

TEXTO PARA DISCUSSÃO

3050

**ACESSO AOS DIREITOS
ESTABELECIDOS PELO
ESTATUTO DA PESSOA IDOSA:
DIFERENCIAIS POR RAÇA/COR**

**ANA AMÉLIA CAMARANO
DANIELE FERNANDES
CAROLINA DE FREITAS PEREIRA
THAMIRES DA SILVA RIBEIRO**



**ACESSO AOS DIREITOS ESTABELECIDOS
PELO ESTATUTO DA PESSOA IDOSA:
DIFERENCIAIS POR RAÇA/COR**

ANA AMÉLIA CAMARANO¹

DANIELE FERNANDES²

CAROLINA DE FREITAS PEREIRA³

THAMIRES DA SILVA RIBEIRO⁴

1. Técnica de planejamento e pesquisa na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea). *E-mail:* ana.camarano@ipea.gov.br.

2. Pesquisadora bolsista do Subprograma de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) na Disoc/Ipea. *E-mail:* daniele.fernandes@ipea.gov.br.

3. Pesquisadora bolsista do PNPD na Disoc/Ipea. *E-mail:* carolina.pereira@ipea.gov.br.

4. Pesquisadora bolsista do PNPD na Disoc/Ipea. *E-mail:* thamires.ribeiro@ipea.gov.br.

Governo Federal

Ministério do Planejamento e Orçamento

Ministra Simone Nassar Tebet

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidenta

LUCIANA MENDES SANTOS SERVO

Diretor de Desenvolvimento Institucional

FERNANDO GAIGER SILVEIRA

**Diretora de Estudos e Políticas do Estado,
das Instituições e da Democracia**

LUSENI MARIA CORDEIRO DE AQUINO

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

CLÁUDIO ROBERTO AMITRANO

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais,
Urbanas e Ambientais**

ARISTIDES MONTEIRO NETO

**Diretora de Estudos e Políticas Setoriais,
de Inovação, Regulação e Infraestrutura**

FERNANDA DE NEGRI

Diretor de Estudos e Políticas Sociais

CARLOS HENRIQUE LEITE CORSEUIL

Diretor de Estudos Internacionais

FÁBIO VÉRAS SOARES

Chefe de Gabinete

ALEXANDRE DOS SANTOS CUNHA

**Coordenadora-Geral de Imprensa e
Comunicação Social**

GISELE AMARAL

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2024

Acesso aos direitos estabelecidos pelo estatuto da pessoa idosa :
diferenciais por raça/cor / Ana Amélia Camarano ... [et al.]. –
Brasília, DF: Ipea, 2024.
39 p.: il., gráfs. – (Texto para Discussão; n. 3050).

Inclui Bibliografia.
ISSN 1415-4765

1. Estatuto do Idoso. 2. Raça. 3. Direitos. 4. Violência. 5. Saúde.
6. Mortalidade. I. Camarano, Ana Amélia. II. Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada.

CDD 362.60981

Ficha catalográfica elaborada por Elizabeth Ferreira da Silva CRB-7/6844.

Como citar:

CAMARANO, Ana Amélia *et al.* **Acesso aos direitos estabelecidos pelo estatuto da pessoa idosa:** diferenciais por raça/cor. Brasília, DF: Ipea, out. 2024. 39 p.: il. (Texto para Discussão, n. 3050). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td3050-port>

JEL: 18; J11; I14; I18; I30; K38.

DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td3050-port>

As publicações do Ipea estão disponíveis para download gratuito nos formatos PDF (todas) e ePUB (livros e periódicos).

Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento e Orçamento.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	7
2 O DIREITO À VIDA	8
3 DE QUE MORREM ESSES IDOSOS?	11
4 DIREITO À SAÚDE	17
4.1 Condições de saúde	18
4.2 Acesso aos serviços de saúde	25
5 DIREITO À HABITAÇÃO E AO ENTORNO AMIGÁVEL	30
6 VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	34
7 SÍNTESE DOS RESULTADOS E COMENTÁRIOS FINAIS ..	35
REFERÊNCIAS	37

SINOPSE

O objetivo deste texto é analisar se o acesso aos direitos assegurados pelo Estatuto da Pessoa Idosa ocorre de forma diferenciada entre a população negra e a não negra e entre homens e mulheres.

O primeiro direito estabelecido no Estatuto, o direito à vida, é violado por várias causas, sendo uma delas possível de ser evitada por ações do Estado, da família ou da sociedade. As causas de morte externas ou não naturais desempenham um papel importante no total de óbitos da população idosa: representam 3,7% dos óbitos, os quais poderiam ser evitados, sendo mais frequentes entre os homens (4,3% dos óbitos por causas externas). Entre essas causas, as mais importantes são as quedas, os acidentes de transporte e de eventos cuja intenção é indeterminada, bem como as agressões. O impacto desses óbitos na expectativa de vida ao nascer é de 3,1 anos perdidos; e, aos 60 anos, de 0,5 ano de vida. Com isto, a probabilidade de um recém-nascido do sexo masculino alcançar a velhice é reduzida de 85% para 79% e, para um homem de 60 anos chegar aos 80 anos, a chance seria de 44%, mas é reduzida para 39%. Estes diferenciais ainda são maiores se a raça/cor for considerada.

A interseção entre sexo e raça leva a uma diferença de 12,4 anos na idade média ao morrer em prol das mulheres não negras quando comparada aos homens negros. Os idosos negros reportaram uma pior condição de saúde, que se refletiu no crescimento das internações por quedas e acidentes de transporte. Estes são os que mais utilizam a rede pública, o que pode estar refletindo suas condições socioeconômicas desfavoráveis e dificuldade de acesso a serviços sociais. São importantes ações de promoção e prevenção da saúde da população idosa negra, com especial atenção ao homem negro.

Considerando o direito à habitação e ao entorno amigável, observaram-se grandes desafios arquitetônicos e urbanísticos a serem enfrentados no Brasil, especialmente na região Norte. A construção e/ou adequação dos equipamentos privados e públicos de infraestrutura urbana, bem como o aumento da acessibilidade, da mobilidade e da segurança, são importantes para a promoção do direito ao envelhecimento com autonomia, integração e participação social para a crescente população idosa.

Sintetizando, o acesso aos direitos estabelecidos pelo Estatuto da Pessoa Idosa não é desfrutado da mesma forma entre a população idosa no Brasil. A heterogeneidade dessa população requer que as políticas públicas considerem as suas diferenças – inclusive em nível regional. Um residente da região Norte envelhece em condições mais adversas do que o residente na região Sudeste. O aumento da expectativa de vida é uma grande conquista a ser celebrada, mas ela ocorre diferenciadamente entre homens e mulheres, bem como entre negros e não negros. Além disto, a qualidade de vida dos longevos ainda é uma meta a ser perseguida, para que se possa acrescentar “mais vida aos anos vividos”, e pode ser um passo importante para a construção de “uma sociedade para todas as idades” na qual todos possam se beneficiar desses ganhos.

Palavras-chave: Estatuto do Idoso; raça; direitos; violência; saúde; mortalidade.

ABSTRACT

The objective of the text is to analyse whether access to rights guaranteed by the Bill of Elderly occurs differently between the black and non-black population and between men and women.

The first right established is the right to life which is violated by various causes, some is possible to be avoided by actions of the State, Family or Society. For example, the deaths by external or non -natural causes play an important role in the total deaths of this population. They represent 3.7% of the deaths that could be avoided and are more frequent among men; 4.3% of the total. Among these causes, the most important are the falls, followed by transport accidents and events whose intention is undetermined and for aggression. The impact of these deaths on life expectancy at birth is 3.1 years lost and at 60 years, 0.5 years of life. With this, the probability of a male newborn reaches old age is reduced from 85% to 79% and at 60 years of reaching 80 could be 44%, but is reduced to 39%. These differentials are even greater if the race/color is considered.

The intersection between sex and race leads to a difference of 12.4 years in the mean age at death for non black women when compared to black men. Black elderly people reported a worst health condition, which reflects in the growth of hospitalizations by falls and transport accidents. These are the ones that most use the public health system, which may be reflecting their unfavourable socioeconomic conditions and difficulty access to social services. It is important the development of public actions to promote and prevent the health of the elderly black population, with special attention to the black man.

Considering the right to housing and friendly environment, there were great architectural and urbanistic challenges to be faced in Brazil, especially in the northern region. The construction and/or adequacy of private and urban infrastructure equipment as well as increasing accessibility, mobility and safety are important for promoting the right to aging with autonomy, integration and social participation for the growing elderly population.

Synthesizing, access to the rights established by the Elderly Bill is not enjoyed by the same way by the elderly Brazilians. The heterogeneity of this population requires public policies that consider their differences. It is important to consider regional differences as well. A resident of the Northern Region ages in more adverse conditions than the resident in the Southeast. Increasing life expectancy is a great achievement to be celebrated, but it occurs differently between men and women, black and non -black etc Besides this, the quality of life of the long -lived is still a goal to be persecuted, in order to add "more life to the lived years" and it can be an important step towards building "a society for all ages" and that everyone can benefit from these gains.

Keywords: Elderly Statute; race; rights; violence; health; mortality.

1 INTRODUÇÃO

Seguindo a tendência mundial, o novo regime demográfico brasileiro se caracteriza pelo crescimento mais acentuado da população idosa, 60 anos ou mais, relativamente aos outros grupos etários. Em 2022, segundo o Censo Demográfico, a população idosa era constituída por cerca de 32,1 milhões de pessoas, o que correspondia a aproximadamente 16% da população brasileira.¹

A associação entre envelhecimento e dependência e a preocupação com a pressão desse processo sobre os gastos públicos dominaram os estudos e o debate sobre o tema no final do século XX e início do XXI, como mostram Camarano e Pasinato (2004). Mais recentemente, a preocupação com a qualidade de vida e a garantia dos direitos dessa parcela da população brasileira tem crescido. Nesse sentido, o Estatuto da Pessoa Idosa – Lei nº 10.741/2003 (Brasil, 2003) – é um marco importante ao regulamentar os direitos assegurados a essas pessoas no Brasil, dentre os quais destacamos o direito à vida, à saúde e à proteção social. A sua necessidade se justifica pelo não cumprimento de vários dos ditames expressos em outras peças legais, como a Constituição de 1988 – CF/1988 (Brasil, 1988) e a Política Nacional do Idoso (PNI) de 1994 (Brasil, 1994).

Muito embora essas peças legais, incluindo o Estatuto, consistam em grandes avanços no sentido de inclusão das pessoas idosas nas políticas sociais, todas elas consideram a população idosa como um grupo homogêneo, buscando uma “pretensão universalização”. O envelhecimento é um processo multifacetado; devendo, portanto, considerar as características básicas dos indivíduos, tais como idade, sexo e raça, e suas trajetórias de vidas marcadas por experiências heterogêneas e clivagens sociais (Oliveira, 2018; Lloyd-Sherlock, 2004).

Entre as diferenças importantes nas trajetórias das pessoas que vão refletir nas suas velhices, estão as desigualdades na escolaridade, as condições de trabalho e renda, bem como as relações sociais. Relações precárias de trabalho caracterizam a trajetória de pessoas negras no Brasil (Nobre, 2004; Negro e Gomes 2006; Camarano, 2003), sendo que as mulheres negras historicamente têm predominado no trabalho doméstico remunerado, em piores condições e com baixa proteção social. Isto pode comprometer a sua qualidade de vida nas idades mais avançadas. Baixo nível de escolaridade e renda insuficiente têm efeitos cumulativos prejudiciais ao longo da vida e geram eventos estressantes, que se associam às perdas ocasionadas pela redução da resiliência biológica e comportamental decorrentes do envelhecimento. Além disto, na

1. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal.

velhice, a vulnerabilidade social é agravada pelos preconceitos sociais em relação à idade, e entre os negros também pelo racismo, prejudicando o acesso a vários direitos, sobretudo à saúde e à proteção social (Neri e Vieira, 2013).

O objetivo deste texto é analisar se o acesso aos direitos assegurados pelo Estatuto da Pessoa Idosa ocorre de forma diferenciada entre a população negra e a não negra e entre homens e mulheres. Por população negra, considera-se aqueles que se autodeclararam pardos e pretos, e por não negra, os autodeclarados brancos, indígenas e amarelos. Corremos um risco metodológico ao somar a população indígena à não negra. O mais apropriado seria considerá-la como um grupo separado, dadas as suas especificidades. Contudo, o baixo número de observações nas pesquisas domiciliares não permite maiores desagregações; portanto, isto será feito apenas quando se trabalhar com informações censitárias.²

Assume-se que o recorte aqui utilizado é apenas para fins metodológicos, pois os mesmos são interrelacionados. Entendemos que a violação de direitos é uma forma de violência, ou o seu avesso, como apontado por Minayo (2004). Foram considerados os seguintes direitos: à vida, à saúde, à habitação, ao meio ambiente amigável e à não violência psicológica. Assim sendo, o trabalho está dividido em sete seções, sendo a primeira esta introdução. Na segunda seção, discute-se o direito à vida. Na terceira, apresenta-se o perfil de mortalidade dos idosos brasileiros, enquanto na quarta, o acesso a serviços de saúde. A quinta trata das condições de habitação e do entorno. A violência psicológica é considerada na sexta seção. A síntese dos resultados e os comentários finais encontram-se na sétima.

2 O DIREITO À VIDA

Para o Estatuto, “o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social” (Brasil, 2003, art. 8º). O artigo 9º do capítulo 2 assegura que “é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (Brasil, 2003).

Para medir como o acesso a esse direito está sendo assegurado aos dois grupos populacionais estudados, negros e não negros, e considerando a composição por sexo, foram utilizadas a proporção da população idosa e a idade média ao morrer.³ Podemos observar que, segundo o Censo Demográfico 2022, enquanto 55,5% da população brasileira

2. A população indígena foi responsável por 0,8% da população total brasileira em 2022.

3. A idade média ao morrer não foi calculada para as UFs dada a incompatibilidade dos dados de óbitos.

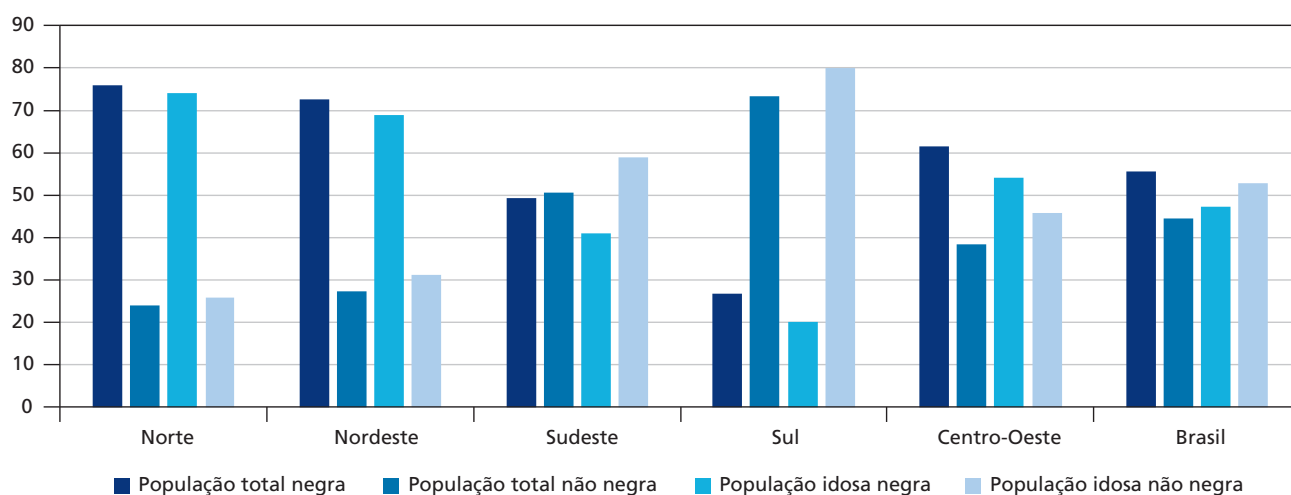
TEXTO para DISCUSSÃO

se autodeclara como negra, entre os idosos a proporção comparável é de 47,2% (gráfico 1).⁴ Proporcionalmente os não negros compõem a maioria da população idosa, o que sugere maiores dificuldades experimentadas pela população negra para chegar à velhice, como morte precoce, migração e/ou diferenças por idade na autodeclaração da raça/cor.

GRÁFICO 1

Proporção da população total e da idosa, segundo as Grandes Regiões, por raça/cor – Brasil (2022)

(Em %)



Fonte: Censo Demográfico (2022). Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal.

O gráfico 1 compara as referidas proporções segundo as Grandes Regiões do país. Pode-se observar que, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, mais de dois terços da população é negra, e no Sudeste, aproximadamente a metade. A região Sul é a que conta com a mais baixa proporção de negros, 26,7%. Por outro lado, em todas as regiões são encontradas proporções mais baixas de negros entre a população idosa. As maiores diferenças são observadas nas regiões Sul e Sudeste, enquanto as menores estão na região Norte.

Embora não se esteja considerando a população indígena isolada como objeto de estudo, apresenta-se aqui, em separado, a proporção deste grupo em relação às populações total e idosa. Segundo o Censo Demográfico 2022, a população indígena recenseada foi de 1,7 milhão de habitantes, dos quais 44,3% viviam na região Norte.⁵

4. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal.

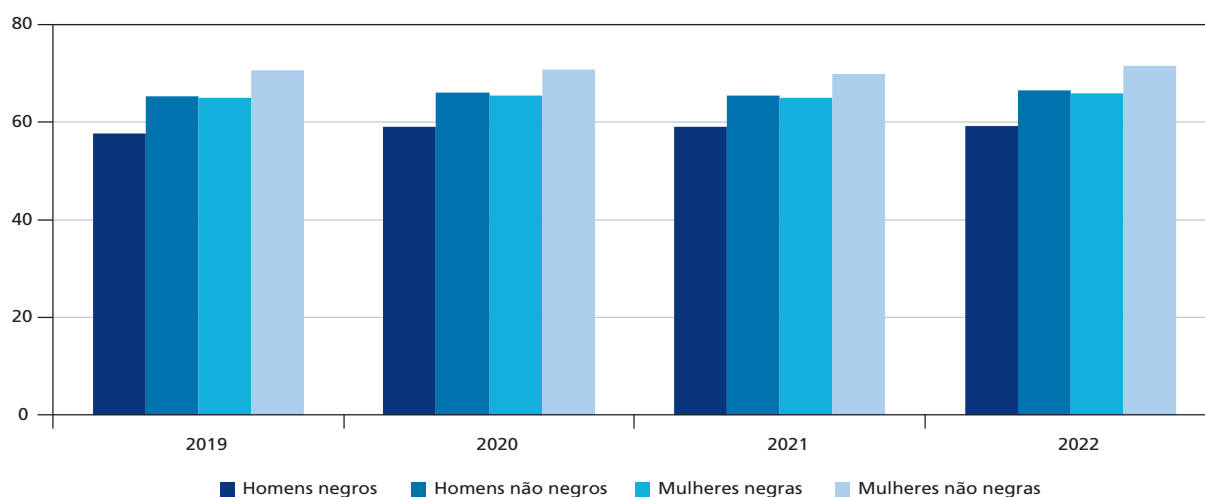
5. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal.

A proporção da população indígena que tem 60 anos ou mais é de 3,0%, sendo mais baixa do que a observada para a população total, 4,3%, o que aponta não só uma maior dificuldade desse grupo em chegar à velhice, mas também a existência de problemas na enumeração para a coorte mais velha.⁶

Como já mencionado, níveis de mortalidade diferenciados podem explicar parte dessa diferença. O gráfico 2 compara a idade média ao morrer da população brasileira, desagregada entre negros e não negros, homens e mulheres, em 2019, 2020, 2021 e 2022. Fica claro que o direito à vida tem sido conquistado diferentemente entre os sexos e os grupos raciais, embora se esteja comparando dados de período e não de coorte. As mulheres morrem mais tarde do que os homens, e os não negros, mais tarde do que os negros. Quando esses diferenciais se cruzam, pode-se observar, a partir dos dados de 2022, que uma mulher não negra morre 12,4 anos após um homem negro. A raça explica 59,3% deste diferencial, enquanto o sexo, os 40,7% restantes. Esta diferença diminuiu entre 2019 e 2021, passando de 12,9 anos a 10,9 anos, mas voltou a aumentar em 2022. Entre 2020 e 2021, período da pandemia, a diminuição no indicador pode ser explicada pela queda mais acentuada na idade ao morrer da população não negra, especialmente das mulheres.

GRÁFICO 2

Idade média ao morrer, por sexo e raça/cor – Brasil (2019-2022)



Fonte: DataSUS, do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (MS). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>. Acesso em: nov. 2023.

6. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal.

TEXTO para DISCUSSÃO

No caso dos diferenciais por raça, estes refletem várias situações de iniquidades, como o acesso à saúde,⁷ os diferenciais nas condições de vida e, também, a mais elevada incidência de óbitos por causas externas, que acomete mais a população negra em todas as idades. De acordo com Caldas *et al.* (2017), as crianças negras constituem 61,8% das que chegam a óbito com menos de 1 ano de vida. Cerqueira e Bueno (2023) mostraram que a taxa de homicídios por cada 100 mil habitantes negros foi sistematicamente mais elevada do que a de não negros entre 2011 e 2021. No último ano, a taxa alcançou 36,9 por 100 mil habitantes para os negros e 10,8 para os não negros.⁸ Isto é um dos fatores que explicam a dificuldade dessas pessoas em chegar à velhice.

Por sua vez, com respeito aos diferenciais por sexo, vários estudos apontam que os homens morrem mais do que as mulheres, diferença que acontece desde a mortalidade fetal. Além disto, estilo de vida, maior procura por serviços médicos e a proteção dada pelos hormônios da menstruação são favoráveis às mulheres. Isto leva à predominância das mulheres entre os idosos.

3 DE QUE MORREM ESSES IDOSOS?

Ao analisar as causas de morte das pessoas idosas, observamos que estas foram bastante afetadas nos anos de 2020 e 2021 pela pandemia da covid-19, o que levou à predominância de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias no total de óbitos; esta proporção foi bastante baixa entre 2011 e 2019. Em 2019, estas causas foram responsáveis por menos de 4% do total de óbitos e, em 2021, por aproximadamente um quarto. Dado este padrão atípico, serão consideradas as seis primeiras causas de morte de cada grupo populacional estudado em 2019 e 2022, buscando inferir se este perfil difere entre eles.⁹ Estas são doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, doenças endócrinas e metabólicas, doenças do aparelho digestivo e causas externas. Em conjunto, essas morbidades foram responsáveis por cerca de 80% dos óbitos dessa população em 2019 e, em 2022, diminuíram para valores próximos a 75% (gráfico 3).

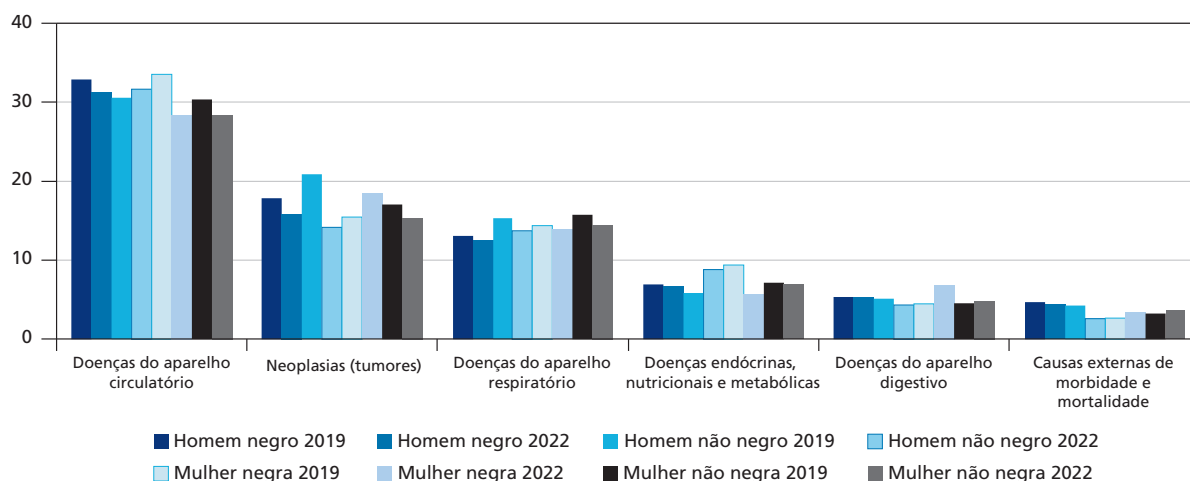
7. Ver situação já apontada em Brasil (2016); Rabelo *et al.* (2018) e Romero, Maia e Muzy (2019).

8. Consultar Cerqueira, Ferreira e Bueno (2021, p. 50) no gráfico 6.1 *Brasil: taxa de homicídios de negros e de não negros por 100 mil habitantes dentro destes grupos populacionais (2009 a 2019)*.

9. Não consideramos os anos de 2020 e 2021 dado o impacto causado pelos óbitos pela covid-19, que alterou conjunturalmente o padrão de causas de morte.

GRÁFICO 3**Proporção de óbitos, segundo as principais causas de morte, por sexo e raça/cor – Brasil (2019 e 2022)**

(Em %)



Fonte: DataSUS/Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>. Acesso em: nov. 2023.

De uma maneira geral, pode se dizer que o perfil de causas de mortes não difere significativamente entre os quatro grupos considerados. A diminuição no total dessas mortes se deveu à queda de mortes por neoplasias entre os homens. Para as mulheres negras, a redução se deveu às doenças endócrinas e metabólicas e do aparelho circulatório. A proporção de mortes por neoplasias também apresentou uma diminuição relativa. Por outro lado, observou-se também um aumento na proporção de mortes por doenças infecto contagiosas, que mais do que dobrou em todos os subgrupos, provavelmente ainda por efeito da covid-19.

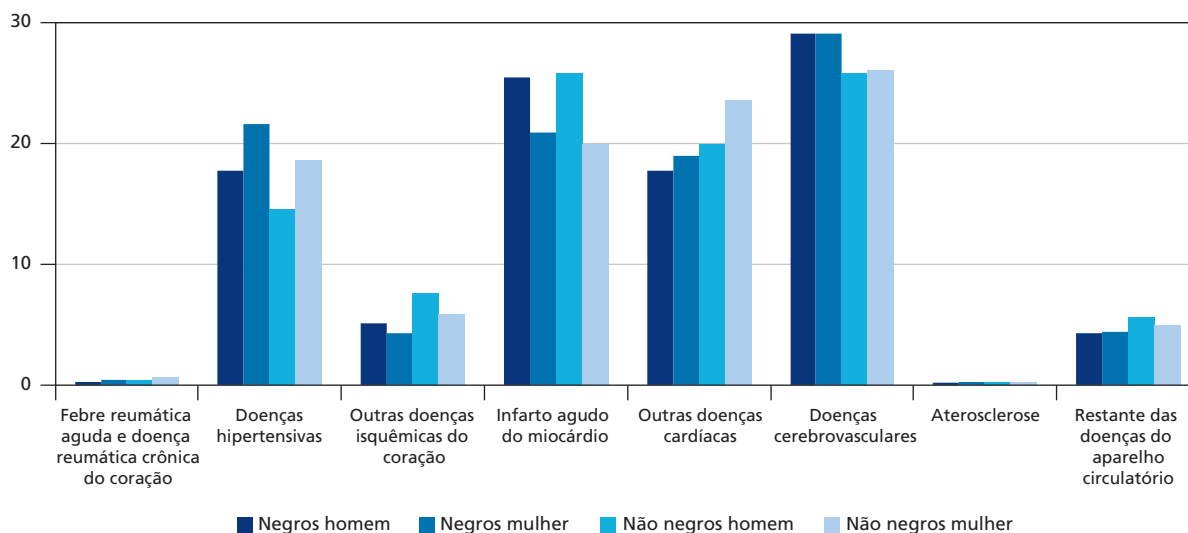
As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte. Quando se desagrega este conjunto de causas para 2022, observam-se algumas diferenças por raça/cor e sexo nesse padrão. Neste conjunto, predominam os óbitos por doenças cerebrovasculares, à exceção dos homens não negros onde se observou uma ligeira predominância das mortes por infarto do miocárdio. Esta proporção é elevada também para os homens negros. As doenças hipertensivas afetam mais as mulheres do que os homens, em especial as negras, já outras doenças cardíacas são importantes para as mulheres não negras (gráfico 4).

TEXTO para DISCUSSÃO

GRÁFICO 4

Distribuição dos óbitos por doenças cardiovasculares, segundo as subcausas, por sexo e raça/cor – Brasil (2022)

(Em %)



Fonte: DataSUS/SIM/MS. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>. Acesso em: nov. 2023.

Em relação às causas de morte, detalhou-se também o grupo de causas externas (gráfico 5). Estas, como visto anteriormente, são mais expressivas para os homens, mas tem crescido entre as mulheres não negras – neste caso, considera-se os anos 2019 e 2022. A mortalidade de pessoas idosas por causas externas – agressões, quedas e acidentes de transporte – apresenta diferenças significativas entre os sexos e os grupos raciais. Essas três causas foram responsáveis por cerca de 60% dos óbitos por causas externas em 2019.

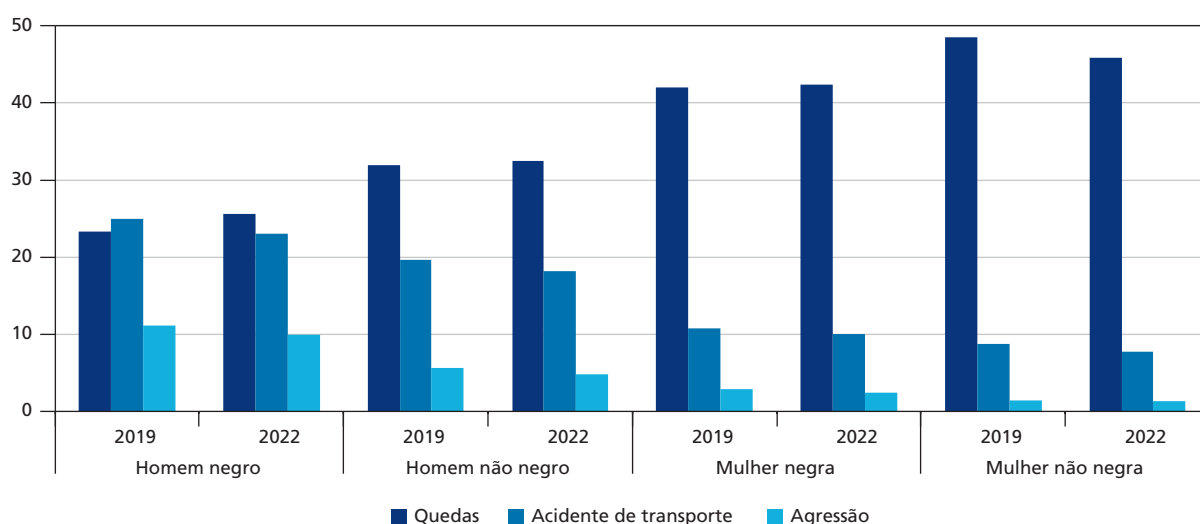
Entre essas causas, as mais importantes são, para todos os grupos, as quedas; mas, para as mulheres, as proporções são mais do que o dobro das observadas para os homens, independente da raça (gráfico 5). Em segundo e terceiro lugar em importância, colocam-se os acidentes de transporte – que são mais acentuados entre os homens, em especial entre os negros – e as agressões. Apesar da população idosa negra ser menor do que a não negra, quando se observa o total de óbitos por agressão em 2019, as pessoas negras são responsáveis por aproximadamente 61% do total e, deste percentual, 54% corresponde ao sexo masculino, refletindo uma diferença por raça e sexo. Comparando 2019 e 2022, as variações não foram muito expressivas.

Ao se observarem as demais causas externas em 2022, chama atenção a proporção de mortes que foram classificadas como “eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada”, mais elevadas entre as mulheres. Lesões autoprovocadas voluntariamente são mais importantes entre os óbitos masculinos.

GRÁFICO 5

Proporção dos óbitos por causas externas, segundo algumas causas selecionadas, por sexo e raça/cor – Brasil (2019 e 2022)

(Em %)



Fonte: Datasus/MS. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>. Acesso em: nov. 2023.

Obs.: As proporções referem-se ao total de óbitos por causas externas.

Embora os óbitos por causas externas não sejam muito expressivos entre os idosos, eles impactam sobremaneira a possibilidade de um indivíduo chegar às idades avançadas. Por exemplo, a expectativa de vida de um homem brasileiro estimada para 2022 foi de 71,3 anos. Sem os óbitos por causas externas, a expectativa teria sido de 74,5 anos, ou seja, foram 3,2 anos perdidos pela violência. Além disso, a probabilidade de um indivíduo atingir os 60 anos poderia ter sido de 84,8% em vez dos 78,8% estimados. Ou seja, de cada cem nascidos vivos, cerca de seis não alcançam os 60 anos. Entre os homens que chegam aos 60 anos, cinco não chegam aos 80 anos por causas externas, e a expectativa de vida aos 60 anos é reduzida em 0,5 ano (tabela 1).

TEXTO para DISCUSSÃO

TABELA 1

Expectativa de vida ao nascer e aos 60 anos e probabilidade de atingir a idade exata: homens brasileiros

Idade exata (anos)	Expectativa de vida (anos)		Probabilidade de atingir (%)	
	Observada	Eliminando causas externas	Observada	Eliminando causas externas
0	71,3	74,5	-	-
60	19,7	20,1	78,9	84,8
80	7,9	8,2	39,4	43,8

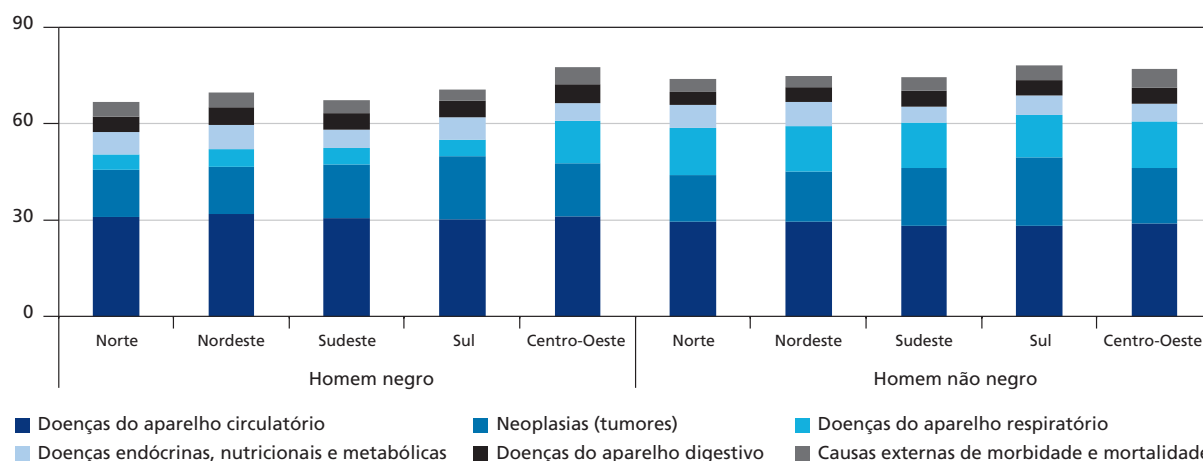
Elaboração das autoras.

Outra desagregação aqui apresentada é a regional. Os gráficos 6 e 7 apresentam a distribuição proporcional de óbitos pelas seis principais causas observadas para o Brasil, para negros e não negros, homens e mulheres, respectivamente. A proporção de óbitos por essas causas entre os homens negros variou de 77,7% a 66,7% – regiões Centro-Oeste e Norte, respectivamente. Neste caso, as doenças do aparelho respiratório e as causas externas explicam a diferença. Com relação aos homens não negros, a variação nessa proporção entre as regiões estudadas é menor, de 73,9% a 78,1% – regiões Norte e Sul, respectivamente. Na região Sul, destacam-se os óbitos por neoplasias.

GRÁFICO 6

Proporção dos óbitos masculinos pelas principais causas, segundo Grandes Regiões, por raça/cor – Brasil (2022)

(Em %)



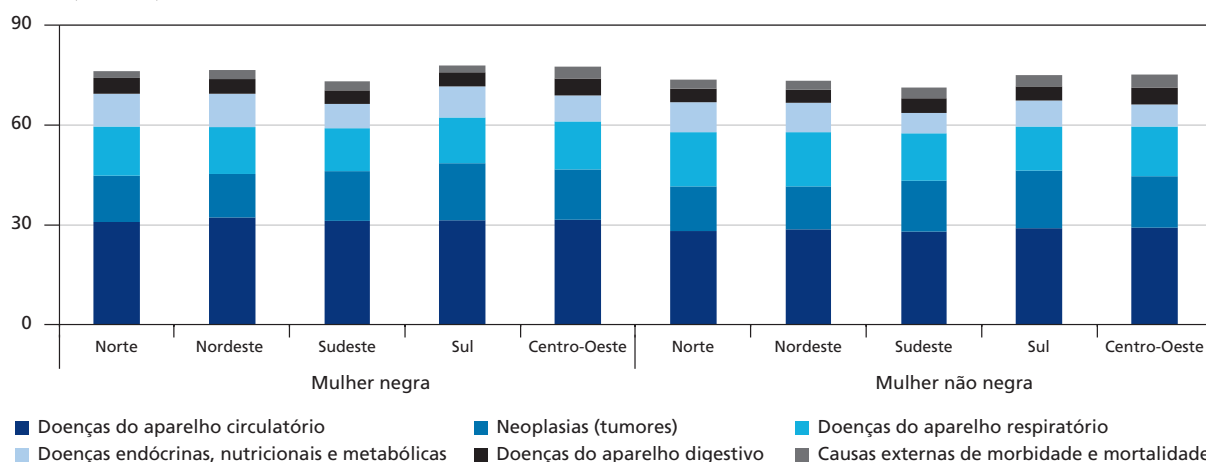
Fonte: DataSUS/SIM/MS. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>. Acesso em: nov. 2023.

No gráfico 7, encontram-se as mesmas proporções consideradas no gráfico 6, mas direcionadas às mulheres. Cerca de 75% dos óbitos das mulheres negras ocorrem por essas causas consideradas; as variações regionais não são expressivas. Por sua vez, com as mulheres não negras, a proporção comparável é ligeiramente menor, dada a menor proporção de óbitos por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Esta causa é mais elevada entre as mulheres negras, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Uma maior incidência de hipertensão e diabetes *melitus* entre a população negra já foi observada por Rabelo *et al.* (2018).

GRÁFICO 7

Proporção dos óbitos femininos pelas principais causas, segundo Grandes Regiões, por raça/cor – Brasil (2022)

(Em %)



Fonte: DataSUS/SIM/MS. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>. Acesso em: nov. 2023.

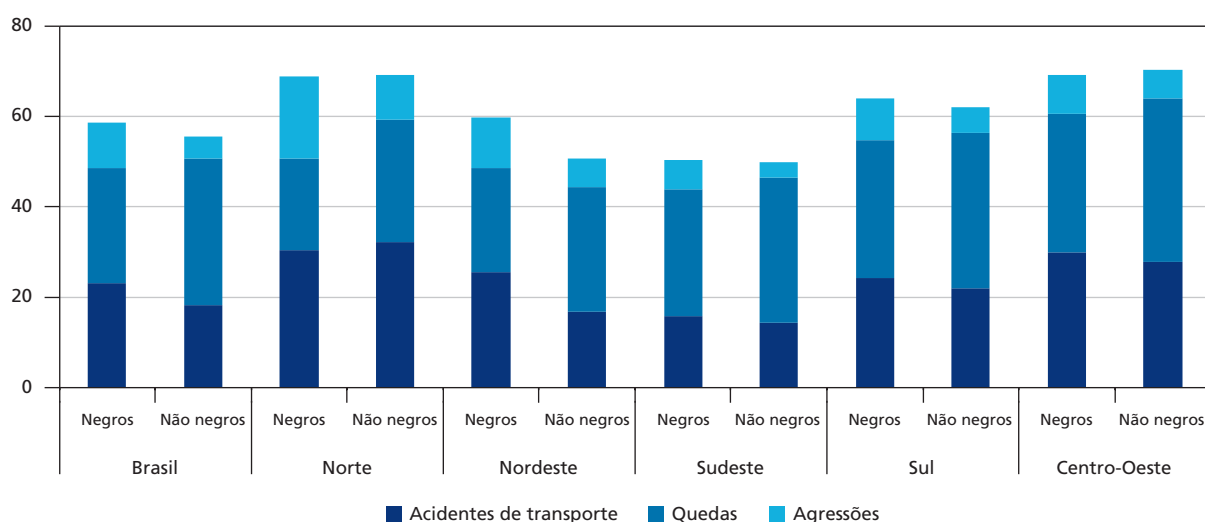
Em relação à desagregação regional dos óbitos por causas externas, considerou-se o ano de 2022 e apenas os homens idosos, dada a menor incidência desses casos entre as mulheres (gráfico 8). A proporção de mortes por essas três causas no total por causas externas variou de cerca de 50% entre negros e não negros na região Sudeste para valores próximos a 70% nas regiões Norte e Centro-Oeste. Essa maior proporção na região Norte se deve aos óbitos por agressão e acidentes de transporte. Por sua vez, na região Centro-Oeste, as referidas proporções foram mais elevadas, entre os não negros, para todas as três causas; enquanto entre os negros notou-se maior proporção para os acidentes de transporte e quedas. A proporção de óbitos pelas três causas apresentou uma variação significativa entre os dois grupos raciais; 59,8% e 50,7%, negros e não negros, respectivamente. Isto ocorreu dada a maior participação de óbitos por acidentes de transporte e agressões entre os idosos negros. Nas demais regiões e grupos populacionais, destacam-se as quedas, cuja proporção em todas as regiões é maior entre os não negros.

TEXTO para DISCUSSÃO

GRÁFICO 8

Proporção dos óbitos masculinos pelas principais causas externas (agressões, quedas e acidentes de transporte), segundo Grandes Regiões, por raça/cor – Brasil (2022)

(Em %)



Fonte: DataSUS/SIM/MS. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>. Acesso em: nov. 2023.

4 DIREITO À SAÚDE

O art. 15 do capítulo 4 do estatuto estabelece que

é assegurada a atenção integral à saúde da pessoa idosa, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente às pessoas idosas (Brasil, 2003).

Em 2009, instituiu-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), Portaria nº 992 (Brasil, 2009), com o objetivo de reduzir as desigualdades étnico-raciais, combater o racismo e a discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar disto, o boletim *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, número 17, publicado pelo Ipea, ressalta que essa política encontrou resistência na área de saúde, dado o discurso de que a cobertura do SUS é universal (Meira *et al.*, 2010). Realizaram-se algumas ações – como a inclusão da temática da saúde da população negra nos cursos de capacitação para os médicos que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) –, porém o boletim aponta que a falta de detalhamento

sobre essa execução não permite os resultados. A ausência de informações sobre as ações da PNSIPN é mais um obstáculo para a elaboração de estratégias de prevenção e promoção da saúde dos idosos negros.

Dado que esse grupo populacional não é homogêneo, o objetivo desta seção é, a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS (IBGE, 2019), realizada em 2019, e dos registros administrativos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) no período de 2019 a 2022,¹⁰ analisar como se dá o acesso à saúde dos idosos brasileiros de acordo com a região do país, por cor/raça e sexo. O acesso à saúde, realizado através da Rede SUS, pode ser medido por consultas médicas, internações, programas de prevenção, entre outros. Inicia-se esta seção analisando as condições de saúde dessa população dada a sua importância para a definição de estratégias de atendimento e, consequentemente, da demanda por consultas e programas de acompanhamento.

4.1 Condições de saúde

Um indicador importante das condições de saúde de pessoas idosas é a presença de doenças crônicas. Segundo a PNS de 2019, o percentual de idosos com pelo menos uma doença crônica foi de aproximadamente 75%. As mulheres reportaram um percentual mais elevado em comparação aos homens – 87,0% e 61,3%, respectivamente. Esse maior percentual provavelmente deve-se, entre outros aspectos, ao fato das mulheres acessarem os serviços de saúde desde a menarca/maternidade e, consequentemente, fazerem um maior acompanhamento da sua saúde ao longo de suas vidas, o que facilita o diagnóstico de doenças crônicas. Entre as regiões e cor/raça, os percentuais de idosos com doenças crônicas não apresentam grandes diferenças (gráfico 9).

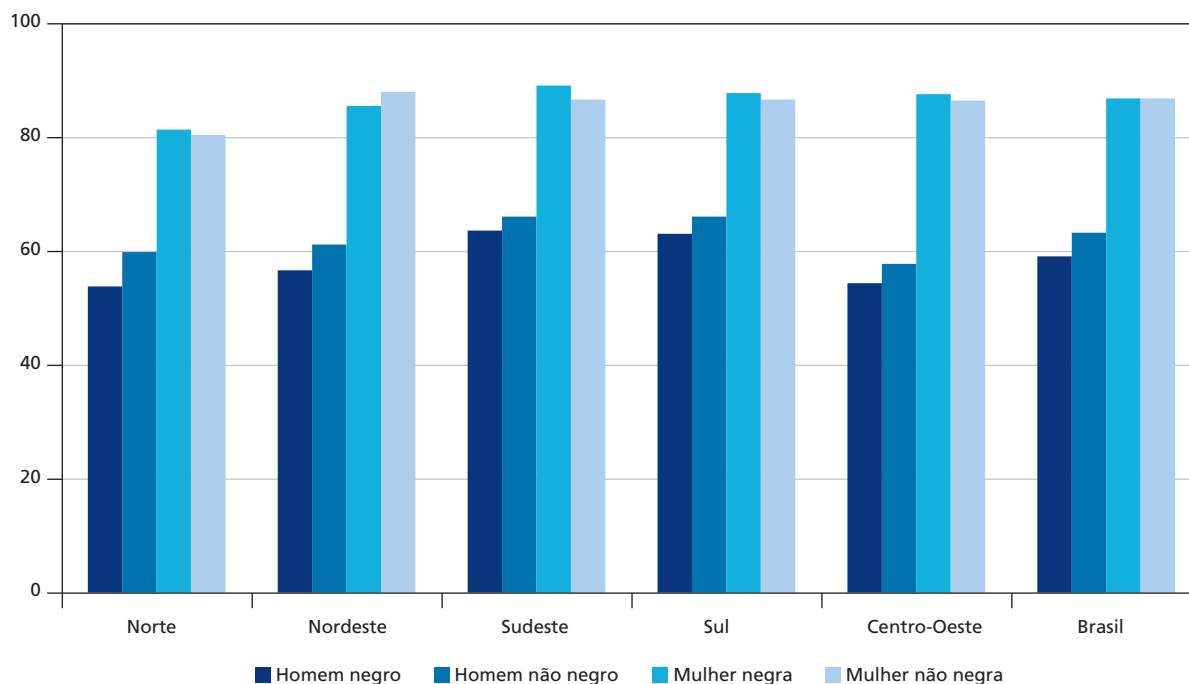
10. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>. Acesso em: jan. 2024.

TEXTO para DISCUSSÃO

GRÁFICO 9

Proporção de idosos com pelo menos uma doença crônica, segundo Grandes Regiões, por sexo e raça/cor – Brasil (2019)

(Em %)



Fonte: IBGE (2019).

As cinco principais doenças citadas pelos idosos em 2019 foram hipertensão, doença de coluna e costas, colesterol alto, diabetes, e artrite/reumatismo. A hipertensão é a doença crônica mais citada: 49,7% dos homens e 59,7% das mulheres reportaram experimentá-la (gráfico 10). O Norte é a região com o menor percentual de idosos hipertensos: 41,3% e 52,4%, homens e mulheres, respectivamente. Em todas as regiões, com exceção da Centro-Oeste, as mulheres negras reportaram um percentual mais elevado de presença desta doença em comparação às mulheres não negras (tabela 2).

TABELA 2**Principais doenças crônicas citadas pelos idosos por sexo e raça/cor – Brasil (2019)**

(Em %)

Regiões	Homem negro	Homem não negro	Homem Total	Mulher negra	Mulher não negra	Mulher total
Hipertensão						
Brasil	50,7	48,7	49,7	63,4	56,4	59,7
Norte	40,7	43,5	41,3	54,3	46,8	52,4
Nordeste	49,3	49,7	49,4	63,4	57,9	61,7
Sudeste	53,9	49,0	50,8	65,2	55,0	59,1
Sul	53,7	48,9	49,9	67,8	58,7	60,8
Centro-Oeste	53,6	45,1	50,0	59,5	61,1	60,2
Doença de coluna ou costas						
Brasil	26,9	24,3	25,5	35,5	35,1	35,3
Norte	27,5	28,6	27,7	29,8	29,4	29,7
Nordeste	26,8	26,5	26,7	35,0	33,1	34,4
Sudeste	27,2	23,6	25,0	38,2	35,9	36,8
Sul	28,8	24,2	25,1	34,3	35,6	35,3
Centro-Oeste	23,4	23,9	23,6	31,4	33,4	32,3
Colesterol alto						
Brasil	20,0	21,4	20,7	32,7	34,0	33,4
Norte	16,5	14,6	16,1	30,2	32,6	30,8
Nordeste	18,6	18,2	18,5	34,0	35,3	34,4
Sudeste	22,7	21,6	22,0	33,6	34,6	34,2
Sul	20,3	22,5	22,1	30,7	31,6	31,4
Centro-Oeste	17,7	25,0	20,8	27,2	34,1	30,4
Artrite ou reumatismo						
Brasil	8,4	8,2	8,3	24,9	26,4	25,7
Norte	10,0	14,4	10,9	24,5	28,7	25,5
Nordeste	7,3	7,7	7,4	24,9	25,2	25,0
Sudeste	8,4	8,1	8,2	25,6	26,4	26,1
Sul	12,5	7,8	8,8	22,1	27,0	25,9
Centro-Oeste	8,4	9,7	8,9	24,7	26,3	25,4
Diabetes						
Brasil	19,0	20,1	19,6	23,7	19,7	21,5
Norte	15,4	17,5	15,8	21,0	13,6	19,1
Nordeste	17,7	16,8	17,5	23,1	22,2	22,8
Sudeste	21,0	21,9	21,6	24,8	18,9	21,1
Sul	21,0	18,1	18,7	20,5	19,6	19,8
Centro-Oeste	18,5	21,5	19,7	27,5	23,7	25,4

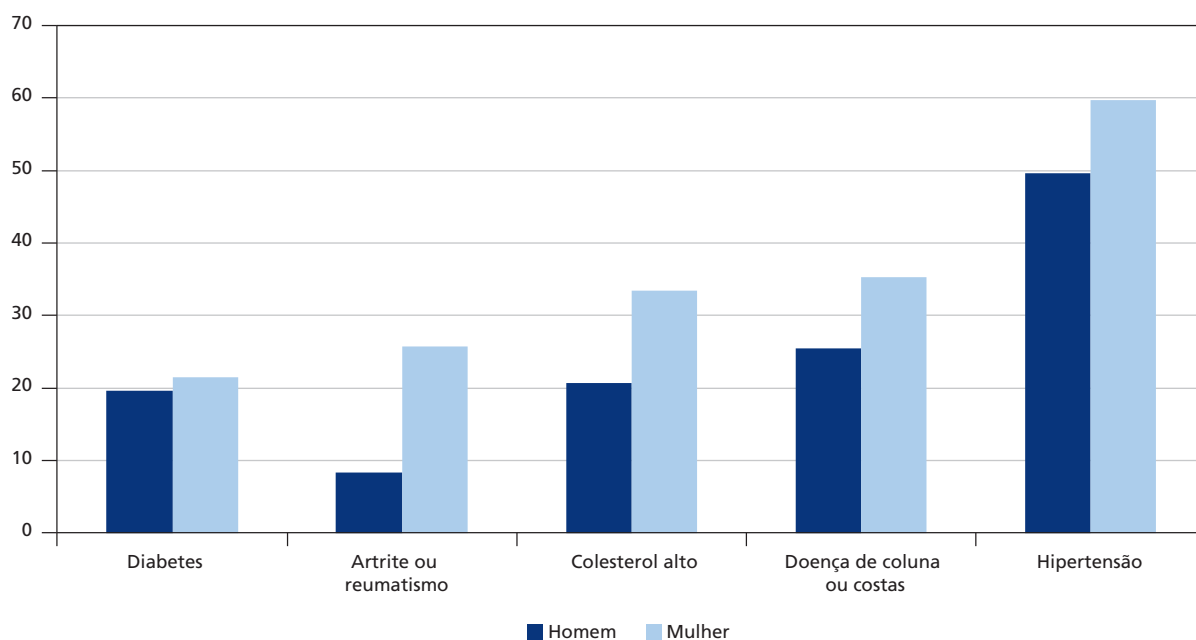
Fonte: IBGE (2019).

TEXTO para DISCUSSÃO

GRÁFICO 10

Proporção de idosos que reportaram experimentar as cinco principais doenças crônicas pelas doenças, por sexo – Brasil (2019)

(Em %)



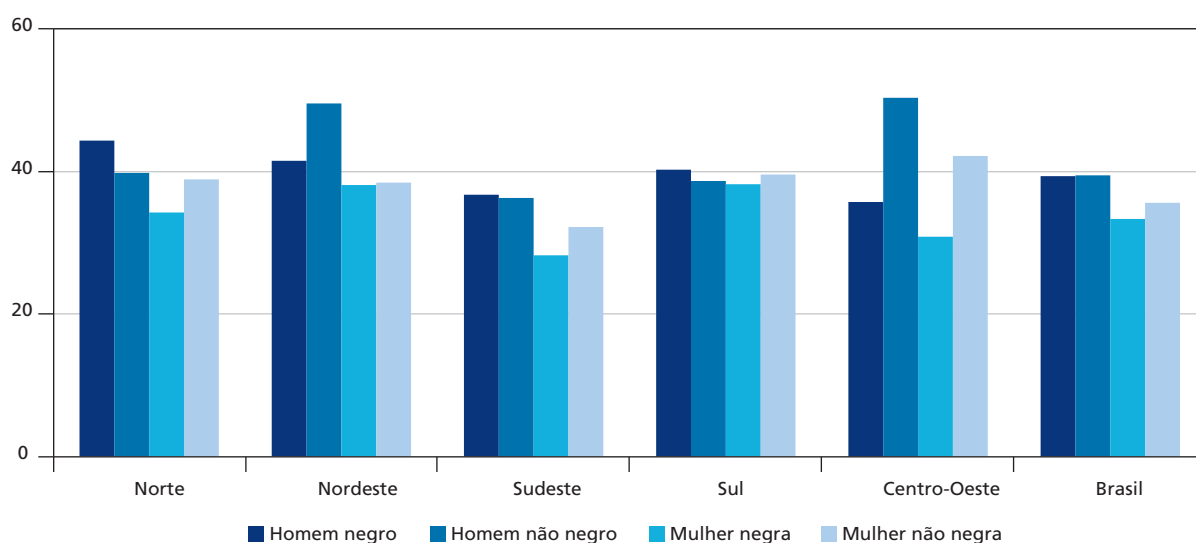
Fonte: IBGE (2019).

Dos idosos diagnosticados, cerca de 40% dos homens e 35% das mulheres declararam não fazer acompanhamento da hipertensão. O maior percentual de homens negros que não realizam acompanhamento foi encontrado na região Norte (44,3%). Por sua vez, nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, os não negros apresentaram maior proporção de não acompanhamento, aproximadamente 50% (gráfico 11).

GRÁFICO 11

Proporção de idosos diagnosticados com hipertensão e que não realizam o acompanhamento da doença, segundo Grandes Regiões, por sexo e raça/cor – Brasil (2019)

(Em %)



Fonte: IBGE (2019).

O não acompanhamento da hipertensão pode ser resultado de dificuldades de acesso ao serviço – como distância, dificuldade de transporte, tempo de espera, horário de funcionamento, falta de informação e de médicos, e/ou funcionamento irregular. Dificuldade de acesso foi citada por 14,5% dos homens negros e 18,9% das mulheres negras. Entre os não negros, o percentual foi de 8,8% para os homens e 11,5% para as mulheres.

O segundo grupo de morbidades que afeta a população idosa compreende doenças de coluna/costas e artrite/reumatismo. Entre aqueles que já possuem doenças crônicas, essa condição atinge mais as mulheres que os homens: 61,0% e 33,8%, respectivamente.

Outra doença crônica que faz parte do conjunto das cinco principais que acometem a população idosa é a diabetes *melitus*, que atinge 19,6% dos homens e 21,5% das mulheres. As proporções de idosos que experimentam a doença são bastante diferentes segundo as regiões. Em todas elas, as negras apresentam percentuais mais elevados comparado às não negras e os homens negros mais elevados do que os não negros. Entre as mulheres idosas negras e não negras, os maiores diferenciais são encontrados na região Norte, 21% e 13,6%, e na região Sudeste, 24,8% e 18,9%, respectivamente. Para os homens, os percentuais de diagnosticados são próximos entre negros e não negros.

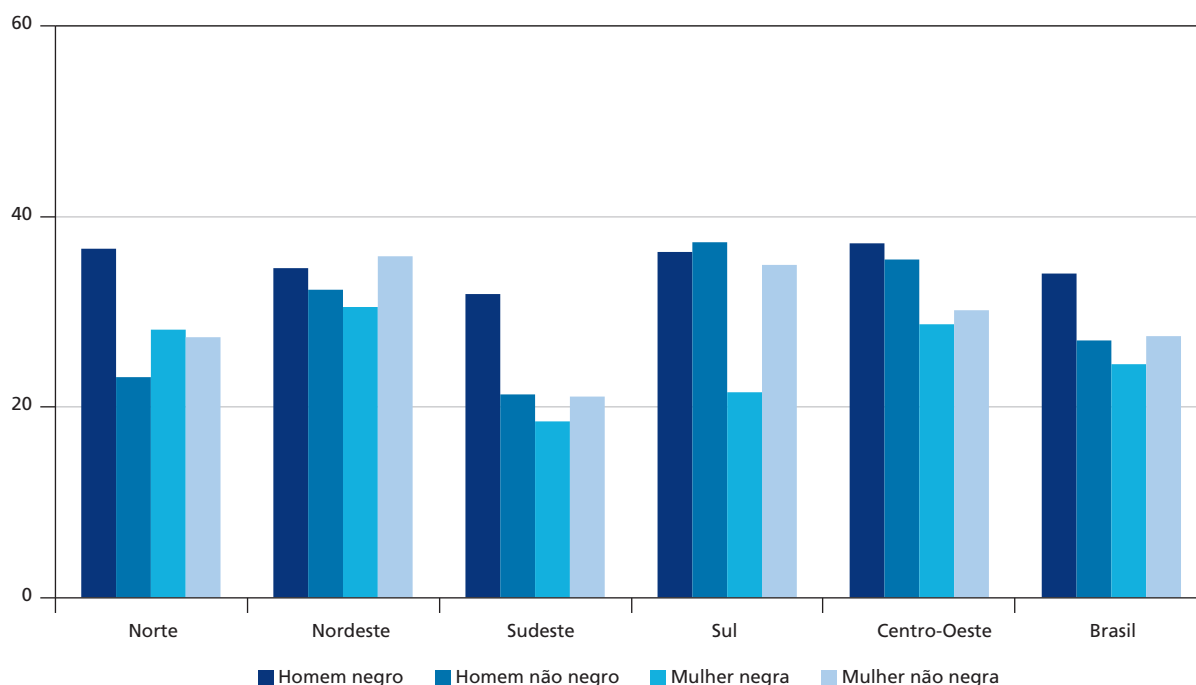
TEXTO para DISCUSSÃO

Quanto ao acompanhamento da diabetes *melitus*, 34,2% dos homens negros e 24,5% das mulheres não o realizavam; entre os não negros, as proporções comparáveis são similares entre homens e mulheres, 27,0% e 27,5%, respectivamente. Os maiores percentuais de idosos que não fazem acompanhamento são encontrados na região Norte, 36,6% dos homens negros. No Sul, aproximadamente um terço dos homens e mulheres não negros também não realizam o acompanhamento, uma proporção bem mais elevada do que a observada entre os negros (gráfico 12). Os motivos para não realizar o acompanhamento foram os mesmos para o caso da hipertensão, citados anteriormente. O maior percentual de dificuldades foi declarado pelos homens negros, 20,9%, e o menor pelos não negros, 9,6%. Entre as mulheres, os percentuais são semelhantes, 19,9% para as negras e 19,0% para as não negras.

GRÁFICO 12

Proporção de idosos diagnosticados com diabetes e que não realizam o acompanhamento da doença, segundo Grandes Regiões, por sexo e raça/cor – Brasil (2019)

(Em %)



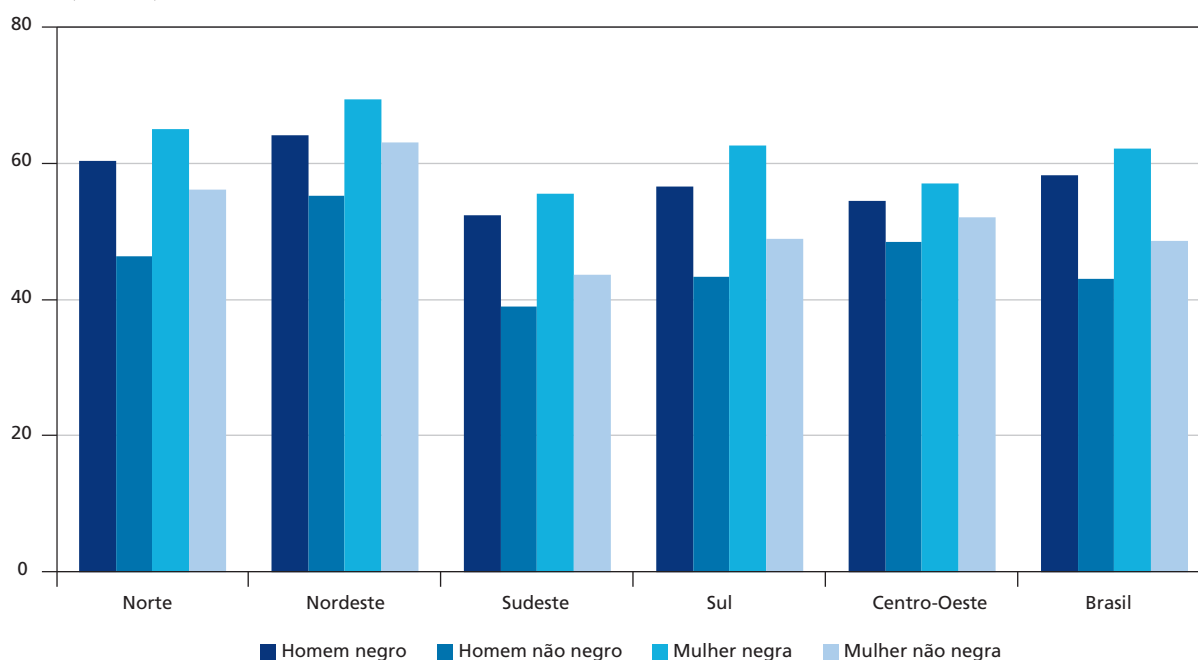
Fonte: IBGE (2019).

O que foi visto anteriormente se reflete na avaliação que os idosos fazem da sua própria saúde, como pode ser observado no gráfico 13. Os negros avaliam que suas condições de saúde são piores em comparação aos não negros. Nas regiões Norte, Sudeste e Sul, a proporção de homens negros que avaliou sua saúde como ruim é superior em cerca de 13 pontos percentuais (p.p.) em relação aos não negros. As mulheres avaliam a sua condição de saúde pior do que os homens em todos os grupos raciais, mas existem diferenças elevadas entre negras e não negras, principalmente nas regiões Sudeste e Sul.

GRÁFICO 13

Proporção de idosos que avaliam a própria saúde como regular, ruim e muito ruim, segundo Grandes Regiões, por sexo e raça/cor– Brasil (2019)

(Em %)



Fonte: IBGE (2019).

TEXTO para DISCUSSÃO

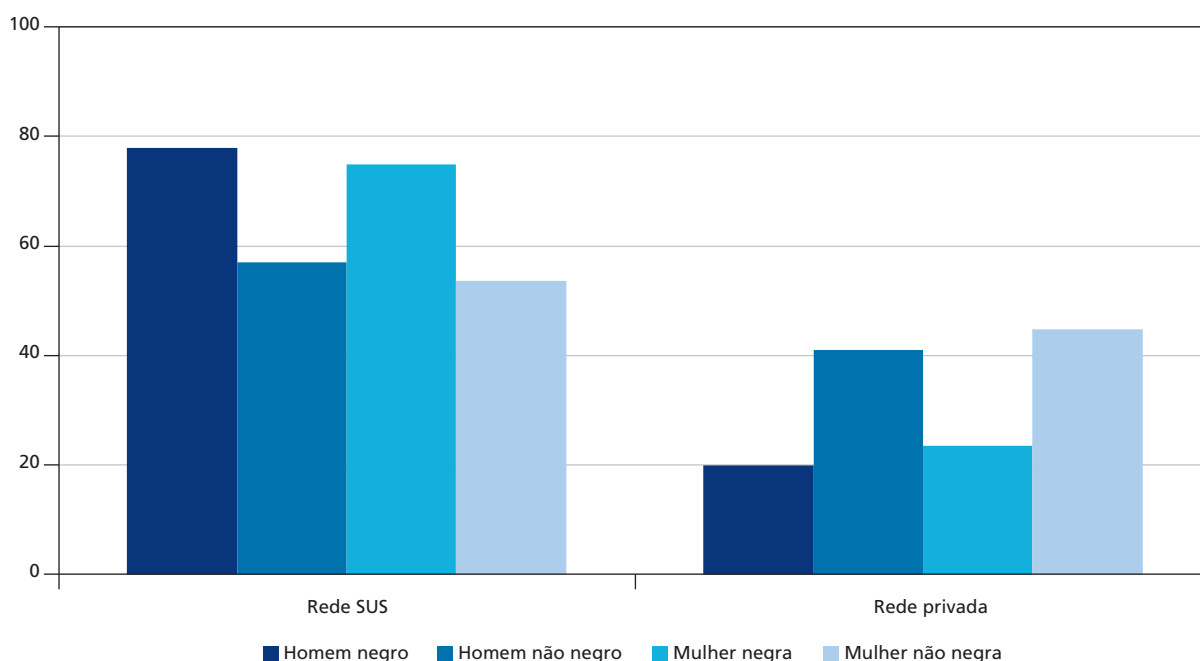
4.2 Acesso aos serviços de saúde

Vieira *et al.* (2023) observaram que a população negra tem menos acesso a serviços de saúde, apesar da CF/1988 garantir a universalidade do acesso ao SUS, o que é reforçado pelo Estatuto da Pessoa Idosa. Analisou-se a seguir se os idosos estão tendo acesso a esse sistema, avaliando se há, entre os negros e os não negros, igualdade no processo (gráfico 14). Os negros são os que mais utilizam a rede SUS, o que pode estar associado às suas condições socioeconômicas mais desfavoráveis. Em contrapartida, os não negros têm maior acesso à rede privada.

GRÁFICO 14

Proporção de idosos que procuram atendimento de saúde, segundo a rede, por sexo e raça/cor – Brasil (2019)

(Em %)



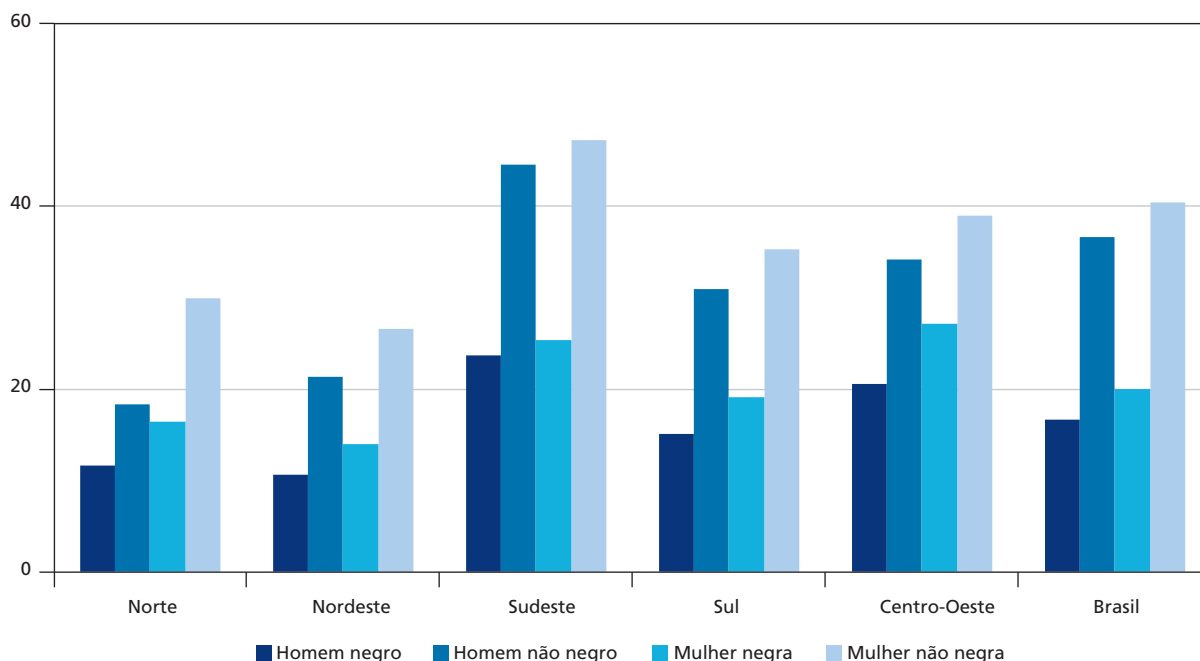
Fonte: IBGE (2019).

O percentual de idosos não negros que podem acessar o serviço privado de saúde (ter plano de saúde, por exemplo) é quase o dobro do de negros, 38,8% e 18,5%, respectivamente. Isto se verifica em todas as regiões (gráfico 15). A região Sudeste apresenta os maiores percentuais de idosos com essa cobertura e as maiores diferenças entre negros e não negros – tanto homens quanto mulheres –, as quais favorecem os não negros.

GRÁFICO 15

Proporção de idosos que possuem plano de saúde, segundo Grandes Regiões, por sexo e raça/cor – Brasil (2019)

(Em %)



Fonte: IBGE (2019).

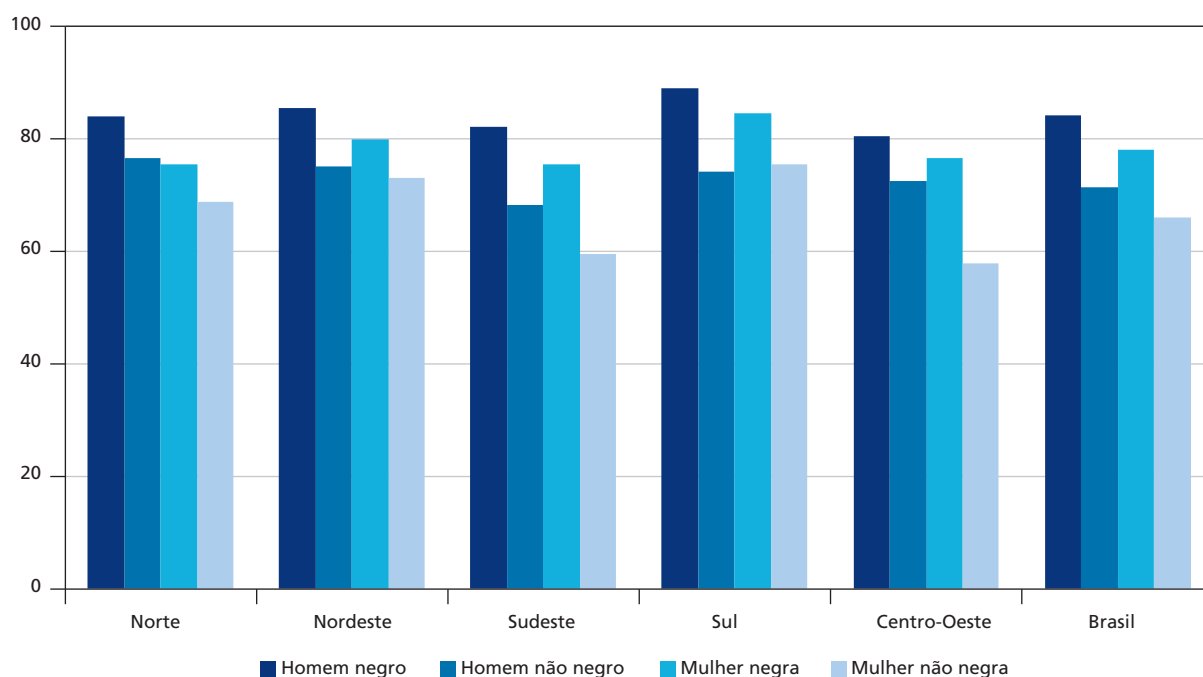
Quando se consideram os idosos que avaliaram a sua saúde como ruim, a rede SUS é a mais procurada em caso de necessidade de atendimento médico (gráfico 16), sendo os idosos negros os que mais a utilizam. Isso pode indicar condições socioeconômicas desiguais, o que torna o SUS o principal provedor de assistência à saúde para essa população. Na região Sul, se encontram as mais altas proporções de idosos que utilizam essa rede, 89,0% dos homens e 84,6% das mulheres. O mais baixo percentual de utilização foi observado entre mulheres não negras no Centro-Oeste, 57,8%, e entre homens e mulheres não negros na região Sudeste: 68,2% e 59,4%, respectivamente.

TEXTO para DISCUSSÃO

GRÁFICO 16

Proporção de idosos que avaliam a própria saúde como regular, ruim e muito ruim, e que procuram a rede SUS quando precisam de atendimento, segundo Grandes Regiões, por sexo e raça/cor – Brasil (2019)

(Em %)



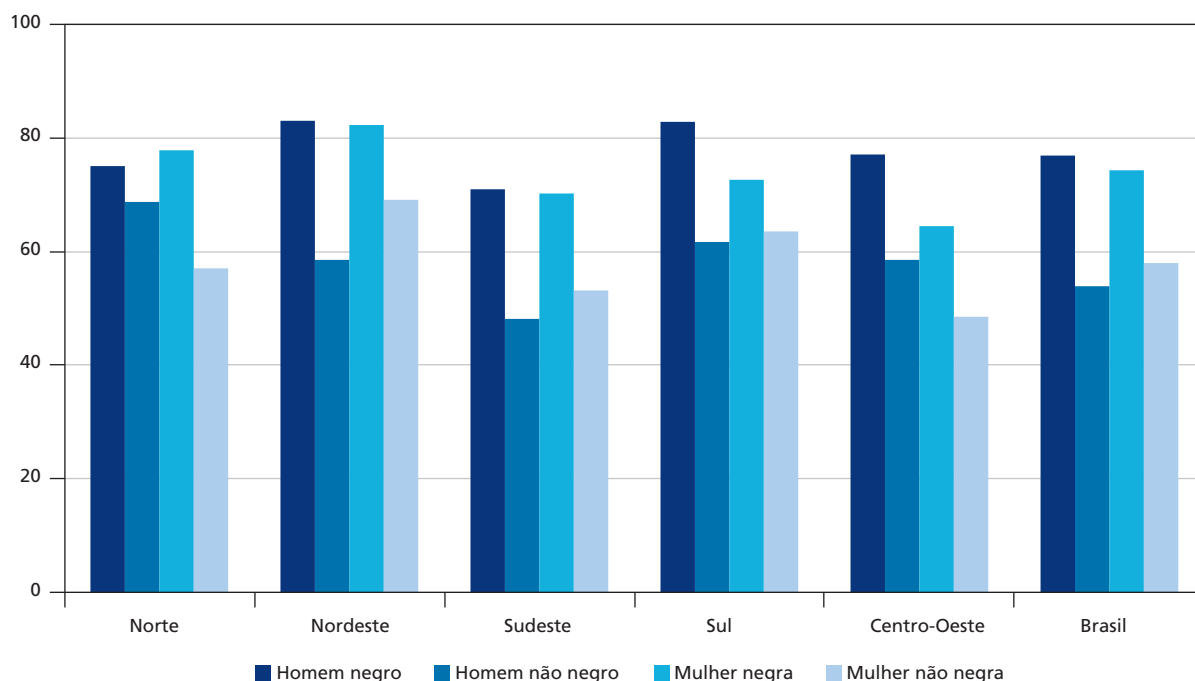
Fonte: IBGE (2019).

Entre os homens, os negros apresentam um percentual mais elevado em todas as regiões, com destaque para as regiões Nordeste e Sul. Para os homens não negros, os maiores percentuais de internação no SUS estão nas regiões Norte e Centro-Oeste. Quanto às mulheres, as negras apresentam um percentual mais elevado comparado com as não negras, principalmente na região Norte (gráfico 17).

GRÁFICO 17

Proporção de idosos que ficaram internados no último ano na rede SUS, segundo Grandes Regiões, por sexo e raça/cor – Brasil (2019)

(Em %)



Fonte: IBGE (2019).

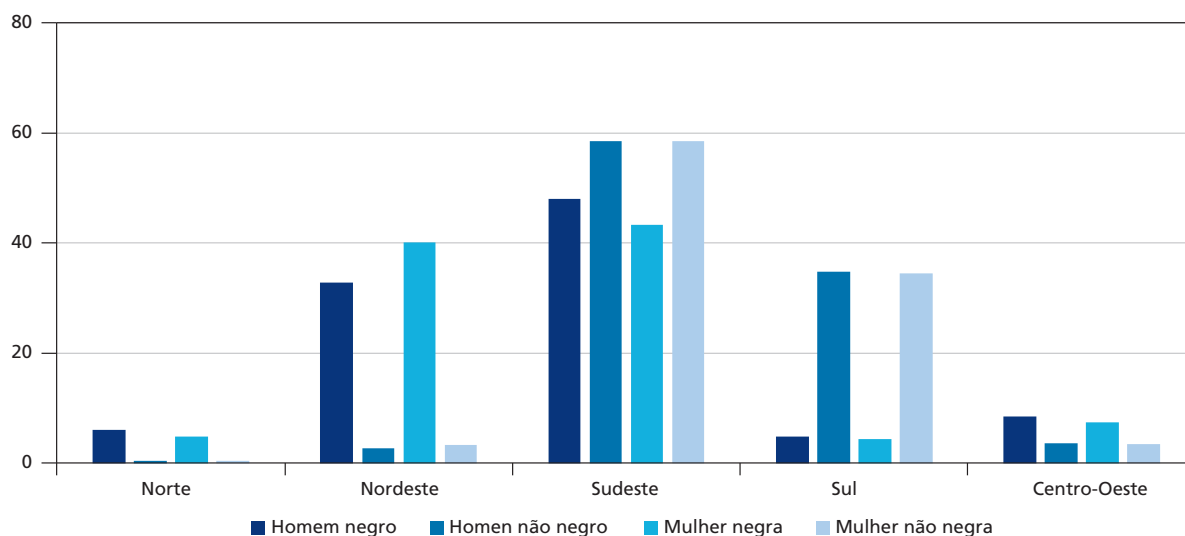
O gráfico 18 reforça o fato já observado de que a população negra idosa utiliza mais a rede SUS em comparação à não negra. Entre 2019 e 2022, as internações por quedas e acidentes de transporte apresentaram diferenças entre os sexos e grupos raciais. Em 2022, 135.647 pessoas foram internadas devido a quedas, em contraste a 22.571 pessoas hospitalizadas por causa de acidentes de transporte. As mulheres idosas foram responsáveis por 61,9% das internações por quedas, sendo que 32,3% dos casos ocorreram entre as não negras. A região Sudeste é responsável por 51,9% do total de casos. Por sua vez, a região Norte apresentou o menor número de idosos não negros internados e a Sul, o menor de negros. Estes dois últimos dados refletem a composição populacional de ambas as regiões.

TEXTO para DISCUSSÃO

GRÁFICO 18

Internações de idosos por quedas, segundo Grandes Regiões, por sexo e raça/cor – Brasil (2022)

(Em %)



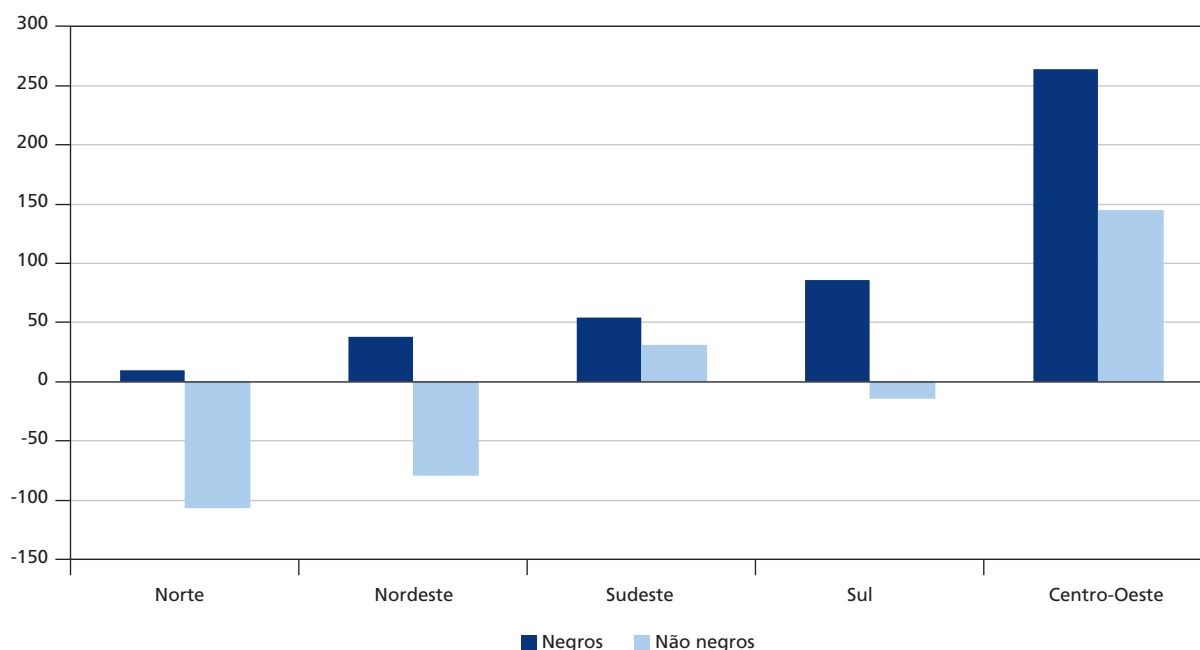
Fonte: SIH/SUS/MS. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>. Acesso em: nov. 2023.

Pode-se observar, na região Nordeste, uma predominância de pessoas idosas negras internadas por quedas – 32,7% de homens e 40,1% de mulheres. Por sua vez, na região Sul, a população idosa não negra é a que predomina – 34,7% de homens e 34,4% de mulheres. Apesar de pessoas idosas não negras apresentarem o maior número de internações por quedas, no período entre 2019 e 2022, é expressivo o crescimento de 69,7% no total de casos observados para a população negra, sendo 34,3% para homens e 35,3% para mulheres. Esse crescimento foi observado em todas as regiões, com destaque para Norte e Sudeste. Em relação à população não negra, o crescimento foi de 28,3%; mas, nas regiões Norte e Nordeste, verificou-se uma redução de 54,5% e 56,2%, respectivamente.

Em 2022, a população idosa negra concentrou 65,3% das internações por acidentes de transporte, sendo os homens responsáveis por 41,8% e as mulheres, por 23,4%. Na região Sudeste, observou-se o maior número de casos, 55,6% de internações da população idosa não negra em 2022 – um crescimento de 31,0% em comparação aos dados anteriores. Com relação aos idosos negros, a região Nordeste apresenta o maior número de internações de homens e a Norte é região com o menor número de internações por acidentes de transporte entre os não negros. O maior crescimento de internações entre 2019 e 2022 ocorreu na região Centro-Oeste, especialmente entre as mulheres negras, 157%. Na região Norte, verificou-se o menor crescimento destas internações para a população negra (gráfico 19).

GRÁFICO 19

Variação percentual no número de internações por acidentes de transporte de idosos, segundo Grandes Regiões, por raça/cor – Brasil (2019-2022)
(Em %)



Fonte: SIH/SUS/MS. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>. Acesso em: nov. 2023.

5 DIREITO À HABITAÇÃO E AO ENTORNO AMIGÁVEL

Os temas da habitação e do entorno amigável cruzam com vários direitos fundamentais resguardados aos idosos, dos quais destacaremos os direitos à liberdade, à vida, à saúde e à cidade. O direito à cidade está descrito no Estatuto da Cidade (Lei nº 10.257/2001), por meio do qual é definido como “o direito à terra urbana, à moradia, ao saneamento ambiental, à infraestrutura urbana, ao transporte e aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer, para as presentes e futuras gerações” (Brasil, 2001, art. 2º, inciso I).

No Brasil, o reconhecimento legal e institucional do direito à cidade contrasta com a realidade urbana cotidiana de negação de direitos; em especial, aos invisibilizados no processo de planejamento e produção do espaço urbano. Fatores como gênero, raça, idade, etnicidade e renda distribuem desigualmente os ônus e os benefícios da urbanização entre os indivíduos no território (Gorsdorf *et al.*, 2016¹¹ *apud* Amanajás e Klug, 2018, p. 30).

11. Gorsdorf, L. F. *et al.* Os silêncios da Nova Agenda Urbana da ONU. *Jornal Gazeta do Povo*, 6 jul. 2016.

TEXTO para DISCUSSÃO

O direito à liberdade é resguardado pelo Estatuto da Pessoa Idosa e compreende, entre outros aspectos, “a faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais” (Brasil, 2003, art. 10; § 1º; inciso I). Para o caso do idoso que, como afirmam Menezes e Bachion (2008¹² *apud* Varoto, Monteiro e Bernardinelli, 2019), tem a mobilidade reduzida devido ao processo natural do envelhecimento e/ou à presença de patologias, a falta de iluminação pública, pavimentação, calçadas, meio-fio/guia e rampa se apresentam como barreiras arquitetônicas e urbanísticas ao exercício pleno desse direito. Além disso, a inexistência dessas infraestruturas ou a sua inadequação ferem os princípios dos direitos à vida e à saúde, dado que aumentam os riscos de agravos, notadamente de quedas e lesões, que podem levar a óbito.

A maior parte das pessoas prefere envelhecer no local onde vivem, seja este a casa/lar ou a comunidade com a qual se identificam (Costa *et al.*, 2016). Portanto, isto diz respeito não apenas ao espaço físico, mas também a outras dimensões da vida, por exemplo, a psicológica, a cultural e a social. Referente ao espaço físico, incluem-se as partes internas da moradia e o seu entorno, que de forma conjugada podem oferecer maior ou menor qualidade de vida e condições de segurança à população idosa. Assim, a capacidade de continuar a viver em casa e na comunidade ao longo do tempo, com segurança e autonomia, depende de adaptações do ambiente físico e social à medida que se envelhece (OMS, 2008).

As informações da tabela 3 referem-se à proporção de idosos que vivem em ordenamentos urbanos regulares sem acesso ao entorno adequado, por Unidades da Federação, em 2010. Não se inclui, portanto, a realidade de cerca de 6% da população brasileira, que, na ocasião do Censo, vivia em domicílios localizados nas áreas dos, até então, denominados aglomerados subnormais.¹³

A desigualdade regional no acesso ao entorno adequado é expressiva, principalmente quando comparamos a realidade das regiões Sudeste e Sul com a região Norte, a qual apresenta as mais altas proporções de pessoas idosas vivendo sem acesso ao entorno adequado em quase todos os itens observados.

12. Menezes, R. L.; Bachion, M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas em idosos institucionalizados. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1209-1218, jul.-ago. 2008.

13. No Censo de 2022, o IBGE substituiu a denominação dos *aglomerados subnormais*, adotada desde 1991, por *favelas e comunidades urbanas* como resultado de ampla discussão com movimentos sociais, comunidade acadêmica e diversos órgãos governamentais. Contudo, não houve alteração no conteúdo dos critérios que estruturam a identificação e o mapeamento dessas áreas e que orientaram a coleta do Censo Demográfico 2022. Para mais informações, consultar nota metodológica em IBGE (2024).

TABELA 3

Proporção da população idosa que vive em ordenamento urbano regular, sem acesso a entorno adequado, segundo categorias, por Grandes Regiões – Brasil (2010)
(Em %)

	Sem iluminação pública	Sem pavimentação	Sem calçada	Sem meio-fio/guia	Sem bueiro/boca de lobo	Sem rampa para cadeirante
Brasil	2,6	13,6	24,2	17,7	55,5	93,8
Norte	7,2	31,3	60,3	47,6	68,4	96,8
Nordeste	3,4	21,1	29,3	27,0	80,0	97,5
Sudeste	1,9	6,9	13,4	9,1	49,2	93,1
Sul	2,6	18,2	38,2	23,7	34,0	91,0
Centro-Oeste	2,2	16,0	31,9	17,8	63,5	91,0

Fonte: Censo Demográfico 2010 (IBGE). Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/universo-caracteristicas-urbanisticas-do-entorno-dos-domicilios>. Acesso em: jan. 2024.

Obs.: O indicador refere-se ao número de idosos sem acesso às categorias que vivem em ordenamento urbano regular dividido pelo total de idosos que vivem em ordenamento urbano regular.

A proporção de pessoas idosas sem acesso à iluminação pública no Brasil é de 2,6%. As proporções comparáveis para as regiões Norte e Nordeste situam-se acima da média nacional, com proporções de 7,2% e 3,4% respectivamente. Para o total da população brasileira, a proporção de pessoas idosas vivendo em áreas urbanas sem pavimentação no entorno é de 13,6%. Apenas a região Sudeste está abaixo da média nacional. Norte e Nordeste apresentam as maiores proporções de idosos vivendo nestas áreas, respectivamente 31,3% e 21,1%.

Ao considerar a população idosa que vive em ambiente sem calçada, observa-se que os idosos residentes dos estados da região Norte apresentam uma proporção superior a 60%. Para o Brasil, a proporção de pessoas idosas em locais sem meio-fio/guia, 17,7%. Na região Norte, a proporção comparável é de 47,6% e no Sudeste, 9,1%. No conjunto dos idosos, 55,5% vive em ordenamento urbano sem bueiro/boca de lobo; no Sul, 34,0% e no Nordeste, 80,0%. Os dados sobre a inexistência de rampa são os menos desiguais, contudo, essa maior igualdade de condições revela um quadro alarmante generalizado: em todas as regiões as proporções são maiores que 90,0%.

TEXTO para DISCUSSÃO

A tabela 4 mostra que a maioria dos idosos brasileiros vive em domicílio com acesso adequado à água via rede geral de abastecimento (83,5%) e à destinação do lixo, feita via coleta por serviço de limpeza (90,8%), em 2022. A desigualdade no acesso a esses serviços públicos se revela quando comparamos os dados das regiões Norte e Nordeste em relação às demais. No caso da primeira região, podemos observar que cerca de 44% da população idosa vive em domicílio não ligados à rede geral de abastecimento de água e, no Sudeste são 90,4% os ligados.

Os dados sobre idosos em domicílios com banheiro de uso exclusivo conectado à rede geral de esgoto revelam piores condições de acesso e maior desigualdade regional. A proporção nacional é de 66,2%; contudo, enquanto a proporção no Sudeste é de 86,6%, no Norte é de apenas 25,5%.

TABELA 4

Proporção de idosos que vivem em domicílios permanentes com banheiro exclusivo ligado à rede geral de esgoto e com acesso adequado à água e à destinação do lixo – Brasil (2022)

(Em %)

	Banheiro de uso exclusivo ligado à rede geral de esgoto	Rede geral de abastecimento de água	Coleta de lixo por serviço de limpeza ¹
Brasil	66,2	83,5	90,8
Norte	25,5	55,8	78,7
Nordeste	43,1	76,2	81,0
Sudeste	86,6	90,4	96,5
Sul	61,4	84,3	93,8
Centro-Oeste	56,2	83,1	91,1

Fonte: Censo Demográfico 2022 (IBGE). Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/universo-caracteristicas-urbanisticas-do-entorno-dos-domicilios>. Acesso em: jan. 2024.

Nota: ¹ Coletado no domicílio por serviço de limpeza ou depositado em caçamba de serviço de limpeza.

Os dados revelam grandes disparidades regionais no direito à habitação e ao entorno amigável a serem garantidos principalmente via melhoria nos serviços e infraestruturas urbanas e com adaptações urbanísticas e arquitetônicas às realidades dos idosos.

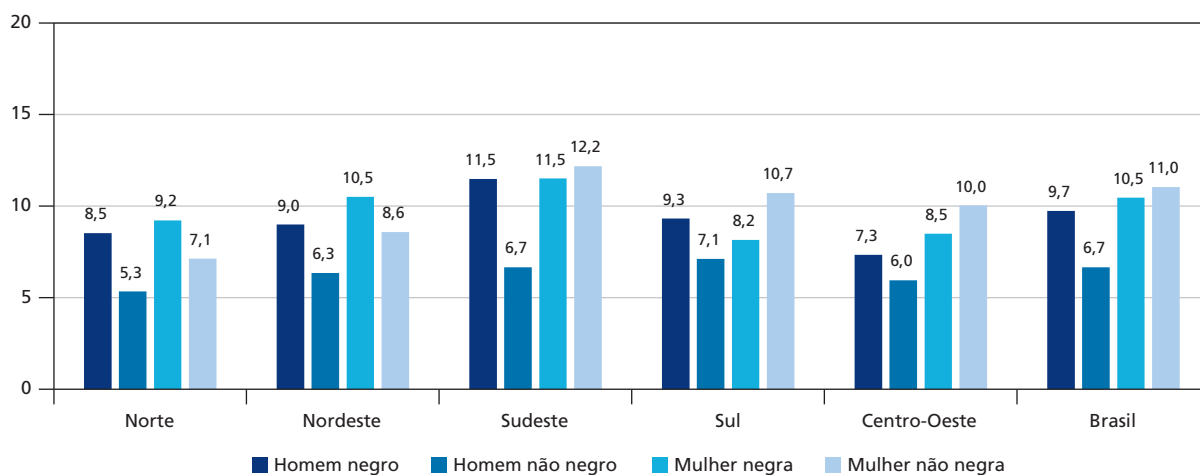
6 VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 levantou informações sobre violência psicológica, com base na autodeclaração. Consideramos, no gráfico 20, a proporção de pessoas que declarou ter sofrido pelo menos uma das violências elencadas no questionário.¹⁴

As mulheres idosas são as que reportaram experimentar maior violência psicológica, 11,0% das não negras e 10,5% das negras. Os que menos sofrem são os homens idosos não negros, 6,7%. A subnotificação dos casos de violência psicológica ainda é muito expressiva no Brasil. Dentre os aspectos destacados para explicar essa situação, Brasil (2013) e Minayo (2004) apontam para o fato de serem formas de violências difusas, generalizadas, medo de denunciar por relação de dependência com o agressor e/ou de agravamento da situação de violência por incapacidade devido a alguma fragilidade, entre outras razões.

GRÁFICO 20

Idosos que disseram ter sofrido violência psicológica, segundo Grandes Regiões, por sexo e raça/cor – Brasil (2019)
(Em %)



Fonte: IBGE (2019).

Considerando as diversidades regionais, observa-se que, na região Sudeste, há maior proporção de população idosa que reportou ter sofrido violência psicológica, à exceção dos idosos não negros. Proporcionalmente, mais pessoas negras informaram

14. As perguntas consistem em: “Nos últimos doze meses, alguém: i) te ofendeu, humilhou ou ridicularizou na frente de outras pessoas?; ii) gritou com você ou te xingou?; iii) usou redes sociais ou celular para ameaçar, ofender, xingar ou expor imagens suas sem o seu consentimento?; iv) te ameaçou de ferir ou machucar alguém importante para você?; e v) destruiu alguma coisa sua de propósito?”.

TEXTO para DISCUSSÃO

sofrer violência psicológica nas regiões Norte e Nordeste, respectivamente 9,2% e 10,5% das idosas negras e 8,5% e 9,0% dos idosos negros. No Sul e no Centro-Oeste, as idosas não negras são as que declararam proporções mais elevadas.

7 SÍNTESE DOS RESULTADOS E COMENTÁRIOS FINAIS

O texto buscou analisar o acesso da população de 60 anos ou mais aos direitos assegurados pelo Estatuto da Pessoa Idosa, considerando a desagregação entre a população negra e não negra e entre homens e mulheres.

Para o estatuto, “o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social” (Brasil, 2003, art 8º). O artigo 9º do capítulo 2 assegura que “é obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (Brasil, 2003). Este primeiro direito é violado por várias causas, sendo uma delas possível de ser evitada por ações do Estado, da família ou da sociedade. Por exemplo, observando o perfil de causas de morte da população idosa em 2022, verifica-se que as causas externas ou não naturais desempenham um papel importante no total de óbitos dessa população: representam 3,7% dos óbitos, os quais poderiam ser evitados, sendo mais frequentes entre os homens (4,3% dos óbitos por causas externas). Entre essas causas, as mais importantes são as quedas, os acidentes de transporte e de eventos cuja intenção é indeterminada, bem como as agressões. A soma das três representa 70,7% do total de causas externas.

Foi mensurado o impacto desses óbitos na expectativa de vida ao nascer e aos 60 anos. Estimou-se que em 2022 um homem poderia esperar viver 71,3 anos; Sem os óbitos por causas externas, este indicador seria de 74,5 anos, ou seja, 3,1 anos perdidos. Com isto, a probabilidade de um indivíduo alcançar a velhice é reduzida de 85% para 79%. Este indicador é fortemente afetado pela mortalidade ocorrida entre 15 anos e 39 anos. No entanto, alcançando os 60 anos, um idoso do sexo masculino perde 0,5 ano de vida por essas mortes e a probabilidade de se chegar aos 80 anos fica reduzida em 5 p.p. – poderia ser de 44%, mas foi de 39%. Estes diferenciais são ainda maiores se a raça/cor for considerada.

No entanto, as quedas são causas externas de mortalidade que afetam muitas mulheres. As proporções são mais do que o dobro das observadas para os homens, independentemente da raça. Entre vários fatores, salientamos a osteoporose, que incide mais sobre as mulheres, o que requer campanhas de prevenção desde a menopausa. Não se consideraram os impactos de quedas e demais acidentes na qualidade de vida dos sobreviventes, que certamente fica afetada.

Por sua vez, a interseção entre sexo e raça leva a uma diferença de 12,4 anos na idade média ao morrer em prol das mulheres não negras quando comparada aos homens negros. A raça explica 59,3% deste diferencial e o sexo, os 40,7% restantes. Desde a condição fetal, a mortalidade masculina é mais elevada. Além disto, o estilo de vida, a maior procura por serviços médicos e a proteção dada pelos hormônios da menstruação são favoráveis às mulheres. Os diferenciais por raça/cor podem refletir situações de iniquidades vivenciadas ao longo da vida, como o menor acesso aos serviços de saúde, os diferenciais nas condições de vida e, também, a mais elevada incidência de óbitos por causas externas, que acomete mais a população negra em todas as idades, como foi visto.

Ao se chegar à velhice, o perfil de causas de mortes não difere significativamente entre os quatro grupos considerados – as doenças do aparelho circulatório são a principal causa. Desagregando esse grupo de causas, observou-se uma predominância de óbitos por doenças cerebrovasculares, à exceção dos homens não negros – os quais se destacaram pelas mortes por infarto do miocárdio. As doenças hipertensivas afetam mais as mulheres do que os homens, em especial as negras, isto se verifica tanto no percentual de óbitos quanto na convivência com essa doença.

O Norte é a região com o menor percentual de idosos hipertensos, o que pode apontar para uma dificuldade de diagnósticos, bem como para um tipo de alimentação mais concentrada em peixes e frutos da terra – fator que ajuda na prevenção desta doença. Chama-se atenção, também, para as dificuldades no acompanhamento de doenças, como no caso da hipertensão, também mais frequente nessa região. O não acompanhamento da hipertensão, mais frequente entre homens e mulheres negras, pode ser resultado de dificuldades de acesso ao serviço, como distância, dificuldades de transporte, tempo de espera, falta de informação, irregularidades no horário de funcionamento dos centros de saúde e das consultas médicas.

Os idosos negros reportaram uma pior condição de saúde, o que está expresso no crescimento das internações por quedas e acidentes de transporte. Esse foi o grupo que mais utilizou a rede SUS, fato que pode refletir as condições socioeconômicas desfavoráveis, as desigualdades e a dificuldade de acesso a serviços sociais que se iniciam na infância (Vieira *et al.*, 2023). Assim, são importantes ações de promoção e prevenção da saúde da população idosa negra, com especial atenção ao homem negro, pois são eles os que mais procuram atendimento na rede SUS e os que mais ficam internados, em comparação aos idosos não negros.

Considerando o direito à habitação e ao entorno amigável, também se observam grandes desafios arquitetônicos e urbanísticos a serem enfrentados no Brasil,

TEXTO para DISCUSSÃO

especialmente na região Norte. A construção e a adequação dos equipamentos privados e públicos de infraestrutura urbana, bem como o aumento da acessibilidade, da mobilidade e da segurança, são importantes para a promoção do direito ao envelhecimento com autonomia, integração e participação social para a crescente população idosa.

Sintetizando, gostaríamos de reforçar que o acesso aos direitos estabelecidos pelo Estatuto da Pessoa Idosa não é desfrutado da mesma forma pelos idosos brasileiros. Como a população idosa é heterogênea, as políticas públicas deveriam considerar as suas diferenças. Por exemplo, as mulheres são mais atingidas por quedas, dada a sua constituição genética agravada pelo meio ambiente hostil. As mulheres negras são as que mais reportaram ter experimentado situações de ofensas, humilhações, ameaças ou outro dano emocional, entre outras diferenças. As diferenças regionais também precisam ser consideradas. Um residente da região Norte envelhece em condições mais adversas do que o residente na região Sudeste.

O aumento da expectativa de vida é uma grande conquista a ser celebrada, mas ela ocorre diferenciadamente entre homens e mulheres, negros e não negros. Além disso, a qualidade de vida dos longevos ainda é uma meta a ser perseguida, para que se possa acrescentar “mais vida aos anos vividos”. Para isto, esforços para reduzir a violência contra os idosos são importantes para a construção de “uma sociedade para todas as idades” em que todos possam se beneficiar desses ganhos.

REFERÊNCIAS

AMANAJÁS, R.; KLUG, L. Direito à cidade, cidades para todos e estrutura sociocultural urbana. In: COSTA, M. A.; THADEU, M.; FAVARÃO, C. B. (Org.). **A Nova Agenda Urbana e o Brasil**: insumos para sua construção e desafios a sua implementação. Brasília: Ipea, 2018. p. 29-44.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm.

BRASIL. Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 jul. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10257.htm.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 maio 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático saúde da população negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. v. 7. (Painel de Indicadores SUS, n. 10).

CALDAS, A. D. R. et al. Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demográfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, p. 1-13, 2017.

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

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, set. 2004. p. 253-292.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. (Coord.). **Atlas da violência 2023**. Brasília: Ipea; FSBP, 2023.

CERQUEIRA, D.; FERREIRA, H.; BUENO, S. (Coord.). **Atlas da violência 2021**. São Paulo: FBSP, 2021.

COSTA, S. et al. Habitação e urbanismo. In: ALCÂNTARA, A. de O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Org.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 295-322.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde de 2019: microdados da amostra**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sobre a mudança de aglomerados subnormais para favelas e comunidades urbanas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. (Notas Metodológicas, n. 1). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102062>.

LLOYD-SHERLOCK, P. Ageing, development and social protection: generalisations, myths and stereotypes. In: LLOYD-SHERLOCK, P. (Ed.). **Living longer: ageing, development and social protection**. Londres: Unrisd; Nova York: Zed Books, 2004.

TEXTO para DISCUSSÃO

MEIRA, A. P. B. et al. Igualdade racial. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 18, 2010. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4314/1/bps_18_2010_IRacial.pdf.

MINAYO, M. C. de S. **Violência contra idosos**: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

NEGRO, A. L.; GOMES, F. Além de senzalas e fábricas: uma história social do trabalho. **Tempo Social**, v. 18, n. 1, p. 217-240, 2006.

NERI, A. L.; VIEIRA, L. A. M. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 419-432, 2013.

NOBRE, M. Trabalho doméstico e emprego doméstico. In: COSTA, A. A. et al. (Org.). **Reconfiguração das relações de gênero no trabalho**. São Paulo: CUT Brasil, 2004. p. 61-69.

OLIVEIRA, I. C. O processo de envelhecimento brasileiro, racismo e gênero: aproximações necessárias. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16., 2018, Vitória, Espírito Santo. **Anais...** 2018.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia global**: cidades amigas das pessoas idosas. Suíça: OMS, 2008. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/Brasil_Amigo_Pessoa_Idosa/publicacao/guia-global-oms.pdf.

RABELO, D. F. et al. Racismo e envelhecimento da população negra. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 21, n. 3, p. 193-215, 2018.

ROMERO, D. E.; MAIA, L.; MUZY, J. Tendência e desigualdade na completude da informação sobre raça/cor dos óbitos de idosos no Sistema de Informações sobre Mortalidade no Brasil, entre 2000 e 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. 1-13, 2019.

VAROTO, V. A. G.; MONTEIRO, L. C. A.; BERNARDINELLI, I. Envelhecimento e acessibilidade urbana: espaços ao redor de um conjunto habitacional para idosos de baixa renda. **Latin American Journal of Business Management**, Taubaté, v. 10, n. 1, p. 92-103, jan.-jun. 2019. Disponível em: <https://www.lajbm.com.br/index.php/journal/article/view/558/246>. Acesso em: 14 dez. 2023.

VIEIRA, P. P. F. et al. **Envelhecimento e desigualdades raciais**. São Paulo: Cebrap, 2023.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Coordenação

Aeromilson Trajano de Mesquita

Assistentes da Coordenação

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elias de Souza

Supervisão

Ana Clara Escórcio Xavier

Everson da Silva Moura

Revisão

Alice Souza Lopes

Amanda Ramos Marques Honorio

Barbara de Castro

Cayo César Freire Feliciano

Cláudio Passos de Oliveira

Clícia Silveira Rodrigues

Denise Pimenta de Oliveira

Nayane Santos Rodrigues

Olavo Mesquita de Carvalho

Reginaldo da Silva Domingos

Susana Souza Brito

Yally Schayany Tavares Teixeira

Jennyfer Alves de Carvalho (estagiária)

Katarinne Fabrizzi Maciel do Couto (estagiária)

Editoração

Anderson Silva Reis

Augusto Lopes dos Santos Borges

Cristiano Ferreira de Araújo

Daniel Alves Tavares

Danielle de Oliveira Ayres

Leonardo Hideki Higa

Capa

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Projeto Gráfico

Aline Cristine Torres da Silva Martins

*The manuscripts in languages other than Portuguese
published herein have not been proofread.*

Ipea – Brasília

Setor de Edifícios Públicos Sul 702/902, Bloco C

Centro Empresarial Brasília 50, Torre B

CEP: 70390-025, Asa Sul, Brasília-DF

Missão do Ipea
Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro
por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria
ao Estado nas suas decisões estratégicas.