tendo como referência teórico-metodológica o IQVU-BH.

O IQVU-BR abrange alguns dos aspectos do IQVU-BH¹⁹ ajustado para mensurar as desigualdades intermunicipais, são eles: construção participativa; enfoque na quantidade e qualidade da oferta de serviços; fontes de dados atualizáveis em curto ou médio prazo; índice segue três níveis de agregação matemática; cálculo final do índice é corrigido por uma medida de acessibilidade. O índice intra-urbano é composto por 11 setores (abastecimento alimentar, assistência social, cultura, educação, esportes, habitação, infra-estrutura urbana, meio ambiente, saúde, segurança urbana e serviços urbanos) (NAHAS, 2006). A construção do índice envolveu seis etapas: seleção dos temas; propostas dos “indicadores ideias” por tema; busca de fontes de dados; cálculo dos indicadores; seleção dos indicadores; cálculo do Índice.

Nahas (2006) reconhece como válida a construção e uso de índice como ferramenta de planejamento público. A autora destaca as limitações da aplicação do índice como única medida de avaliação, no caso dos municípios a medida não está captando as diferenças regionais. A autora destaca outros índices (diagnósticos baseados no Censo Demográfico) que podem ser utilizados em conjunto a medida, para complementar a análise, são eles: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) e Índice de Condição de Vida, por exemplo.

Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)

O Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) é um projeto da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (Alesp) em parceria com o Instituto Legislativo Paulista (ILP) e a Fundação Seade, iniciado em 2000. O indicador mede o grau de desenvolvimento humano nos municípios paulistas, fornecendo subsídios a Assembleia e toda a sociedade paulista para avaliar o desempenho econômico e social dos municípios do Estado. A

¹⁹ IQVU-BH foi desenvolvido em 1996 pela Prefeitura de Belo Horizonte e PUC Minas é utilizado como critério para distribuição dos recursos públicos

construção do indicador tem como base as três dimensões de desenvolvimento humano aplicados ao IDH (renda, escolaridade e longevidade). O indicador destaca assim a importância de considerar tanto os aspectos econômicos e sociais e a qualidade de vida dos indivíduos.

Com o objetivo de retratar as especificidades do Estado de São Paulo, considerou-se o agrupamento dos municípios por semelhanças encontradas a partir das três dimensões, formando assim grupos homogêneos em relação às condições de vida. O agrupamento favorece o desenho de políticas públicas focalizadas. O IPRS incorporou três novos aspectos que o distingue de outros indicadores de condições de vida. Como a possibilidade de caracterizar mudanças em um curto prazo, captando quando possível, avanços dentro dos mandatos eletivos. A priorização do uso de dados dos registros administrativos que cumpre os requisitos de qualidade, periodicidade e cobertura, esperados para o cálculo do indicador.

A partir desses parâmetros o IRPS foi definido, considerando três indicadores sintéticos setoriais (referente a renda), escolaridade e longevidade. Os 645 municípios do Estado são ordenados segundo essas dimensões e agrupados segundo uma tipologia de cinco grupos. Os grupos são construídos a partir de técnicas de estatística multivariada. O indicador sintético é expresso em um escalar de 0 a 100, sendo uma combinação linear das componentes. As ponderações aplicadas são obtidas por meio de um modelo de análise fatorial que considera a interdependência entre as variáveis.

O IPRS é composto assim pela dimensão Riqueza Municipal, Longevidade e Escolaridade, que por sua vez são compostas por componentes, que são ponderadas dentro de cada dimensão. A dimensão riqueza municipal tem como componente indicadores relacionados ao consumo de energia elétrica dos por ligação domiciliar e em setores da economia, a remuneração média dos empregados e o valor adicionado fiscal per capita. A dimensão busca então, captar ao mesmo tempo, a produção de riqueza do município e renda familiar dos moradores. Como fonte de dados são utilizados os registros administrativos das Secretárias da Fazenda e de Energia do Estado de São Paulo e do Ministério do Trabalho e Emprego. A dimensão longevidade tem como componentes quatro tipos de mortalidade (taxa de mortalidade perinatal, taxa de mortalidade infantil, taxa de mortalidade de pessoas de 15 a 39 anos, taxa de mortalidade de pessoas de 60 a 69 anos), com o objetivo de captar particularidades da mortalidade em diferentes regiões e variações no curto prazo. Como fontes de dados utilizou-se os dados do Registro Civil compilados pela Fundação Seade. A terceira

dimensão refere-se à escolaridade²⁰, tem como componentes indicadores referentes a oferta, rendimento e atraso escolar da educação básica. O Censo Escolar e o Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb) foram utilizados como fonte de dados. O IPRS apresenta cenários em que o nível de renda de um município não é determinante de uma maior expectativa de vida.

Índice de Pobreza Multidimensional

A pobreza multidimensional trata-se de uma proposta conceitual mais rica que os enfoques unidimensionais de pobreza monetária ou carências sociais. O conceito possui princípios da justiça social em conjunto com a criação de um novo conceito de bem-estar (FAHEL; TELES; CAMINHAS, 2016). Busca não apenas a classificação e identificação de perfis, mas a avaliar efeitos estratégicos complexos de diminuição da pobreza e acesso a direitos sociais. O indicador pode ser sensível a programas e ações que afetam o rendimento das famílias, como valorização do salário mínimo, dinamismo do mercado de trabalho, qualificação da mão de obra, existência de sistemas de proteção social. Para operacionalizar o conceito há diversas questões técnicas, como as dimensões de carência a serem consideradas, padrões de transparência metodológica e consensos técnicos-políticos, que são a base para a construção de indicadores de pobreza multidimensional para uso efetivo (JANNUZZI, 2017).

A mensuração unidimensional da pobreza é baseada exclusivamente no rendimento econômico, já a abordagem multidimensional considera outras dimensões como saúde, educação, emprego e condições de habitação. Uma abordagem que abrange as políticas sociais, fornecendo uma melhor estratégia para atuação social (FAHEL; TELES; CAMINHAS, 2016). A pobreza se mostra multidimensional pela sua complexidade ao propor uma caracterização e dimensionamento, abrangendo uma diversidade de públicos e formas de manifestação. Faz uma combinação entre a privação econômica e restrição no acesso a serviços sociais básicos. Fome, desnutrição, inserção precária no mercado de trabalho, baixa renda, moradia inadequada, dificuldade no acesso a saúde ou educação, inexistência de serviços de infraestrutura urbana, preconceito de raça e gênero são dimensões específicas de vulnerabilidade e pobreza que podem acometer contingentes maiores ou menores da população em diferentes regiões ou países (JANNUZZI, 2017, p. 114). O autor destaca pesquisas realizadas durante os anos de 1980, contemplavam esses públicos pelo enfoque

²⁰ Escolaridade é mediada através da média da proporção de alunos do 5o ano do ensino fundamental da rede pública que atingiram pelo menos o nível adequado nas provas de português e matemática da prova Brasil; Média da proporção de alunos do 9o ano do ensino fundamental da rede pública que atingiram pelo menos o nível adequado nas provas de português e matemática da prova Brasil; Taxa de distorção idade-série no ensino médio.

monetário e/ou pobreza como carência múltipla. A pobreza passa a não se restringir ao campo econômico, abrangendo a liberdade de escolha com relação a própria vida. "O IPM é baseado na concepção de pobreza segundo Sen (2000), que considera a pobreza como um fenômeno multidimensional que afeta as pessoas de diversas maneiras" (FAHEL; TELES; CAMINHAS, 2016, p. 8). Sen (2000) delimita a pobreza sobre dois pontos inter-relacionados: primeiro abrange desde as necessidades básicas até as necessidades de autorrealização; e o segundo a capacidade de exercer a sua liberdade de escolha por determinado estilo de vida (FAHEL; TELES; CAMINHAS, 2016). São abordagens complementares, as métricas monetárias correspondem a privações no curto prazo, já as necessidades básicas insatisfeitas relacionam-se a pobreza estrutural, com indicadores mais estáveis no tempo. A linha de pobreza não considera o acesso a serviços públicos gratuitos oferecidos pelo estado e não capta a satisfação com necessidades que requerem investimentos como habitação e educação, por exemplo. Já o método de carências sociais não capta as necessidades satisfeitas pelo consumo via rendimento do trabalho, ressalta Jannuzzi.

Uma concepção da pobreza como insuficiência de renda e vulnerabilidade social, que leva a quatro classificações de pobreza (crônica, carente, transitória e vulnerabilidade social) (p. 115). Aqueles com rendimento per capita abaixo da linha da pobreza e baixo acesso a direitos sociais, serviços e bens, são classificados como pobreza crônica. No Brasil, grande parte da população caracterizada por uma pobreza multifacetada, como os ribeirinhos, indígenas, quilombolas e famílias residentes em municípios mais distantes e pobres do interior do país, estão nesse estágio da pobreza. Com riscos de fome e desnutrição infantil potencializados, dificuldades de inserção no mercado de trabalho, condições de moradia precárias. São as políticas públicas com um "pacote" de ações, iniciado com a diminuição da insegurança alimentar, transferência de renda e em conjunto com ações estruturantes que poderão auxiliar na melhoria dessas populações (JANNUZZI, 2017).

Para a mensuração da pobreza multidimensional é aplicado a metodologia desenvolvida pelo The Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI), proposta por Alkire et al. (2011). O índice pode ser calculado para diferentes países e considera as especificidades socioeconômicas de cada localidade (FAHEL; TELES; CAMINHAS, 2016). A cada pessoa é atribuída uma pontuação de privação (varia de 0 a 1), conforme sua privação nos indicadores que compõem o índice, calculado a partir da soma ponderada dessas privações. Caso atinja alguma pontuação de privação a pessoa se classifica como multidimensionalmente pobre em algum nível. Tendo a pontuação elevada à medida que o número de privações aumenta, até o nível máximo de 1 (apresenta privação de todos os

indicadores analisados). Uma pessoa sem privação em nenhum dos indicadores avaliados tem a pontuação igual a 0. O segundo corte realizado pela metodologia, corte da pobreza, busca a proporção ponderada de privações para que o domicílio seja considerado pobre. O IPM global, considera como pobre o indivíduo que tem a pontuação de privações superior a um terço dos indicadores (ponderados).

Dessa forma a mensuração de pobreza inclui diferentes tipos de privações. O IPM global mede a pobreza a partir de três dimensões (educação, saúde e padrão de vida) que engloba dez indicadores, todos com o mesmo peso (1/3) (FAHEL; TELES; CAMINHAS, 2016). Uma das principais características do índice é a sua flexibilidade e capacidade de adaptação a diferentes contextos culturais. O México, Colômbia, Butão e Filipinas adaptaram o índice de pobreza multidimensional ao seu contexto cultural e político, destaca os autores. Como a pobreza é avaliada para cada indivíduo antes da agregação, o índice possibilita a desagregação por localidades e por indicador, possibilitando a identificação de onde e por que a pobreza é mais incidente (FAHEL; TELES; CAMINHAS, 2016). O Brasil utilizou como fonte de dados para a construção do IPM a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Adotando os critérios de dimensão e indicadores semelhantes ao IPM global, apenas com alguns ajustes para adequação ao perfil da população brasileira e variáveis disponíveis no banco de dados.

QUADRO 4 – IPM Brasil dimensão e pesos

Dimensão	Indicador	Peso
Educação	Anos de Escolaridade Frequência escolar	1/6
Saúde	Mortalidade Infantil	1/3
Padrão de Vida	Combustível de Cozinha ²¹ Eletricidade Água Bens Adquiridos Saneamento Básico Tratamento do lixo	1/8

Fonte: Fahel; Teles e Caminhas (2016).

Felicidade Interna Bruta (FIB)²²

O índice GNH surge em 2006, como instrumento de mensuração dos principais responsáveis pelo bem-estar, incluindo, saúde física e mental, vitalidade da comunidade, equilíbrio entre vida profissional e pessoal, padrão de vida, envolvimento político e ecológico.

²¹ Combustível de Cozinha: Considerado privado domicílio que utiliza madeira, carvão ou esterco como combustível de cozinha.

²² Todas as informações colocadas nessa sessão foram retiradas do relatório GNH de 2015.

São domínios que permanecem consistentes ao longo do tempo. O desenvolvimento do Índice de Felicidade Bruta (GNH) é uma expansão da espiritualidade²³ e compaixão que já era uma prática pessoal para o governo. O código legal do Butão de 1729, já destacava que se o governo não pode criar felicidade para seu povo, não há propósito para a sua existência. O quarto rei em entrevista em 1986, no Financial Times de Londres, pontuou ainda que a felicidade nacional bruta é mais importante que o produto interno bruto. O quinto rei reforça que a Felicidade Nacional Bruta é uma medida holística da qualidade de um país e acredita que o um desenvolvimento benéfico da sociedade, ocorre quando o desenvolvimento material e espiritual ocorre juntos. A constituição do Reino do Butão, promulgada em 2008, consolida o objetivo do Estado como progressivo, ao se responsabilizar por promover as condições que permitirão a busca da Felicidade Nacional Bruta. Sendo o governo garantidor da paz, segurança e bem-estar e felicidade do povo.

A pesquisa e índice são usados para entender quais áreas possuem condições de felicidade e quais são necessárias ação pública para estabelecer felicidade. Os resultados são como uma bússola para que sejam tomadas ações que promovam uma sociedade justa e harmoniosa. Sendo também importantes para tomada de decisões referente a políticas públicas, além do setor privado e organizações da sociedade civil. O índice GNH abrange nove domínios da vida de cada pessoa: bem-estar psicológico; saúde; educação; uso do tempo; diversidade cultural e resiliência; boa governança; vitalidade da comunidade; diversidade e resiliência ecológica; e padrão de vida. O Primeiro Ministro, destaca que quando analisado como cada cidadão está se saindo em cada domínio é possível identificar seu bem-estar, fornece um diagnóstico da qualidade de vida. Segue uma descrição de cada domínio.

²³ A espiritualidade é definida como compaixão, atitude que leva em consideração o bem-estar dos seres sencientes. Não significa seguir uma religião em particular, não há exclusão de identidades plurais. A espiritualidade da compaixão gera responsabilidade direta pelo bem-estar e felicidade dos outros.

QUADRO 5 – GNH Dimensões de descrição

Domínio	Descrição
Bem-estar psicológico	Busca compreender como as pessoas experimentam a qualidade de vida, através de avaliações cognitivas reflexivas. Como satisfação com a vida, níveis de emoções positivas e negativas e sua espiritualidade.
Saúde	Inclui tanto a saúde física como mental, entendem que uma qualidade de vida saudável permite exercer as atividades diárias sem fadiga excessiva e estresse.
Uso do tempo	Analisa o tempo gasto no trabalho e sono, destacando a importância de manter um equilíbrio entre a vida profissional e pessoal.
Educação	Compreende a educação formal e informal, avaliando diversos tipos de conhecimento, valores e habilidades.
Diversidade e resiliência cultural	Analisa a diversidade e força de tradições culturais.
Vitalidade da comunidade	Busca informação sobre a coesão social entre familiares, vizinhos e práticas de voluntariado.
Boa governança	Avalia a percepção do indivíduo com relação as funções governamentais em termos de eficácia, honestidade e qualidade.
Diversidade e resiliência ecológica	Avaliação dos indivíduos com relação as condições ambientais da sua vizinhança e os padrões considerados ecologicamente corretos.
Padrão de vida	Abrange o nível de conforto material através dos rendimentos, condições de segurança financeira, moradia e propriedade dos ativos.

Fonte: Relatório GNH de 2015.

Juntos esses domínios compõem o bem-estar, estruturando o índice GNH. O indicador destaca o equilíbrio entre espiritual e a riqueza, objetivo e o subjetivo, o relacional e o relativo. Tanto a dimensão subjetiva quanto subjetiva deve ser incluída, simultaneamente. Cada um dos nove domínios possui o mesmo peso no cálculo do indicador, dentro dos domínios há pesos diferentes por indicador. Segundo a metodologia do GNH, todos os nove domínios são igualmente importantes para alcançar a felicidade e o bem-estar. Para o cálculo do indicador é criado um perfil para cada pessoa, onde é verificado em qual dos 33 indicadores foi alcançado suficiência.

QUADRO 6 – Indicadores que compõem o GNH

Domínio	Indicadores	Peso
Bem-estar psicológico	Satisfação de vida	1/3
	Emoção positiva	1/6
	Emoção negativa	1/6
	Espiritualidade	1/3
Saúde	Estado de saúde declarado	1/10
	Número de dias saudáveis	3/10
	Incapacidade	3/10
	Saúde mental	3/10
Uso do tempo	Trabalho dormir	1/2
Educação	Alfabetização	3/10
	Escolaridade	3/10
	Conhecimento	1/5
	Valor	1/5
Diversidade cultural e resiliência	Habilidades artesanais	3/10
	Participação cultural	3/10
	Falar o idioma nativo	1/5
	Código de conduta	1/5
Bom governo	Participação política	2/5
	Serviços	2/5
	Desempenho do governo	1/10
	Direitos fundamentais	1/10
Vitalidade comunitária e Ecológica	Doação (tempo e dinheiro)	3/10
	Segurança	3/10
	Relacionamento com a comunidade	1/5
	Família	1/5
Diversidade ecológica e resiliência	Danos ecológicos	2/5
	Problemas urbanos	2/5
	Responsabilidade Ambiental	1/10
	Problemas ecológicos	1/10
Padrão de vida	Renda	1/3
	Ativos	
	Habitação	

Fonte: Relatório GNH de 2015.

Sua principal motivação é rastrear o estado de felicidade, definido de forma multidimensional, possibilitando comparar segmentos da população. Tem o objetivo de estabelecer metas e guiar em direção ao cumprimento dessas. Como insumo para a elaboração dos indicadores foi elaborada uma pesquisa que busca respostas cada vez mais claras para três perguntas: Quais os componentes da felicidade (ou infelicidade) entre os diferentes grupos da população? Onde estão aqueles que são surpreendentemente felizes (ou infelizes)? Quem são eles? São respostas úteis tanto para o governo quanto para cidadãos. A pesquisa piloto ocorreu em 2006, se consolidando em 2010 e 2015, com cerca de 8 mil entrevistados de 15 anos ou mais.

A soma dos pesos dos indicadores suficientes, gera uma pontuação GNH. Um indivíduo com suficiência em pelo menos dois terços dos domínios é considerado "feliz" em termos do GNH. Identificado a parcela classificada como "feliz" as informações são

agregadas e reflete o GNH do Butão. O índice aplica a metodologia do índice multidimensional de pobreza Alkire et al. (2011). O índice é a taxa de indivíduos felizes acrescida da extensão de suficiência de indivíduos que ainda não desfrutam de felicidade (porcentagem de pessoas ainda não felizes multiplicado pela porcentagem média de domínios em que o indivíduo ainda não feliz tem suficiência). O índice tem uma variação de zero (mínimo possível) a um (máximo possível). O indicador é classificado em quatro escalas: profundamente feliz (acima de 77%), extensivamente feliz (entre 66% e 76%), estreitamente feliz (entre 50% e 65%) e infeliz (entre 0% a 49%). Não é esperado que indivíduos profundamente felizes tenham suficiência em todos os domínios, em todo o Butão, espera-se um equilíbrio.

O GNH pode ser tanto uma filosofia de desenvolvimento pessoal quanto para a estruturação de políticas públicas. Do ponto de vista do indivíduo pode moldar valores e comportamentos para a busca do bem-estar e a felicidade de forma holística. Em políticas públicas pode ser aplicado para estruturar políticas, legislação e programas governamentais em diferentes áreas de atuação como educação, agricultura, comércio, indústrias e serviços. A última pesquisa realizada em 2015, a partir do nível do GNH identificou 41,4% dos butaneses profundamente felizes, sendo que 91,2% desfruta de suficiência em pelo menos 50% dos domínios pesquisados. Constatou ainda que homens tendem a ser mais felizes que as mulheres, os residentes urbanos tendem a ser mais felizes que os rurais e as pessoas com maior nível educacional tendem a ser mais felizes. Ao comparar com resultados anteriores, teve um crescimento significativo entre 2010 e 2015, passando de 0,743 para 0,756. Fatores como aumento do bem-estar material (renda, moradia, ativos), maior acesso a serviços (eletricidade, água potável, saneamento e assistência médica) e aumento em festivais culturais, são impulsionadores do crescimento. No entanto, houve queda em indicadores de bem-estar psicológico (espiritualidade, emoções positivas e negativas, satisfação) e o senso de "pertencimento".

Dessa forma a última pesquisa identificou pontos importantes para ações que levem o Butão a ser mais justo e harmonioso, são eles: uma maior atenção as necessidades dos agricultores e a jovens que apresentaram menor nível de felicidade; ações que promova emoções positivas; promover o ensino de atenção plena e inteligência emocional as crianças; fortalecer o engajamento político dos cidadãos; melhorar as condições de vida na zona rural, afim de evitar a migração rural-urbana que leva a um descolamento social e diminuição da sensação de pertencimento; além de desafios relacionados ao crescimento do país, crescimento urbano, como o descarte de resíduos sólidos e transporte público. A contribuição

percentual de cada domínio na composição do GNH de 2015, não possui muita variabilidade, já que o principal domínio apresenta 13,10% (boa saúde) e o mais baixo 9,78% (educação), ficando relativamente bem equilibrado. A pesquisa ressalta que mesmo pessoas que são classificadas como 'profundamente' felizes, não possuem uma vida perfeita, há problemas e insatisfações.

2.8 Comparando Níveis de Qualidade de Vida

A subjetividade inerente ao tema “qualidade de vida” afasta a razoabilidade de assumir um conceito que seja extensível a diversas realidades sociais (KARRUZ; KEINERT; KEINERT, 2002). Cabe destacar que os processos descritos não ocorreram de forma homogênea para todas as parcelas da população. Mudanças demográficas como queda da mortalidade e fecundidade, processo de urbanização, ocorrem em ritmos diferentes. As diferenças em grande parte ocorrem devido a fatores de renda, que compromete o acesso a serviços de saúde e informações, não tendo acesso aos meios que propiciam melhores condições de vida. Ocorre que em populações menos desenvolvidas ainda se mantêm os altos níveis de fecundidade, tendo taxas de crescimentos elevadas, aumentando o seu peso na população total (SWIACZNY, 2015). A desigualdade e segregação de grande parcela da população, impacta negativamente a qualidade de vida de toda a população.

Indicadores de qualidade de vida tem sua base o indivíduo, suas percepções, sentimentos e reações, dessa forma é um conceito que varia conforme o grau de desenvolvimento do país analisado (PEÑALOZA, 1990). Países desenvolvidos e em desenvolvimento apresentam características sociodemográficas, educacionais, valores e culturais distintas. Dessa forma é esperado que os indicadores de qualidade de vida que consideram a dimensão subjetiva, irão diferir conforme o grau de desenvolvimento do país, já que são fatores que influencia avaliação final de qualidade de vida. Os recursos necessários ao bem-estar de países subdesenvolvidos serão diferentes dos países desenvolvidos (ROJAS, 2012). Logo, a busca por parâmetros deve respeitar as características do contexto em que a população está inserida. Os desafios para a promoção da qualidade de vida são distintos, dependem do contexto em que se inserem, não é possível definir uma variável ideal para avaliar.

O debate a respeito de qualidade de vida, em países desenvolvidos, relaciona-se a degradação do meio ambiente e crescimento urbano, problemas no campo da saúde mental da população, questões que impactam fortemente a qualidade de vida, no entanto utiliza-se de medidas parâmetros distintos aos necessários para mensurar os problemas referentes a

pobreza, satisfação das necessidades básicas (alimentação, saneamento básico, serviços de saúde, etc) enfrentados por países em desenvolvimento (KEINERT; KARRUZ; KARRUZ, 2002). Para Peñaloza (1990) qualidade de vida nos locais onde os problemas enfrentados estão no campo das necessidades básicas são equivalentes a garantir o mínimo de “quantidade”. No caso do Brasil, um país em desenvolvimento, deve-se focar os aspectos quantitativos de qualidade de vida, segundo a autora. As necessidades básicas são constatadas a partir dos parâmetros objetivos, enquanto a percepção da população e valores é extraída por meio dos parâmetros subjetivos (KEINERT; KARRUZ; KARRUZ, 2002). Como esses parâmetros são constantes ao longo do tempo e independe de questões subjetivas, possibilita estabelecer comparações entre populações distintas.

Em países menos desenvolvidos ainda que convivem ainda com a carga de doenças transmissíveis e ocorrências de doenças crônicas, momentos distintos da transição epidemiológica, que requerem diferentes custos e investimentos dos serviços de saúde, o que acaba sobrecarregando o sistema e comprometendo a experiência da população com o serviço. No Brasil a transição epidemiológica não ocorreu de forma sequencial, ainda se convive em algumas regiões com doenças dos primeiros estágios, sendo necessário ter um sistema de saúde de consiga conciliar a assistência a população com sistemas preparados tanto para questões agudas como crônicas. A desigualdade entre as regiões coloca em risco o bem-estar e sobrevivência, principalmente, dos pobres.

Países da América Latina apresentam níveis elevados de satisfação, apesar de ter indicadores econômicos não tão bons. Ao comparar com países africanos, os latino-americanos possuem níveis mais altos de satisfação, o que revela que o acesso não tão precário a saúde educação, possibilitam uma maior satisfação com a vida (ROJAS; GARCÍA, 2017). A garantia de condições adequadas ao desenvolvimento, contribuem significativamente para a qualidade de vida, não dependendo de elevados níveis de renda.

Rojas (2011) identifica indicadores subjetivos de bem-estar relativamente altos na América Latina. Ao avaliar níveis de satisfação com a vida, saúde, economia e apreciação de vida. As altas diferenças encontradas quando avaliamos indicadores objetivos entre países da Europa e América Latina, diminuem ao avaliar os indicadores subjetivos. Revelando que para os latino-americanos a satisfação com vida, não se baseia somente em padrões econômicos, mas também em fatores como as relações humanas. Países desenvolvidos são referências em muitos dos indicadores objetivos utilizados como medidas de qualidade de vida, sendo referências para um melhor desempenho.

O Brasil compartilha de um contexto semelhante a grande parte da América Latina, por suas semelhanças históricas e culturais. Rojas e García (2017) apontam os valores dos latino-americanos como serem menos materialistas, vida mais relaxado, relações humanas, redes familiares e amizade, contribuem para uma maior satisfação com a vida. Questões como a globalização, raça/cor, exclusão, urbanização, crime e violência interferem na qualidade de vida e são comuns a países da América Latina (ROJAS, 2012). Onde países direcionam a sua economia para o exterior, tendo como principal produto commodities e acaba por desfavorece o seu mercado interno, podendo gerar crises econômicas, que ampliam a desigualdade e exclusão social (ROJAS, 2012). Esse é um aspecto da globalização que interfere diretamente na qualidade de vida da população. O Brasil tem grande parte da sua população composta por afrodescendentes, que estão marginalizados, um outro fator que agrava a qualidade de vida (LUCERO, 2006). A incidência da pobreza é duas vezes maior para essa população no Brasil, assim como em outros países da América Latina (BOUILLON; BUVINIC, 2003). A possibilidade de avaliar a valorização e aspirações de qualidade de vida em diferentes grupos sociais atua como referência para a superação de iniquidades e permite uma comparabilidade através dos indicadores objetivos (KEINERT; KARRUZ; KARRUZ, 2002). Segundo Silva (1996) permite identificar a tensão entre o desejável e o possível.

Devido à ausência de diversidade cultural, os indicadores objetivos podem acabar agindo de forma política e culturalmente hegemônica (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012). Indicadores subjetivos como o de percepção de felicidade de países com níveis de renda menor, também pode ser utilizado como referência por países mais desenvolvidos, com o objetivo de estimular o desenvolvimento de aspectos que possam contribuir para a elevação da percepção de felicidade da população.

A demografia irá então auxiliar na compreensão dessa população, mapear as estratégias de promoção de melhores níveis de qualidade de vida para a população. De forma ampla a população brasileira caminha para ter as seguintes características, uma população envelhecida, urbana e com expectativa de vida elevada. Como será assegurada a qualidade de vida para essa população? Quais serão as melhores métricas para avaliar a qualidade de vida dessa população.

CAPÍTULO 3 – MATERIAIS E MÉTODOS

Como já explorados no capítulo anterior alguns dos indicadores objetivos comumente utilizados para avaliar a qualidade de vida (TMI, taxa de analfabetismo, expectativa de vida e IDH), este capítulo irá se restringir aos indicadores subjetivos. Através da apresentação unidimensional das variáveis do Latinobarômetro e sua evolução ao entre 2008 e 2018, exceto para os anos de 2012 e 2014, para os quais a pesquisa não ocorreu no Brasil. Através do histórico de dados do Latinobarômetro é possível identificar de forma geral a trajetória da qualidade de vida da população brasileira, considerando como parâmetro o seu grau de satisfação com a vida.

3.1 Fonte de Dados: Latinobarômetro

O Latinobarômetro foi adotado neste trabalho como fonte de dados principal, devido a contínua e consistente produção de dados, que abordam questões subjetivas que não são comumente pesquisadas nas estatísticas oficiais. A partir da compreensão da importância da dimensão subjetiva para a avaliação da qualidade de vida em conjunto com a dimensão objetiva, optou-se por destacar os resultados para o Brasil presentes no Latinobarômetro, ainda são pouco explorados.

Como já destacado nos capítulos anteriores, o Brasil compartilha de um perfil similar ao da América Latina, dessa forma as questões abordadas estão em concordância com os valores e cultura do país. Os dados agregam características individuais referentes a características econômicas, educacionais, cultura, estilo de vida, ao determinarem o grau de satisfação com a vida e outras questões, próprias da América Latina.

O processo de padronização das questões investigadas, não abarca questões que já não fazem parte de países desenvolvidos, como dificuldades para suprir necessidades básicas, por exemplo. Cabe ressaltar, a relação existente entre os indivíduos e indicadores de qualidade de vida e o grau de desenvolvimento de país, logo, buscou-se o conjunto de dados mais próximo a realidade brasileira. A pesquisa se divide em 14 temas que são melhor detalhados no quadro 7.

QUADRO 7 – Temas investigados Latinobarômetro

Tema	Descrição	Principais perguntas
Democracia	Busca captar a compreensão da democracia, posicionamento, percepção, posicionamento político, eleições e votos; desigualdade e valores sociais;	– Grau de satisfação com a vida (valores sociais); – Grau de satisfação com a democracia;
Instituições	Capta a percepção do poder exercido pelo Estado e o quanto aprova a gestão de governo do presidente do país.	Aprovação da gestão do presidente (nome);
Problemas pessoais, sociais e do país	Compreender qual o problema mais importante para o entrevistado a nível de país, estado, município e na própria família; desemprego e busca de emprego; opinião sobre a migração no país; igualdade de gênero; pobreza e mobilidade social; percepção dos tipos e formas de educação; satisfação com os serviços públicos;	– Grau de preocupação com a falta de trabalho nos próximos doze meses; – Quão justa é a distribuição de renda no país;
Economia	Capta a satisfação atual, passada e futura com a economia do país e da sua própria família; posicionamento sobre a economia de livre mercado e concorrência; Qualidade de vida do entrevistado sob o ponto de vista de bens materiais	– Eles não tiveram comida suficiente para alimentar no último ano; – Cobre suas necessidades satisfatoriamente com a renda familiar total
Mídia, Internet e Redes Sociais	Atividades realizadas ou que gostaria de realizar na internet, entendimento da privacidade dos dados e as redes sociais que utiliza;	– O uso de informações privadas na Internet para fins comerciais é uma violação de um direito humano básico;
Corrupção e fraude	Percepção e relação direta com atitudes de corrupção e fraude social, desde si até as instituições governamentais;	– O preço de um certo grau de corrupção pode ser pago, desde que os problemas do país sejam resolvidos
Confiança	Investiga o grau de confiança entre as pessoas, instituições nacionais, internacionais e quais tem como objetivo aumentar a qualidade de vida da população;	– Confiança interpessoal; – Confiança no governo;
Violência e Segurança	Investiga a percepção e histórico de violência vivido pelo entrevistado.	– Frequentemente, ele se preocupa com a possibilidade de se tornar vítima de um crime violento.
Relações internacionais	Compreensão da opinião do entrevista a respeito de outros países, sobre uma maior integração entre os países próximos e o conhecimento de instituições internacionais;	
Ciência e tecnologia	Investiga sobre acesso a internet, igualdade de gênero e introdução de novas tecnologias;	– As mulheres têm as mesmas capacidades que os homens para ciência e tecnologia;
Atuais	Uso e consumo de eletricidade.	
Variáveis sociodemográficas	Questões demográficas como idade, ocupação, nível socioeconômico e religião;	
Estrutura	Identificação quanto a localidade	– País – Região; – Tamanho da cidade;
Entrevista	Registrada a hora de início e fim, idioma e meio de captação dos dados (tablete ou papel);	

Fonte: Latinobarômetro.

A pesquisa abrange a qualidade de vida como um subtema econômico, onde são investigadas questões objetivas e materiais do entrevistado, são elas: "Houve comida

suficiente para alimentar-se no último ano", "Sua renda cobre satisfatoriamente as necessidades familiares", Possui os seguintes bens: Computador, lavadora de roupas, telefone fixo, telefone móvel, smartphone, automóvel, esgoto, água potável, água quente, casa própria, residência com quartos dos pais separados dos filhos, pelo menos uma refeição quente ao dia, conexão com a internet em casa e ar-condicionado.

A América Latina encontra-se em um momento de desenvolvimento no qual as necessidades básicas não estão totalmente supridas, o que torna prioritário levantar tais questões. Logo a pesquisa, insere a temática da qualidade de vida atrelada aos aspectos materiais da vida, onde uma maior qualidade de vida decorre do acesso aos bens e serviços, que atuam como sinalizadores da melhoria das condições de vida da população. Apesar de serem limitadas essas questões para a avaliação da qualidade de vida, mesmo quando não supridas as necessidades básicas sofrem a interferências de outros fatores emocionais e psicológicos, que são também importantes na avaliação da qualidade de vida da população. Neste trabalho não foram consideradas as questões relacionadas aos aspectos materiais de posse ou não de determinado bem, mas sim, se a renda familiar foi capaz de suprir as necessidades básicas e alimentares da família.

3.2 Variáveis Sociodemográficas Seleccionadas

Destaca-se como a questão principal da pesquisa para esse estudo o grau de satisfação com a vida do entrevistado, parâmetro utilizado para avaliar as interferências dos fatores selecionados na qualidade de vida do entrevistado. O grau de satisfação será analisado em conjunto com dois conjuntos de variáveis, o primeiro referente ao recorte sociodemográfico e o segundo a aspectos subjetivos.

O primeiro conjunto considera que características demográficas e socioeconômicas influenciam na percepção de qualidade de vida, aqui analisado através do grau de satisfação com a vida. Esse conjunto é composto por: sexo, faixa etária, região, escolaridade, tamanho da cidade e raça/cor e escolaridade.

O segundo conjunto refere-se a alguns aspectos subjetivos como: grau de satisfação com a democracia, satisfação com a distribuição de renda, capacidade de atender as necessidades básicas da família, preocupação com trabalho e violência.

Considerou-se para a escolha de tais variáveis todas as questões expostas pela literatura que interferem na qualidade de vida, em países em desenvolvimento, como o Brasil, que possuíam uma série histórica consistente, para que pudesse ser visualizada a evolução do grau de satisfação ao longo do tempo.

Todas as variáveis que analisadas neste trabalho são classificadas como qualitativas ordinais. Sendo assim, para a análise adotou-se a apresentação da distribuição de frequência das variáveis selecionadas de maneira unidimensional e bidimensional, analisando a associação de cada variável ao grau de satisfação com a vida. O teste de qui-quadrado será aplicado para quantificar o grau de associação entre as variáveis. O teste supõe a inexistência de associação entre as variáveis, ou seja, testa a hipótese nula de não existir associação entre o grau de satisfação com a vida e determinada variável. Usa-se como um parâmetro para rejeição ou não desta hipótese o p-valor, caso seja inferior ao nível de significância de 1%, rejeita-se a hipótese nula em favor da hipótese alternativa (existência de associação entre o grau de satisfação com a vida e a variável sob avaliação). Para os casos em que a hipótese nula for rejeitada é de interesse quantificar tal associação, aplicando o coeficiente de contingência, com valores variando de 0 a 1, considerando que quanto mais próximo de um maior a associação.

QUADRO 8 – Indicadores selecionadas, latinobarômetro, Brasil 2008 a 2018

Indicador	Pergunta	Qualidade de Vida
Grau de satisfação com a vida	Em termos gerais, você diria que está satisfeito com sua vida? Você diria que está ...?	Os níveis de satisfação ou insatisfação com a vida diante das suas necessidades. Que sofre a influência de diversos fatores sociais.
Distribuição de renda	Quão justo você acha que a distribuição de entrada em (país)?	A percepção de igualdade favorece a qualidade de vida.
Preocupação em perder o emprego	Quão preocupado você diria que está prestes a ficar desempregado ou desempregado pelos próximos doze meses?	Está relacionado não só ao risco de perda de rendimentos, mas a função social que desempenha o indivíduo.
Democracia	Com quais das seguintes frases você concorda mais?	Devido a importância da garantia de um sistema que possibilite a participação social de toda a população..
Preocupação com a violência	Com que frequência você se preocupa em se tornar vítima de um crime violento?	A sensação de medo e insegurança, impactam negativamente a qualidade de vida.
Alimentação	Nos últimos doze meses, como você pode acompanhar sua família: você não tinha comida suficiente para se alimentar?	Está questão encontra-se agrupada na temática economia, qualidade de vida;
Renda familiar suficiente	O salário ou o salário que você recebe e a renda familiar total permitem que você cubra satisfatoriamente suas necessidades? Em qual dessas situações você está?	Está questão encontra-se agrupada na temática economia, qualidade de vida;

Fonte: Elaboração própria.

Sexo

A pesquisa manteve em todos os anos a proporções de entrevistados por sexo, refletindo a distribuição da população brasileira. Segundo o Censo de 2010 (IBGE) a população feminina representava 51,03% da população total.

TABELA 2 – Frequência e porcentagem do sexo dos entrevistados, Brasil, 2008-2108

Ano	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
2008	630 (52%)	574 (48%)	1.204 (100%)
2009	627 (52%)	577 (48%)	1.204 (100%)
2010	629 (52%)	575 (48%)	1.204 (100%)
2011	629 (52%)	575 (48%)	1.204 (100%)
2013	630 (52%)	574 (48%)	1.204 (100%)
2015	632 (51%)	618 (49%)	1.250 (100%)
2016	631 (52%)	573 (47%)	1.204 (100%)
2017	608 (51%)	592 (49%)	1.200 (100%)
2018	630 (52%)	574 (47.7%)	1.204 (100%)
Total	5.646 (52%)	5.232 (48%)	10.878 (100%)

Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

Grupo etário

Com uma população cada vez mais envelhecida, torna-se cada vez mais necessário o recorte por grupos etários. O declínio das taxas de fecundidade e mudanças no perfil epidemiológico da população, levou a uma alteração tanto no perfil etário, passando a uma população cada vez mais envelhecida, com uma maior expectativa de vida, com maiores chances de convívio com doenças crônicas que impactará seu grau de satisfação com vida. Dessa forma, cabe destacar a composição por faixa etária ao longo dos anos de pesquisa. Onde podemos observar uma representatividade satisfatória de todos os grupos etários.

TABELA 3 – Frequência e porcentagem do grupo etário dos entrevistados, Brasil, 2008-2108

Faixa	Ano									Total
	2008	2009	2010	2011	2013	2015	2016	2017	2018	
15 a 20 anos	117 (11%)	129 (12%)	126 (12%)	124 (12%)	118 (11.2%)	108 (10.2%)	115 (10.9%)	105 (10.0%)	112 (10.6%)	1054 (100.0%)
20 a 25 anos	157 (14%)	137 (12%)	121 (11%)	128 (11.2%)	127 (11.1%)	120 (10.5%)	121 (10.6%)	131 (11.4%)	104 (9.1%)	1146 (100.0%)
25 a 30 anos	143 (12%)	125 (11%)	156 (13%)	134 (11.3%)	119 (10.1%)	152 (12.9%)	106 (9.0%)	134 (11.3%)	113 (9.6%)	1182 (100.0%)
30 a 35 anos	123 (10%)	146 (12%)	107 (9%)	118 (10.0%)	144 (12.2%)	145 (12.3%)	130 (11.0%)	146 (12.4%)	122 (10.3%)	1181 (100.0%)
35 a 40 anos	118 (11%)	108 (10%)	122 (11%)	130 (12.1%)	99 (9.2%)	141 (13.1%)	122 (11.4%)	118 (11.0%)	116 (10.8%)	1074 (100.0%)
40 a 45 anos	108 (10%)	125 (12%)	111 (11%)	123 (11.7%)	125 (11.9%)	116 (11.1%)	117 (11.2%)	116 (11.1%)	106 (10.1%)	1047 (100.0%)
45 a 50 anos	109 (12%)	105 (12%)	115 (13%)	88 (9.8%)	94 (10.4%)	97 (10.8%)	88 (9.8%)	89 (9.9%)	117 (13.0%)	902 (100.0%)
50 a 54 anos	87 (10%)	77 (9%)	80 (9%)	96 (11.1%)	98 (11.4%)	100 (11.6%)	117 (13.6%)	85 (9.9%)	121 (14.1%)	861 (100.0%)
55 a 60 anos	69 (10%)	73 (11%)	72 (11%)	77 (11.5%)	76 (11.4%)	78 (11.7%)	71 (10.6%)	84 (12.6%)	69 (10.3%)	669 (100.0%)
60 a 65 anos	53 (9%)	52 (9%)	71 (12%)	60 (9.9%)	70 (11.6%)	77 (12.7%)	76 (12.5%)	70 (11.6%)	77 (12.7%)	606 (100.0%)
65 anos ou mais	120 (10%)	127 (11%)	123 (11%)	126 (10.9%)	134 (11.6%)	116 (10.0%)	141 (12.2%)	122 (10.6%)	147 (12.7%)	1156 (100.0%)
Total	1.204 (11%)	1.204 (11%)	1.204 (11%)	1204 (11.1%)	1204 (11.1%)	1250 (11.1%)	1204 (11.1%)	1200 (11.1%)	1204 (11.1%)	1204 (11.1%)

Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

A distribuição da população por grupos etário segue a distribuição verificada na população com um crescimento gradual na população de 65 anos ou mais e diminuição do grupos mais jovens. No entanto a parcela de jovens e adultos ainda corresponde a cerca de 68,5% da população, segundo censo 2010 (IBGE).

Região

Cabe destacar a distribuição dos entrevistados, por região, visto que o Brasil possui dimensão continental e uma elevada heterogeneidade entre as regiões. Uma vez que a pesquisa não abrange amostras significativas para todas as Unidades Federativas, esse então será o maior nível de desagregação territorial.

TABELA 4 – Frequência e porcentagem do sexo dos entrevistados, Brasil, 2008-2108

Ano	Região					Total
	sudeste	nordeste	sul	Norte	centro-oeste	
2008	532 (44%)	322 (27%)	182 (15%)	84 (7%)	84 (7%)	1.204 (100%)
2009	532 (44%)	322 (27%)	182 (15%)	84 (7%)	84 (7%)	1.204 (100%)
2010	532 (44%)	322 (27%)	182 (15%)	84 (7%)	84 (7%)	1.204 (100%)
2011	518 (43%)	322 (27%)	196 (16%)	84 (7%)	84 (7%)	1.204 (100%)
2013	518 (43%)	322 (27%)	182 (15%)	98 (8%)	84 (7%)	1.204 (100%)
2015	542 (43%)	320 (26%)	184 (15%)	108 (9%)	96 (8%)	1.250 (100%)
2016	518 (43%)	322 (27%)	182 (15%)	98 (8%)	84 (7%)	1.204 (100%)
2017	521 (43%)	310 (26%)	177 (15%)	100 (8%)	92 (8%)	1.200 (100%)
2018	518 (43%)	322 (27%)	182 (15%)	98 (8%)	84 (7%)	1.204 (100%)
Total	4.731 (43%)	2.884 (27%)	1.649 (15%)	838 (8%)	776 (7%)	10.878 (100%)

Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

A distribuição percentual dos entrevistados por região nos anos pesquisados, reflete o a distribuição da população como um todo. Temos grande parte da população nas regiões Sudeste (42%) e Nordeste (28%), seguidos por Sul (14%), Norte (8%) e Centro-Oeste (7%), tem-se assim uma amostra representativa para todas as regiões.

Tamanho da cidade

Grande parte da população do país reside nos centros urbanos, polos atrativos de acesso a melhores condições de vida, através de mais oportunidades de trabalho, educação e segurança. Há como destacado pela literatura, uma possível relação com a queda da fecundidade, levando a famílias menores em grandes cidades, o que pode configurar um aumento da qualidade de vida.

O tamanho da cidade torna-se uma variável relevante a ser analisada frente ao grau de satisfação com a vida. A pesquisa matém em todos os anos uma amostra representativa de entrevistados por tamanhos de cidades, refletindo as proporções encontradas no conjunto da população. Segundo projeções populacionais do IBGE de 2018, uma parcela menor da população encontra-se nas cidades até 10 mil habitantes (6%), seguindo um aumento gradual a população se concentra em cidades de mais de 500 mil habitantes (32%) e capitais (24%).

TABELA 5 – Frequência e porcentagem tamanho da cidade dos entrevistados, Brasil, 2008-2108

Ano	Tamanho da cidade								Total
	até 5.000 habitantes	5.001 a 10.000	10.001 a 20.000	20.001 a 40.000	40.001 a 50.000	50.001 a 100.000	100.001 e mais	capital	
2008	84 (7%)	84 (7%)	77 (6%)	91 (8%)	105 (9%)	357 (30%)	406 (34%)	0 (0%)	1.204 (100%)
2009	42 (4%)	28 (2%)	182 (15%)	56 (5%)	70 (6%)	196 (16%)	280 (23%)	350 (29%)	1.204 (100%)
2010	84 (7%)	112 (9%)	154 (13%)	161 (13%)	154 (13%)	42 (4%)	259 (22%)	329 (27%)	1.204 (100%)
2011	28 (2%)	56 (5%)	91 (8%)	154 (13%)	133 (11%)	280 (23%)	77 (6%)	357 (30%)	1.204 (100%)
2013	14 (1%)	28 (2%)	112 (9%)	112 (9%)	133 (11%)	329 (27%)	63 (5%)	371 (31%)	1.250 (100%)
2015	10 (1%)	22 (2%)	129 (10%)	101 (8%)	50 (4%)	77 (6%)	472 (38%)	389 (31%)	1.204 (100%)
2016	84 (7%)	126 (11%)	112 (9%)	84 (7%)	35 (3%)	140 (12%)	252 (21%)	371 (31%)	1.200 (100%)
2017	10 (1%)	20 (2%)	130 (11%)	79 (7%)	41 (3%)	70 (6%)	466 (39%)	384 (32%)	1.204 (100%)
2018	28 (2%)	42 (4%)	70 (6%)	112 (9%)	7 (1%)	147 (12%)	413 (34%)	385 (32%)	1.204 (100%)
Total	384 (4%)	518 (5%)	1.057(10%)	1.020 (9%)	637 (6%)	1.638(15%)	2.688(25%)	2.936 (27%)	10.878 (100%)

Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

Escolaridade

Como destacado por diversos autores, a educação é uma das componentes fundamentais para avaliar a qualidade de vida de uma população, por representar a gerar oportunidades de melhorias contínuas nos níveis de satisfação. Com um maior grau de instrução a população tem acesso a benefícios que como já destacado, eleva sua qualidade de vida, mas por outro lado reforça a desigualdade. Segundo dados da Pnad Contínua (2018), apenas 47% dos brasileiros com 25 anos ou mais, concluíram a educação básica (ensino fundamental e médio).

TABELA 6 – Frequência e porcentagem escolaridade dos entrevistados, Brasil, 2008-2108

Ano	Escolaridade					Total
	sem estudo	Fundamental	médio	superior incompleto	superior completo	
2008	101 (8%)	629 (52%)	325 (27%)	76 (6%)	73 (6%)	1.204 (100%)
2009	108 (9%)	625 (52%)	321 (27%)	84 (7%)	66 (5%)	1.204 (100%)
2010	118 (10%)	591 (49%)	344 (28%)	85 (7%)	66 (5%)	1.204 (100%)
2011	118 (10%)	565 (47%)	355 (29%)	81 (7%)	85 (7%)	1.204 (100%)
2013	98 (8%)	552 (46%)	386 (32%)	64 (5%)	104 (9%)	1.204 (100%)
2015	111 (9%)	393 (3%)	510 (41%)	114 (9%)	122 (10%)	1.250 (100%)
2016	80 (7%)	535 (44%)	383 (32%)	86 (7%)	120 (10%)	1.204 (100%)
2017	67 (6%)	520 (43%)	432 (36%)	93 (8%)	88 (7.3%)	1.200 (100%)
2018	60 (5%)	566 (47%)	360 (30%)	94 (8%)	124 (10%)	1.204 (100%)
Total	861 (8%)	4.976 (46%)	3416 (31%)	777 (7%)	848 (8%)	10.878 (100%)

Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

Nível socioeconômico

Apesar de como já amplamente discutido, a renda não acarretar consequentemente em uma maior qualidade de vida, essa componente se relaciona a fatores socioeconômico, demográficos e ambientais, que impactam na saúde e bem-estar da população. Com o objetivo de retratar a visão subjetiva para essa variável, a pesquisa leva em consideração para avaliação dessa variável a qualidade da moradia e a aparência geral do entrevistado, não uma faixa de renda.

TABELA 7 – Frequência e porcentagem nível socioeconômico dos entrevistados, Brasil, 2008-2108

Ano	Nível socioeconômico					Total
	muito bom	Bom	Regular	ruim	muito ruim	
2008	204 (17%)	538 (45%)	330 (27%)	113 (9%)	19 (2%)	1.204 (100%)
2009	142 (12%)	512 (42%)	397 (33%)	125 (10%)	28 (2%)	1.204 (100%)
2010	136 (11%)	544 (45%)	385 (32%)	111 (9%)	28 (2%)	1.204 (100%)
2011	94 (8%)	529 (44%)	411 (34%)	145 (12%)	25 (2%)	1.204 (100%)
2013	103 (9%)	499 (41%)	448 (37%)	130 (11%)	24 (2%)	1.204 (100%)
2015	116 (9%)	543 (43%)	442 (35%)	117 (9%)	32 (3%)	1.250 (100%)
2016	185 (15%)	528 (44%)	377 (31%)	98 (8%)	16 (1%)	1.204 (100%)
2017	150 (12%)	490 (41%)	421 (35%)	131 (11%)	8 (1%)	1.200 (100%)
2018	167 (14%)	461 (38%)	445 (37%)	114 (9%)	17 (1%)	1.204 (100%)
Total	1.297 (12%)	4.644 (43%)	3.656 (34%)	1.084 (10%)	197 (2%)	10.878 (100%)

Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

3.3 Principais Características Subjetivas Seleccionadas

Apesar da dificuldade de serem coletadas, as variáveis subjetivas, relacionadas a sensações e percepção individual, enriquecem a análise da qualidade de vida, visto sua natureza subjetiva. Destaca-se a importância das medidas objetivas, no entanto como destacado por Carley (1985), não se constata uma relação direta entre melhores índices objetivos e a uma qualidade de vida experienciada pelos indivíduos. Levou-se dessa forma, essa constatação como base para a seleção de algumas variáveis subjetivas, relevantes na avaliação subjetiva da qualidade de vida brasileira, tais como a percepção e/ou satisfação quanto a níveis de violência, preocupação com a falta de trabalho, democracia e atendimento a necessidades básicas da família.

Grau de satisfação com a vida

O Grau de satisfação com a vida fornece uma visão ampla das avaliação geral da vida de cada entrevistado, logo, será o adotado como indicador subjetivo para a qualidade de vida. Cabe destacar que assim como a autopercepção de saúde, não é determinante de uma boa saúde de fato, um grau de satisfação elevado, com o apresentado ao longo de todos os anos pesquisados para o Brasil, não é um determinante. De forma geral, como destacado por Rojas (2011) a América Latina, possui indicadores subjetivos de bem-estar elevados. Onde aponta outras variáveis intervenientes como os laços familiares e vida social, por exemplo, como fatores responsáveis para uma maior satisfação apesar de insatisfações com renda e corrupção. Apesar de suas limitações, essa questão se apresenta como um bom indicador sintético para avaliar a qualidade de vida, ao sintetizar outros aspectos da vida e uma só questão.

TABELA 8 – Frequência e porcentagem do grau de satisfação dos entrevistados, Brasil, 2008-2108*

Ano	Grau de Satisfação com a vida				Total
	bastante satisfeito	muito satisfeito	pouco satisfeito	insatisfeito	
2008	914 (76.3%)	81 (6.8%)	187 (15.6%)	16 (1.3%)	1198 (100.0%)
2009	828 (69.2%)	105 (8.8%)	229 (19.1%)	34 (2.8%)	1196 (100.0%)
2010	889 (74.0%)	108 (9.0%)	193 (16.1%)	12 (1.0%)	1202 (100.0%)
2011	881 (73.3%)	104 (8.7%)	198 (16.5%)	19 (1.6%)	1202 (100.0%)
2013	807 (67.1%)	78 (6.5%)	268 (22.3%)	50 (4.2%)	1203 (100.0%)
2015	858 (68.9%)	105 (8.4%)	251 (20.2%)	31 (2.5%)	1245 (100.0%)
2016	684 (57.3%)	54 (4.5%)	363 (30.4%)	92 (7.7%)	1193 (100.0%)
2017	722 (60.4%)	98 (8.2%)	308 (25.8%)	68 (5.7%)	1196 (100.0%)
2018	701 (58.9%)	83 (7.0%)	320 (26.9%)	87 (7.3%)	1191 (100.0%)
Total	7.284 (67.3%)	816 (7.5%)	2317 (21.4%)	409 (3.8%)	10826 (100.0%)

Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

Tendo em mente os desdobramentos políticos intensos ocorridos entre 2014 e 2016, identifica-se no mesmo período um acentuado declínio do grau de satisfação. Constatando dessa forma que acontecimentos externos geram impacto na concepção valorativa individual de satisfação.

Grau de satisfação com a democracia

Democracias estáveis, uma maior liberdade e respeito aos direitos dos cidadãos, onde se pode realizar escolhas que privilegiem o seu bem-estar, elevam a qualidade de vida de uma população, como já destacado por autores como Corbi e Menezes Filho (2006) e Diener (2000). Inefezmente ao longos dos anos recentes houve um aumento do contingente de insatisfeito com o regime democrático no Brasil.

TABELA 9 – Frequência e porcentagem do grau de satisfação com a democracia dos entrevistados, Brasil, 2008-2108

Ano	Grau de Satisfação com a Democracia				Total
	muito satisfeito	satisfeito	pouco satisfeito	insatisfeito	
2008	33 (2.9%)	425 (36.8%)	520 (45.1%)	176 (15.3%)	1.154 (100.0%)
2009	37 (3.3%)	536 (47.2%)	397 (34.9%)	166 (14.6%)	1136 (100.0%)
2010	38 (3.4%)	546 (48.7%)	377 (33.6%)	161 (14.3%)	1.122 (100.0%)
2011	17 (1.5%)	427 (37.3%)	479 (41.8%)	223 (19.5%)	1.146 (100.0%)
2013	23 (2.0%)	290 (25.3%)	483 (42.1%)	350 (30.5%)	1.146 (100.0%)
2015	23 (2.0%)	239 (20.5%)	546 (46.8%)	359 (30.8%)	1.167 (100.0%)
2016	11 (0.9%)	105 (9.1%)	435 (37.5%)	609 (52.5%)	1.160 (100.0%)
2017	14 (1.2%)	139 (12.3%)	335 (29.6%)	642 (56.8%)	1.130 (100.0%)
2018	13 (1.1%)	92 (7.8%)	520 (44.2%)	551 (46.9%)	1.176 (100.0%)
Total	209 (2.0%)	2.799 (27.1%)	4.092 (39.6%)	3.237 (31.3%)	10.337 (100.0%)

Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

Grau de preocupação com o trabalho

Como destacado por Corbi e Menezes Filho (2006), o desemprego representa mais que apenas impactos sobre a economia, mas também impactos no indivíduo (aumento da mortalidade, suicídio, criminalidade etc.), logo torna-se uma variável relevante para este estudo. Pesquisada a preocupação dos entrevistados ao longo dos últimos 12 meses, há um acentuado crescimento nos últimos anos dos que se declaram preocupados ou muito preocupados.

TABELA 10 – Frequência e porcentagem do sexo dos entrevistados, Brasil, 2008-2108

Ano	Preocupação com o trabalho nos últimos 12 meses					Total
	muito preocupado	preocupado	pouco preocupado	despreocupado	sem trabalho	
2008	299(27.5%)	226(20.8%)	115(10.6%)	0(0.0%)	446(41.1%)	1.086(100.0%)
2009	233(22.6%)	227(22.0%)	139(13.5%)	0(0.0%)	433(42.0%)	1.032(100.0%)
2010	255(21.3%)	218(18.2%)	148(12.3%)	146(12.2%)	432(36.0%)	1.199(100.0%)
2011	226(18.8%)	218(18.2%)	163(13.6%)	154(12.8%)	440(36.6%)	1.201(100.0%)
2013	201(16.8%)	223(18.6%)	171(14.3%)	152(12.7%)	452(37.7%)	1.199(100.0%)
2015	227(18.2%)	233(18.6%)	236(18.9%)	236(18.9%)	318(25.4%)	1.250(100.0%)
2016	622(51.9%)	191(15.9%)	138(11.5%)	119(9.9%)	128(10.7%)	1.198(100.0%)
2017	430(35.9%)	307(25.6%)	123(10.3%)	126(10.5%)	211(17.6%)	1.197(100.0%)
2018	492(41.3%)	230(19.3%)	149(12.5%)	167(14.0%)	154(12.9%)	1.192(100.0%)
Total	2.985(28.3%)	2.073(19.6%)	1.382(13.1%)	1.100(10.4%)	3.014(28.6%)	1.0554(100.0%)

Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

Preocupação com a violência

A preocupação constante com a violência é um fator de instabilidade que gera medo, afetando diretamente a qualidade de vida do indivíduo. Quando perguntado aos entrevistados com que frequência se preocupa em se tornar vítimas de um crime violento, grande parte dos entrevistados (57,6%), responderam constantemente ou algumas vezes (25%), ao consideramos todos os anos de pesquisa agregados. Infelizmente há nos últimos anos como, destacado pela tabrela, um tendência crescente do contingente que se diz constantemente preocupados.

TABELA 11 – Frequência e porcentagem do sexo dos entrevistados, Brasil, 2008-2108

Ano	Preocupação com a violência				Total
	constantemente	algumas vezes	poucas vezes	nunca	
2009	538 (45.0%)	378 (31.6%)	157 (13.1%)	123 (10.3%)	1.196 (100.0%)
2010	512 (43.0%)	411 (34.5%)	182 (15.3%)	86 (7.2%)	1.191 (100.0%)
2011	566 (47.2%)	481 (40.1%)	96 (8.0%)	56 (4.7%)	1.199 (100.0%)
2013	732 (61.0%)	288 (24.0%)	82 (6.8%)	98 (8.2%)	1.200 (100.0%)
2015	836 (67.1%)	237 (19.0%)	91 (7.3%)	82 (6.6%)	1.246 (100.0%)
2016	821 (68.6%)	223 (18.6%)	61 (5.1%)	92 (7.7%)	1.197 (100.0%)
2017	753 (62.9%)	238 (19.9%)	122 (10.2%)	84 (7.0%)	1.197 (100.0%)
2018	799 (67.3%)	200 (16.8%)	76 (6.4%)	113 (9.5%)	1.188 (100.0%)
Total	5.557 (57.8%)	2.456 (25.5%)	867 (9.0%)	734 (7.6%)	9.614 (100.0%)

Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

Distribuição justa de renda

Quando perguntado aos entrevistados o quão justa considera a distribuição de renda no Brasil, 50,7% declaram ser injusta e 36,0% ser muito injusta, ao consuderar o agregado de todos os entrevistados entre 2008 e 2018. Ao acompanhar a evolução dessas proporções, tem-se uma tendência de crescimento dessa alta insatisfação. Evidenciando a forte desigualdade de renda presente no país.

TABELA 12 – Frequência e porcentagem do sexo dos entrevistados, Brasil, 2008-2108

Ano	Quão justa é a distribuição de renda				Total
	muito justa	justa	injusta	muito injusta	
2009	15 (1.3%)	180 (15.3%)	685 (58.4%)	293 (25.0%)	1.173 (100.0%)
2010	20 (1.7%)	234 (20.3%)	704 (61.2%)	192 (16.7%)	1.150 (100.0%)
2011	9 (0.8%)	167 (14.1%)	692 (58.4%)	316 (26.7%)	1.184 (100.0%)
2013	25 (2.2%)	195 (16.9%)	553 (47.9%)	382 (33.1%)	1.155 (100.0%)
2015	11 (0.9%)	83 (6.8%)	569 (46.4%)	562 (45.9%)	1.225 (100.0%)
2016	14 (1.2%)	127 (11.0%)	516 (44.6%)	499 (43.2%)	1.156 (100.0%)
2017	15 (1.3%)	54 (4.6%)	510 (43.3%)	600 (50.9%)	1.179 (100.0%)
2018	15 (1.3%)	80 (6.8%)	534 (45.6%)	541 (46.2%)	1.170 (100.0%)
Total	124 (1.3%)	1.120 (11.9%)	4.763 (50.7%)	3.385 (36.0%)	9.392 (100.0%)

Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018).

Dificuldades para se alimentar no último ano

Uma outra questão que assim como a distribuição de renda se objetiva a analisar a distribuição da riqueza, foi perguntado aos entrevistados sobre a existência de comida suficiente para alimentar a família. Para essa questão a série histórica é menor, iniciando em 2011, quando a pergunta foi introduzida no questionário. Grande parte dos entrevistados, 78,5%, declararam nunca ter tido dificuldade para obter alimento, considerando todos os entrevistados ao longo dos anos em que a questão levantada. Apesar de se existir uma proporção predominante em todos os anos de entrevistados que nunca apresentaram dificuldades, há um crescimento no último ano de pesquisa, 11% eu declaram ter tido dificuldade alguma vez, o que é muito expressivo.

TABELA 13 – Frequência e porcentagem do grau de dificuldade para se alimentar no último ano dos entrevistados, Brasil, 2008-2108

Ano	Grau de dificuldade para se alimentar no último ano				Total
	nunca	raramente	frequentemente	algumas vezes	
2011	875 (73.0%)	169 (14.1%)	28 (2.3%)	126 (10.5%)	1.198 (100.0%)
2013	917 (76.9%)	140 (11.7%)	19 (1.6%)	116 (9.7%)	1.192 (100.0%)
2015	1087 (87.5%)	79 (6.4%)	27 (2.2%)	49 (3.9%)	1.242 (100.0%)
2016	937 (78.5%)	125 (10.5%)	21 (1.8%)	110 (9.2%)	1.193 (100.0%)
2017	956 (79.9%)	126 (10.5%)	24 (2.0%)	91 (7.6%)	1.197 (100.0%)
2018	896 (75.0%)	142 (11.9%)	23 (1.9%)	134 (11.2%)	1.195 (100.0%)
Total	5.668 (78.5%)	781 (10.8%)	142 (2.0%)	626 (8.7%)	7.217 (100.0%)

Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

A renda familiar suficiente para suprir as necessidades da família

A realidade brasileira ainda sofre com carências materiais, como pode ser constatado, ao ser perguntado se o salário recebido permite cobrir de maneira satisfatória as necessidades da família. Os que declaram não ter dificuldade são uma parcela ainda relativamente reduzida (23,1%), grande parte declara dos entrevistados declaram pouca dificuldade (39,7%) ou ter dificuldade (25,9%).

TABELA 14 – Frequência e porcentagem dopor grau de ificuldade para suficiente para suprir necessidades dos entrevistados, Brasil, 2008-2108

Dificuldade para suficiente para suprir necessidades	Ano		Total
	2017	2018	
sem dificuldades	277 (50.5%)	272 (49.5%)	549 (100.0%)
pouca dificuldade	541 (57.4%)	401 (42.6%)	942 (100.0%)
com dificuldade	282(45.9%)	333(54.1%)	615 (100.0%)
grandes dificuldades	93(35.0%)	173(65.0%)	266 (100.0%)
Total	1193 (50.3%)	1.179 (49.7%)	2. 372(100.0%)

Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014) .

Como destacado por Carley (1985), buscou-se ter atenção na análise desenvolvida a “barreira da felicidade”, já que de maneira geral os entrevistados temem a ser mais positivos para a questão mais geral da pesquisa, “grau de satidação com a vida”, no entanto em questões mais específicas como a satisfação com a renda, preocupação com o desemprego e violência são bem mais negativos, que são fatores que impactariam diretamente a avaliação geral com a vida. Através dos resultados conflitantes encontrados, torna-se possível exemplificar a semelhança entre definir 'liberdade' e 'qualidade de vida' (Merege, 2001), visto que um mesmo grupo do entrevistados que declaram níveis altos de insatisfação com a distribuição de renda, segurança, democracia e preocupação elevada com o trabalho, mantém níveis elevados de satisfação com a vida. Confirmando assim a complexidade do debate e seus conflitos de valores.

Fica evidenciado o caracter fortemente subjetivo da qualidade de vida, onde o um nível de renda elevado, grau de escolaridade alto, não preocupação com o emprego e segurança, não são determinantes para uma elevada satisfação com a vida. Reforçando a relatividade cultural e amplitude social envolvidos nessa discussão.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS

Com o objetivo de compreender a complexa dinâmica social, material e espacial atrelada a qualidade de vida, foram selecionadas algumas variáveis que contemplam essas dimensões e confrontadas com o grau de satisfação declarado pelo entrevistado. A partir do exposto ao longo da revisão bibliográfica apresentada, com destaque para o Vitte (2002) que considera a qualidade de vida como uma resposta a fatores psicossociais decorrentes da satisfação ou insatisfação dos indivíduos. Assim, os resultados desse trabalho serão baseados na análise bidimensional entre o grau de satisfação com a vida e as variáveis sociodemográficas e subjetivas selecionadas. Busca-se assim verificar possíveis associações e verificar a existência de concordância entre os autores estudados e o caso brasileiro, entre 2008 e 2018²⁴.

4.1 Grau de Satisfação com a Vida sob um Olhar Demográfico

O grau de satisfação com a vida será o parâmetro utilizado para avaliar a interferência dos fatores selecionados na qualidade subjetiva do brasileiro. Como a pesquisa não ocorreu nos anos de 2012 e 2014, analisou-se a evolução do nível de satisfação durante os nove anos disponíveis. Possibilitando verificar as oscilações no grau de satisfação dos brasileiros, que após registrar seu nível máximo de entrevistados muito satisfeitos em 2008 (76%), vem oscilando a taxas menores (57%) em 2016, com uma evolução crescente dos que se declaram insatisfeitos, chegando a proporção máxima (8%) em 2016, entre os anos pesquisados. A seguir verifica-se a associação dessa medida com as variáveis demográficas e sociodemográficas selecionadas (sexo, faixa etária, região, tamanho da cidade, nível socioeconômico e escolaridade), assim como com outros aspectos subjetivos (satisfação com a democracia, preocupação com a falta de trabalho, percepção de justiça quanto a distribuição de renda, preocupação com a violência, dificuldade para obter alimentos e suprir as necessidades familiares com a renda recebida).

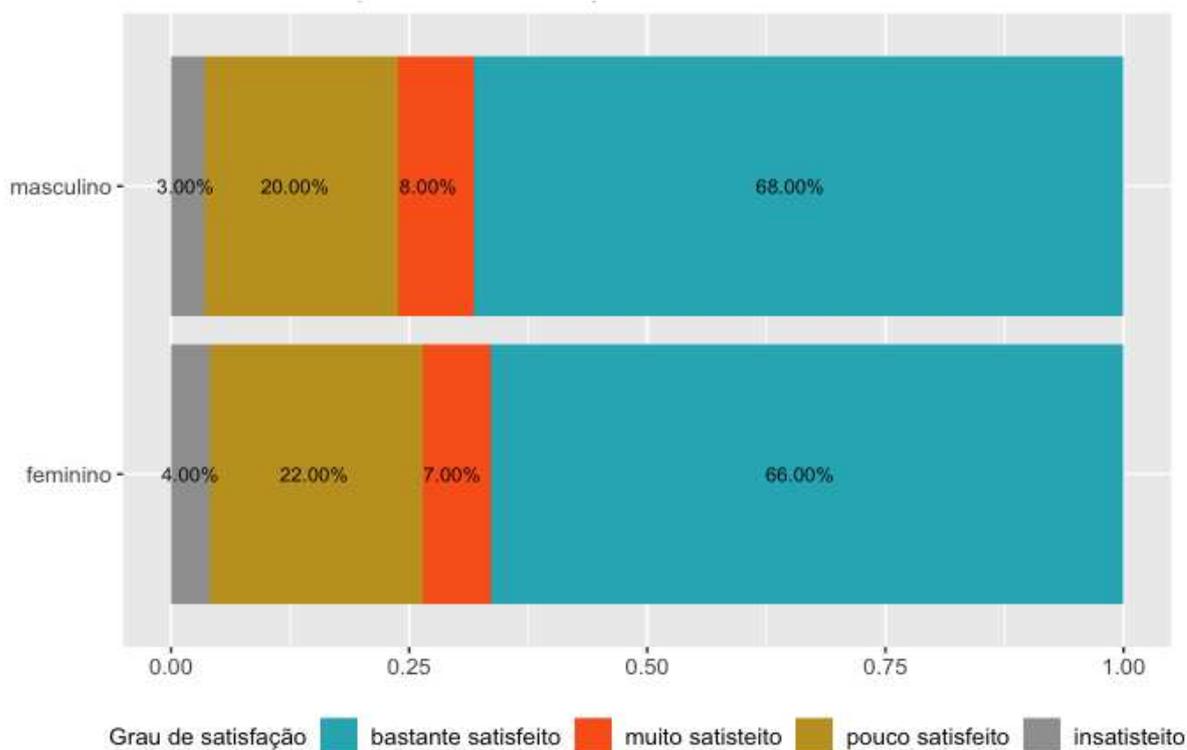
Grau de satisfação com a vida por sexo

Como destacado por alguns autores, o sexo é um dos fatores de diferenciação para o grau de felicidade. Por exemplo, Corbi e Menezes-Filho (2006) verificaram uma maior probabilidade de infelicidade para mulheres, ao comparados com os homens. O gráfico abaixo

²⁴ Período não inclui os anos de 2012 e 2014, visto que nesses anos não ocorre a pesquisa Latinobarômetro.

apresenta o comportamento por sexo segundo a percepção de satisfação com a vida, a partir dos dados agregados para todos os anos em que a questão foi pesquisada para o Brasil, entre 2008 e 2018.

GRÁFICO 7 – Grau de satisfação com a vida por sexo, Brasil, 2008 a 2018

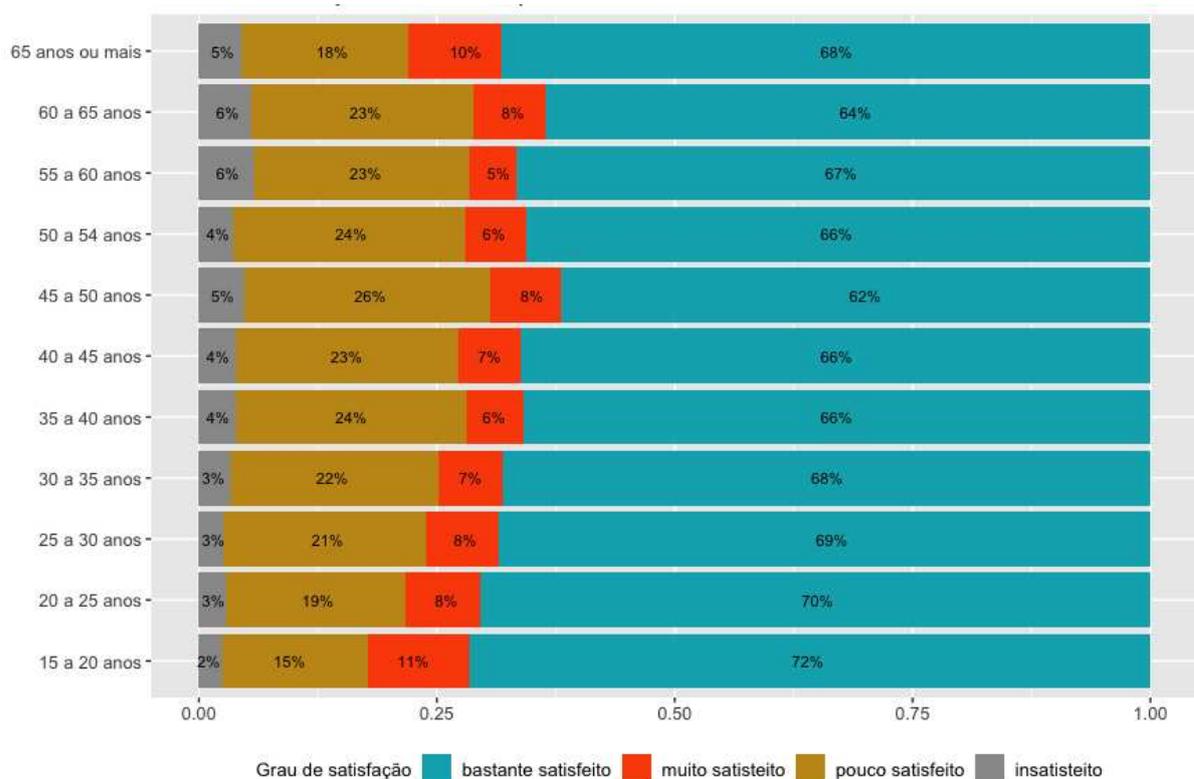


Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

Analisando os percentuais, há valores um pouco mais elevados do que esperado para mulheres nos graus de satisfação mais baixos (pouco satisfeito e insatisfeito), enquanto para os homens ocorre o inverso, sendo observado um pouco menos que o esperado. O teste qui-quadrado para a independência, encontra-se um valor qui-quadrado de 11,32 e um p-valor $> 1\%$, a um nível de significância de 1%, não rejeita-se a hipótese de independência entre as variáveis (não associação).

Grau de satisfação com a vida por faixa etária

O recorte por faixa etária da satisfação com a vida, busca constatar através dos diversos estágios da vida a percepção de satisfação do entrevistado. Sabe-se que as variáveis intervenientes se diferenciam por grupo etário, jovens, adultos e idosos, apresentam necessidades diferentes, refletindo na qualidade de vida, como pode ser observada no Gráfico 8.

GRÁFICO 8 – Grau de satisfação com a vida por faixa etária, Brasil, 2008 a 2018

Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

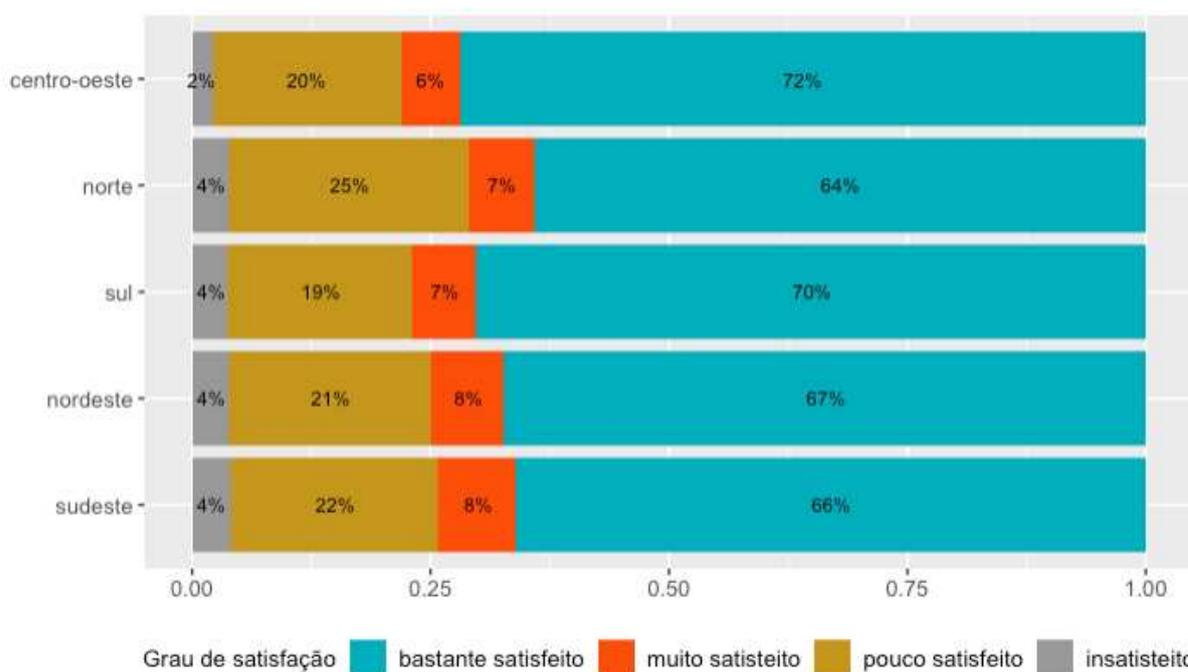
Percebe-se ao analisar os valores percentuais que o grau de satisfação tende a diminuir à medida que a idade avança mais acentuadamente até o grupo etário 45 a 50 anos, sofrendo oscilações e invertendo o sentido, chegando a faixa de 65 anos ou mais com níveis mais elevados de satisfação. O percentual esperado diferencia-se observado nos níveis da variável grau de satisfação com a vida. O teste qui-quadrado para a independência, encontra-se um valor de qui-quadrado de 122,3 e um p-valor de $< 0,0001$, a um nível de significância de 5%, rejeita-se a hipótese de independência entre as variáveis (não associação). Apesar de ser uma associação fraca, coeficiente de contingência de 0,11, há um crescimento da insatisfação ao medida que a idade avança, em especial a faixa etária de 45 a 50 anos, com base dos dados agregados para todos os anos pesquisados está variável para o Brasil, entre 2008 e 2018.

Grau de satisfação com a vida por região

A heterogeneidade da população brasileira entre seus estados e regiões, requer a desagregação do grau de satisfação com a vida. Como destacado por Keinert (2002), o local em que o indivíduo está inserido interfere de forma subjetiva na percepção de qualidade de

vida. Devido a não representatividade amostral de todos os estados, os dados apresentados no Gráfico 9 referem-se às grandes regiões brasileiras, e permitem observar a variação percentual do grau de satisfação com a vida entre as regiões. No entanto, cabe ressaltar que há dentro da região há um elevado grau de heterogeneidade.

GRÁFICO 9 – Grau de satisfação com a vida por região, Brasil, 2008 a 2018

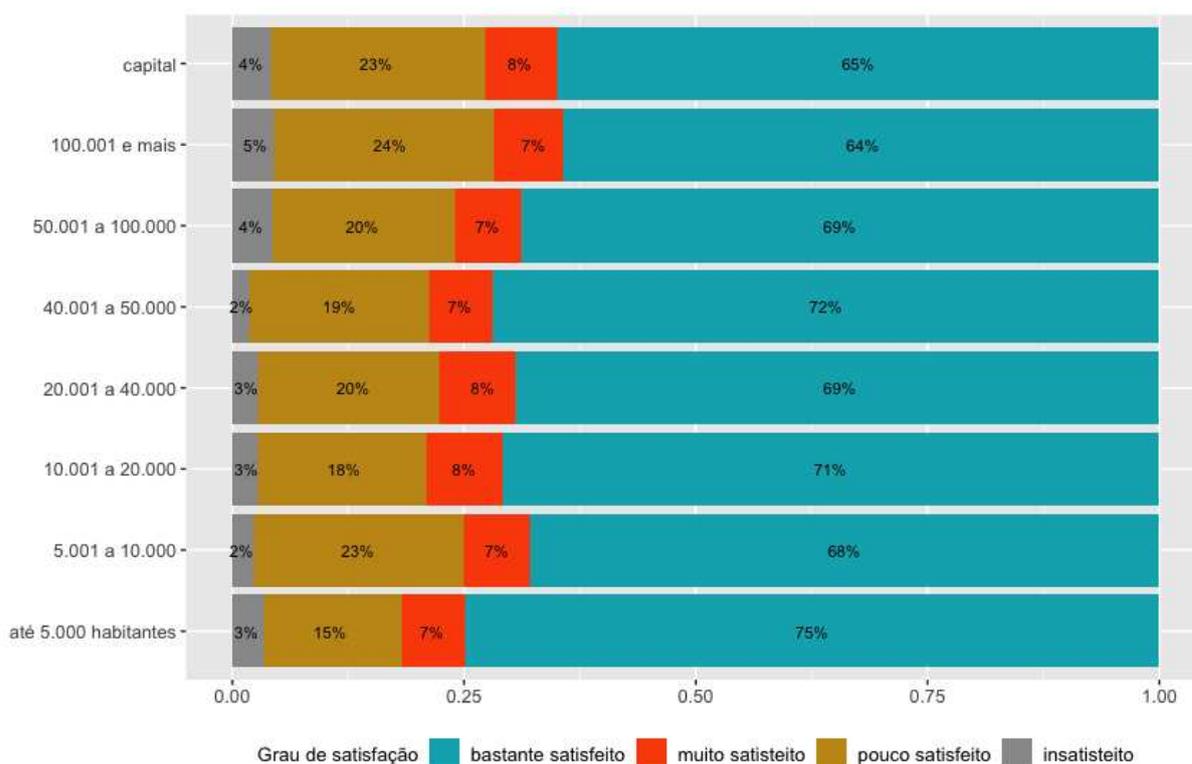


Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

Analisando a distribuição do percentual de satisfação com a vida, em cada região, verifica-se que as diferenças são pequenas, exceto para a região norte. Após realizado o teste qui-quadrado para verificar a independência, encontra-se um valor de qui-quadrado de 26,24 e um p-valor de 1%, a um nível de significância de 1%, não rejeita-se a hipótese de independência entre as variáveis (não associação). Apesar de ser uma associação muito fraca, coeficiente de contingência de 0,05.

Grau de satisfação com a vida por tamanho da cidade

Com uma população cada vez mais urbana 84,3% (Censo 2010, IBGE) e concentrada nas cidades com maior número de habitantes, essa dimensão passa a ser fundamental para entender as determinantes da qualidade de vida dessa população. A partir do Gráfico 10 podemos constatar o comportamento da variável grau de satisfação com a vida a partir do tamanho da cidade do entrevistado.

GRÁFICO 10 – Grau de satisfação com a vida por tamanho da cidade, Brasil, 2008 a 2018

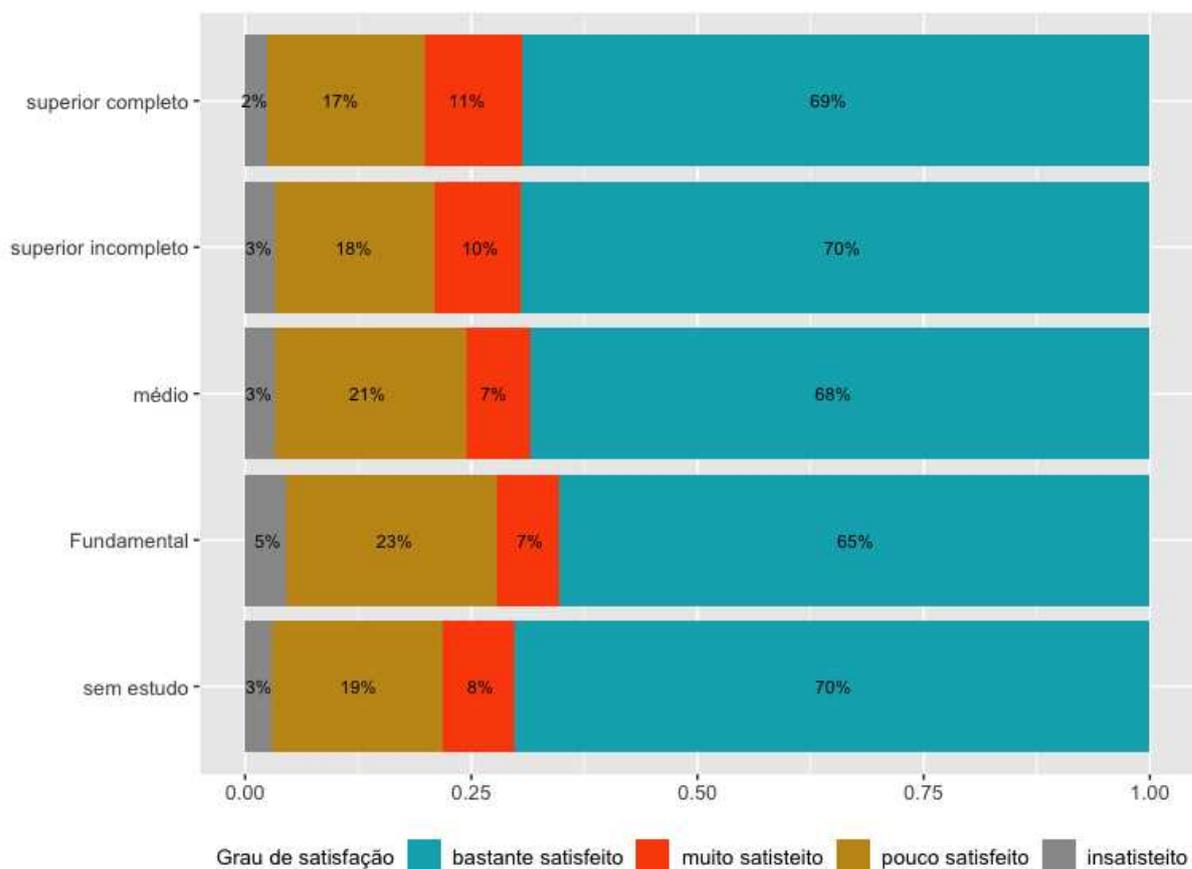
Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

Analisando os valores percentuais, apesar de muito próximos, observa-se um percentual mais elevado de insatisfação a medida que o tamanho da cidade aumenta. Apesar de um relativamente elevado percentual de insatisfeitos em cidades de 5 mil a 10 mil habitantes, há um crescimento gradual dos pouco satisfeitos a medida que a população da cidade aumenta. O teste qui-quadrado para verifica a independência, apresenta um valor de qui-quadrado de 67,49 e um p-valor $< 0,01\%$. Dessa forma, a um nível de significância de 1%, rejeita-se a hipótese de independência entre as variáveis (não associação). A fraca associação (coeficiente de contingência de 0,08) verificada pode ser explicada pela complexa relação existente entre urbanização, tamanho das cidades e a qualidade de vida. Como já destacado, temos vantagens e desvantagens nessa relação, pois ao mesmo tempo que contribuiu a melhoria da qualidade de vida com maior acesso a serviços públicos como a saúde, introduziu também um estilo de vida que leva a uma piora na qualidade de vida, em função do custo de vida elevado, da poluição e da degradação socioambiental. Sendo assim, a fraca associação revela-se como um reflexo dessa dualidade entre benefícios e problemas gerados com o crescimento das cidades.

Grau de satisfação com a vida segundo a escolaridade

Segundo já mencionado em capítulos anteriores, a educação é um fator que possibilita romper ciclos de desigualdade social, promovendo assim uma melhoria na qualidade de vida. Rojas (2012), verificou um aumento da satisfação em pessoas com um maior nível de escolaridade. No gráfico a seguir, buscou-se visualizar se o mesmo ocorre entre os brasileiros entrevistados ao longo dos anos de pesquisa.

GRÁFICO 11 – Grau de satisfação com a vida segundo a escolaridade, Brasil, 2008 a 2018



Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

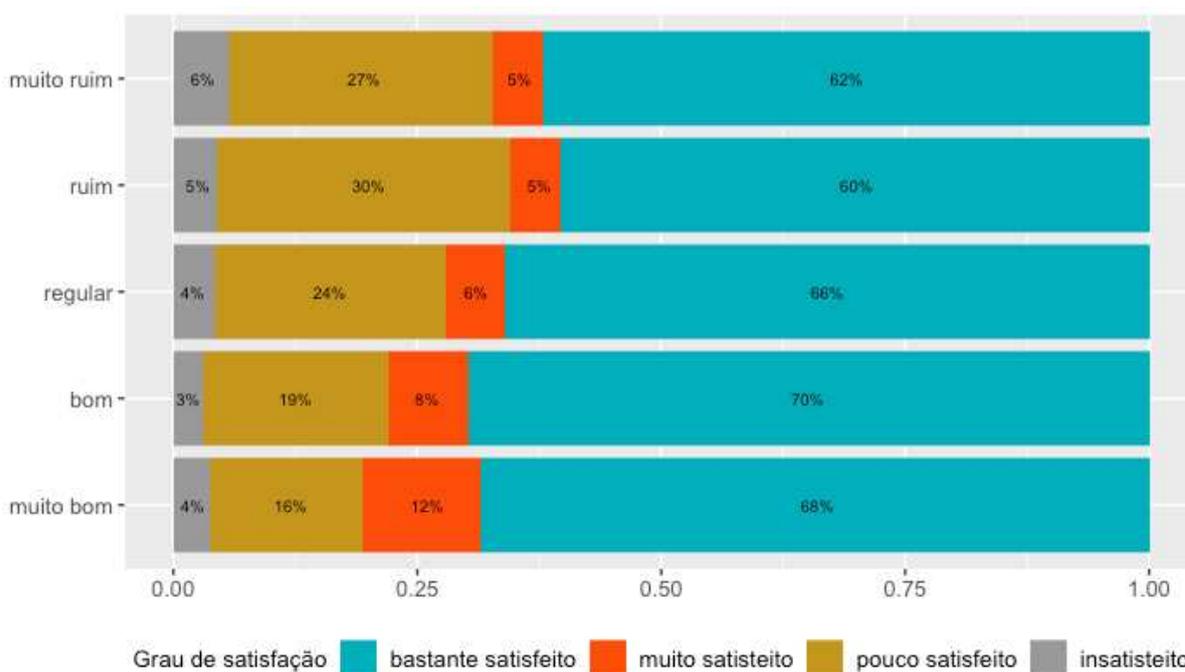
Os valores percentuais, estão muito próximos, no entanto observa-se que o grupo “sem estudo” possui um grau de satisfação elevado, principalmente comparando com os que compõem o grupo “Fundamental”; os grupos que tiveram acesso ao Ensino Fundamental são os que apresentam maior percentual de “pouco satisfeito”. O percentual esperado, diferenciase do observado nos níveis da variável grau de satisfação com a vida. Realizado o teste qui-quadrado para verifica a independência, encontra-se um valor de qui-quadrado de 62,58 e um p-valor de <0,01%, a um nível de significância de 1%, rejeita-se a hipótese de independência entre as variáveis (não associação). Apesar se ser uma associação fraca, coeficiente de

contigência de 0,07, para aqueles que possuem algum grau de educação a satisfação tende a aumentar conforme se eleva o grau.

Grau de satisfação com a vida e nível socioeconômico

Apesar da influência do nível socioeconômico sobre a qualidade de vida, não há uma compensação entre eles, em especial para os latino-americanos, para quem a satisfação com a vida não se restringe apenas a fatores econômicos, como já discutido nos capítulos anteriores. Outro fator que dificulta a captação adequada da satisfação por questões econômicas refere-se a desigualdade (ROJAS, 2012). Com base nessas afirmações, buscou-se constatar através na análise em conjunto do nível socioeconômico e grau de satisfação com a vida dos entrevistados, resultado apresentado no Gráfico 12.

GRÁFICO 12 – Grau de satisfação com a vida por nível socioeconômico, Brasil, 2008 a 2018



Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

Observa-se um percentual mais elevado do que esperado para o grau de satisfação com a vida à medida que se eleva o nível socioeconômico. O teste qui-quadrado é aplicado para verificar a independência, encontra-se um valor de qui-quadrado de 169,14 e um p-valor <0,01%, a um nível de significância de 1%, rejeita-se a hipótese de independência entre as variáveis (não associação). Apesar de ser uma associação fraca, coeficiente de contigência de

0,13, fica clara uma relação entre as variáveis. À medida que se eleva o nível socioeconômico cresce a satisfação com a vida, apesar de não ser determinante, pois há uma parcela com um nível muito ruim, no entanto com grau de satisfação um pouco acima se comparado ao nível anterior, ruim.

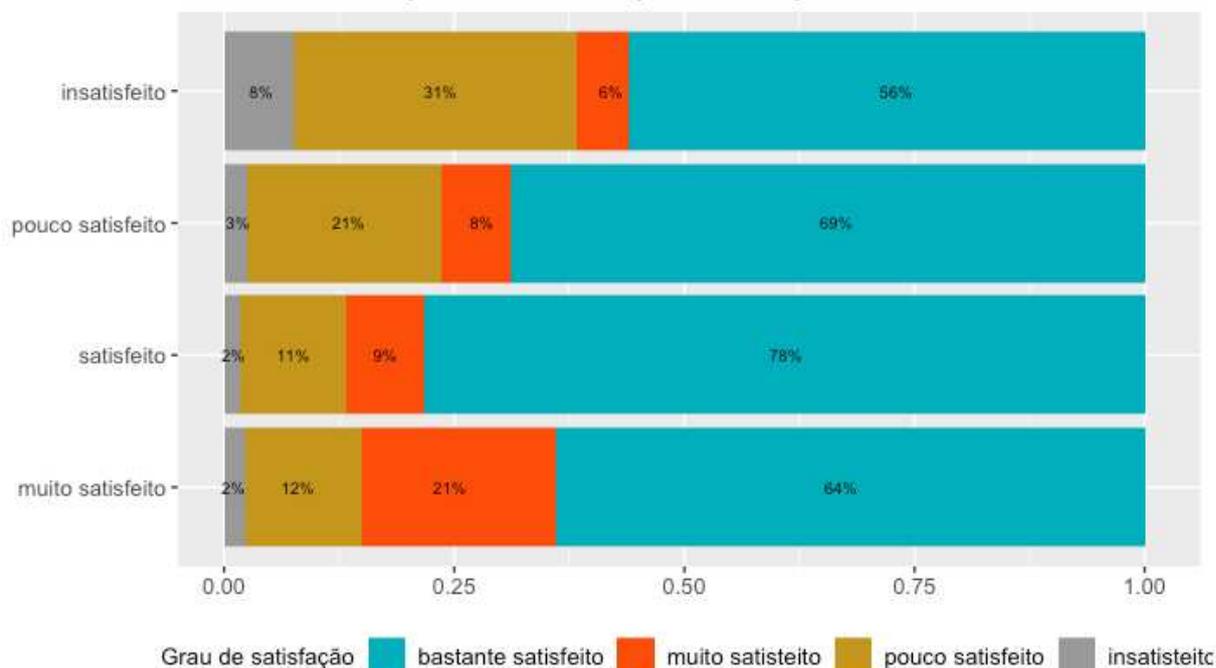
4.2.2 Grau de satisfação com a vida segundo outros aspectos subjetivos

Dando continuidade a análise e tendo como direção o indivíduo e sua percepção, acrescenta-se um olhar sobre o comportamento do grau de satisfação diante de outros aspectos, igualmente subjetivos, como a satisfação com a democracia brasileira, preocupação com a perda do trabalho, violência, grau de justiça na distribuição de renda e se passou dificuldades para suprir necessidades com a renda familiar tanto alimentar, como de forma geral.

Grau de satisfação com a vida por satisfação com a democracia

O grau elevado de satisfação com a democracia, beneficia de qualidade de vida, uma vez que o sentimento de representatividade frente a decisões políticas, com a garantia de escolhas que visam o bem estar da coletividade. Destaca-se no período analisado, a proporção pequena dos que de declaram muito satisfeitos com a democracia, sendo respectivamente 3% e 1% o máximo e mínimo, registrado durante o período de análise. Em contra partida aqueles que declaram insatisfeitos chegam a representar 57% dos entrevistados em 2017.

O Gráfico 13 ilustra uma análise conjunta do grau de satisfação com a vida (Eixo X) e a satisfação com a democracia (Eixo Y), podemos verificar a interferência que ocorre na qualidade de vida para o Brasil, a partir do total de entrevistas entre 2008 e 2018.

GRÁFICO 13 – Grau de satisfação com a vida por satisfação com a democracia, Brasil, 2008 a 2018

Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

Analisando os valores percentuais, observa-se que quanto maior o nível de insatisfação com a democracia, mais insatisfeito com a vida o entrevistado se declarou. Verificando mais detalhadamente essa associação, aplicou-se o teste qui-quadrado para a independência entre as variáveis. Com um valor de qui-quadrado de 221,28 e um p-valor <0,01%, a um nível de significância de 1%, rejeita-se a hipótese de independência entre as variáveis (não associação). Apesar de ser uma associação fraca, coeficiente de contingência de 0,15, podemos perceber que diante de outros fatores analisados anteriormente, a insatisfação com a democracia, exerce um papel de destaque no grau de satisfação com a vida do brasileiro.

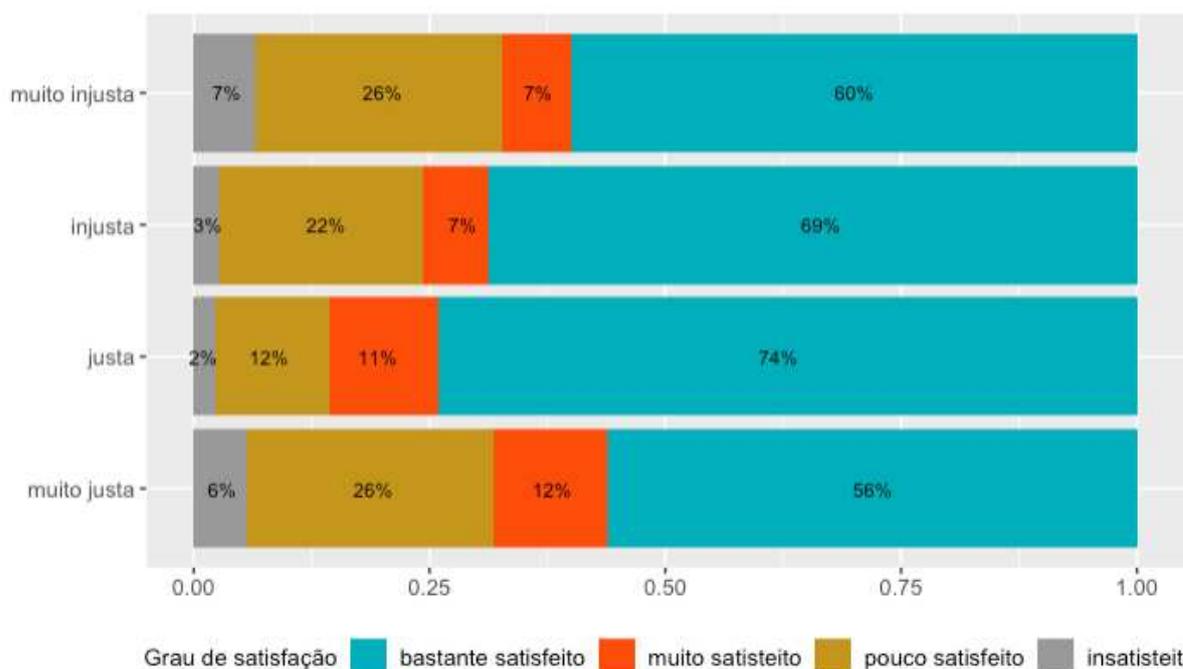
Grau de satisfação com a vida segundo a percepção de justiça da distribuição de renda

Como destacado nos capítulos anteriores, a desigualdade, uma elevada injustiça na distribuição de renda, acaba por refletir melhorias artificiais na qualidade de vida, já que não estão sendo garantidos a todos. Cabe destacar que níveis elevados de pobreza e desigualdade acabam por comprometer a qualidade de vida (ROJAS, 2012), sendo um dos principais inibidores da qualidade de vida da população.

A percepção de justiça quanto a distribuição de renda dos brasileiros, se manteve nesse período como sendo predominantemente injusta (51%) ou muito injusta (36%). A

proporção dos que consideram muito justa atingiu o percentual máximo de 2% nos anos de 2010 e 2013. O Gráfico 14 apresenta assim a percepção quanto o grau de justiça na distribuição de renda e como se comporta o grau de satisfação com a vida em cada nível.

GRÁFICO 14 – Grau de satisfação com a vida por percepção de justiça da distribuição de renda, Brasil, 2008 a 2018



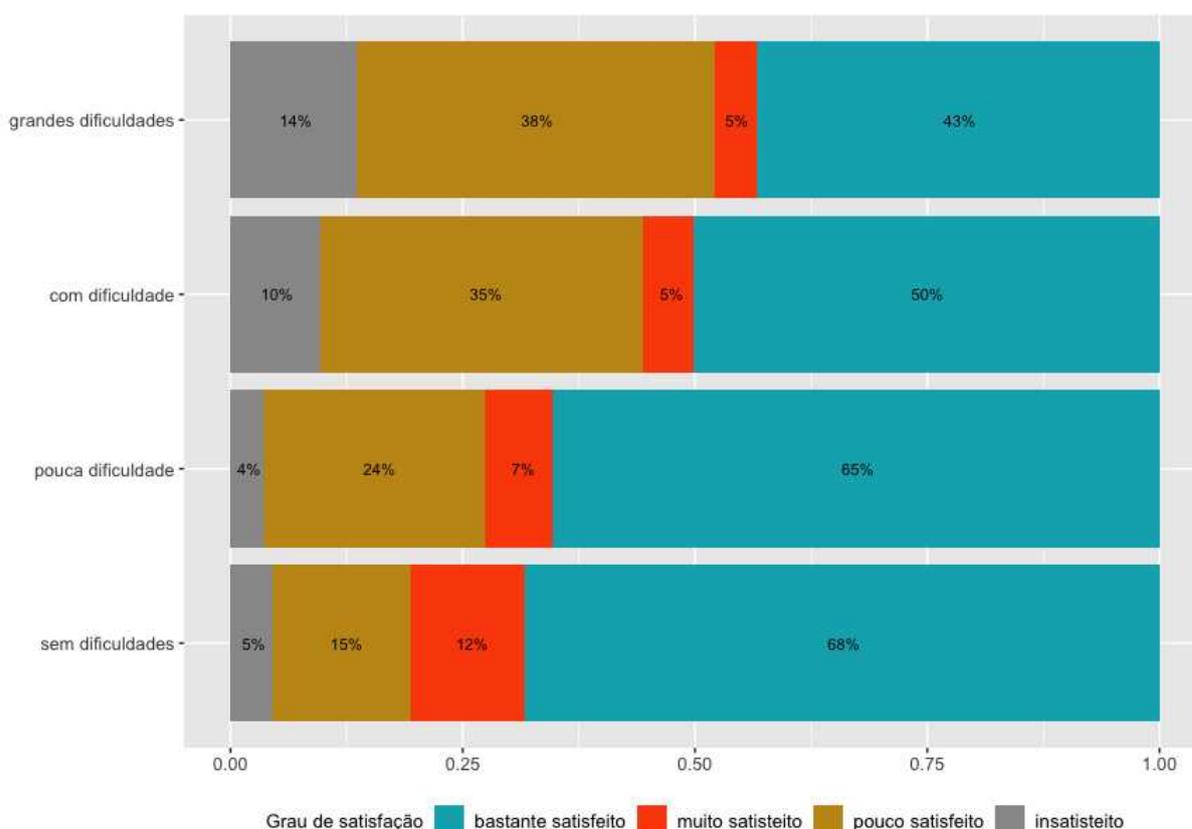
Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

A partir do gráfico, nota-se a existência de associação entre o grau de satisfação com a vida e a percepção da distribuição justa de renda pelo entrevistado. O teste qui-quadrado para a independência, apresenta um valor de qui-quadrado de 221,28 e um p-valor < 0,01%, a um nível de significância de 1%, rejeita-se a hipótese de independência entre as variáveis (não associação). Apesar de ser uma associação fraca (coeficiente de contingência de 0,15), analisando os valores percentuais, que há uma discrepância entre aqueles que consideram muito justa e os demais, devido a pouca representatividade desse grupo dentre os entrevistados. No entanto, para os demais grupos, com um quantitativo de entrevistados maior, pode-se perceber a concordância que um maior sentimento de injustiça se reflete em uma menor satisfação com a vida.

Grau de satisfação com a vida por renda familiar suficiente para suprir as necessidades familiares

Apesar da renda não configurar um fator determinante para a qualidade subjetiva do indivíduo, destaca-se a quando as necessidades básicas ainda não foram atendidas o grau de satisfação com a vida é muito baixo, comparativamente. O questionamento sobre o entrevistado ter uma renda suficiente para suprir as necessidades da família, foi introduzida mais recentemente na pesquisa, apresentando dados apenas para os dois últimos anos pesquisados, 2017 e 2018. Verifica-se que ainda é elevada a proporção daqueles que declaram alguma dificuldade para atender as necessidades familiares com a renda recebida (77%). Entre os dois anos pesquisados, passou de 8% para 15%, aqueles que declaram grande dificuldade, um aumento de 88%. No Gráfico 15 está representado o grau de satisfação com a vida segundo a dificuldade em suprir as necessidades familiar com a renda recebida.

GRÁFICO 15 – Grau de satisfação com a vida por renda familiar suficiente para suprir as necessidades familiares, Brasil, 2008 a 2018



Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

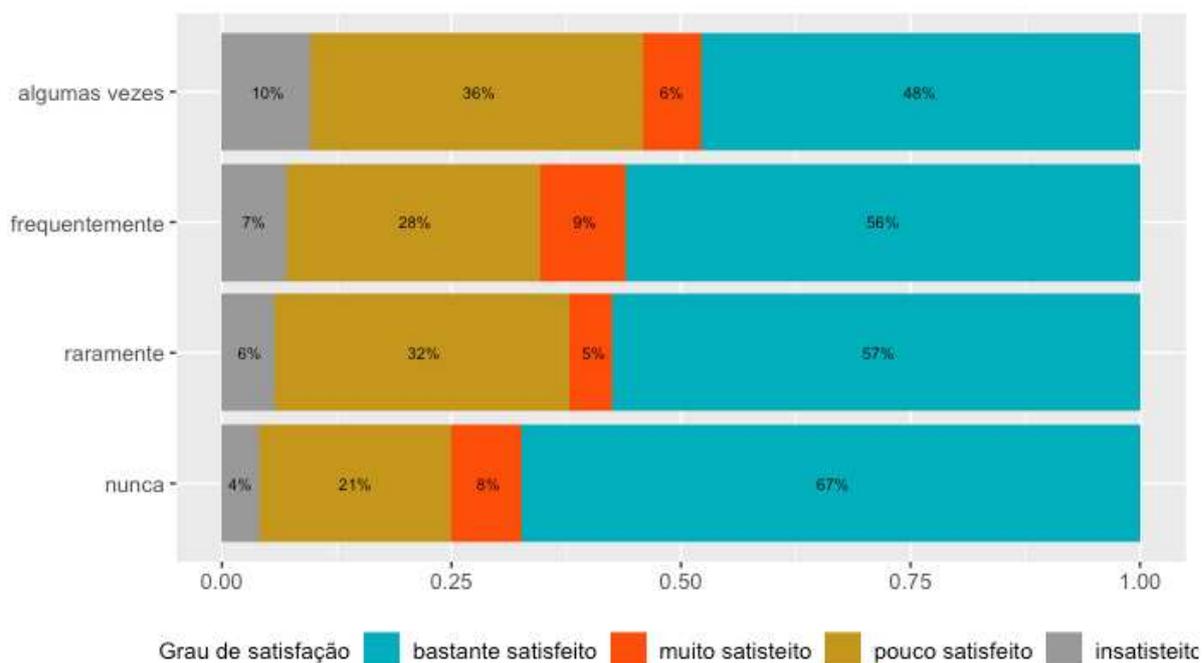
Analisando os valores percentuais, nota-se que à medida que o entrevistado se encontra com dificuldades para suprir as necessidades com a renda que dispõe, o grau de

satisfação com a vida declina. O teste qui-quadrado para a independência, apresenta um valor de qui-quadrado de 162,81 e um p-valor $<0,01\%$, a um nível de significância de 1%, rejeita-se a hipótese de independência entre as variáveis (não associação). Apesar de ser uma associação fraca, coeficiente de contingência de 0,25, frente a outras variáveis aqui analisadas. A dificuldade para suprir as necessidades da família com a renda recebida, tem um forte impacto no grau de satisfação com a vida, a medida que aumenta o grau de dificuldade a insatisfação aumenta consideravelmente.

Grau de satisfação com a vida por frequência com que ocorre a falta de alimento

Assim como a dificuldade em suprir as necessidades familiares com a renda auferida configura-se com um dos fatores básicos ligados a necessidade de sobrevivência humana, a frequente falta de alimento se reflete em uma piora na qualidade de vida da população, como discutido no Capítulo 1. A ocorrência de falta de alimento, foi introduzido na pesquisa apenas em 2011, nesse período a proporção dos que declararam nunca ter tido dificuldade se manteve elevada (79%), atingindo uma proporção máxima de 88% em 2015. Como se trata de uma necessidade básica indispensável para a vida humana, independente da qualidade, espera-se que esse percentual se aproxime de 100%. No entanto, vem aumentando o percentual daqueles que por algumas vezes sofrem dificuldade para se alimentar, chegando a seu valor máximo de 11% em 2018. O Gráfico 16 relaciona o comportamento da percepção de satisfação com a vida segundo a frequência com que se registrou a ausência de alimento pelo entrevistado.

GRÁFICO 16 – Grau de satisfação com a vida por frequência com que ocorre a falta de alimento, Brasil, 2008 a 2018



Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

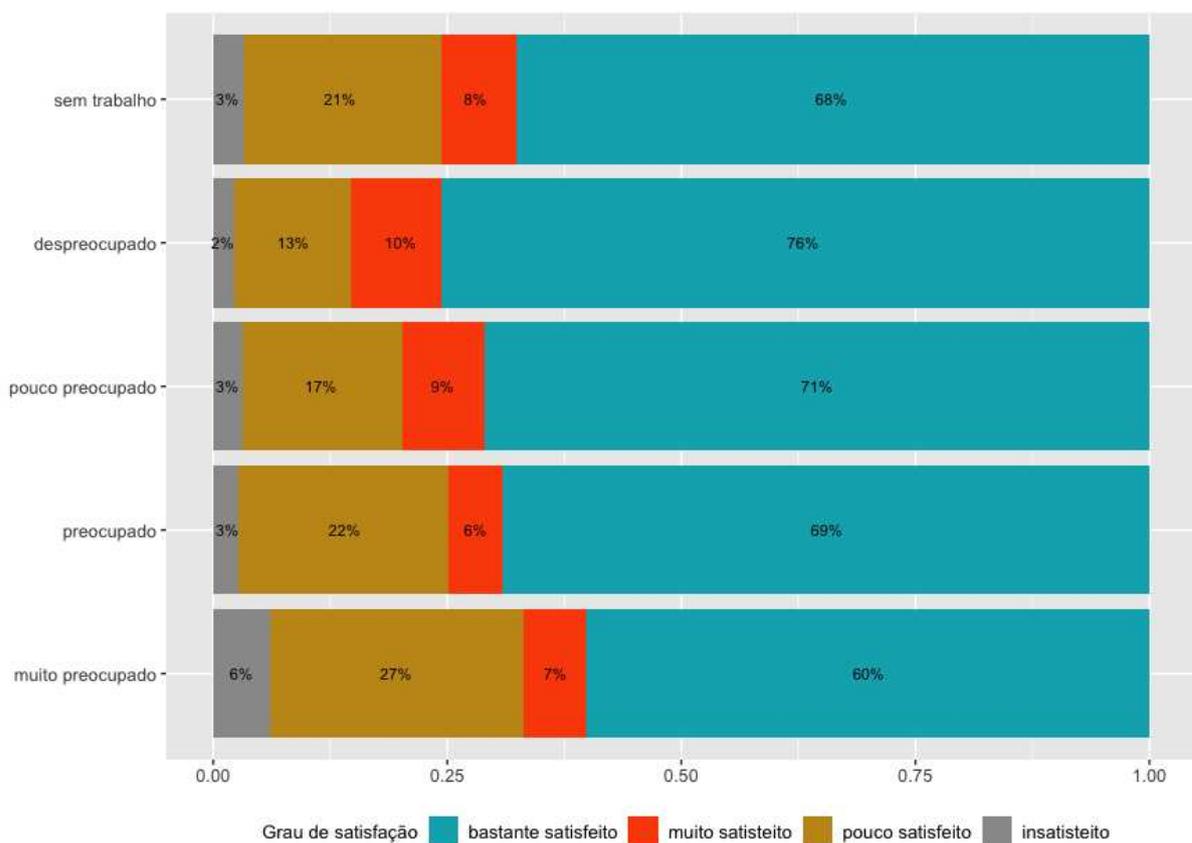
Os valores percentuais de insatisfação com a vida se elevam a medida que a frequência em que ocorre a falta de alimentos aumenta. O teste qui-quadrado para a independência, apresenta um valor de qui-quadrado de 174,88 e um p-valor <0,01%, a um nível de significância de 1%, rejeita-se a hipótese de independência entre as variáveis (não associação). Apesar de ser uma associação fraca, coeficiente de contingência de 0,15, assim com a dificuldade de atender a necessidades com a renda recebida, a frequência com que há falta de alimento está entre as variáveis aqui analisados com uma maior interferência no grau de satisfação com a vida do brasileiro, entre 2008 e 2018.

Grau de satisfação com a vida por preocupação com a perda do trabalho

O desemprego causa maior impacto na felicidade do que a perda de renda, como já discutido anteriormente por Corbi e Menezes Filho (2006). A preocupação com a perda do trabalho sempre esteve presente de forma constante nos anos pesquisados, mantendo-se em proporções equilibradas entre aqueles que tinha emprego no momento da pesquisa. No entanto, desde 2016 quanto a proporção dos que se declaram muito preocupados atingiu seu valor máximo (52%), os níveis dos que se declaram muito preocupados e preocupados se mantiveram elevados. Destaca-se a queda significativa daqueles que se declaram sem trabalho, que se deu de forma gradual ao longo do período, passando de 41% (2008) para 13%

(2018). Logo, a preocupação com a perda do trabalho pode ser fator de impacto sobre o grau de satisfação com a vida, o Gráfico 17 apresenta o resultado para o caso brasileiro.

GRÁFICO 17 – Grau de satisfação com a vida por grau de preocupação com a perda do trabalho, Brasil, 2008 a 2018



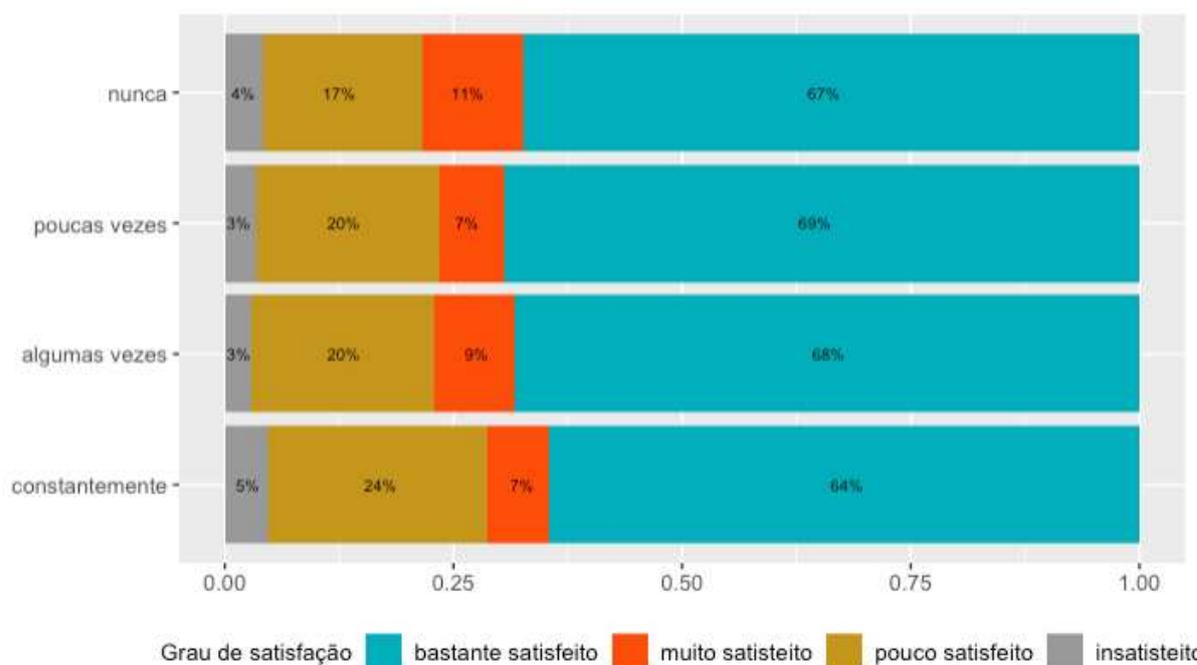
Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

Considerando os valores percentuais, os entrevistados preocupados com a perda do trabalho, apresentam um grau de satisfação com a vida progressivamente menor, conforme aumenta a preocupação. O teste qui-quadrado para a independência, encontra-se um valor de qui-quadrado de 212,40 e um p-valor $< 0,01\%$, a um nível de significância de 1%, rejeita-se a hipótese de independência entre as variáveis (não associação). Apesar de ser uma associação fraca, coeficiente de contingência de 0,14, apresenta um impacto semelhante sobre o grau de satisfação com a vida ao comparar os resultados obtidos com a satisfação frente ao nível socioeconômico.

Grau de satisfação com a vida por preocupação com a violência

Como destacado por Helliwell, Layard e Sachs (2018), no relatório mundial de felicidade, a insegurança, discriminação e relações sociais fracas, presentes no estilo de vida urbano, pode ser uma das possíveis explicações para as pessoas que vivem nas cidades apresentarem um menor nível de felicidade. Partindo desse pressuposto, verificou-se a frequência com que o entrevistado se sente vulnerável a algum crime e seu grau de satisfação com a vida. A frequência com que os entrevistados se sentem preocupados com a violência no período analisado foi crescente. Os que se declaram sentir constantemente preocupados passou de 45% (2008) para 67% (2018), um aumento de 48% neste período. O Gráfico 18 relaciona a preocupação com a violência e o grau de satisfação com a vida.

GRÁFICO 18 – Grau de satisfação com a vida por frequência com que se preocupa com a violência, Brasil, 2008 a 2018



Fonte: Latinobarômetro, Brasil (2008 a 2018, exceto 2012 e 2014).

Observa-se um percentual mais elevado de satisfação com vida a medida que se diminui a preocupação com a violência, exceto para o grupo que declarou nunca ter se preocupado, que representa um quantitativo baixo dos entrevistados. O teste qui-quadrado para a independência entre as variáveis, encontra-se um valor de qui-quadrado de 61,96 e um p-valor $< 0,01\%$, a um nível de significância de 1%, rejeita-se a hipótese de independência entre as variáveis (não associação). Apesar de ser uma associação muito fraca, coeficiente de

contigência de 0,08, a preocupação com a violência interfere no grau de satisfação com a vida do brasileiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partiu-se do pressuposto de que a compreensão sobre a dinâmica demográfica quando trabalhada em conjunto com a utilização dos indicadores subjetivos, fornece uma melhor compreensão da qualidade de vida da população. Nesse sentido, o entendimento da dinâmica demográfica permite compreender como ao longo dos processos e de transições a qualidade pode ser impactada tanto positiva quanto negativamente, apresentando em muitas situações uma complexa dualidade.

O período de rápidas transições ocorridas na população brasileira trouxeram não apenas ganhos significativos nos indicadores das condições gerais de vida, elevando a qualidade de vida, mas também trouxeram desafios para que sejam mantidas e ampliadas tais melhorias.

O intenso processo de urbanização, por exemplo, , em decorrência do qual a população apresentou ganhos significativos nos indicadores de condições de vida, em especial na saúde, em função do acesso a serviços de públicos, que apresentaram efeito direto a qualidade de vida da população, com a diminuição dos indicadores de mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida..

No entanto, o processo de urbanização também introduziu um estilo de vida com elementos que são prejudiciais à saúde: congestionamentos, poluição, crime, maior tempo no deslocamento diários e estresse.

A qualidade de vida se configura a partir de expectativas conformadas a partir de experiências que ocorrem entre a dimensão social e individual, tornando possível estabelecer associações entre a dinâmica demográfica e a qualidade de vida. Por exemplo, o declínio da fecundidade, baseado em grande parte nas decisões individuais, exerceu profundas mudanças na estrutura da população. Com a diminuição da fecundidade o país passou a ter uma população mais envelhecida, com padrões cada vez mais distintos das experiências do passado. Em uma sociedade onde a população vive cada vez mais e onde o número de nascimentos é cada vez menor, torna-se importante pensar na qualidade de vida que caracterizará esses anos a mais. As alterações já observadas na carga de doenças que afeta a população idosa são pontos de atenção para os formuladores e gestores de políticas públicas.

A ênfase dada ao carácter subjetivo da qualidade de vida nesse trabalho, justifica-se pelo forte fator valorativo que permeia as experiências do indivíduo, dificilmente captados em pesquisas objetivas. Por exemplo, o IDH, que muitas vezes é utilizado com uma medida de bem-estar, manteve-se quase que constante durante o período de 2007 a 2017. Apesar do

intuito de ser um substituto de um indicador econômico (PIB per capita), ao analisar a evolução segundo cada dimensão do índice, pode-se notar sua forte relação com a dimensão renda, não refletindo ganhos significativos na longevidade e no nível de escolaridade da população. Isso confirma algumas das críticas feitas ao indicador, de que ainda tem uma sensibilidade que vá além do econômico e de que não reflete ganhos importantes, tanto para o desenvolvimento humano quanto sua resultante a qualidade de vida.

Para avançar nas análises sobre a qualidade de vida a opção metodológica desse trabalho foi utilizar os dados obtidos através das pesquisas do Latinobarômetro entre os anos de 2008 e 2018 para o Brasil. Com o objetivo de compreender a complexa dinâmica social, material e espacial atrelada a qualidade de vida foram selecionadas variáveis que contemplam essas dimensões e confrontadas com a o grau de satisfação declarado pelo entrevistado.

O Latinobarômetro é uma fonte dados consistente e representativa para avaliar questões subjetivas para a população brasileira. A distribuição segundo o recorte demográfico por sexo, faixa etária, região e tamanho da cidade, estão em acordo com as proporções de estatísticas oficiais como o Censo Demográfico (IBGE). No entanto, não é possível a desagregação das variáveis por Unidade da Federação, o que tornaria mais rica a análise, devido à heterogeneidade encontrada no Brasil, mesmo dentro de uma mesma região.

A partir das variáveis demográficas e sociodemográficas, observamos que para o conjunto de dados estudados, nem todas as variáveis apresentaram associação com a satisfação com a vida respondida pelo entrevistado. Dentre elas sexo e região do entrevistado, mostram-se não associadas a um maior grau de satisfação. Entre as variáveis que se mostram associadas, destaca-se por grau de associação o nível socioeconômico (0,13), faixa etária (0,11), tamanho da cidade (0,08) e escolaridade (0,07). Apesar de todas as variáveis apresentarem uma associação fraca, torna-se relevante nessa análise, devido ao caráter multidimensional da qualidade de vida. A medida que se aumenta se eleva o nível socioeconômico cresce a satisfação com a vida, apesar de não ser determinante. Conforme a população envelhece nota-se uma diminuição do grau de satisfação até atingir 45 a 50 anos, aumentando gradualmente nas faixas posteriores. Observou-se um aumento gradual da insatisfação à medida que a cidade cresce em número de habitantes. Exceto para os entrevistados sem estudos, que declaram uma satisfação elevada, há um aumento no grau de satisfação à medida que se eleva o nível de instrução dos entrevistados.

Considerando outros fatores subjetivos em conjunto com o grau de satisfação com a vida, todas as variáveis selecionadas apresentaram algum grau de associação, apesar de ainda em uma escala fraca a moderada. Segundo o grau de associação, ordena-se os aspectos

subjetivos analisados na seguinte ordem: dificuldade para suprir as necessidades familiar com a renda recebida (0,25), no mesmo nível de associação de 0,15 (dificuldade para obter alimento, satisfação com a democracia, preocupação com a perda do trabalho e percepção de injustiça na distribuição de renda), seguido por preocupação com a violência (0,08). A dificuldade para suprir as necessidades da família com a renda recebida, tem um forte impacto no grau de satisfação com a vida, a medida que aumenta o grau de dificuldade a insatisfação aumenta consideravelmente. Já a insatisfação com vida se eleva à medida que a frequência em que ocorre a falta de alimentos cresce. Destaca-se também que quanto maior o nível de insatisfação com a democracia, mais insatisfeito com a vida o entrevistado se declarou. Perceber a concordância que um maior sentimento de injustiça da distribuição de renda, se reflete em uma menor satisfação com a vida. Para os entrevistados com trabalho, a preocupação com a possível perda do trabalho, impacta negativamente e progressivamente sobre um grau de satisfação com a vida. No entanto, verificou-se um percentual maior de entrevistados satisfeitos à medida que a preocupação com a violência diminui, mas essa é uma preocupação predominantemente constante entre os entrevistados.

A avaliação subjetiva é permeada por diversos outros de difícil mensuração como os valores individuais e culturais, que são fortes determinantes na avaliação do grau de satisfação com a vida. Porém, essa avaliação sofre interferências de aspectos que podem ser mais facilmente avaliados para toda a população, como as diferenças sociodemográficas.

Destacam-se como fatores que influenciam mais fortemente a qualidade de vida a falta de renda suficiente para suprir as necessidades básicas da família (no campo dos aspectos subjetivos) e o nível socioeconômico (entre as variáveis sociodemográficas). Diante de uma população vivendo em condições econômicas fortemente desigual, aspectos relacionados ao suprimento das necessidades básicas ainda são obstáculo para a qualidade de vida.

Constata-se a partir da influência dessas variáveis no grau de satisfação com a vida, que não há uma hierarquia entre as dimensões objetivas (necessidades básicas, quantificáveis) e subjetivas (necessidades psicossociais, de difícil mensuração). Os tomadores de decisões, formuladores de políticas públicas e gestores, devem então levar em consideração a percepção da população. Principalmente atuando em ações que visem acabar com as desigualdades e garantir que todos os cidadãos disponham de renda suficiente para cobrir suas necessidades básicas.

O contínuo investimento em educação pública e de qualidade revela-se como uma das soluções para que sejam rompidos os ciclos de pobreza e desigualdade e para promover

melhorias na qualidade de vida, tendo em vista a sua associação com o grau de satisfação com a vida.

A associação constatada entre o grau de satisfação com a vida e a faixa etária em que se encontram os entrevistados reforça a importância de políticas públicas que garantam níveis elevados de satisfação durante o envelhecimento da população. Com o rápido envelhecimento populacional, são necessárias medidas que ampliem o acesso a serviços de saúde, para que essa população desfrute de mais anos de vida com maior qualidade.

A ampliação dos direitos, só pode ser garantida por mecanismos que sustentem decisões políticas que visem o bem-estar coletivo. Dessa forma, a satisfação com a democracia torna-se um indicador primordial para essa avaliação. De maneira preocupante, grande parte da população se declara insatisfeita com a democracia brasileira, que é apreendida como interferindo negativamente sobre a qualidade de vida da população.

A elevada preocupação com o desemprego e a constante preocupação com a violência estão presentes na vida dos entrevistados e promovendo a elevação da insatisfação com a vida, ao longo dos últimos anos no Brasil.

O grau de satisfação com a vida é, assim como os processos de transição demográficos, dinâmico, rodeado de variáveis interdependentes, que assumem pesos diferenciados de acordo com as características da sociedade e com momento histórico.

A fraca associação encontrada entre o grau de satisfação com a vida e as diferentes variáveis analisadas, reforça o aspecto subjetivo e individual da qualidade de vida, fortemente associado ao contexto cultural e ao valores nos quais está inserido, estabelecendo assim os seus próprios critérios, como define a OMS.

Como discutido no Capítulo 1 desse trabalho,, observa-se uma fraca associação entre satisfação com a vida e variáveis como nível econômico. Ter asseguradas as necessidades básicas não determina uma plena qualidade de vida, há uma associação entre as variáveis, porém fraca. Não registrar dificuldades para suprir as necessidades da família, não determina um grau de satisfação com a vida proporcionalmente maior.

A complexidade do fenômeno não possibilita atribuir a melhor ou piora do grau de satisfação com a vida a apenas um conjunto limitado de variáveis. Há evidências de associação entre os diversos dos fatores analisados, no entanto a um grau muito baixo, não sendo possível destacar um fator que seja determinante. Cabe destacar que há presença de variáveis intervenientes, como o conjunto de valores culturais de cada população, ainda mais tratando-se do Brasil, que possui proporções continentais. Pode-se constatar dessa forma que

o grau de satisfação com a vida possui uma associação com fatores demográficos e outros aspectos subjetivos avaliados.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M. Intersetorialidade e indicadores compostos. In: KEINERT, T. M.; KARRUZ, A. P. (org.). **Qualidade de vida: observatórios, experiências e metodologias**. São Paulo, SP: Annablume; Fapesp, 2002. p. 193-199.
- ALEGRETTI, L.; CANCIAN, N. Conceito de idoso ficou velho, diz pesquisadora do Ipea: idosos hoje têm maior autonomia e vivem mais, mas não necessariamente com saúde. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, SP, 26 jun. 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2018/06/conceito-de-idoso-ficou-velho-diz-pesquisadora-do-ipea.shtml>. Acesso em: 10 nov. 2019.
- ALKIRE, S. et al. **Multidimensional poverty index 2011: brief methodological note**. Oxford: Universidade de Oxford; Human Development Initiative (Ophi), 2011.
- ALLARDT, E. Having, loving, being: na alternative to the swedish model of Welfare State: In: NUSSABAUM, M.; SEM, A. (org.). **The quality of life**. Oxford: Clarendon Press, 1993.
- ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo, SP, SP: EACH/USP, 2012.
- ALMEIDA, M. A. B. Qualidade de vida e atividade física: explorando teoria e prática. **Conexões. Revista Conexões**, Campinas, SP, v. 2, n. 2, p. 105-108, 2004.
- ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. **Tendências demográficas, dos domicílios e das famílias no Brasil**. [S. l.], 2012. Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/tendencias_demograficas_e_de_familia_24ago12.pdf.
- ALVES, J. E. D. Como medir o tempo de duração do bônus demográfico. São Paulo, SP: Instituto Fernand Braudel, 2008.
- ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. M. **População e desenvolvimento: a terceira transição demográfica**. Rio de Janeiro, RJ, 2008. Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/ttd_aparte_16fev08.pdf.
- ALVES, J. E. D. **Questões demográficas: fecundidade e gênero**. Rio de Janeiro, RJ: ENCE, 2004. (Textos para Discussão, n. 9).
- ARRETICHE, M. (org.). **Trajatórias das desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos 50 anos**. São Paulo, SP: Editora da UNESP, 2015.
- ANDRADE, M. V. **A saúde na PNAD**. Belo Horizonte, MG: UFMG/Cedeplar, 2002. (Texto para Discussão, 170).
- ATKINSON, T. What can be done about inequality? **JUNCTURE**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 32-41, 2015.
- AYRES, R. L. **Crime and violence as development issues in Latin America and the Caribbean**. Washington, DC: The World Bank, 1998.
- BERQUO, E.; CAVENAGHI, S. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, SP, n. 74, p. 11-15, 2006.
- BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Brazilian fertility regimes: profiles of women below and above replacement levels. In: INTERNATIONAL CONFERENCE IUSSP, 2005, Tours, França. **Anais...** Liège: IUSSP, 2005.

- BERQUÓ, E. et al. **São Paulo e sua fecundidade: um estudo das variáveis intermediárias e dos diferenciais sócio-econômicos da fecundidade.** São Paulo, SP: Fundação SEADE, 1985. (Série São Paulo 80, v. 1).
- BONGAARTS, J. **Completing the fertility transition in the developing world.** The role of educational differences and fertility preferences Washington, DC: Population Reference Bureau, 2013. (Working Papers, 177).
- BOUULLON, C.; BUVINIC, M. **Inequality, exclusion and poverty in Latin America and the Caribbean: implications for development.** Washington, DC: Inter-American Development Bank, 2003.
- BOWLING, A. **Measuring health: a review of quality of life measurement scales.** Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1997.
- BRAVO, M. T.; VERA, S. F. Consideraciones metodológicas: una operacionalización del concepto de calidad de vida. **Revista Geográfica Venezolana**, Venezuela, v. 34, 1993.
- BRITO, F.; PINHO, B. A. T. D. A dinâmica do processo de urbanização no Brasil. Belo Horizonte, MG: UFMG/CEDEPLAR, 2012. (Texto para Discussão, 464). Disponível em: http://cedepplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD_464.pdf.
- BRITO, F. O deslocamento da população urbana para as metrópoles. **Estudos Avançados**, São Paulo, SP, v. 20, n. 57, p. 221-236, 2006.
- BRITO, F.; SOUZA, J. A expansão urbana nas grandes metrópoles: o significado das migrações intrametropolitanas e da mobilidade pendular. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, SP, v. 19, n. 4, p. 48-63, 2005.
- BULLINGER, M. et al. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. **Qualify of Life Research**, 2, p. 451-459, 1993.
- CALDWELL, J. C. Demographic theory: a long view. **Population and Development Review**, New York, NY, v. 30, n. 2, p. 297-316, 2004.
- CALMAN, K. C. Quality of life in cancer patients – an hypothesis. **Journal of Medical Ethics**, London, v. 10, n. 3, p. 124-127, 1984.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. A população brasileira e seus movimentos ao longo do século XX. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 2014. p. 81-116.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. Envelhecimento populacional, perda de capacidade laborativa e políticas públicas. **Boletim Mercado de Trabalho**, Brasília, DF, v. 54, p. 21-29, 2013.
- CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina. **Papeles de Población**, Toluca, v. 13, n. 52, p. 1-37, 2007.
- CAMARGO MORA, M. G. La calidad de vida urbana en Venezuela. **Espacio y Desarrollo**, Lima, PE, n. 9, 1997.
- CAMARGOS, M. C. S.; GONZAGA, M. R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 31, n. 7, p. 1460-1472, 2015.
- CAMARGOS, M. C. S. **Estimativas de expectativa de vida livre de e com incapacidade funcional: uma aplicação do método de Sullivan para idosos paulistanos**, 2000. 2004. 110f.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2004.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, BA, v. 32, n. 2, p. 232-240, 2008.

CANO, W. **Novas determinações sobre a questão regional e urbana após 1980**. Campinas, SP: IE/UNICAMP, 2011. (Texto para Discussão, 193).

CANTRIL, H. **The pattern of human concerns**. New Brunswick: Rutgers University, 1965.

CARLEY, M. **Indicadores sociais: teoria e prática**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1985.

CARLISLE, E. The Conceptual Structure of Social Indicators. In: SHONFIELD, A.; SHAW, S. (ed.). **Social indicators and social policy**. London: Heine-mann, 1972.

CARMO, L. R. **O conceito de qualidade de vida: uma primeira abordagem**. 1993. (Monografia).

CARMO, R. L.; CAMARGO, K. C. M. **Dinâmica demográfica brasileira recente: padrões regionais de diferenciação**. Brasília, DF: IPEA, 2018. (Texto para Discussão 2415).

CARMO, R. L.; DAGNINO, R. S.; JOHANSEN, I. C. Transição demográfica e transição do consumo urbano de água no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, RJ, v. 31, n. 1, p. 169-190, 2014.

CARVALHO, J. A. M.; BRITO, F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, SP, v. 22, n. 2, p. 351-369, 2005.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. **Estimativas decenais e quinquenais de saldos migratórios e taxas líquidas de migração no Brasil**. Belo Horizonte, MG: CEDEPLAR/UFMG, 2003.

CAVALCANTI, N. F. **Condições de vida e mortalidade infantil no Estado de São Paulo: uma abordagem sócio-econômica**. 1988. 170f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, 1988.

CAVENAGHI, S.; BERQUO, E. Perfil socioeconômico e demográfico da fecundidade no Brasil de 2000 a 2010. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINO AMERICANA DE POPULAÇÃO – ALAP, 6., 2014, Lima, Peru. **Anais...** Argentina: ALAP, 2014.

CERVELLATI, M.; SUNDE, U. Disease and development: the role of life expectancy reconsidered. **Economics Letters**, Amsterdam, v. 113, n. 3, p. 269-272, 2011.

COALE, A. J. Demographic effects of below-replacement fertility and their social implications. **Population and Development Review**, New York, NY, v. 12, Supl., p. 203-216, 1986.

COLEMAN, D. Immigration and ethnic change in low-fertility countries: a third demographic transition. **Population and Development Review**, New York, NY, v. 32, n. 3, p. 401-446, 2006.

CORBI, R. B.; MENEZES-FILHO, N. A. Os determinantes empíricos da felicidade no Brasil. **Revista de Economia Política**, São Paulo, SP, v. 26, n. 4, p. 518-536, 2006.

COSTA, N. R. A questão sanitária e a cidade. **Espaço & Debates**, São Paulo, SP, n. 22, 1987.

- CRAIG, J.; DRIVER, A. The identification and comparison of small areas of adverse social conditions. **Jornal Royal Statistical Society – Séries C (Applied Statistics)**, v. 21, n. 1, p. 25-35, 1972.
- CUNHA, J. M. P. As correntes migratórias na Grande São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, SP, v. 1, n. 2, p. 6-15, 1987.
- DAVID, H. Social indicators and technology assessment. **Futures**, US, v. 5, n. 2, p. 236-244, 1973.
- DEACON, R. Social solidarity must replace poverty eradication in the UN's post 2015 development agenda. In: CIMADAMORE, A.; KOEHLER, G.; POGGE, T. (org.). **Poverty and the millennium development goals**. Londres: Zed Books, 2016. p. 203-228.
- DIENER, E. Subjective well-being. **American Psychologist**, Washington, DC, v. 55, n. 1, p. 34-43, 2000.
- DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 46, Supl. 1, p. 126-134, 2012.
- DYSON, T. A partial theory of world development: the neglected role of the demographic transition in the shaping of modern society. **International Journal of Population Geography**, Inglaterra, v. 7, n. 2, p. 67-90, 2001.
- EASTERLIN, R. A. Life cycle welfare: trends and differences. **Journal of Happiness Studies**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 1-12, 2001.
- FAHEL, M.; TELES, L. R.; CAMINHAS, D. A. Para além da renda: uma análise da pobreza multidimensional no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, SP, v. 31, n. 92, 2016.
- FARIA, V. E. Cinquenta anos de urbanização no Brasil: tendências e perspectivas. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, SP, n. 29, p. 98-119, 1991.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. Quality of life: the differential conditions. **Psychology in Spain**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 57-65, 1998.
- FRANCHINI, M. Análisis del Latinobarómetro 2007. **CADAL Documentos**, Año VI, n. 84, 2008.
- FRENK, J. et al. La transición epidemiológica em América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, DC, v. 111, n. 6, p. 485-496, 1991.
- FJP – FUNDAÇÃO JOAQUIM NABUCO. **Desenvolvimento humano e condições de vida: Região Metropolitana de Belo Horizonte 1980-1991**. Belo Horizonte, MG: FJP; PNUD; Ipea; Fapemig, 1998.
- GEHRMANN, F. 'Valid' empirical measurement of quality of life? **Social Indicators Research**, Holanda, v. 5, n. 1-4, p. 73-109, 1978.
- GHISLANDI, S.; SANDERSON, W. C.; SCHERBOV, S. A simple measure of human development: the human life indicator. **Population and Development Review**, New York, NY, v. 45, n. 1, p. 219-233, 2018.
- GLATZER, W. Cross-national comparisons of quality of life in developed nations, including the impact of globalization. In: LAND, K. C.; MICHALOS, A. C.; SIRGY, M. J. (ed.). **Handbook of social indicators and quality of life research**. Dordrecht: Springer Netherlands, 2012. p. 381-398.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. Qualidade de vida: identidades e indicadores. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (org.). **Qualidade de vida e atividade física: explorando teorias e práticas**. Barueri: Manole, 2004. p. 3-25.

GRAHAM, C. **Measuring quality of life in Latin America: what happiness research can (and cannot) contribute**. Washington, DC: Inter-American Development Bank, 2008. (Research Department Working Papers, 652).

GUERRA, M. R. et al. Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, SP, v. 20, Supl. 1, p. 102-115, 2017.

GUIMARÃES, J. R. S.; JANNUZZI, P. M. IDH, indicadores sintéticos e suas aplicações em políticas públicas: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, Salvador, BA, v. 7, n. 1, p. 73-89, 2005.

HELLIWELL, J.; LAYARD, R.; SACHS, J. **World happiness report 2018**. New York, NY: Sustainable Development Solutions Network, 2018.

HELLIWELL, J.; LAYARD, R.; SACHS, J. **World happiness report 2013**. New York, NY: Sustainable Development Solutions Network, 2013.

HELLIWELL, J.; LAYARD, R.; SACHS, J. **World happiness report 2012**. New York, NY: Sustainable Development Solutions Network, 2012.

HELLIWELL, J. Social capital, the economy and well-being in Andrew Sharpe. In: SHARPE, A.; ST-HILAIRE, F.; KEITH BANTING, D. (ed.). **The review of economic performance and social progress 2001: the longest decade: Canada in the 1990s**. Canada: Institute for Research on Public Policy, 2001.

HERCULANO, S. C. A qualidade de vida e seus indicadores. In: HERCULANO, S. C.; PORTO, M. F. S.; FREITAS, C. M. (org.). **Qualidade de vida e riscos ambientais**. Niterói, RJ: Eduff, 2000.

HERCULANO, S. A qualidade de vida e seus indicadores. **Ambiente & Sociedade**, Campinas, SP, v. 1, n. 2, p. 77-99, 1998.

IBGE. **PNAD: um registro histórico da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: 1967-2015**. Rio de Janeiro, RJ, 2015.

IBGE. **Indicadores Sociais Municipais**. Rio de Janeiro, RJ, 2002.

INÊS, M. et al. Metodologia de construção do índice de qualidade de vida urbana dos municípios brasileiros (IQVU-BR). In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15., 2006, Caxambu, MG. **Anais...** Belo Horizonte, MG: ABEP, 2006. Disponível em: <http://www.ernestoamaral.com/docs/indsoc-122/biblio/Nahas2006b.pdf>. Acesso em: 24 maio 2019.

IPEA; PNUD; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **RADAR IDHM: evolução do IDHM e de seus índices componentes no período de 2012 a 2017**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190416_rada_IDHM.pdf.

JANNUZZI, P. M. Estatísticas e políticas públicas orientadas por evidências no Brasil: o caso das políticas de desenvolvimento social nos anos 2000. **Revista Brasileira de Geografia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 64, n. 1, p. 37-54, 2019.

JANNUZZI, P. M.; DE CARLO, S. Da agenda de desenvolvimento do milênio ao desenvolvimento sustentável: oportunidades e desafios para planejamento e políticas públicas no século XXI. **Bahia Análise & Dados**, Salvador, BA, v. 28, n. 2, p. 6-27, 2018.

- JANNUZZI, P. M. **Indicadores sociais no Brasil**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2017.
- JANNUZZI, P. M. Considerações sobre uso, abuso e mau uso de indicadores nas políticas públicas municipais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 36, n. 1, p. 51-72, 2002.
- JANNUZZI, P. M. **Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes e aplicações**. Campinas, SP: Alínea; PUC-Campinas, 2001.
- KARRUZ, A. P.; KEINERT, C. R.; KEINERT, M. M. T. O processo de construção do Observatório da Qualidade de Vida e Santo André: identificação e superação de desafios. In: KEINERT, T. M.; KARRUZ, A. P. (org.). **Qualidade de vida: observatórios, experiências e metodologias**. São Paulo, SP: Annablume; Fapesp, 2002. p. 193-199.
- KEELEY, B. **Income inequality: the gap between rich and poor**. Paris: OECD Publishing, 2015.
- KEINERT, C. R. O Observatório da Qualidade de Vida de Santo André. In: KEINERT, T. M.; KARRUZ, A. P. (org.). **Qualidade de vida: observatórios, experiências e metodologias**. São Paulo, SP: Annablume; Fapesp, 2002. p. 189-199.
- KEINERT, C. R.; KARRUZ, A. P. (org.). **Qualidade de vida: observatórios, experiências e metodologias**. São Paulo, SP: Annablume; Fapesp, 2002.
- KEINERT, T. M. M.; KARRUZ, A. P.; KARRUZ, S. M. Sistemas locais de informação e a gestão pública da qualidade de vida nas cidades. In: KEINERT, T. M.; KARRUZ, A. P. (org.). **Qualidade de vida: observatórios, experiências e metodologias**. São Paulo, SP: Annablume; Fapesp, 2002. p. 117-138.
- KIRK, D. Demography transition theory. **Population Studies**, London, v. 50, n. 3, p. 361-387, 1996.
- KIRSCHBAUM, C.; MENEZES-FILHO, N. Educação e desigualdade no Brasil. In: ARRETCHE, M. (org.). **Trajetórias das desigualdades: como o Brasil mudou nos último cinquenta anos**. São Paulo, SP: Editora da UNESP, 2015.
- KOEHLER, G. Looking back and looking forward: the case for a development welfare state. In: CIMADAMORE, A; KOEHLER, G.; POGGE, T. (org.). **Poverty and the millenium development goals**. Londres: Zed Books, 2016.
- KUZ, T. J. Quality of life, an objective and subjective variable analysis. **Regional Studies**, Cambridge, v. 12, n. 4, p. 409-417, 1978.
- LAGOS, M. Historia de Latinobarómetro 1995 – 2005: de un estudio a una institución. Santiago de Chile, Chile: [s. n.], 2005.
- LANSKY, S. et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality profile, and maternal and child care. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 30, Supl. 1, p. 192-207, 2014.
- LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, Barueri, SP, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.
- LEFEBVRE, H. **A sociedade urbana**. Belo Horizonte, MG: UFMG/Humanitas, 2008.
- LERNER, M. **Modernization and health: a model of the health transition**. São Francisco, Califórnia. 1973. (Documento apresentado na Reunião Anual da American Public Health Association).
- LEVA, G. **Indicadores de calidad de vida urbana**. Buenos Aires: Habitat Metrópolis, 2005.

- LUCERO, J. A. **Indigenous political voice and the struggle for recognition in Ecuador and Bolivia**. Washington, DC: The World Bank, 2006. (World Development Report 2006: Equity & Development).
- MAGALHÃES, D. J. A. V.; OLIVEIRA, A. G. R. Desenvolvimento de indicadores municipais de satisfação da população quanto à localização residencial, mobilidade e acessibilidade no espaço urbano. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 16., 2008, Caxambu, MG. **Anais...** Belo Horizonte, MG: ABEP, 2008.
- MAGGINO, F.; ZUMBO, B. D. Measuring the quality of life and the construction of social indicators. In: LAND, K. C.; MICHALOS, A. C.; SIRGY, M. J. (ed.). **Handbook of social indicators and quality of life research**. Dordrecht: Springer Netherlands, 2012. p. 201-238.
- MANTEGA, G. Marxismo na economia brasileira. In: MORAES, J. (org.). **História do marxismo no Brasil II: os influxos teóricos**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1995.
- MARTENS, J. The 2030 agenda: a new start towards global sustainability? In: ADAMS, B. et al. **SPOTLIGHT on sustainable development 2016: report of the reflection group on the 2030 agenda for sustainable development**. Montevideo: Social Watch, 2016. p. 11-15.
- MATOS, R.; FERREIRA, R. Setores de atividade, emprego e renda nos municípios brasileiros estratificados por classe de tamanho entre 2000 e 2010. **GOT – Revista de Geografia e Ordenamento do Território**, Porto, Portugal, n. 6, p. 179-199, 2014.
- MEREGE, L. C. Análise de formações comunitárias em favelas – metodologia, perspectivas e resultados – o modelo da Associação Comunitária Monte Azul (Acoma). São Paulo, SP: EAESO-FGV/SP, 2001. (Série de Pesquisas).
- MERRICK, T.; BERQUÓ, E. The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility. Washington, DC: National Academy, 1983.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- NAHAS, M. I. P. Indicadores intra-urbanos como instrumentos de Gestão da Qualidade de Vida Urbana em grandes cidades: uma discussão teórico-metodológica. In: VITTE, C. C. S.; KINERT, T. M. M. **Qualidade de vida, planejamento e gestão urbana: discussões teórico-metodológicas**. Rio de Janeiro, RJ: Bertrrand Brasil, 2009. p. 123-153.
- NAHAS, M. I. P. et al. Metodologia de construção do índice de qualidade de vida urbana dos municípios brasileiros (IQVU-BR). In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15., 2006, Caxambu, MG. **Anais...** Belo Horizonte, MG: ABEP, 2006.
- NUSSBAUM, M.; SEN, A. **La calidad de vida**. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 1998.
- OLESON, M. Subjectively perceived quality of life. **Journal of Nursing Scholarship**, US, v. 22, n. 3, p. 187-190, 1990.
- OLIVEIRA, F. O Estado e o urbano no Brasil. **Espaço e Debates**, São Paulo, SP, v. 2, n. 6, p. 37-54, 1984.
- OLIVEIRA, L. A. P.; SIMÕES, C. C. S. O IBGE e as pesquisas populacionais. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, SP, v. 22., n. 2, p. 291-302, 2005.
- OLIVEIRA, M. C.; VIEIRA, J. M.; MARCONDES, G. S. Cinquenta anos de relações de gênero e geração no Brasil: mudanças e permanências. In: ARRETCHE, M. (org.). **Trajétórias das desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos 50 anos**. São Paulo, SP: Editora da Unesp/CEM-USP, 2015.

- OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, New York, NY, v. 49, n. 4, p. 509-538, 1971.
- PALLONI, A.; PELÁEZ, M. **Survey on health and well-being of elders**. Washington, DC: SABE, 2003.
- PALLONI, A.; PINTO-AGUIRRE, G.; PELÁEZ, M. Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 31, n. 4, p. 762-771, 2002.
- PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida em idosos: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. 2000. 263f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2000.
- PEÑALOZA, V. L. F. **Condicionantes sócio-econômicas da mortalidade infantil: Estado de São Paulo, 1960-1984**. 1990. 110f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 1990.
- PEREIRA, S. D. **Conceitos e definições da saúde e epidemiologia usados na Vigilância Sanitária**. São Paulo, SP: [s. n.], 2007. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visia.pdf.
- PIZZOL, R. J. **Indicadores objetivos e subjetivos no estudo da qualidade de vida em doença respiratória crônica**. 2013. 156f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, SP, 2013. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/105086/pizzol_rj_dr_prud.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- PNUD – UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Human development report 1992**. New York, NY, 1992.
- PRATA, P. **A transição epidemiológica no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, v. 8, n. 2, p. 168-175, 1992.
- RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v.21, n. 3, p. 211-224, 1987.
- RELATÓRIO BUTÃO, 2015. **A compass towards a just and harmonious society**. Thimphu, Bhutan: Centre for Bhutan Studies & Gnh Research, 2016.
- ROBINE, J. M.; ROMIEU, I.; CAMBOIS, E. Health expectancy indicators. **Bulletin of the World Health Organization**, New York, NY, v. 77, n. 2, p. 181-185, 1999. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2557596/pdf/10083720.pdf>.
- ROJAS, M.; GARCÍA, J. J. V. Well-Being in Latin America. In: ESTES, R.; SIRGY, M. J. **The pursuit of human Well-Being**. Dordrecht: Springer, 2017. p 217-255.
- ROJAS, M. Quality of life in Latin America and the Caribbean. In: LAND, K. C.; MICHALOS, A. C.; SIRGY, M. J. (ed.). **Handbook of social indicators and quality of life research**. Dordrecht: Springer Netherlands, 2012. p. 529-545.
- ROJAS, M. Bienestar subjetivo en América Latina. In: PUCHET, M. et al. (ed.). **América Latina: problemas centrales y oportunidades promisorias**. México, DF: FLACSO, 2011.
- ROJAS, M. Well-being and the complexity of poverty: a subjective well-being approach. In: MCGILLIVRAY, M.; CLARKE, M. (ed.). **Understanding human well-being**. Tokyo/New York/Paris: United Nations University Press, 2006.

SALTELLI, A. et. al. **Composite indicators: the controversy and the way forward.** Palermo: OECD World Forum on Key Indicators, 2004. Disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/40/50/33841312.doc>. Acesso em: jul. 2018.

SCANDAR NETO, W.; JANNUZZI, P. M.; SILVA, P. L. N. Sistemas de indicadores ou indicadores sintéticos: do que precisam os gestores de programas sociais? In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 16., 2008, Caxambu, MG. **Anais...** Belo Horizonte, MG: ABEP, 2008.

SCANDAR NETO, W. J. **Síntese que organiza o olhar:** uma proposta para construção e representação de indicadores de desenvolvimento sustentável e sua aplicação para os municípios fluminenses. 2006. 110f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, RJ, 2006.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

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

SEN, A. Mortality as an indicator of economic success and failure. **Economic Journal**, Cambridge, v. 108, n. 446, p. 1-25, 1998.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SHE, P. **Trends in selected health dimensions among the U.S. elderly and the effects of assistive technology on disability.** 2004. Thesis (Ph.D. in Demography) – University of California, Berkeley, 2004.

SILVA, P. R. Qualidade de vida no meio urbano: aspectos conceituais e metodológicos numa aproximação da problemática ambiental na gestão local. In: FISCHER, T. (org.). **Gestão contemporânea: cidades estratégias e organizações locais.** Rio de Janeiro, RJ: FGV, 1996.

SIMÕES, C. C. S. **A transição da fecundidade no Brasil:** análise de seus determinantes e as novas questões demográficas. São Paulo, SP: Arbeit Factory, 2006.

SULLIVAN, D. F. A single index of mortality and morbidity. **HSMHA Health Reports**, Washington, DC, v. 86, n. 4, p. 347-354, 1971.

SWIACZNY, F. Demographic and health development in the long run. In: GLATZER, W.; CAMFIELD, L.; MØLLER, V. **Global handbook of quality of life.** Dordrecht: Springer Netherlands, 2015. p. 15-43.

TAMAKI, E. M. Qualidade de vida: individual ou coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 5, n. 1, 2000.

TEIXEIRA, E. C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade.** Salvador, BA: AATR, 2002.

TERRA, L. P.; QUEIROZ, B. L. Qualidade de vida: qual é a esperança de vida feliz no Brasil? In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 17., 2010, Caxambu, MG. **Anais...** Belo Horizonte, MG: ABEP, 2010.

TORRE, H. G.; FERREIRA, M. P.; DINI, N. P. Indicadores sociais: por que construir novos indicadores como o IPRS. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, SP, v. 17, n. 3-4, p. 80-90, 2003.

- TUBINO, M. J. G. Qualidade de vida e sua complexidade. In: MOREIRA, W. W.; SIMÕES, R. (org.). **Esporte como fator de Qualidade de Vida**. Piracicaba, SP: Editora Unimep, 2002. p. 263-268.
- VALLIN, J.; MESLÉ, F. Convergences and divergences in mortality: a new approach to health transition. **Demographic Research**, Special collection 2, Artigo 2, p.11-44, 2004.
- VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.
- VEENHOVEN, R. Why social policy needs subjective indicators. **Social Indicators Research**, Holanda, v. 58, n. 1-3, p. 33-45, 2002.
- VEENHOVEN, R. Advances in understanding happiness. **Revue Québécoise de Psychologie**, v. 18, p. 29-74, 1997.
- VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.
- VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 21, n. 3, p. 225-233, 1987.
- VILARTA, R.; GONÇALVES, A. Qualidade de Vida: concepções básicas voltadas à saúde. In: GONÇALVES, A. VILARTA, R. (org.). **Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas**. Barueri, SP: Manole, 2004. p. 27-62.
- VITTE, C. C. S. A Qualidade de Vida urbana e sua dimensão subjetiva: uma contribuição ao debate sobre políticas públicas e sobre a cidade. In: VITTE, C. C. S.; KINERT, T. M. M. **Qualidade de vida, planejamento e gestão urbana: discussões teórico-metodológicas**. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 2009. p. 89-109.
- VITTE, C. C. S. Cidade, cidadania e qualidade de vida. **BIS – Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, SP, v. 1, n. 32, p.34-34, 2004.
- VITTE, C. C. S.; VITTE, A. C. **Calidad de vida urbana: consideraciones sobre las necesidades subjetivas y la sociabilidad**. [S. l.]: Editora Geotech, 2004.
- VITTE, S. C. C. Planejamento urbano, sustentabilidade urbana e qualidade de vida: considerações sobre o significado de cidade e de cidadania no início do século XXI. In: KEINERT, T. M.; KARRUZ, A. P. (org.). **Qualidade de vida: observatórios, experiências e metodologias**. São Paulo, SP: Annablume; Fapesp, 2002. p. 21-38.
- WESTPHAL, M. F. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 5, n. 1, p. 39-51, 2000.
- YANG, Y.; WALJI, M. Increment–decrement life table estimates of happy life expectancy for the U.S. population. **Population Research and Policy Review**, Amsterdam, v. 29, n. 6, p. 775–795, 2010.
- YANG, Y. Long and happy living: trends and patterns of happy life expectancy in the U.S., 1970– 2000. **Social Science Research**, New York, NY, v. 37, n. 4, p. 1235-1252, 2008.
- ZAPT, W. Systems of social indicators: current approaches and problems. **International Social Science Journal**, Paris, v. 27, p. 479-498, 2014.