

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

GABRIELA GONÇALVES KRONBAUER ESCHBERGER

**COMPREENDENDO O IMPACTO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS, ECONÔMICAS E
CULTURAIS NA EXPECTATIVA DE VIDA DE MULHERES E DE HOMENS NO MUNDO**

PORTO ALEGRE

2017

GABRIELA GONÇALVES KRONBAUER ESCHBERGER

COMPREENDENDO O IMPACTO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS, ECONÔMICAS E CULTURAIS NA EXPECTATIVA DE VIDA DE MULHERES E DE HOMENS NO MUNDO

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Aline Blaya Martins de Santa Helena

PORTO ALEGRE

2017

GABRIELA GONÇALVES KRONBAUER ESCHBERGER

COMPREENDENDO O IMPACTO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS, ECONÔMICAS E CULTURAIS NA EXPECTATIVA DE VIDA DE MULHERES E DE HOMENS NO MUNDO

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovado em 11 de setembro de 2017

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Membro do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGCOL – UFRGS)

Profa. Dra. Juliana Balbinot Hilgert

Membro do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PGEPI – UFRGS)

Prof. Dr. Alexandre Kalache

Prof. Convidado

Presidente da Aliança Global de Centros Internacionais de Longevidade (ILC)

*“Não pode haver felicidade quando as coisas nas
quais acreditamos são diferentes das que fazemos”*

Freya Stark

Gostaria de agradecer inicialmente a Deus e aos meus anjos protetores que estiveram comigo desde os primeiros movimentos em direção a esta trajetória tão sonhada que foi o mestrado, colocando-me no momento certo, no lugar certo e com as pessoas certas.

Aos meus pais pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida, essencialmente nos meus estudos. Sou grata não só pelas palavras de incentivo nessa caminhada, mas pelo exemplo que são sobre o resultado de muito estudo, trabalho, luta e honestidade.

Ao meu marido querido pela parceria evolutiva na construção de nosso lar durante esses mesmos dois anos de estudo, incansavelmente me apoiando e incentivando mesmo nos momentos de maior dificuldade e nas minhas recorrentes ausências não só físicas mas também mentais quando surgia alguma ideia diferente ou até mesmo preocupações. Grata pelos inúmeros abraços e o enxugar das minhas lágrimas quando o cansaço e o desânimo batiam, por me acalmar o coração lembrando que tudo ficaria bem e daria certo.

Aos meus queridos mestres Prof. Dra. Aline Blaya Martins e Prof. Dr. Jessye M. Giordani pelo cuidado e carinho que tiveram comigo desde o início deste processo, embora sempre cheios de atribuições, jamais deixaram de cuidar dos meus anseios e necessidades enquanto aprendiz e criatura curiosa. Agradeço a Deus pela oportunidade de tê-los conhecido nesta caminhada e a oportunidade de convivência e troca com pessoas que além de me auxiliarem no crescimento profissional ainda somaram na minha formação enquanto ser humano.

Agradecer ainda ao querido Prof. Dr. Renato De Marchi, que me acolheu desde as primeiras horas que estive em sala de aula, instigando minhas capacidades e apostando alto no meu potencial.

Ainda, aos meus amigos, algo tão raro nos dias de hoje, com quem pude sempre contar e confiar nessa trajetória.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional tem sido cada vez mais explorado por estudiosos. As pesquisas demográficas e epidemiológicas trazem um envelhecimento acelerado e constante, no entanto, ainda são escassos os estudos que exploram as diferenças no que se refere ao impacto de tal processo sobre indicadores de expectativa de vida de mulheres e homens que vivem sob distintas condições socioeconômicas e culturais em nível mundial. **Objetivo:** o objetivo deste estudo foi avaliar e descrever o impacto de desigualdades socioeconômicas e culturais sobre os indicadores de expectativa de vida em mulheres e homens que vivem em diferentes países no mundo. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa epidemiológica observacional ecológica que utilizou banco de dados secundários da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas (ONU) como fonte. Foram avaliadas e descritas as variáveis que compuseram os desfechos em estudo: médias de expectativa de vida ao nascer (EVN), saudável (EVS) e aos 60 anos (EV60) para mulheres e homens agrupados por países para o ano de 2015. As variáveis explicativas foram Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), agrupamento dos países em Continentes e em distintos portes populacionais. Além disso, os desfechos também foram analisados em uma perspectiva de série histórica – ano de 2000 e 2015 - nos distintos continentes. Nesta análise foram avaliados quais os ganhos obtidos nos indicadores para mulheres e homens neste intervalo de 15 anos e quais as diferenças de ganhos entre mulheres e homens. **Resultados:** Há uma relação diretamente proporcional entre o Índice de Desenvolvimento Humano das nações e as expectativas de vidas tanto para mulheres quanto para homens, no entanto, observou-se que há uma diferença menor entre as expectativas de vida de mulheres e de homens quando estes vivem em países com menor Índice de Desenvolvimento Humano. Na análise de Continentes, a África teve ganhos maiores em 15 anos na expectativa de vida ao nascer de mulheres do que a dos homens no período estudado, sendo que no continente europeu os homens ganharam 1,41 anos a mais de Expectativa de vida ao nascer do que as mulheres no mesmo período. Quanto a expectativa de vida saudável observou-se que os homens parecem estar de uma forma geral apresentando mais ganhos no indicador do que as mulheres, exceto pelo continente africano. Após os 60 anos, a realidade dos indicadores se inverte em relação aos ganhos do continente africano, passando a ser este o continente com menores ganhos quando comparado com os demais países, porém, ainda assim, observa-se maiores ganhos para as mulheres do que para os homens. Realidade que não se observa no continente europeu. Na Europa, embora os homens ainda tenham valores absolutos de EV60 menores que as mulheres, estes apresentaram ganhos maiores em 15 anos do que as mulheres. Quanto aos portes populacionais não houve diferenças. **Conclusão:** É possível especular frente aos resultados obtidos neste estudo que fatores socioculturais e econômicos desempenhem impactos relevantes e diferentes sobre mulheres e homens ao longo do ciclo de vida e sugerem que as desigualdades entre os gêneros devam ser consideradas ao se implementar políticas que visem o envelhecimento ativo de mulheres e homens que vivem em distintos contextos, o que demonstra que a singularidade de envelhecer na África, sendo mulher, é muito distinta do envelhecimento dos homens na Europa e que tal aspecto precisa ser considerado na concepção e institucionalização de políticas públicas.

Palavras chave: Envelhecimento da População. Gênero e Saúde. Longevidade. Desigualdade Social.

ABSTRACT

Introduction: Population aging has been increasingly studied by scholars. Demographic and epidemiologic research has shown accelerated and ongoing aging. However, few studies have been conducted on the differences regarding the impact of this process on the life expectancy of women and men living under distinct socioeconomic and cultural conditions worldwide. **Aim:** the aim of this study was to assess and describe the impact of socioeconomic and cultural inequalities on life expectancy indicators in women and men living in different countries of the world. **Method:** This is an ecological observational epidemiologic survey that used secondary databases of the World Health Organization (WHO) and the United Nations Organization (UN) as a source. The variables that made up the outcomes of the study were assessed and described: average life expectancy at birth (LEB), healthy life expectancy (HALE) and life expectancy at 60 (LE60) for women and men grouped by country for the year 2015. The variables used were the Human Development Index (HDI), group of countries in different continents and different population sizes. Additionally, outcomes were also analyzed in a given time period - between the years 2000 and 2015 - in the different continents. In this analysis we evaluated the gains achieved in these indicators for women and men over this period of 15 years and the differences in gains between women and men. **Results:** There is a directly proportional relationship between the HDI of nations and life expectancies both for women and men; however, we found that there is a smaller difference in life expectancies (LEB, HALE and LE60) between women and men when they live in countries with lower HDI. In the analysis by Continent, Africa showed the greater gains in LEB among women than men over the studied period, whereas in Europe men gained 1.41 years more LEB than women over the same period. Regarding HALE, overall men seem to be presenting greater gains than women, except in Africa. After sixty years, the reality of the indicators is reversed regarding the gain in the African continent, which becomes the continent with the smallest gains when compared to other countries. However, in spite of that, we found greater gains for women than for men, which is not the case in the European continent. In Europe, although men have absolute LE60 values smaller than women, men have had greater gains than women over this period of 15 years. No difference has been found regarding different population sizes. **Conclusion:** We can speculate from the results of this study that sociocultural and economic factors have significant impacts and that they impact women and men differently over the course of their lives, suggesting that inequalities between genders should be taken into account when implementing policies aimed at the active aging of women and men living in different settings, showing that growing old in Africa as a woman is very different from growing old as a man in Europe and that this fact should be taken into account in the design and implementation of public policies.

Key words: Population aging, gender and health, longevity, social inequality.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	11
3. OBJETIVO.....	18
4. MANUSCRITO.....	19
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	39

1. INTRODUÇÃO

O acelerado processo de envelhecimento populacional e os recentes aumentos na expectativa de vida, principalmente entre as pessoas de 60 anos ou mais, têm chamado bastante atenção. As condições de saúde durante esses anos adicionais de vida e a incidência futura de morbidade, morbidade múltipla, disfuncionalidade e mortalidade entre os idosos são pautas importantes nesse contexto. O envelhecimento populacional é tema que vem se destacando não apenas entre pesquisadores, mas também na própria população mundial leiga. Alguns países, que já vem colocando em prática uma série de ações que promovem um envelhecimento ativo e que zelam por seus cidadãos já idosos parecem estar mais preparados para receber esta população, e tornam-se referência para os países que estão envelhecendo sem as melhores condições possível (BRASIL, 2012).

Atualmente, o crescimento das populações é mais decorrente do menor número de pessoas que morrem a cada ano do que de um aumento no número de nascimentos. Desde o final de 2011, o número de pessoas no mundo tinha crescido para mais de sete bilhões. Em 2100, prevê-se que aumente para 10,9 bilhões. Mais de 50% destes quatro bilhões de pessoas adicionais terão 60 anos ou mais. Projeta-se no ano de 2050 um marco, considerando informações atuais de crescimento populacional de idosos em todo o mundo (ILC, 2015).

A longevidade é, sem dúvida, positiva. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento neste aspecto. Enquanto, nos primeiros o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, com tempo exíguo para uma adequada reorganização social e da área de saúde para que torne o país apto a atender às novas demandas que se tornam cada vez mais emergentes (BRASIL, 2012).

De modo geral, a diferença entre homens e mulheres também ocupa uma posição bastante central sobre a questão do envelhecimento populacional. Parafraseando Perrot (2012), que diz: “Não é a mesma coisa ser uma moça, ou um rapaz, na Idade Média ou no século XXI”, poderíamos também dizer que “não é a mesma coisa ser uma idosa, ou um idoso, no passado ou século XXI”. Hoje, tão comum quanto o argumento de que a velhice é uma construção histórica e social, é o de que homens e mulheres

vivenciam essa etapa da vida de formas distintas. Isso porque, paralelamente ao crescimento de pesquisas acadêmicas sobre o envelhecimento se desenvolveu uma perspectiva de gênero sobre a velhice que também é separada em aspectos bastante relevantes como os econômicos, sociais e culturais (SILVEIRA, 2014). Mulheres e homens possuem diferentes acúmulos de riscos em suas vidas, principalmente em realidades sócio culturais distintas.

GEIB (2012) traz que a forte e crescente evidência da vinculação entre a estrutura socioeconômica e o estado de saúde de mulheres e homens tem contribuído para a consolidação do contexto sociopolítico e cultural como geradores da má saúde e das desigualdades em saúde. Tais fatores, considerados estruturais também afetam a saúde no decorrer da vida, tornando a saúde dos idosos ainda mais suscetível à determinação social pela acumulação das exposições aos fatores de risco.

Para VERAS (2008) a ideia principal para a saúde da população idosa é postergar, ao máximo o início da doença, pois em sua maioria tratam-se de condições crônicas que exigem cuidado longitudinal. Deve-se buscar a compressão da morbidade, termo de FRIES (1980), que traz consigo a necessidade de desenvolver estratégias que visem postergar a morte ao máximo possível, retardando a evolução das doenças, a fim de levar a vida para o limiar mais próximo do limite máximo da existência da espécie humana.

Numa análise dos dados referenciados em torno da população mundial e das informações relevantes sobre a aproximação e relação íntima que se estabelece entre a saúde fragilizada do idoso e as condições socioeconômicas e culturais que o cercam, a pesquisa vem ao encontro dos fatos, uma vez que, as evidências apontam urgência de mudanças no cuidado a população idosa. Além disso, a OMS traz que as políticas de saúde na área de envelhecimento devem ter esse olhar, que considere os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida (sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços), com potente ênfase sobre as questões de gênero e as desigualdades sociais (VERAS, 2009).

Ainda, considerando as distintas condições socioeconômicas e culturais em que a

população mundial idosa encontra-se inserida, e os impactos que as iniquidades sociais vem causando nesta perspectiva, esse trabalho objetivou avaliar e descrever o impacto das desigualdades sociais na expectativa de vida de mulheres e homens de países que se encontram em diferentes estágios de desenvolvimento social.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A partir de 1982 a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu parâmetros diferenciados para o início do processo de envelhecimento: nos países mais ricos, o patamar começa aos 65 anos, enquanto, nos países em desenvolvimento, se inicia aos 60 anos (OMS, 2002)

A transição demográfica encontra-se em diferentes fases ao redor do mundo, em conjunto com a transição epidemiológica, resulta no principal fenômeno demográfico do século 20, conhecido como envelhecimento populacional (NASRI, 2008).

O crescimento relativamente mais elevado do contingente idoso é resultado de suas mais altas taxas de crescimento, diante da alta fecundidade que acontecia em um passado recente e que não é mais realidade, e pela redução da mortalidade. Enquanto o envelhecimento populacional significa mudanças na estrutura etária, a queda da mortalidade é um processo que se inicia no momento do nascimento e altera a vida do indivíduo, as estruturas familiares e a sociedade (CAMARANO, 2002).

Segundo VERAS (2007): “O Brasil é um jovem país de cabelos brancos”, tal metáfora justifica-se uma vez que, todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira; sendo que um segmento expressivo destes apresenta doenças crônicas e limitações funcionais. Em menos de 40 anos, passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, próprias da idade, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos, com exigência de cuidados longitudinais, medicação contínua e exames periódicos. O número de idosos passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 17 milhões em 2006 – um aumento de 600% em menos de cinquenta anos.

Entretanto, o processo de envelhecimento não se resume aos aspectos

demográficos. Sua complexidade exige que seja estudado por diversas disciplinas e sob múltiplos ângulos. É um fenômeno que percorre toda a história da humanidade, mas apresenta características diferenciadas de acordo com a cultura, o tempo e o espaço (COIMBRA, 2014).

Para JUNGES (2004) o processo de envelhecimento é inexorável, e viver humanamente é viver em vulnerabilidade. Mesmo com o avanço das ciências da saúde diminuindo seus efeitos somáticos, ela se manifesta na face psíquica, social e espiritual, exigindo um novo equilíbrio vital e psicológico, condizente com uma nova situação existencial. Nesse sentido a sociedade atual não tem contribuído para isso, visto que se sustenta na onipotência da força, representada pela juventude, tendo no velho a representação da vulnerabilidade e da fragilidade que pretende ser superada.

As condições de vida da população interferem diretamente sobre o envelhecimento, tanto no aumento quantitativo da expectativa de vida como na qualidade deste processo de envelhecimento, sendo, tais desfechos influenciados diretamente por políticas sociais, em especial nas áreas da saúde, previdência e assistência. O envelhecimento tem suas especificidades marcadas pelo gênero, posição de classe social, pela cultura, condições socioeconômicas e de saúde individuais e/ou coletivas da região (COIMBRA, 2014).

No mundo inteiro, as mulheres vivem mais que os homens. Elas compõem dois terços da população mundial acima de 80 - e, como a expectativa de vida aumenta, esta proporção tenderá a aumentar (HELPAGE, 2002).

Desta forma, uma das maiores especificidades no envelhecimento populacional se dá em relação a ser homem ou mulher, uma vez que o gênero é uma categoria de análise relacional que permite observar as relações sociais em suas mais variadas dimensões, respeitando os múltiplos modos de ser masculino e feminino fora do determinismo de uma divisão biológica e única entre os sexos (BASTHI, 2011).

As adequações de políticas de redução de iniquidades e de proteção social impactam e determinam de formas distintas o envelhecimento de homens e mulheres. Em

muitas sociedades, as mulheres são vistas socialmente como inferiores e sofrem com a desigualdade de acesso à educação, trabalho e serviços de saúde. Em algumas sociedades, as mulheres são forçadas a abandonar oportunidades de trabalho remunerado para assumir os cuidados com a família. Outras jamais terão acesso ao trabalho remunerado. Por outro lado, os homens são mais vulneráveis a morbimortalidade decorrente de causas externas (WHO, 2005).

Ou seja, gênero seria uma categoria relacional não apenas no que diz respeito à produção de performances corporais e subjetivas identificadas como masculinas e femininas, mas também uma categoria que confere matizes diferenciais de valor às demais atribuições sociais que, inscritas nos corpos, possibilitam a constituição dos sujeitos, homens e mulheres (BUTLER, 2002).

As desigualdades de gênero na saúde têm sido uma importante área de interesse de pesquisa sociológica desde o início da década de 1970. Sendo destacado uma onda de interesses nas relações sociais de gênero que desafiaram o núcleo empírico, teórico e metodológico da sociologia na década de 1970 e início de 1980. Existe ainda, a busca de uma explicação para as diferenças na morbidade e mortalidade masculina e feminina e, no paralelo, na relação entre diferenças nas circunstâncias sociais que estariam implicadas neste sentido (ANNADELE, 1999).

Do ponto de vista macro econômico, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho foi responsável por um quarto do crescimento econômico anual desde 1995. Em linha com a Estratégia Europa 2020 as orientações para as políticas de emprego dos Estados-Membros declaram que "o aumento da participação feminina na força de trabalho é uma condição prévia para impulsionar o crescimento e para enfrentar os desafios demográficos na Europa" (ADVISORY COMMITTEE ON EQUAL OPPORTUNITIES FOR WOMEN AND MEN, 2012).

Neste ínterim, cabe pensar nas mudanças sociais que surgem no século XXI e que começaram a questionar as normas sociais e os comportamentos associados aos gêneros historicamente. O papel de cuidadoras das mulheres e a exclusão do mercado de trabalho ainda persiste em alguns países e segue implicando em algumas consequências negativas, incluindo maior risco de pobreza e o maior risco de abuso e problemas de

saúde. No entanto, hoje as mulheres estão cada vez mais desempenhando e acumulando outras funções, que por um lado proporciona mais segurança em idades mais avançadas, mas, por outro, limitam a capacidade das mulheres e famílias de fornecer cuidado para os adultos maiores que precisam (OMS, 2015) e aumento o acúmulo de riscos para elas.

Homens e mulheres envelhecem de forma diferente, tanto física quanto fisiologicamente, bem como emocional e socialmente. No entanto, gênero e desenvolvimento são pautas que tendem a ser negligenciadas pelo impacto que causam no curso de vida e pela discriminação de gênero (HELPAGE, 2002).

DEBERT (1994), traz que as diferenças socioeconômicas e de gênero deixam a experiência de envelhecimento de homens e mulheres com conteúdos muito distintos. Pesquisas revelam que grande número de mulheres, independente da classe social, considera sua etapa atual de vida, como idosas, o momento mais tranquilo, feliz e livre que já tiveram. Apesar do fato de a maioria das idosas atuais não ter alcançado uma vida profissional ativa e, ao mesmo tempo, ter tido uma vida social muito mais limitada que os homens da sua geração, observa-se que o envelhecimento as conduziu a um sentimento de maior satisfação e plenitude.

Justamente na velhice, um tempo de consolidação de experiências e de libertação das obrigações e controles reprodutivos, parece ser o um tempo social propício à mudança para as mulheres, que passam a experimentar modos de vida novos. Essas mulheres falam, então, em liberdade, como se uma “liberdade de gênero” se sobrepusesse à condição (menos favorável) geracional ou de classe (SOUZA, 1994).

A velocidade do processo de envelhecimento populacional traz uma série de questões cruciais, tanto para os gestores e pesquisadores contemporâneos dos sistemas de saúde quanto para a sociedade como um todo. Não bastassem os problemas próprios do fenômeno epidemiológico do envelhecimento, também é preciso levar em conta que as mudanças se dão num contexto nacional de acentuada desigualdade social, de pobreza e de fragilidade de instituições (VERAS, 2007).

Na América Latina, principalmente nos países em desenvolvimento, observa-se

hoje um fenômeno semelhante ao ocorrido na Europa, porém, com implicações diferentes. O primeiro diferencial, em relação à transição demográfica europeia e a latino-americana, é o momento histórico no qual ambas ocorreram. No modelo Europeu, aconteceram significativas mudanças no desenvolvimento social e aumento de renda. Na América Latina, em especial no Brasil, ocorreu um processo de urbanização sem alteração da distribuição de renda (NASRI, 2008).

A forte e crescente evidência entre a estrutura socioeconômica e o estado de saúde das pessoas tem contribuído para que esse contexto se torne um gerador de má saúde e das desigualdades em saúde. No entanto, essa influência não é direta, mas ocorre através de determinantes específicos que agem em inter-relação com diversos mecanismos bastante complexos que juntos são capazes de determinar o estado de saúde da população em questão.

Além disso, as circunstâncias econômicas e sociais desfavoráveis também afetam a saúde no decorrer da vida, tornando a saúde dos idosos ainda mais suscetível à determinação social pela acumulação das exposições aos fatores de risco (GEIB, 2012).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) traz consigo a possibilidade de análise de forma ampla e aplicada das desigualdades sociais, distribuição de renda, expectativa de vida, acesso ao conhecimento – através dos anos médios de estudos (IPEA, 2013).

É uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. O objetivo da criação do IDH foi o de oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Criado por Mahbub ul Haq com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia de 1998, o IDH pretende ser uma medida geral e sintética que, apesar de ampliar a perspectiva sobre o desenvolvimento humano, não abrange nem esgota todos os aspectos de desenvolvimento. Este índice sofreu algumas mudanças ao longo dos anos, tendo como objetivo precisar sua medida e confiabilidade – ANEXO A. (PNUD, 2016).

No estudo de MARMOT (1987), invariavelmente, a falta de equidade social no âmbito da saúde torna-se mais desfavorável aos grupos socialmente menos privilegiados, manifesta-se tanto nos diferenciais encontrados nas taxas de morbimortalidade como no adoecimento mais precoce das camadas menos favorecidas. Neste sentido, a inclusão de indicadores que considerem a concentração de renda como característica de uma sociedade ou de um grupo parece ser importante para compreender os impactos da desigualdade social (SZWARCOWALD, 1999).

Conforme relatado pelas Nações Unidas (ONU), as desigualdades de renda entre gerações em termos de taxas de pobreza relativa revelam um cenário variado. Apesar de haver variações consideráveis, a maioria das taxas de pobreza são mais altas em idosos do que na população em geral, na maior parte das regiões do mundo. Na África subsaariana, a população idosa é tão pobre quanto ou ligeiramente mais pobre do que as outras gerações (ILC, 2015).

Um estudo realizado na Dinamarca traz questões que pautam a educação como forte pilar no enfrentamento de desigualdades sociais (BRONNUM-HANSEN, 2007). Há indicativos de que até mesmo para os idosos as oportunidades de acesso à educação também sejam um ponto crucial para o enfrentamento das desigualdades e para a otimização das condições de vida na velhice (ILC, 2015).

Para MARMOT (2005), não há escolha, se os principais determinantes da saúde são sociais, devem ser eles os remédios. O tratamento de doenças existentes para o autor é urgente e sempre será prioridade, mas não pode ser desarticulado de outros determinantes sociais subjacentes à saúde, tais como educação. Fato posto pela Política de Envelhecimento Ativo desde 2002.

O impacto de investimentos em determinantes sócias difere de forma marcante entre países de renda mais alta e mais baixa e esta realidade se observa claramente em indicadores relacionados com o envelhecimento populacional. A expectativa de vida ao nascer, por exemplo, varia cerca de 56 anos em alguns países de baixa renda até cerca de 83 anos no Japão. Em idades avançadas, as diferenças regionais são ainda consideráveis e observam-se claramente no indicador de expectativa de vida aos 60 anos

(ILC, 2014).

Segundo a OMS, a esperança de vida aos 60 anos reflete o nível de mortalidade de uma população com mais de 60 anos. Ele resume o padrão de mortalidade que prevalece em todas as faixas etárias acima de 60 anos. Seria o número médio de anos que uma pessoa de 60 anos de idade poderia esperar viver, se ele ou ela fosse passar pela vida exposta às taxas de mortalidade por sexo e idade específicas vigentes à época de seus 60 anos, para um ano específico, em um país, território ou área geográfica dada.

Além da expectativa de vida aos 60 anos, outro indicador que se relaciona diretamente com a perspectiva de envelhecimento ativo é o que nos permite avaliar a expectativa de anos vividos com saúde. Uma vez que iniquidades sociais podem estar diretamente ligadas ao adoecimento das populações, não basta que os países possam proporcionar vidas mais longas aos seus cidadãos, se tal vida se der de maneira indigna. É preciso investigar se a concentração de renda se relaciona apenas com o quanto os idosos que vivem em países com mais justiça social, viverão vidas mais prolongadas, como também deve-se atentar para o impacto das desigualdades sobre a qualidade de vida ao envelhecer que acomete nações com piores condições e por consequência, piores indicadores.

A noção de expectativa de vida saudável, proposta na década de 1960 e desenvolvida nos anos 1970, refere-se ao número médio de anos de vida que as pessoas de determinada idade podem esperar viver com saúde, desde que se mantenham as taxas de morbidade e mortalidade (JAGGER, 1999). Tal indicador, reflete a saúde corrente de uma população real ajustada pelos níveis de mortalidade e independe da estrutura etária da população. Para calculá-la, é necessário conhecer as proporções de pessoas “saudáveis” e “não-saudáveis” em cada idade ou em determinado grupo etário, assim como a mortalidade em determinado período (MANTON, 2000).

Existe um subgrupo nas divisões de expectativa de vida que é o da expectativa de vida livre de incapacidade funcional, que fornece informações não apenas sobre a prevalência de incapacidade funcional, mas também sobre a duração potencial da incapacidade e o tempo pelo qual a população vai precisar de cuidados pessoais. Dessa forma, contribui para o levantamento das necessidades da população idosa e fornece

dados valiosos para a alocação adequada de recursos humanos e financeiros e para o planejamento de políticas públicas cujo foco seja o aumento do número de anos vividos com saúde pela população idosa. (CAMARGOS, 2009).

Para a OMS, expectativa de vida saudável é o número médio de anos que uma pessoa pode esperar viver em "plena saúde", tendo em vista os anos vividos de forma plena, com saúde, sem doenças e / ou ferimentos. No Brasil, de acordo com a HELPAGE (2015), a expectativa de vida aos 60 anos é 21 anos e de vida saudável aos 60 anos é 16,1 anos. Em Honduras, acima dos 60 anos, tem-se apenas 14,6 anos de vida saudável e 22 anos de vida esperados. Na Holanda estes números representam uma expectativa bem mais adequada sendo eles 17,8 e 24 respectivamente.

3. OBJETIVO

Tendo como base a revisão da literatura, este estudo objetivou avaliar e descrever o impacto de desigualdades socioeconômicas e culturais sobre os indicadores de expectativa de vida em mulheres e homens que vivem em diferentes países no mundo.

4. MANUSCRITO

O manuscrito que compõem esta dissertação será traduzido após os ajustes finais e submetido ao *The Lancet Journal*, tendo sido previamente editado conforme as orientações do periódico.

COMPREENDENDO O IMPACTO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS, ECONÔMICAS E CULTURAIS NA EXPECTATIVA DE VIDA DE MULHERES E DE HOMENS NO MUNDO

UNDERSTANDING THE IMPACT OF SOCIAL, ECONOMIC AND CULTURAL INEQUALITIES IN THE LIFE EXPECTATION OF WOMEN AND MEN IN THE WORLD

Gabriela Gonçalves Kronbauer Eschberger,¹ Aline Blaya Martins,² Jessye Melgarejo do Amaral Giordani³.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, Brasil.

Correspondência para: Aline Blaya Martins, Rua: Ramiro Barcelos, 2492. Bairro: Santa Cecília, Porto Alegre, RS, Brasil. CEP: 92425-900.

Telefone: +55 (0) 51 33 08 5015

e-mail: alineblaya@hotmail.com

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar e descrever o impacto de desigualdades socioeconômicas e culturais sobre as expectativas de vida de mulheres e homens que vivem em diferentes países no mundo através da pesquisa epidemiológica observacional ecológica, a qual utilizou banco de dados secundários da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas (ONU) como fonte. As variáveis que compuseram os desfechos do estudo foram avaliadas e descritas: médias de expectativa de vida ao nascer, (EVN), saudável (EVS) e aos 60 anos (EV60) para mulheres e homens agrupados por países do ano de 2000 e 2015, sendo possível analisar historicamente. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), agrupamento dos países em Continentes e em distintos portes populacionais foram variáveis explicativas. Foram avaliados os ganhos obtidos nos indicadores para mulheres e homens neste intervalo de 15 anos e observada relação direta entre o IDH e expectativas de vidas para ambos sexos. Também foi possível notar relação direta entre o IDH e expectativas de vidas para ambos sexos, assim como a existência de diferença menor entre as expectativas de vida (EVN, EVS e EV60) de mulheres e homens quando estes vivem em países com menor IDH. A África teve ganhos maiores em 15 anos na EVN de mulheres em relação aos homens no período estudado, e no continente europeu os homens ganharam 1,41 anos a mais de EVN do que as mulheres no mesmo período. Os homens parecem apresentar mais ganhos no indicador EVS do que as mulheres, exceto pelo continente africano. Quando avaliada a EV60, a realidade se inverte: A África passa a ter os menores ganhos ao ser comparada com os demais continentes, de toda a forma observam-se, porém, mantendo maiores ganhos para as mulheres do que para os homens. Esta realidade que não se apresenta da mesma forma no continente europeu, onde apesar de que embora os homens ainda tenham valores absolutos de EV60 menores que as mulheres, estes apresentaram ganhos maiores em 15 anos do que elas as mulheres. Quanto aos portes populacionais não houveram diferenças.

Palavras chave: Envelhecimento da População. Gênero e Saúde. Longevidade. Desigualdade Social.

INTRODUÇÃO

Envelhecimento populacional atualmente é assunto que se destaca não apenas no meio de pesquisadores, mas na própria população mundial leiga, uma vez que não se sabe até que ponto existem condições sociais e econômicas para subsidiar este segmento da população. Alguns países, que apresentam um cenário razoavelmente adequado, já estavam devidamente preparados para receber esta população e tornam-se referência para os que estão envelhecendo com estrutura deficitária em diversos sentidos^{1,2}.

O crescimento das populações é mais decorrente do menor número de pessoas que morrem a cada ano do que de um aumento no número de nascimentos. Desde o final de 2011, o número de pessoas no mundo tinha crescido para mais de sete bilhões. Em 2100, prevê-se que aumente para 10,9 bilhões. Mais de 50% destes quatro bilhões de pessoas adicionais terão 60 anos ou mais. O ano de 2050 possivelmente será um divisor de águas no sentido demográfico, considerando informações atuais de crescimento populacional de idosos em todo o mundo¹.

No entanto, existem diferenças importantes entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento neste sentido³. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida e com tempo exíguo para uma adequada reorganização social e da área de saúde que torne o país apto a atender às novas demandas que se tornam cada vez mais emergentes.

De toda a forma, com ou sem condições de proporcionar um envelhecimento razoavelmente seguro para sua população, a diferença entre homens e mulheres também ocupa uma posição bastante central sobre a questão do envelhecimento populacional². Hoje, tão comum quanto o argumento de que a velhice é uma construção histórica e social, é o de que as diferenças entre homens e mulheres ao longo de todo o seu ciclo de vida também é um processo que precisa ser estudado^{4,5,6,7,8,9,10,11,12}. Isso porque, paralelamente ao crescimento de pesquisas acadêmicas sobre o envelhecimento se desenvolveu uma perspectiva de gênero sobre a velhice que também é um aspectos bastante relevante^{2,13}.

Alguns fatores, considerados estruturais, também afetam a saúde no decorrer da vida,

tornando a saúde dos idosos ainda mais suscetível à determinação social pela acumulação das exposições aos fatores de risco. Como por exemplo a crescente evidência da vinculação entre a estrutura socioeconômica e o estado de saúde de mulheres e homens, que tem contribuído para a consolidação do contexto sociopolítico e cultural como geradores da má saúde e das desigualdades em saúde¹⁴.

Portanto, considerando as distintas condições socioeconômicas e culturais em que a população mundial idosa encontra-se inserida esse trabalho objetivou avaliar e descrever o impacto de desigualdades na expectativa de vida de mulheres e homens no mundo nos anos de 2000 e 2015.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa observacional ecológica descritiva que foi realizado através da coleta inicial de dados de Expectativa de vida ao nascimento, Expectativa de vida saudável e Expectativa de vida aos 60 anos, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e população em bancos de dados públicos disponibilizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas (ONU). Os critérios de inclusão foram a presença dos dados no banco de dados supracitados e o critério de exclusão foram dados corrompidos de forma que não fosse possível a análise.

Ainda foram coletados dados de agrupamento dos 193 países que compõem o globo terrestre de acordo com a ONU e que estão distribuídos em 5 continentes que se subdividem da seguinte maneira: I) América (35 países); II) África (54 países); III) Europa (49 países); IV) Ásia (49 países); V) Oceania (15 países).

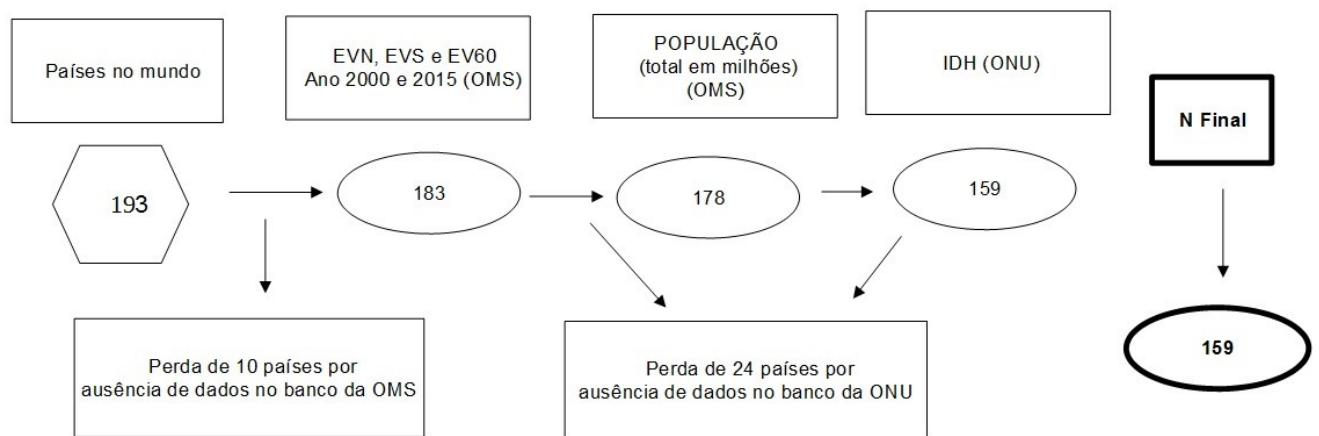
A coleta teve como referência inicial o banco de dados da OMS, de onde foram extraídos os seguintes dados: Média da expectativa de vida ao nascer (EVN), média da expectativa de vida saudável (EVS) e média da expectativa de vida aos 60 anos (EV60), para mulheres e homens. Os dados mais recentes encontrados e utilizados foram referentes aos anos de 2000 e 2015, de 183 países. Os dados referentes ao ano de 2000 foram tomados como referência na construção de uma série histórica.

Do banco de dados da ONU, foram extraídos dados de IDH para ambos os sexos, de 159 países, em que o valor mais recente, referente a cada país, foi do ano de 2014. Tomamos tal banco como referência, uma vez que seria o maior limitador da amostra.

As informações pertinentes a variável continentes tiveram origem do banco de dados da ONU. Já as informações pertinentes ao porte populacional, foram advindas da variável População total em Milhões, de dimensão demográfica, extraídas do banco de dados da OMS.

Desta forma, a amostra estudada foi de 159 países que haviam dados completos (FIGURA 1), apresentando uma perda de 34 países considerando os cinco continentes (FIGURA 2).

Figura 1 – Fluxograma de metodologia da pesquisa.



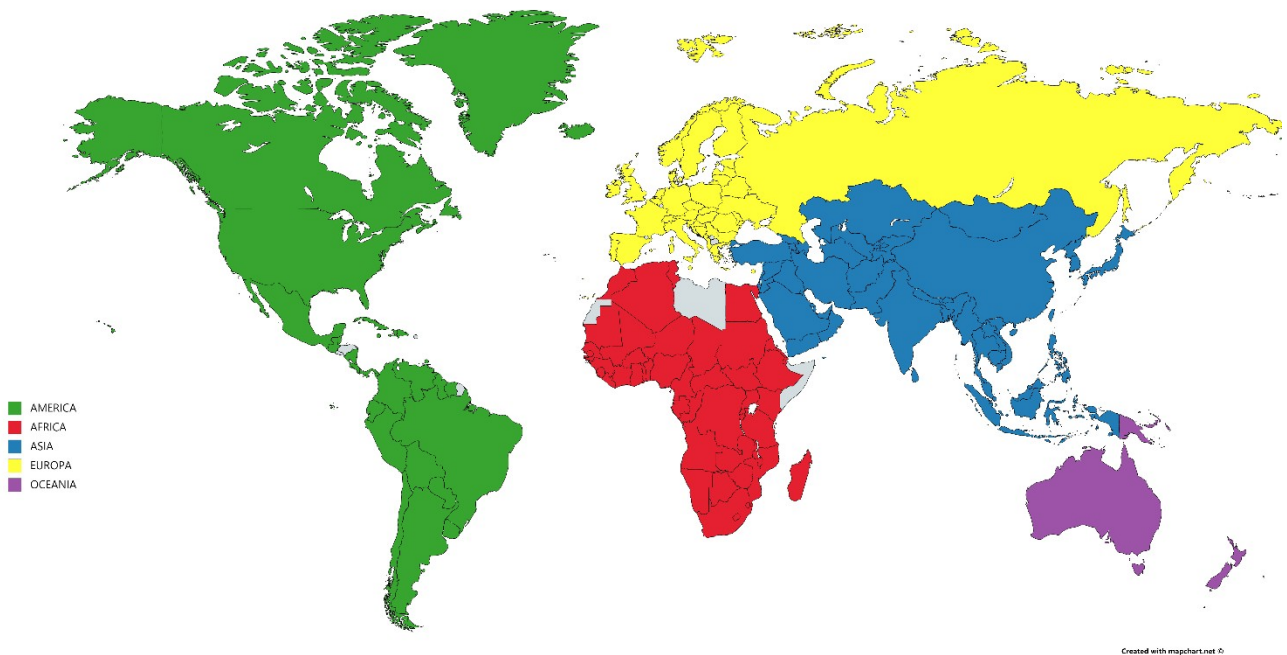


Figura 2 – Mapa de países participantes da amostra separados por continentes.

Método e Análise estatística

Os desfechos – EVN, EVS e EV60- foram coletados nos bancos de dados da OMS e mantidas na pesquisa tais como foram encontradas nos bancos de origem.

A variável IDH, para homens e mulheres, foi coletada na forma de índice conforme banco de dados. Para fins de análise a variável foi categorizada a partir de pontos cortes descritos na literatura¹⁵: muito alto: 0.800 – 1; alto: 0.700 – 0.799; médio: 0.550–0.699; baixo: menor que 0.550 (FIGURA 3).

A variável Continente foi coletada como uma variável categórica nominal composta por países que, de acordo a ONU, os compunham.

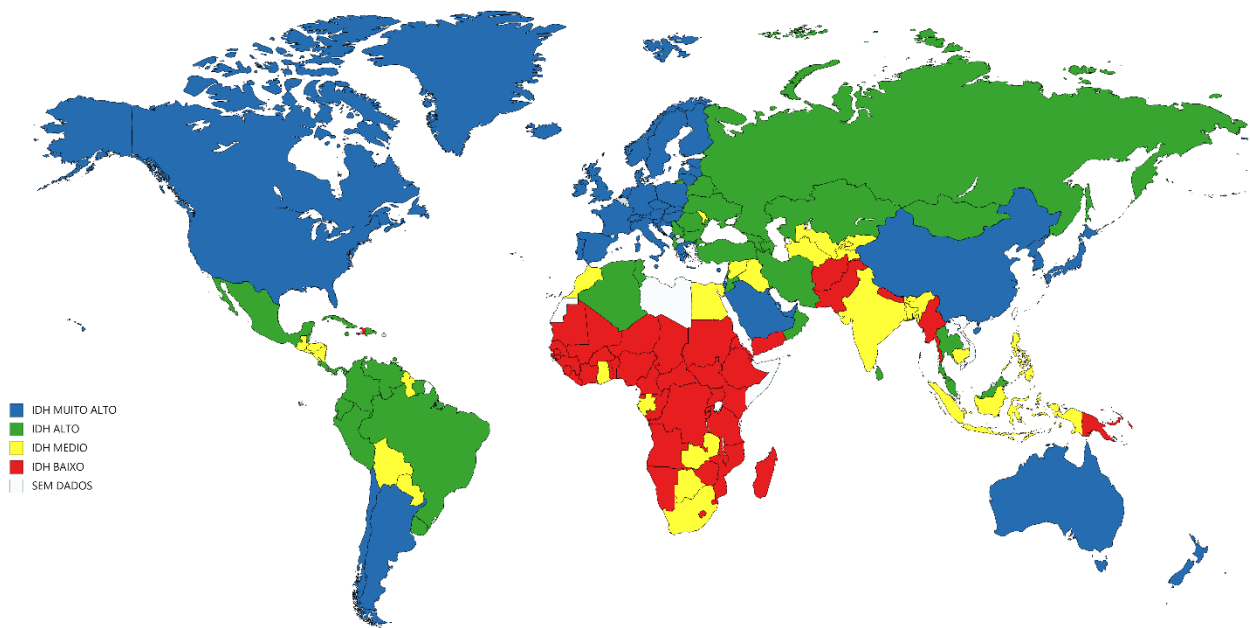


Figura 3 – Mapa de IDH categorizados

A variável Porte Populacional, também foi coletada como uma variável numérica contínua e posteriormente categorizada a partir da distribuição em quartis, em que considerou-se: pequeno porte até 2,25 milhões de habitantes; médio porte até 8,9 milhões de habitantes; grande porte até 26,9 milhões de habitantes; e muito grande porte acima de 26,91 milhões de habitantes.

Após a coleta, foi elaborado um banco de dados organizado em ordem alfabética com 183 países, de acordo com a ordem do banco de dados da ONU. Os dados coletados foram distribuídos no programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS Versão 2.0, e rodados pelo próprio software de acordo com o interesse da pesquisa.

A frequência absoluta e relativa para cada variável foi analisada para a melhor compreensão da distribuição das variáveis estudadas. Posteriormente o teste de Shapiro-Wilk foi feito para análise da normalidade dos dados. Através do teste T foram feitas as médias de cada desfecho; e, por fim, analisadas diferenças entre as médias de cada desfecho com cada variável mantendo as estratificações adequadas: EVN; EVS; EV60 x CONTINENTE; EVN; EVS; EV60 x IDH; EVN; EVS; EV60 x PORTE POPULACIONAL. Tais análises foram feitas com divisão de gênero e foi calculada em planilha de excel a diferença entre EVN, EVS e EV60 de mulheres e homens (dados referentes ao ano de 2015). Para tanto, foram subtraídas as médias das EV masculinas do valor das médias de EV das mulheres.

Além disso, os desfechos também foram analisados em uma perspectiva de série histórica –

ano de 2000 e 2015 - nos distintos continentes. Nesta análise foram avaliados quais os ganhos obtidos nos indicadores para mulheres e homens neste intervalo de 15 anos e quais as diferenças de ganhos entre mulheres e homens.

Foram coletados dados - da fonte Banco Mundial - de GINI, na perspectiva de utilizá-lo como um indicador de desigualdade social de modo a complementar a utilização do IDH, entretanto a ausência de dados fez com que o banco não fosse utilizado na pesquisa.

RESULTADOS

Os resultados encontrados demonstraram que há uma relação diretamente proporcional entre o IDH das nações e as expectativas de vidas tanto para mulheres quanto para homens. No entanto, observou-se que há uma diferença menor entre as expectativas de vida (EVN, EVS e EV60) de mulheres e de homens quando estes vivem em países com menor IDH. A diferença de EVN, por exemplo, entre mulheres e homens em países com IDH baixo que foi de 3,37 anos, enquanto, nos países com IDH muito alto foi de 5,55 anos (Tabela 1).

Na análise de Continentes, a África teve ganhos expressivamente maiores em 15 anos na EVN de mulheres e homens quando comparado a outros continentes. Houve um ganho de EVN entre os anos de 2000 e 2015 de 8,16 para as mulheres e 7,62 para os homens. Foi o único continente em que as mulheres tiveram ganhos maiores (0,54 anos) do que os homens. No continente europeu os homens ganharam 1,41 anos a mais de EVN do que as mulheres no período estudado. Nos demais continentes houve ganhos praticamente iguais para ambos os sexos para EVN (Tabela 2).

2015	IDH	M	H	DIFERENÇA
Expectativa de Vida ao Nascimento (EVN)	Baixo	63.39	60.07	3.37
	Médio	73.73	68.52	5.21
	Alto	77.85	72.23	5.62
	Muito Alto	82.75	77.20	5.55
Expectativa de Vida Saudável (EVS)	Baixo	54.97	52.82	2.15
	Médio	64.47	60.98	3.79
	Alto	68.24	64.50	3.74
	Muito Alto	72.49	68.74	3.75
Expectativa de Vida aos 60	Baixo	17.17	15.83	1.34

anos (EV60)	Médio	20.28	17.61	2.67
	Alto	21.95	18.71	3.24
	Muito Alto	25.12	21.2	3.92

Tabela 1 – Comparação entre médias de expectativas de vida e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para homens e para mulheres no ano 2015 .

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano Categorizado; M – Média de expectativa relativa as mulheres; H – Média de expectativa relacionada aos homens; DIFERENÇA – diferença entre médias expectativa de mulheres e homens.

	EVN 2000-2015			DIFERENÇA DE GANHOS			
	M2000	M2015	GANHO	H2000	H2015	GANHO	
AMÉRICA	73.91	77.07	3.16	68.27	71.46	3.19	-0.03
ÁFRICA	56.74	64.90	8.16	53.59	61.21	7.62	0.54
EUROPA	77.49	80.99	3.05	70.57	75.03	4.46	-1.41
OCEANIA	71.76	74.79	3.03	67.16	70.15	2.99	0.04
ÁSIA	70.43	74.71	4.28	65.99	70.04	4.05	0.23

Tabela 2 – Expectativas de vida ao nascimento, de mulheres e homens, nos continentes em 2000 e 2015 e suas respectivas diferenças.

EVN – Expectativa de vida ao nascer; Ganho– Ganho de anos a mais de EVN comparando 2015 com 2010; M2000- Média de EV para Mulheres no ano de 2000; H2000 – Média de EV para Homens no ano de 2000; M2015 – Média de EV para Mulheres no ano de 2015; H2015 – Média de EV para Homens no ano de 2015; DIFERENÇA DE GANHOS- diferença entre o ganho de anos em 15 anos para mulheres menos os anos ganhos para homens.

No indicador EVS também observou-se ganhos para ambos os sexos. Porém os homens parecem estar de uma forma geral apresentando mais ganhos em anos de vida saudável do que as mulheres. Sendo que a diferença de ganhos entre mulheres e homens foi pequena variando entre 0,05 e 0,87 anos a mais para o sexo masculino em todos os continentes, exceto no continente africano (ganho EVS 2000-2015, M=7,17/H=7,00), onde as mulheres tiveram um ganho de 0,17 anos a mais (Tabela3).

	EVS 2000-2015						DIFERENÇA DE GANHOS
	M2000	M2015	GANHO	H2000	H2015	GANHO	
AMÉRICA	64.11	66.95	2.84	60.06	63.40	3.34	-0.50
ÁFRICA	49.18	56.35	7.17	46.99	53.99	7.00	0.17
EUROPA	68.02	71.12	3.10	62.95	66.92	3.97	-0.87
OCEANIA	63.53	66.09	2.56	60.40	63.07	2.67	-0.11
ÁSIA	61.57	65.59	4.02	58.31	62.37	4.07	-0.05

Tabela 3 – Expectativas de vida saudável, de mulheres e homens, nos continentes em 2000 e 2015 e suas respectivas diferenças.

EVS – Expectativa de vida Saudável; Ganho– Ganho de anos a mais de EVS comparando 2015 com 2010; M2000- Média de EV para Mulheres no ano de 2000; H2000 – Média de EV para Homens no ano de 2000; M2015 – Média de EV para Mulheres no ano de 2015; H2015 – Média de EV para Homens no ano de 2015; DIFERENÇA DE GANHOS- diferença entre o ganho de anos em 15 anos para mulheres menos os anos ganhos para homens.

Após os 60 anos, a realidade dos indicadores se inverte em relação aos ganhos do continente africano, passando a ser este o continente com menores ganhos. Observou-se, na África, que em 2000 as mulheres poderiam esperar viver mais 16,53 anos após os 60 anos, já no ano de 2015 este indicador havia aumentado para 17,89. Os homens passaram de uma expectativa de viverem mais 15,01 anos ao completarem 60 anos em 2000 para 16,17 em 2015. Portanto, obteve-se diferença de 0,19 anos a mais para as mulheres quando comparadas com os homens. Realidade que não se observou no continente europeu.

Na Europa, os homens também apresentaram valores absolutos de EV60 menores do que as mulheres, mas, tiveram ganhos maiores diante da série histórica. Em 2015, puderam esperar viver em média mais 19,97 anos ao completarem 60 anos, enquanto as mulheres puderam prospectar mais 23,92 anos em suas vidas. No entanto, quando tais valores são comparados com os indicadores obtidos no ano 2000, observa-se para os homens um ganho maior (2,46 anos) do que as mulheres (2,25 anos) (Tabela 4).

Não foram observadas diferenças nos desfechos quando os portes populacionais dos países foram analisados (Tabela 5).

	EV60 2000-2015				DIFERENÇA DE GANHOS		
	M2000	M2015	GANHO	H2000	H2015	GANHO	
AMÉRICA	21.12	22.66	1.54	18.4	19.75	1.35	0.19
ÁFRICA	16.59	17.89	1.3	15.01	16.17	1.16	0.14
EUROPA	21.67	23.92	2.25	17.51	19.97	2.46	-0.21
OCEANIA	19.31	20.67	1.36	16.39	17.62	1.23	0.13
ÁSIA	18.80	20.38	1.58	16.51	17.79	1.28	0.30

Tabela 4 – Expectativas de vida aos 60 anos, de mulheres e homens, nos continentes em 2000 e 2015 e suas respectivas diferenças.

EV60 – Expectativa de vida aos 60 anos; Ganho– Ganho de anos a mais de EV60 comparando 2015 com 2010; M2000- Média de EV para Mulheres no ano de 2000; H2000 – Média de EV para Homens no ano de 2000; M2015 – Média de EV para Mulheres no ano de 2015; H2015 – Média de EV para Homens no ano de 2015; DIFERENÇA DE GANHOS- diferença entre o ganho de anos em 15 anos para mulheres menos os anos ganhos para homens.

2015	PORTE POPULACIONAL	M	H	DIFERENÇA
Expectativa de Vida ao Nascimento (EVN)	Pequeno Porte	73.75	69.19	4.56
	Médio Porte	75.57	70.42	5.15
	Grande Porte	70.90	66.25	4.65
	Muito Grande	75.44	70.37	5.07
Expectativa de Vida Saudável (EVS)	Pequeno Porte	64.71	61.77	2.94
	Médio Porte	66.11	62.58	3.53
	Grande Porte	61.77	58.62	3.15
	Muito Grande	65.85	62.49	3.36
Expectativa de Vida aos 60 anos (EV60)	Pequeno Porte	20.48	17.83	2.65
	Médio Porte	21.53	18.46	3.07
	Grande Porte	20.23	17.86	2.37
	Muito Grande	21.55	18.69	2.86

Tabela 5– Expectativas de vida nos agrupamentos de países com diferentes Portes Populacionais - 2015

EVN – Expectativa de vida ao nascer; EVS – Expectativa de vida saudável; EV60 – Expectativa de vida aos 60 anos; POPULAÇÃO – porte populacional dividido em quartis; M – expectativa referente as mulheres; H – expectativa referente aos homens; DIFERENÇA – diferença de expectativa para mulheres e homens.

DISCUSSÃO

Este estudo poderia ser considerado apenas mais um sobre envelhecimento populacional e todas as suas implicações sociais. Entretanto possui uma característica peculiar em relação aos demais estudos, pois considera além dos aspectos sociais e econômicos relacionados ao envelhecimento, a abordagem do gênero. O gênero é considerado uma lente com pela qual vê-se de distintas formas as adequações das políticas e o efeito destas sobre a vida de homens e mulheres¹. Em muitas sociedades, as mulheres têm status social inferior e acesso mais restrito a alimentos, educação, trabalho e serviços de saúde. O papel das mulheres sempre foi o de responsáveis pelos cuidados com a família, o que também pode contribuir para um aumento da pobreza e de problemas de saúde quando estas ficam mais velhas.

Observamos neste estudo que chegar à velhice é uma realidade mesmo nos países mais pobres, independente do gênero. Ainda que a melhora de saúde das populações esteja longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países, envelhecer não é mais privilégio de poucos². Nos países com nível de desenvolvimento baixo as expectativas de vida também aumentam de acordo com este estudo. A forte e crescente relação entre a estrutura socioeconômica e o estado de saúde de homens e mulheres tem contribuído para que este contexto se torne um gerador de desigualdades em saúde, todavia, a influência parece não ser direta, ocorrendo através de determinantes específicos que agem em inter-relação com diversos mecanismos complexos que juntos são capazes de determinar o estado de saúde das populações¹⁴.

Os resultados desta pesquisa mostram que independente do nível social e econômico do país, ainda há uma tendência de que as mulheres vivam mais do que os homens. Contudo, em países menos desenvolvidos essa diferença parece ser menor do que em países desenvolvidos. Tal resultado nos faz refletir que ser mulher pode representar sim, mais um potente determinante de vulnerabilidade social¹⁶.

Foram identificadas diferenças importantes nas expectativas de vida ao nascer, principalmente quando são comparados em países com baixo índice de desenvolvimento e muito alto, chegando a quase 20 anos de lacuna do que se pode esperar viver em um e em outro. O que se percebe é que as transições demográficas e epidemiológicas não têm sido acompanhadas de

transformações socioeconômicas, que deveriam ser necessariamente profundas nos países em desenvolvimento, para que pudessem ser compatíveis com as consequências advindas do aumento da longevidade.

A melhora da qualidade de vida, que é o maior desejo para a obtenção de uma velhice saudável, está muito longe de ser atingida nos países em desenvolvimento, pois estes privilegiam alguns em detrimento da maioria¹⁷. Tal consideração está de acordo com os resultados deste estudo que mostram diferenças expressivas, em que observa-se que uma menina nascida em um país com baixo índice de desenvolvimento humano, como Serra Leoa por exemplo, terá uma expectativa de vida que contará com aproximadamente vinte anos a menos do que uma menina nascida em um país tal como a Espanha que compõem o grupo de países com os mais altos índices de desenvolvimento humano no mundo.

Neste íterim, quando a EVN foi comparado na perspectiva histórica (2000X2015), nos continentes, foi observado que a África teve os maiores ganhos. O que pode ser explicado por alguns fatos, um deles é o avanço que ocorreu principalmente devido a melhoras na sobrevivência infantil, no controle da malária e a um maior acesso aos antirretrovirais para o tratamento de HIV. Muito embora a região continue apresentando as taxas de EVN mais baixas do mundo, ainda é possível considerar e relacionar este achado à publicação de um documento intitulado Plano de Ação sobre o Envelhecimento da União Africana, cujo propósito foi o desenvolvimento de estratégias para melhorar a prestação de serviços de saúde para pessoas idosas da África como uma maneira de realizar seu direito à saúde e de promover a sua contribuição para as famílias e as sociedades¹⁸.

Os resultados deste estudo também mostram que na África as mulheres ganharam mais anos de EVN no intervalo estudado do que nos demais continentes, sendo que no continente europeu, os homens ganharam proporcionalmente bem mais anos do que as mulheres. Embora tais resultados sejam inéditos, cabe especular sobre os impactos das desigualdades de gênero no que tange o aumento da expectativa de vida ao nascer no mundo. Tomando como base o processo socioeconômico-cultural histórico, a melhora nas condições de vida, no continente europeu¹⁹, se deu em um período longo e progressivo da história e é possível que os impactos da diminuição da desigualdade de gênero, ao longo do tempo, estejam contribuindo para uma aproximação entre as expectativas de vida ao nascer de homens e mulheres.

Tal fato ainda não pode ser observado em um continente com tantas iniquidades, tais como as da África. Porém, parece que pequenas mudanças sociais já determinaram ganhos para as

africanas. A Política de Envelhecimento Ativo há mais de uma década já referia que as adequações de opções políticas de proteção social possuem um efeito importante e distinto sobre o bem estar de homens e mulheres. No entanto, nossos resultados sugerem que seja possível que, à medida que direitos são adquiridos e consolidados para protegerem as mulheres, a progressão de ganhos passe a ser mais lenta. Um estudo²⁰ que comparou expectativas de vida de diferentes grupos sociais no sul do Brasil, num intervalo de cinco anos, observou que os grupos com menor nível sócioeconômico ganharam mais anos de vida. O aumento da expectativa de vida no nascimento experimentado por áreas com piores condições de vida foi 3 vezes maior que o aumento estimado para áreas prósperas para ambos os sexos. Os homens tiveram o maior ganho nos anos de vida, levando a um estreitamento dos diferenciais de gênero na expectativa de vida entre 2000 e 2005.

Assim como a EVN vem aumentando, também é importante trazer que os resultados apontaram para um aumento na EVS e na EV60, porém, com distintas configurações nos continentes. Seguindo a tendência observada em EVN, o continente africano teve uma mudança grande em relação aos demais continentes nesse período estudado em EVS, tanto para homens quanto para mulheres. A literatura traz que esta é a região onde se verifica o maior crescimento populacional de pessoas idosas no mundo²¹. Alguns autores referem que o aumento da EVS nos últimos 20 anos têm se dado mais por reduções do número na mortalidade de crianças e adultos do que pelas reduções nos anos vividos com deficiência ou debilidades²², o que faz sentido uma vez que o continente africano vem aumentando a expectativa de vida ao nascer.

Além disto, a África foi o único continente que, quando foram comparados os ganhos de EVS mulheres x EVS homens, apresentou um saldo positivo para as mulheres. Acreditamos que os ganhos sociais e de melhores desfechos em saúde das mulheres venham sendo conquistado paulatinamente, uma vez que se observa um contingente cada vez maior de políticas públicas que visem conquistar a igualdade de gênero através de rendimentos iguais no mercado formal de trabalho, igualdade de representatividade em empresas e cargos públicos, igualdade no uso do tempo em atribuições domésticas e consequente redução nas iniquidades em saúde¹¹. Porém, atualmente as mulheres acumulam funções domésticas e morbidades decorrentes de causas externas que há séculos acometem mais os homens do que as mulheres em todo o mundo. Embora a emancipação das mulheres tenha trazido satisfação pessoal, um peso vem sendo pago por elas⁴, mas, tal fato já é tido como dado e é considerado até mesmo previsível dentro da revolução de gênero que ocorreu desde a segunda transição demográfica⁵. É possível que esta exigência sobre as mulheres esteja relacionada com a desaceleração do crescimento de sua expectativa de vida com

saúde.

Por outro lado, a revolução silenciosa dos homens acontece progressivamente em consequência a mudança de papéis da mulher na sociedade⁷ e vem mudando as suas relações de trabalho e o seu papel dentro das famílias. Tais fatos dependem de uma série de conquistas e mudanças que são intimamente relacionadas com questões políticas, culturais e sociais^{7,8}. Contudo, conforme os resultados deste estudo sugerem, eles podem estar protegendo e aumentando, ainda mais aceleradamente, a sua expectativa de viver mais anos sem incapacidades em países mais desenvolvidos social e economicamente, o que provavelmente ainda não esteja acontecendo no continente Africano uma vez que este ainda enfrenta a grave crise de iniquidade de gênero^{7,8} e a fragilidade de proteção social para que os idosos possam envelhecer com saúde⁹.

A região subsaariana da África é a mais pobre do mundo, o que implica que o envelhecimento da sua população é, em grande parte, vivenciado em contextos de pobreza generalizada e de grande restrição econômica¹⁸. No entanto, a iniquidade de gênero continua sendo um dos maiores desafios neste continente. Apesar dos progressos que vem sendo ratificados pelas convenções internacionais e regionais e pelo Comitê das Nações Africanas em todos os nichos sociais, o que inclui o mercado formal de trabalho e outros setores da sociedade, que vem sendo implementadas⁹ ainda há muito o que avançar para chegar a realidade dos países europeus. Fato este que os indicadores estudados mostram, bem como, trazem ainda, o quanto o esforço das nações africanas vem surtindo efeito e vão ao encontro do preconizado pela política de envelhecimento ativo que referia a importância da diminuição de riscos ao longo do ciclo de vida¹.

Em um estudo realizado na África do Sul²⁴, foi visto que ainda há uma falta de clareza sobre quais as medidas específicas são necessárias para efetivamente garantir a saúde das pessoas idosas. Junto a isso, todas as carências crônicas, materiais e humanas dos serviços de saúde nesta região podem trazer a essa população uma velhice nada agradável. Os resultados deste estudo sugerem que as políticas públicas ainda são limitadas quanto aos riscos relacionados com a iniquidades sociais, dentre elas a de gênero, devido aos riscos que se acumulam ao longo da vida. Uma vez que, no período estudado, no continente Africano, mulheres e homens diminuíram rapidamente o avanço na EV quando se tornaram sexagenários, apresentando as menores expectativas de vida. Observou-se no entanto, ganhos principalmente no que tange as mulheres, portanto, há diferenças entre envelhecer na Europa, na América ou na África.

Os números impressionam ainda mais quando se correlaciona o aumento expressivo da população idosa neste continente ao atual nível de desenvolvimento econômico e social¹⁸ e, ainda, às transformações pelas quais a maioria dos países desta região apresenta. As circunstâncias

econômicas e sociais desfavoráveis afetam a saúde no decorrer da vida, tornando a saúde dos idosos ainda mais suscetível à determinação social pela acumulação das exposições aos fatores de risco¹⁴, o que corrobora com os dados obtidos no presente estudo quando trazem que a desigualdade econômica e social - aqui obtidas através do IDH dos países - interfere de forma impactante na expectativa de vida, seja ela ao nascimento, saudável ou aos 60 anos.

Caso não haja um planejamento específico para a necessidade de mudanças nas políticas que construam uma perspectiva concreta de envelhecimento ativo de mulheres e homens, considerando as suas realidades loco regionais, teremos diante de nós, paradoxalmente, o fato de não valer a pena os esforços dirigidos para aumentar a longevidade, pois estes anos a mais poderão se tornar apenas mais um sofrimento na vida dos mais vulneráveis socialmente e de mulheres que já passaram suas vidas entre múltiplas tarefas. A velhice frequentemente se torna visível quando se transforma em um problema social, quando ela deixa de ser somente relacionada à família, às associações filantrópicas e aos próprios idosos, tornando-se uma questão pública^{1,313}, fato que pode ser manejado com planejamento e investimento intersetorial que visem a igualdade de gênero e a promoção de um envelhecimento ativo através de políticas de saúde, segurança, participação social e educação ao longo da vida dentro das singularidades de cada realidade social¹³.

Como limitações, cabe ressaltar o delineamento do estudo que sempre encore no risco da falácia ecológica. Sabe-se que dentro de praticamente todos os continentes existem realidades singulares e não são homogêneos em sua totalidade. Além disso, o estudo utilizou-se de bases de dados públicas de mais de uma fonte, o que pode incorrer em algum viés de aferição. Ainda, considera-se uma limitação a utilização do indicador IDH que possui, em sua composição a variável expectativa de vida ao nascimento, que impacta nos desfechos desta pesquisa por si só. No entanto, o estudo aponta uma demanda premente por estudos de série histórica que abordem o envelhecimento na perspectiva de gênero e que aprofundem o conhecimento que temos sobre os impactos de iniquidades de sócias, dentre as quais a de gênero, sobre o envelhecimento de homens e mulheres tanto numa perspectiva global, quanto dentro de um continente ou até mesmo dentro de um único país.

Por fim, cabe sugerir através deste estudo que comecemos a pensar em estratégias diferentes de gestão de políticas de promoção de envelhecimento ativo que estimulem os homens a continuarem a agregar os valores femininos de autocuidado ao mesmo tempo que devemos estar muito atentos aos impactos do acúmulos de riscos vivenciados pelas mulheres que vem sendo cada vez mais exigidas quanto ao acúmulo de funções, onde observa-se que junto ao desenvolvimento e a

consolidação da suposta igualdade de gênero, somam-se as cobranças de sucesso financeiro a um acúmulo de riscos relacionados a causas externas e a sobrecarga com funções domésticas que talvez não sejam divididas realmente igualmente uma vez que a gestação, por exemplo, sempre caberá as mulheres e por si só justificaria políticas de justiça social e equidade de proteção social.

REFERÊNCIAS

- 1 WHO. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Madrid, Spain, April 2002.
- 2 Veras, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* 2009;**43**:548-54
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. Brasília. 2012.
- 4 Silva DM, Lima AO. Mulher, trabalho e família na cena contemporânea. *Contextos Clínic* 2012;**5**: 41-51.
- 5 Goldscheider F, Bernhardt E, Lappegård T. The Gender Revolution: A Framework for Understanding Changing Family and Demographic Behavior. *Population and Development Review* 2015; **41**:1728-4457.
- 6 Hook JL. Care in Context: Men's Unpaid Work in 20 Countries, 1965-2003. *American Sociological Review* 2006 **71**: 639-660.
- 7 King A. The 'quiet revolution' amongst men: Developing the practice of working with men in family relationships. *Children Australia* 2005; **30**: 33-37.
- 8 Thébaud S, Pedulla DS. Masculinity and the stalled Revolution: how Gender ideologies and norms shape young Men's Responses to Work-Family Policies. *Gender & Society* 2016; **30**: 590-617.
- 9 Wekwete NN. Gender and Economic Empowerment in Africa: Evidence and Policy. *J Afr Econ* 2014; 23: i87-i127.
- 10 Jewkes R, Flood M, Lang J. From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: a conceptual shift in prevention of violence against women and girls. *The Lancet* 2015; 385: 1580-1589.
- 11 Borrell C et al. Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. *Epidemiologic reviews* 2013; 36: 31-48.
- 12 Fleming J, King A, Hunt T. Just call me dad: health and social benefits to fathers and their children. *Children Australia* 2014;**39**: 34-41.
- 13 ILC- Brasil. Centro Internacional de Longevidade Brasil . Carta Sobre Gênero e Envelhecimento "Igualdade de Gêneros em um Mundo que Envelhece". Rio de Janeiro, 2014.
- 14 Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Cien Saude Colet* 2012; 17:123- 133.
- 15 HDR. Human Development Report. Technical notes. Work for Human Development. 2015. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2015_technical_notes.pdf
- 16 Vieira W, Vilella EMO. O envelhecimento na perspectiva feminista: Simone de Beauvoir, Germaine Greer e o Coletivo de Boston. Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa/ organizado por Belkis Trench, Tereza Etsuko da Costa Rosa. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011.
- 17 Papaléo Netto M; Yuaso DR; Kitadai FT. Longevidade: Desafio no Terceiro Milênio. *O mundo da saúde* 2005; 29: 594-607.
- 18 Telles JL, Borges APA. Velhice e Saúde na Região da África Subsaariana: uma agenda urgente para a cooperação internacional. *Cien Saude Colet* 2013; 18:3553-3562,
- 19 Muenz, R. Aging and demographic change in European societies: main trends and alternative policy options. World Bank SP Discussion Paper N°703. 2007.
- 20 Belon AP, Barros, M. Reduction of social inequalities in life expectancy in a city of Southeastern Brazil. Contributed equally. *International Journal for Equity in Health* 2011; 11: 36.
- 21 U.S. Census Bureau, International Data Base. <http://www.census.gov/population/international/data/idb/region.php?N=%20Region%20Results%20&T=2&A=aggregate&RT=0&Y=2011&R=111,112,114,115&C=>. Acessado em 29 de junho de 2017.
- 22 Salomon, Joshua A., et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *The Lancet* 2012; 380: 2144-2162.
- 23 Parmar D et al. Enrolment of older people in social health protection programs in West Africa—Does social exclusion play a part? *Social scienc med* 2014; 119: 36-44.
- 24 Goudge J et al. Affordability, availability and acceptability barriers to health care for the chronically ill: Longitudinal case studies from South Africa. *BMC Health Serv Res* 2009; 9:75.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos 20 anos o tema de envelhecimento populacional tem servido como um despertador para as populações, sendo o envelhecimento das comunidades um dos mais importantes desafios para a saúde atualmente. Quando falamos de países em fase inicial de desenvolvimento, onde o envelhecimento ocorre em meio a pobreza e desigualdades sociais mais ainda este despertador deve nos chamar a atenção.

Estudos que trabalhem neste viés - delineando e pontuando questões relevantes sobre o impacto das iniquidades no envelhecimento populacional - são essenciais para que sejam lançadas novas possibilidades e oportunidades de se dar o desenvolvimento de políticas de saúde adequadas à realidade da população de idosos nesses locais mais vulneráveis. Muito embora isso possa ser aprofundado de forma mais completa, incluindo outros tantos indicadores, neste estudo, conseguimos trazer alguns dados sobre a relação que se estabeleceu no passado e que temos hoje, em uma perspectiva histórica, sobre o subsídio social, econômico e cultural que os países dispõem para que suas populações envelheçam.

Apesar de vermos um avanço significativo ao longo destes anos, sabe-se que ainda tem muito a ser feito pela saúde das populações nestes aspectos. Sendo assim, a população idosa, futuramente, poderia contar, nos seus últimos anos de vida, com um pouco mais de qualidade, saúde e dignidade, não sendo necessário que passem e ultrapassem condições e barreiras tão inadequadas quanto as que atualmente percebemos em determinados países impostas a este nicho da sociedade.

REFERÊNCIAS

ADVISORY COMMITTEE ON EQUAL OPPORTUNITIES FOR WOMEN AND MEN. Opinion on the gender dimension of active ageing and Solidarity between generations, 2012

ANNANDALE E. and HUNT K. **Gender inequalities in health**. 1999. ISBN 0-335-20365-5 (hbk.).. RA564.B5.G4653 362.1–dc21

BASTHI, A. Guia para Jornalistas sobre Gênero, Raca e Etnia / Angelica Basthi (organizacao e elaboracao) Brasilia: **ONU Mulheres**; Federação Nacional dos Jornalistas (FENAJ); Programa Interagencial de Promoção da Igualdade de Gênero, Raça e Etnia (Fundo de Alcance dos Objetivos do Milenio, F-ODM), 2011.

BELON, AP and BARROS, M. Reduction of social inequalities in life expectancy in a city of Southeastern Brazil. Contributed equally. **International Journal for Equity in Health** **2011**. DOI: 10.1186/1475-9276-10-36 © Belon and Barros; licensee BioMed Central Ltd. 2011

BORRELL, C, et al. "Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health." *Epidemiologic reviews* 36.1 (2013): 31-48.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno Nacional de Atenção Básica. In: **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília – DF. 2012.

BRONNUM-HANSEN H, Baadsgaard M: O aumento da desigualdade social na expectativa de vida na Dinamarca. **Revista Europeia de Saúde Pública** de 2007, 17.: 585-586

BUTLER, J. Como os corpos se tornam materia. **Rev. Estud. Fem.**, Florianopolis, v.10, n.1, pag.155-167, jan. 2002

CAMARGOS MCS et al. Expectativa de vida saudável para idosos brasileiros, 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(5):1903-1909, 2009

DEBERT GG. **Gênero Envelhecimento**. Estudos feministas. ANO 2. 1994.

FRIES, J. F. Aging, natural death and the compression of mortality. **N Engl J Med**, v. 303, p. 130-135, 1980.

GEIB, LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(1):123- 133, 2012.

GOLDSCHIEDER, F; Bernhardt, Eva; Lappegård, Trude. The Gender Revolution: A Framework for Understanding Changing Family and Demographic Behavior. **Population and Development Review**, VL - 41, IS - 2, pg - 1728-4457, 2015. UR -

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1728-4457.2015.00045.x>

GOUDGE J, Gilson L, Russell S, Gumede T, Mills A. Affordability, availability and acceptability barriers to health care for the chronically ill: Longitudinal case studies from South Africa. **BMC Health Serv Res** [serial on the Internet]. 2009

HELPAGE Internacional – Leading Global Action on Ageing. **Gender and Ageing Briefs**. Madrid, April, 2002.

HOOK, JL. "Care in Context: Men's Unpaid Work in 20 Countries, 1965-2003." **American Sociological Review** 71.4 (2006): 639.

HUMAN DEVELOPMENT REPORT (HDR) 2015. **Technical notes**. Work for Human Development. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2015_technical_notes.pdf

ILC- Brasil. Centro Internacional de Longevidade Brasil. Carta Sobre Gênero e Envelhecimento "Igualdade de Gêneros em um Mundo que Envelhece". Rio de Janeiro, 2014.

ILC - Centro Internacional de Longevidade Brasil. ENVELHECIMENTO ATIVO: Um marco Político em Resposta a revolução da Longevidade. 1 edição – Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/>; . Acesso em 20 fev 2016.

JAGGER C. Health expectancy calculation by the Sullivan Method: a practical guide [**NUPRI Research Paper, n. 68**]. Madison: NUPRI; 1999.

JEWKES, R., Michael Flood, and James Lang. "From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: a conceptual shift in prevention of violence against women and girls." **The Lancet** 385.9977 (2015): 1580-1589.

KING, A. "The 'quiet revolution' amongst men: Developing the practice of working with men in family relationships." **Children Australia** 30.2 (2005): 33-37.

LIMA-COSTA, MF; SANDHI Maria Barreto. Types of epidemiologic studies: basic concepts and uses in the area of aging. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.12 n.4 Brasília dez. 2003

MANTON KG, LAND KC. Active life expectancy estimates for U.S. elderly population: a multidimensional continuous-mixture model of functional change applied to completed cohorts. **Demography** 2000; 37(3):253-265.

MARMOT, M. G.; KOGENIVA, M. & ELSTON, M. A., 1987. **Social-economic status and health. Annual Review Public Health, 8:111-135.**

NASRI, F O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein. **2008; 6 (Supl 1):S4-S6**

MARMOT, M. G. **Social determinants of health inequalities. Public Health. Lancet** 2005; 365:1099–104

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial de envelhecimento e saúde.** Brasil, 2015.

PAPALÉO NETTO, M; Denise Rodrigues Yuaso; Fabio Takashi Kitadai. LONGEVIDADE: DESAFIO NO TERCEIRO MILÊNIO. **O MUNDO DA SAÚDE** — São Paulo, ano 29 v. 29 n. 4 out./dez. 2005.

PARMAR, D, et al. "Enrolment of older people in social health protection programs in West Africa—Does social exclusion play a part?." **Social science & medicine** **119** (2014): 36-44.

PERROT, M. Minha história das mulheres. São Paulo: **Contexto**, 2012.

PNUD. Projeto das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Acessado em: 15 de junho de 2016.

SALOMON, JA*, HAIDONG W., et. Al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. **The Lancet.** Vol 380 December 15/22/29, 2012.

SENHORAS EM. O papel do idoso na preservação do meio ambiente. **A terceira idade SESC.** 2005; 16: 7-23.

SILVA, DM e LIMA, AO. Mulher, trabalho e família na cena contemporânea. **Contextos Clínic** [online]. 2012, vol.5, n.1, pp. 41-51, 2017.

SILVEIRA, L; NADER, MB. **Envelhecimento e gênero: construções sociais que orientam práticas violentas.** Anais do XVI encontro regional de historia da ANPUH – RIO - 2014. Saberes e práticas científicas. ISBN 978 -85- 65957-03-8.

SOUZA, N, PONTES, P e ROCHA, S. As representações do envelhecimento. Trabalho final de graduação em Ciências Sociais - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994.

TELLES JL, BORGES APA. Velhice e Saúde na Região da África Subsaariana: uma agenda urgente para a cooperação internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(12):3553-3562, 2013.

THÉBAUD, S. and PEDULLA, DS.. "Masculinity and the stalled Revolution: how Gender ideologies and norms shape young Men's Responses to Work–Family Policies." **Gender & Society** 30.4 (2016): 590-617.

U.S. Census Bureau, International Data Base.
<http://www.census.gov/population/international/data/idb/region.php?N=%20Region%20Results%20&T=2&A=aggregate&RT=0&Y=2011&R=111,112,114,115&C=> Acessado em 29 de junho de 2017.

VERAS, R. Envelhecimento Populacional: Desafios e Inovações Necessárias para o Setor Saúde. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ Ano 7, Janeiro / Junho de 2008

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública** 2009; 43(3):548-54

VIEIRA, W. VILELLA, EMO. O envelhecimento na perspectiva feminista: Simone de Beauvoir, Germaine Greer e o Coletivo de Boston. **Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa/** organizado por Belkis Trench, Tereza Etsuko da Costa Rosa. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011.

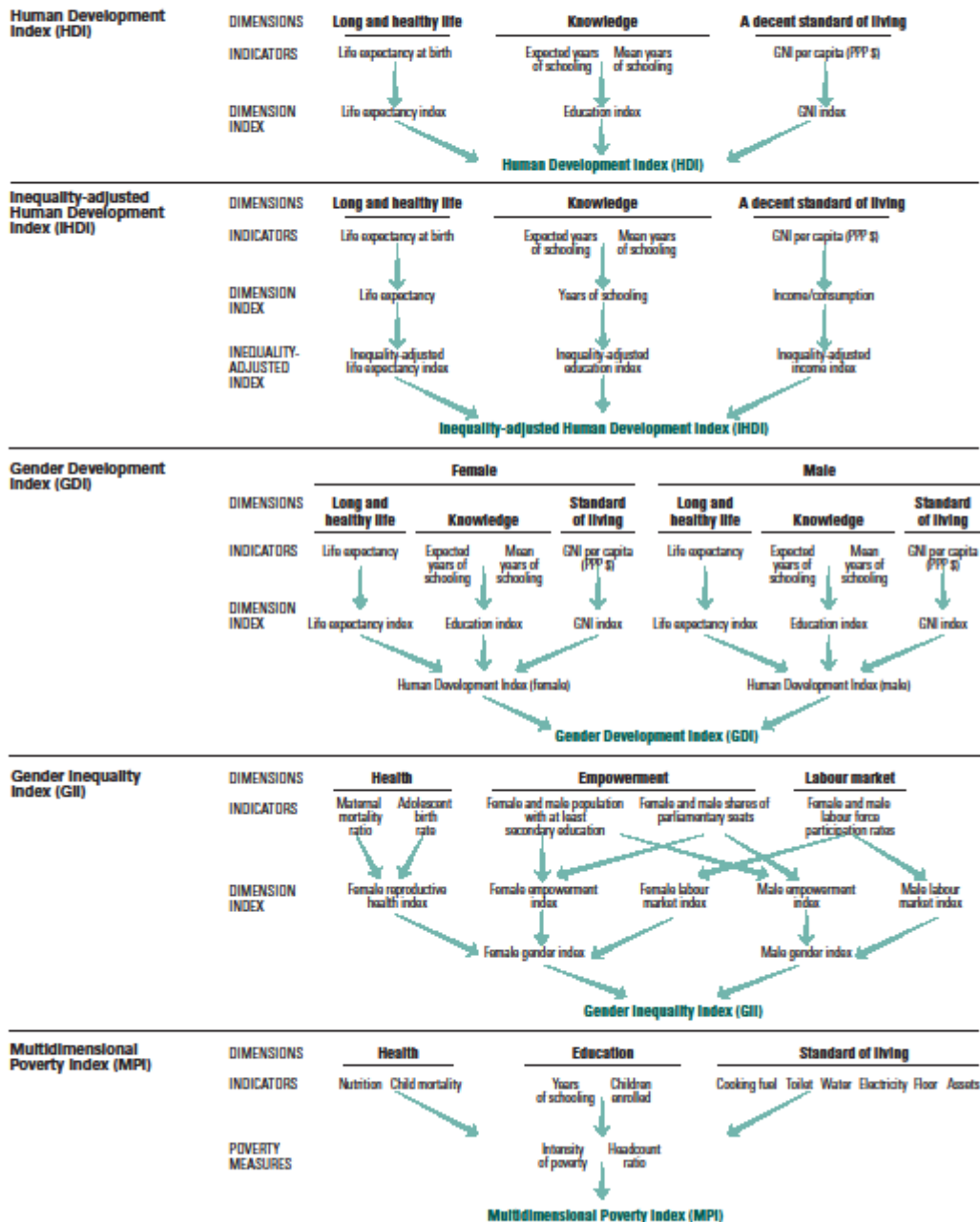
WEKWETE, NN. Gender and Economic Empowerment in Africa: Evidence and Policy. **J Afr Econ**. 2014; 23 (suppl_1): i87-i127. doi: 10.1093/jae/ejt022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing: a policy framework**. Madrid, Spain, April 2002.

Technical notes

Calculating the human development indices—graphical presentation



CIP - Catalogação na Publicação

KRONBAUER ESCHBERGER, GABRIELA GONÇALVES
COMPREENDENDO O IMPACTO DAS DESIGUALDADES
SOCIAIS, ECONÔMICAS E CULTURAIS NA EXPECTATIVA DE
VIDA DE MULHERES E DE HOMENS NO MUNDO / GABRIELA
GONÇALVES KRONBAUER ESCHBERGER. -- 2017.
43 f.
Orientadora: ALINE BLAYA MARTINS.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2017.

1. ENVELHECIMENTO. 2. DESIGUALDADE SOCIAL. 3.
DESIGUALDADE DE GÊNERO. I. MARTINS, ALINE BLAYA,
orient. II. Título.