



UNILAB

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL
DA LUSOFONIA AFRO- BRASILEIRA
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

CAROLINE SANTANA DA SILVA

**EVOLUÇÃO DA EXPECTATIVA DA VIDA DAS MULHERES PÓS
IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):
UM ESTUDO COMPARATIVO**

SÃO FRANCISCO DO CONDE

2019

CAROLINE SANTANA DA SILVA

**EVOLUÇÃO DA EXPECTATIVA DA VIDA DAS MULHERES PÓS
IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):
UM ESTUDO COMPARATIVO**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão em Saúde da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Grazielle Roberta Freitas da Silva.

SÃO FRANCISCO DO CONDE

2019

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da Unilab
Catalogação de Publicação na Fonte

S579e

Silva, Caroline Santana da.

Evolução da expectativa da vida das mulheres pós implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) : um estudo comparativo / Caroline Santana da Silva. - 2019. 27 f. : il. color.

Monografia (especialização) - Instituto de Educação a Distância, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, 2019.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Grazielle Roberta Freitas da Silva.

1. Expectativa de vida - Brasil - Mulheres. I. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Estatísticas. II. Título.

BA/UF/BSCM

CDD 304.645081

CAROLINE SANTANA DA SILVA

**EVOLUÇÃO DA EXPECTATIVA DA VIDA DAS MULHERES PÓS
IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):
UM ESTUDO COMPARATIVO**

Monografia julgada e aprovada para obtenção do título de Especialista em Gestão em saúde da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Data de aprovação: 17/12/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Grazielle Roberta Freitas da Silva (Orientador)

Universidade Federal do Piauí - UFPI

Prof.^a M.^a Amanda Delmondes De Brito Fontenele

Universidade Federal do Piauí - UFPI

Prof.^a M.^a Antônia Mauryane Lopes

Universidade Federal do Piauí - UFPI

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar pela família que me concedeu como base para tudo nessa vida, ao meu marido Jonas Cruz, que sempre me incentiva a ir mais longe e a nunca desistir. Agradeço também a Edgar Freitas pela grande ajuda nas horas em que pensei que não daria mais.

RESUMO

Considerando a legitimidade e importância do Sistema Único de Saúde (SUS) para a saúde pública no âmbito da sociedade brasileira e da saúde da mulher, o presente trabalho objetiva analisar a evolução da mortalidade entre mulheres a partir de 1980, década em que ocorre a criação do SUS e as últimas três décadas a fim de avaliar o potencial desse indicador para análise do sistema de saúde pública no escopo da assistência às mulheres. A fonte de dados utilizada foi o IBGE a partir das pesquisas PNAD e PNS. A partir de dados acerca da expectativa de vida ao nascer para mulheres e homens (como referência), expectativa de sobrevivência aos 65 anos e da probabilidade de uma pessoa aos 60 anos alcançar os 80, realizou-se discussão acerca das políticas implementadas pelo SUS em relação ao público feminino. Observou-se que houve intervenção governamental em problemáticas de saúde para todas as faixas etárias analisadas. Contudo, entende-se que o indicador de mortalidade não apresenta sensibilidade em relação a determinados fatores de influência, sobretudo em relação a heterogeneidades regionais, sobre a qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Expectativa de vida - Brasil - Mulheres. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Estatísticas.

ABSTRACT

Considering the legitimacy and importance of the Unified Health System (SUS) for public health in the context of Brazilian society and women's health, the present study aims to analyze the evolution of mortality among women from 1980, decade of the creation of the SUS and the last three decades in order to evaluate the potential of this indicator for analysis of the public health system in the scope of assistance to women. The data source used was the IBGE based on PNAD and PNS. From data on life expectancy at birth for women and men (as a reference), expectation of survival at age 65 and the likelihood that a person at age 60 will reach 80, there was discussion about the policies implemented by SUS in relation to the female public. It was observed that there was government intervention in health issues for all age groups analyzed. However, it is understood that the mortality indicator does not show sensitivity to certain influence factors, especially in relation to regional heterogeneities, regarding the quality of life of the population.

Keywords: Life expectancy - Brazil - Women. Unified Health System (Brazil) - Statistics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Ciclo de formulação de políticas públicas (Reader)	16
Tabela 1	Evolução da expectativa de sobrevida aos 65 anos	19
Figura 2	Expectativa de sobrevida aos 65 anos	19
Tabela 2	Evolução da expectativa de vida ao nascer	21
Figura 3	Expectativa de vida ao nascer	21
Tabela 3	Evolução do grau de chance de se alcançar 80 anos	22
Figura 4	Probabilidade de uma pessoa de 60 anos atingir os 80 anos de idade	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
PAISC	Programa De Atenção Integral À Saúde Da Criança
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD
PNAISM	Política nacional de atenção integral à saúde da mulher
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1	INDICADOR SOCIAL	14
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS	15
2.3	PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NO SUS	16
3	METODOLOGIA	17
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	19
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
	REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

As mulheres são maioria na população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) (Andrade et al, 2013). A frequência das mulheres a postos de saúde não se dá apenas para o seu próprio atendimento, mas também para apoio e assistência, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos (BRASIL, 2011).

Os indicadores epidemiológicos publicados pelo Ministério da Saúde (2011) evidenciam que as brasileiras são afetadas tanto por doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) quanto por aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição). Os padrões de morbimortalidade para mulheres também indicam essa mistura de doenças, que exibem forte correlação quando comparados aos dados de desenvolvimento regional e de classe social.

O relatório sobre a situação da População Mundial (2002) demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens apesar de que as mulheres trabalham durante mais horas por dia em relação aos homens. Outro agravante, salientado pelo mesmo relatório, é que uma parte da jornada de trabalho das mulheres é destinada a atividades não remuneradas, o que implicou em menor acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde. Considerando que históricas desigualdades de poder e de acesso aos serviços públicos entre homens e mulheres resultam em um forte impacto nas condições de saúde destas últimas, as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes na formulação das políticas públicas em saúde (BRASIL, 2011).

Registros históricos mostram que, no Brasil, a temática “Saúde da Mulher” está presente nas políticas públicas de saúde no âmbito nacional desde o início do século passado, mais especificamente nas primeiras décadas, estando restrita às necessidades relacionadas à gestação, parto e puerpério. Nesse período, os programas são direcionados à população materno-infantil, refletindo uma visão parcial e fragmentada da mulher, tendo como foco sua especificidade biológica de gestar e parir e seu papel social de mãe, com forte enfoque na esfera doméstica, constituindo-se a principal responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e familiares (SANTOS, 2017). Ferreira e Benicio (2015) observam que fatores relacionados à reprodução apresentam correlação com a prevalência de transtornos e

doenças entre mulheres.

A Constituição de 1988 foi um marco governamental para a saúde pública brasileira. Apesar da existência de políticas anteriores à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o novo sistema instituiu a saúde enquanto "direito de todos e dever do Estado" no artigo 196. Assim, a implantação do SUS pode ser atribuída como maior marco para a saúde pública brasileira. Entretanto, a materialização do direito à saúde que inclui a visualização de resultados diretos e intencionais no âmbito da integralidade da assistência, conforme explica BRASIL (2018), foi realizada de forma lenta e gradativa.

As conquistas emergidas com o SUS desdobraram uma série de políticas e direcionamentos garantidos às demandas específicas apresentadas no cotidiano, dentre elas a política para as mulheres (LIMA, 2016).

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que incorporava um recorte de gênero, integralidade e promoção da saúde como princípios norteadores, buscando consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual.

As disparidades sociais fazem parte do escopo de discussão do PNAISM. Com o avanço do debate público em torno dos direitos das mulheres, a PNAISM também passou a considerar a desigualdade de gênero como fator de grande impacto sobre as condições da saúde da mulher e que, portanto, precisa ser considerada, tanto na análise das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) como dentro das diretrizes e princípios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) para esta parcela da população (BRASIL, 2014).

Problemáticas econômicas, socioambientais, identitárias, etc. Tem sido amplamente abordada no debate público no âmbito da formulação de políticas públicas na saúde pública do Brasil. Em geral, tais fatores são discutidos a partir de dados e indicadores sociais.

Na saúde, os indicadores vêm sendo largamente utilizados para avaliação de serviços da saúde pública. Tomasi et al (2017) realizaram um trabalho de análise do serviço de pré-natal no Brasil com base no ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (*PMAQ-AB*) a fim de propor caminhos para o melhor desenho de política de saúde. A partir dessa pesquisa, os autores puderam

identificar e quantificar deficiências graves no serviço de assistência pré-natal no serviço de saúde pública. Viacava et al (2019) abordaram a problemática da desigualdade social no âmbito do acesso à saúde através de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada pelo IBGE, e pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) produzida por IBGE, Ministério da Saúde e Fiocruz. Nessa pesquisa, identificou-se redução de desigualdade no escopo do acesso ao exame de mamografia a partir dos dados entre os anos de 1998 e 2013.

A análise da evolução de dados e indicadores sociais setoriais em um dado período é uma ferramenta útil para avaliação da eficácia de políticas públicas atrelada a área, bem como para nortear a atuação governamental. Dessa forma, o presente trabalho objetiva analisar diversos dados e indicadores referentes a evolução da saúde da mulher em paralelo ao estabelecimento do SUS, com enfoque na avaliação da eficácia do setor público no escopo do exercício do direito à saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A implementação e avaliação de políticas públicas envolve a realização de diversas atividades, desde a identificação da problemática até o efetivo monitoramento do exercício da intervenção pública (Raeder, 2014). A utilização de dados e indicadores sociais são ferramenta importante em todas as fases. Visando analisar a eficácia da expectativa de vida para avaliar o SUS, a presente revisão bibliográfica busca conceitos-chave para realização do trabalho.

2.1 INDICADOR SOCIAL

A conceituação feita por Jannuzi (2004) concede ao termo indicador social a dimensão de “medida quantitativa dotada de significado social substantivo”. Assim, o autor enfatiza a função do indicador, isto é, o que tal, enquanto informação quantitativa, pode significar enquanto expressão de um “conceito social”. A conceituação utilizada pelo autor reforça que a produção de indicadores, sobretudo no campo das ciências sociais aplicadas, requer boa técnica metodológica por parte do pesquisador e/ou gestor público no escopo da escolha do melhor modelo teórico para modelagem. Afinal, deseja-se extrair os dados e informações mais precisas possíveis dos fenômenos sociais.

Paulani e Braga (2014) analisam diversos indicadores com base na utilidade desses em descrever comportamentos, como desempenho econômico, segurança, saúde etc. Esse esclarecimento é importante porque adjetivar um indicador como “bom” ou “ruim” obrigatoriamente depende da aplicação dele. Os autores utilizam como exemplo o Produto Interno Bruto (PIB) de um país. Enquanto medida do desempenho econômico de um país, o PIB é largamente utilizado como referência. Entretanto, quando o objetivo é investigar a qualidade de vida de um país esse indicador deixa de ser apropriado por desconsiderar fatores que influenciam na qualidade de vida, produzindo distorções no resultado da pesquisa.

Dessa forma, percebe-se que determinar a qualidade ou confiabilidade do indicador em relação ao comportamento que se deseja observar é fundamental para o êxito do trabalho. Ishitani et al (2017) aborda a questão da qualidade da informação acerca do número de óbitos em uma capital brasileira segundo o código Garbage (CG), que lista causas de óbitos com diagnósticos indefinidos e pouco úteis, isto é, que não

tem qualquer utilidade para a formulação de políticas públicas no âmbito da saúde. O resultado foi que cerca de cerca de 44 mil óbitos entre 2011 e 2013, aproximadamente 16 mil óbitos (~30%) foi classificada como pouco útil. Esse processo de “filtragem” é fundamental para melhor compreensão dos fatos.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS

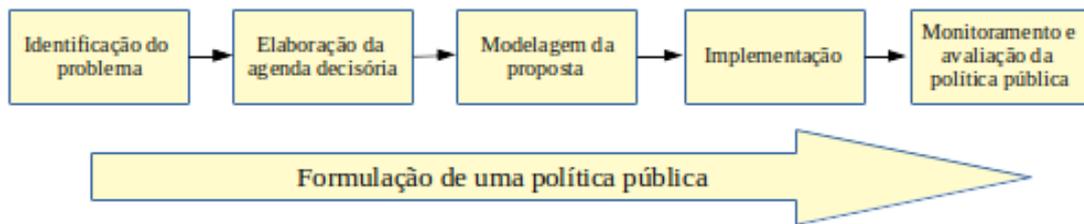
A definição de políticas públicas tem desencadeado uma série de discussões, posto que ela expressa interesses antagônicos na relação entre Estado e sociedade civil. Desta relação entre Estado e sociedade civil tem origem às políticas sociais, de caráter público, que são implementadas para responder interesses e demandas das duas partes: do Estado com vistas à manutenção da ordem e das classes sociais por reivindicações a direitos sociais (LIMA,2016).

Gimenez (2017) relaciona o conceito de política pública ao quadro brasileiro de desigualdade social. Dessa forma, o autor buscou, a partir de momentos históricos da política nacional, identificar o papel de políticas sociais na diminuição de desigualdades. Observa-se que estabilidade política e institucional são fatores determinantes para o êxito ou fracasso de políticas governamentais.

O ofício do gestor público está intrinsecamente ligado à produção, implementação e monitoramento das políticas públicas. Dessa forma, tem se buscado tornar pragmática e previsível a tomada de decisões no âmbito das políticas públicas a fim torná-las socialmente mais eficazes e fiscalmente sustentáveis.

Raeder (2014) destaca cinco fases no chamado ciclo das políticas públicas: o primeiro é o de percepção de determinado problema, exercício determinante na atividade desempenhada por um gestor público. O segundo é o de formação da agenda decisória, em que se expressa, pragmaticamente, as diretrizes e princípios a serem seguidos para a estruturação do projeto baseados em fatores governamentais e sociais relevantes. A terceira fase é a de formulação efetiva da proposta, amparada pelos princípios já definidos. Após, se realiza a implementação da política pública. A última etapa é a de monitoramento do comportamento da ação ante à sociedade.

Figura 1 - Ciclo de formulação de políticas públicas (*Reader*)



2.3 PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NO SUS

Na historiografia da saúde pública brasileira, o termo “integralidade” aparece na década de 70 durante a ditadura militar como pauta do Movimento de Reforma Sanitária, que era de oposição ao regime vigente e objetivava, dentre outras coisas, democratizar o acesso à saúde (Fiocruz, 20-?).

Segundo Fracoli et al (2017) o conceito de integralidade já no SUS está posta como um princípio de organização, uma referência para a realização dos serviços de saúde. O mesmo trabalho coletou dados qualitativos a partir de entrevistas com enfermeiras e o feedback foi que a concepção do profissional acerca da integralidade tem influência direta sobre o serviço prestado por ele.

3 METODOLOGIA

Estudo comparativo da evolução da expectativa de vida das mulheres no período (década de 1980) em que ocorre a implementação do Sistema Único de Saúde e as últimas três décadas, bem como dos dados acesso a serviços de saúde pelas mulheres e indicadores referentes à ocorrência de doenças com maior prevalência entre mulheres. O enfoque do trabalho é estudar o papel do serviço de saúde pública na evolução da expectativa de vida das mulheres.

O recorte realizado teve como ponto de partida os dados referentes ao ano de 1980, no qual se inicia a década em que o SUS foi implementado (1988). Os primeiros dados a serem avaliados foram os referentes à expectativa de vida, expectativa de sobrevida e o referente à probabilidade de uma pessoa de 60 anos atingir os 80 anos de idade. O dado de expectativa de vida ao nascer leva em conta morbimortalidade em todas as faixas etárias, considera inclusive a mortalidade de crianças com menos de 5 anos, dado relevante para o estudo aqui realizado tendo em vista que a atenção primária dedicada a gestantes se relaciona com a problemática da qualidade da saúde das mulheres. Leal et al (2018) destaca que a experiência de decréscimo na taxa de mortalidade infantil no Brasil, sobretudo na região nordeste entre 2000-2010, está relacionada ao desenvolvimento de políticas públicas dedicadas ao grupo das mulheres.

A expectativa de sobrevida se refere ao tempo (anos) vivido por um indivíduo que alcança os 65 anos. A saúde de idosas é estudada em diversos trabalhos acadêmicos devido a predominância de doenças típicas deste grupo etário. Tavares et al (2017) destaca a maior incidência de sobrepeso entre mulheres idosas de baixa renda no Brasil. Além disso, o mesmo estudo salienta que fatores ligados a renda e escolaridade são determinantes para a qualidade de vida do grupo estudado.

Será realizada análise quantitativa com base no banco de dados produzidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sobretudo através da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD), pesquisa de periodicidade anual que reúne diversos dados de relevância social, incluindo acesso a serviços de saúde.

Outra fonte utilizada para análise dos dados foi a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS – 2013), também realizada pelo IBGE em convênio com o Ministério da Saúde com o objetivo de aprofundar o conhecimento acerca da saúde dos brasileiros.

Os dados foram coletados em tabelas providas das fontes citadas e manualmente organizadas em tabelas com o software LibreOffice Writer. Com auxílio do mesmo programa, foram criadas tabelas e gráficos referentes aos dados selecionados.

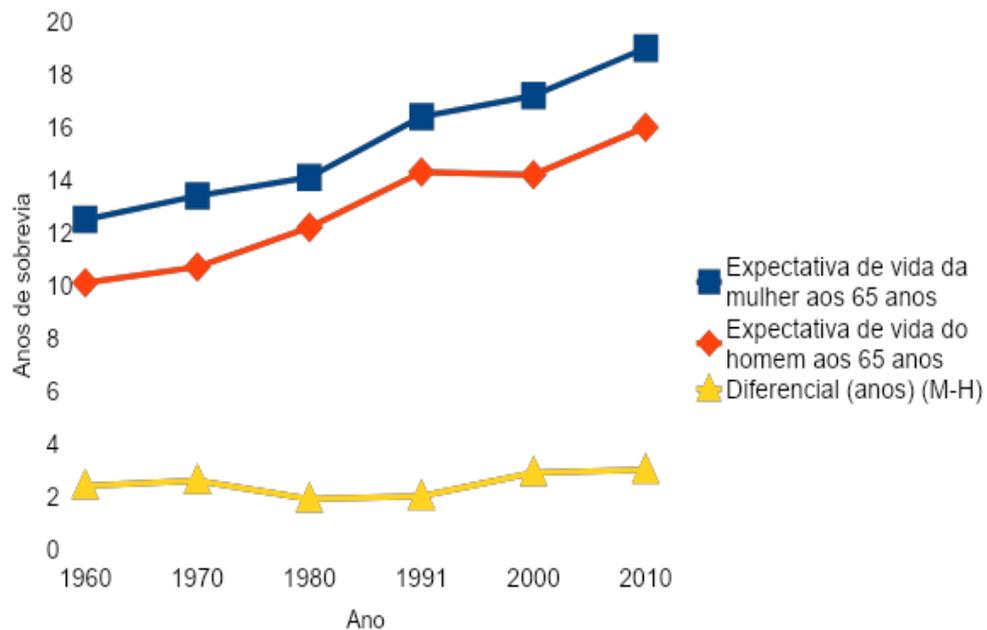
Os dados foram selecionados com base no fator de expectativa de vida, norteador para o trabalho, e em fatores (doenças) prevalentes no âmbito de risco à saúde da mulher.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tabela 1 - Evolução da expectativa de sobrevida aos 65 anos

Ano	Expectativa de vida da mulher aos 65 anos	Expectativa de vida do homem aos 65 anos	Diferencial (anos) (M-H)
1960	12,5	10,1	2,4
1970	13,4	10,7	2,6
1980	14,1	12,2	1,9
1991	16,4	14,3	2
2000	17,2	14,2	2,9
2010	19	16	3

Figura 2 - Expectativa de sobrevida aos 65 anos



Fonte: IBGE (2018).

Observa-se que a expectativa de vida da população brasileira teve tendência ascendente desde os anos 1960. Embora o SUS só tenha sido implementado em 1988, outros programas foram importantes para a construção do sistema de saúde pública brasileira. O Programa Nacional de Imunizações, criado em 1973 e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) além do Programa de Assistência

Integral à Saúde da Mulher, ambos criados em 1984 foram políticas importantes sob o ponto de vista social.

A transição socioeconômica ocorrida no país na segunda parte do século XX foi determinante em diversos aspectos. Conforme ressalta Guimarães et al (2016), um período de transição com ganho social e econômico resulta na diminuição em casos de óbito por doenças negativamente associadas ao IDH (câncer de colo do útero), isto é, de maior prevalência em regiões com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) paralela ao aumento de doenças positivamente relacionadas ao IDH (câncer de mama). De modo geral, o Brasil atende as condições identificadas pelo autor, pois verifica-se diminuição geral nos casos de câncer e padrões de prevalência regional que seguem os critérios de desenvolvimento humano explorados.

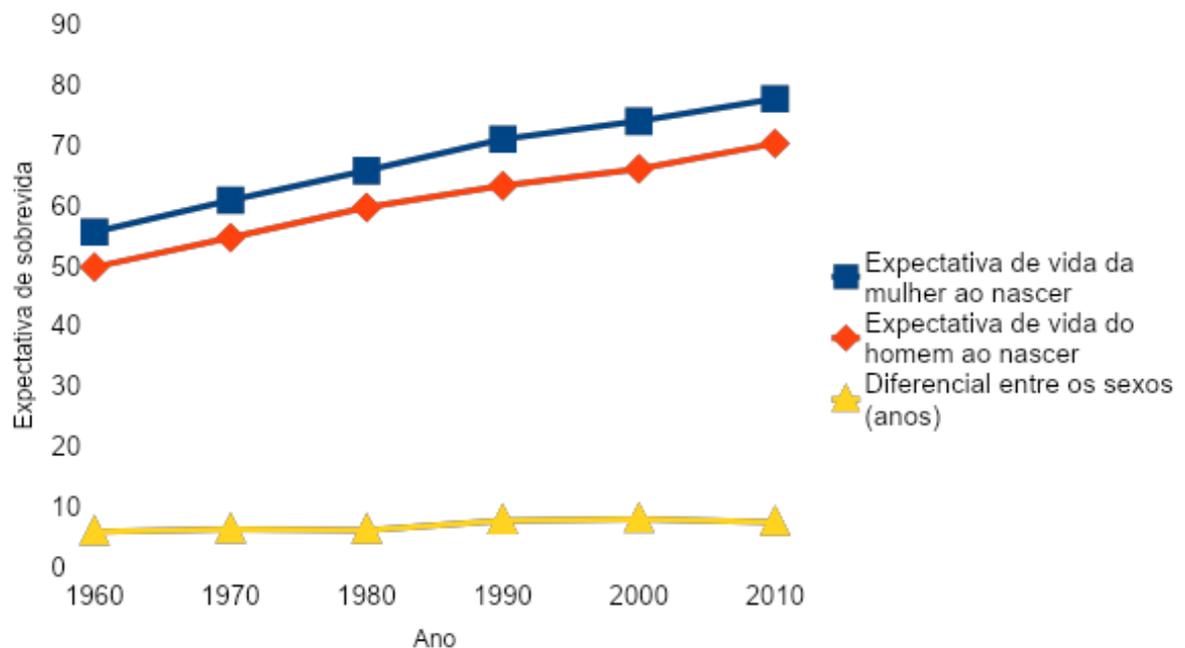
Segundo Meira et al (2014), no Brasil ocorreram 212.201 óbitos por câncer de mama no período entre 1980 e 2009, sendo que a maior incidência foi na região Sudeste (58,0%), seguida pelo Sul (19,0%), regiões com IDH maior do país seguido pela região centro-oeste. Além disso, o centro-oeste também teve tendência ascendente a partir da década de 1990 paralela a um período de crescimento econômico. Os autores observam que a diminuição do risco no grupo etário de maiores casos de morte (mulheres no período pós menopausa) esteve associada à fase de implementação de trabalhos de rastreamento da doença e conseqüentemente maior enfoque relativo à atenção dada pelos serviços de saúde pública.

Segundo Atlas publicado pelo INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA), o SUS teve papel importante na redução do número mortes por câncer entre mulheres adultas. O Pacto pela Vida, criado através da PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006, previa, enquanto um dentre uma série de compromissos sanitários, o compromisso pela contribuição na redução do câncer de mama. A materialização do texto da portaria ocorreu através da realização de exames preventivos, mamografias e outros utilizados no rastreamento e tratamento do câncer.

Tabela 2 - Evolução da expectativa de vida ao nascer (IBGE, 2018)

Ano	Expectativa de vida da mulher ao nascer	Expectativa de vida do homem ao nascer	Diferença entre os sexos (anos)
1960	55,5	49,7	5,8
1970	60,8	54,6	6,2
1980	65,7	59,6	6,1
1990	70,9	63,2	7,7
2000	73,9	66	7,9
2010	77,6	70,2	7,4

Fonte: IBGE (2018).

Figura 3 - Expectativa de vida ao nascer

Fonte: IBGE (2018).

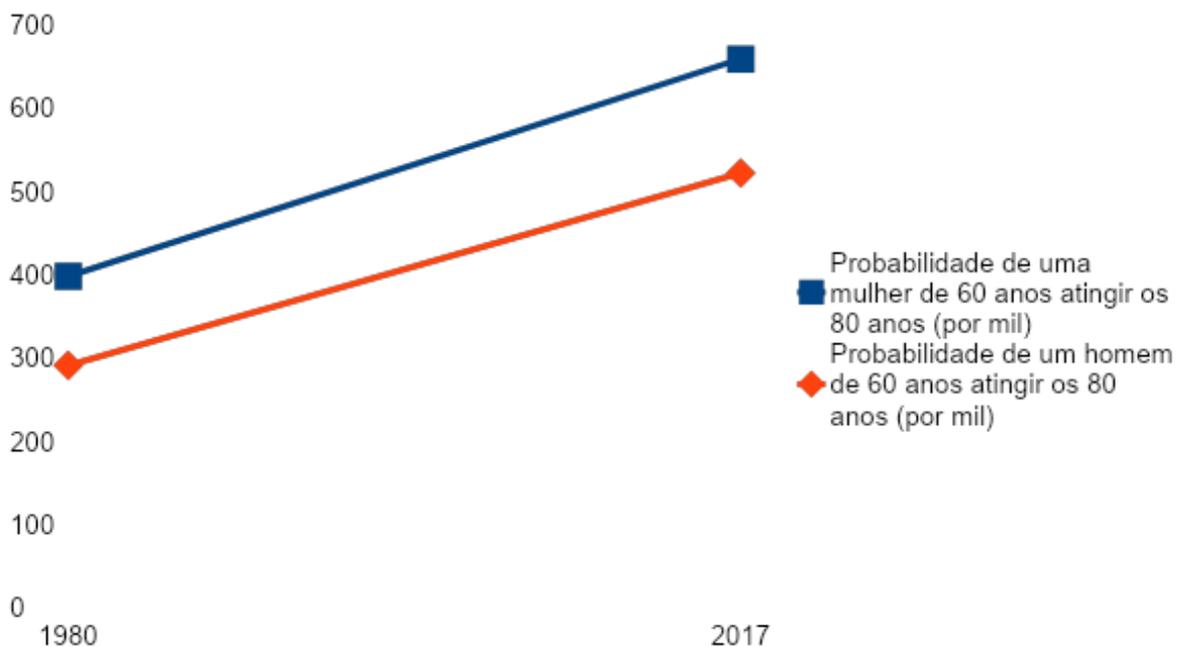
Entre 1980 e 2010, a expectativa de vida de um indivíduo ao nascer no Brasil cresceu, aproximadamente, 12 anos. Outro dado notável é que a diferença (gap) entre os sexos foi sensivelmente maior em relação à expectativa de sobrevivência aos 65 anos quando se considera os dados de 1960. Enquanto a diferença foi de 0,6 entre 1960 e 2010 para expectativa de sobrevivência, a diferença para expectativa de vida ao nascer foi de 1,6. Uma inferência possível seria a de que discrepância entre os dados se

relaciona com maior prevalência de mortalidade infantil entre meninos devido a influência desse dado no recorte de expectativa ao nascer. Diversos trabalhos evidenciam que mais meninos morrem antes dos 5 anos de idade (Salim et al, 2016; Queiroz, 2014). Dessa forma, observa-se que a causa da diferença está mais relacionada ao menor ritmo de elevação da expectativa de vida entre meninos do que algum crescimento contido ao grupo feminino.

Tabela 3 - Evolução do grau de chance de se alcançar 80 anos

Ano	Probabilidade de uma mulher de 60 anos atingir os 80 anos (por mil)	Probabilidade de um homem de 60 anos atingir os 80 anos (por mil)
1980	398	291
2017	659	522

Figura 4 - Probabilidade de uma pessoa de 60 anos atingir os 80 anos de idade



A implementação do programa Saúde da Família, criado em 1994, tem sido apontada como determinante para a melhora na saúde de idosos (Malta, 2016). Um trabalho realizado por Tavares et al (2017) retratou a responsabilidade de profissionais da área de saúde, principalmente enfermeiros, em levar em conta qualidade de vida, capacidade funcional, transtornos relacionados ao peso dentre outros fatores

requerem maior sensibilidade quando quem recebe atendimento é um idoso. Esse fator também pode ser apontado como causa da melhora nos níveis de expectativa de sobrevida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que o período pós implementação do SUS manteve a tendência de crescimento da expectativa de vida da mulher com idade superior a 60 anos e a expectativa de vida no nascimento, informação útil para análise da mortalidade infantil. Entretanto, deve-se levar em consideração que o país passou por um período de forte expansão demográfica, em que a quantidade de pessoas atendidas pelo serviço de saúde pública também teve crescimento considerável. O crescimento das expectativas de vida em todas as faixas estudadas no período anterior a criação do SUS é bem explicado pelo crescimento econômico a partir da década de 50 elevou o acesso a serviços de saúde e a urbanização, determinante para doenças contagiosas e outras que exibem correlação com o IDH.

A diferença entre os sexos permaneceu constante entre os anos estudados. Entretanto, a literatura indica que o bem-estar populacional está para além da expectativa de vida. Dessa forma, a maior expectativa de vida entre mulheres não implica maior e melhor acesso aos serviços de saúde. Por exemplo, os números relacionados à doença de Alzheimer tiveram maior crescimento entre as mulheres nas últimas décadas. Um argumento para o fenômeno é que, devido a maior expectativa de vida entre mulheres e à diminuição da mortalidade causada por doenças cardiovasculares, neoplasias, AVC, e doenças infectocontagiosas as mulheres estão mais sujeitas a disfunções ligadas à idade avançada.

Há de se considerar que a mortalidade é apenas um dos indicadores sociais possíveis para se avaliar o serviço de saúde pública e, a partir da mesma, não é possível identificar determinantes para o bem-estar da população. Portanto, analisar a expectativa de vida das mulheres não deve ser abordagem única e definitiva para avaliação da eficácia do SUS no escopo da assistência à mulher, tendo em vista que outros fatores já estudados têm influência direta sobre a qualidade do sistema.

A determinação de relações causais entre variáveis requer modelagem matemática sofisticada, com uso de ferramentas de análise específicas, como a regressão. Além disso, existem diversos fatores determinantes na expectativa de vida populacional e que estão atrelados a eficácia do SUS. Para tanto, o presente trabalho requereria base de dados com maior quantidade de informação.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. **Alma-ata** – Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 140**, de 27 de fevereiro de 2014;
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e Diretrizes**, Ministério da saúde, Brasília, 2011. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- IBGE. Estatísticas. *In: Tábuas Completas de Mortalidade*. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73097>. Acesso em: 19 nov. 2019.
- CARRARA, S. Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo. **Mana**, v. 21, n. 2, p. 323-345, 2015.
- LEAL, M. do C., et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018.
- LIMA, D. K. F. Política Pública de Saúde e o Direito ao Aborto Legal. **Tecnia**, v. 1, n. 2, p. 145-160, 2016.
- PAULANI, L. M.; BRAGA, M. B. Nova contabilidade social: Uma introdução à macroeconomia. **Saraiva**, São Paulo, 4ª edição, 2014.
- ISHITANI, L. H. et al. Qualidade da informação das estatísticas de mortalidade: códigos garbage declarados como causas de morte em Belo Horizonte, 2011-2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia [online]**. v. 20, n. Suppl 01, p. 34-45, 2017.
- FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E.L. P.; GRANJA, G. F.; ERMEL, R. C. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.45, n.5, p.1135-1141, 2011.
- FIOCRUZ. Sanitarista. *In: Reforma Sanitária*. [S. l.], 20-?. Disponível em: <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 1 dez. 2019.
- GIMENEZ, D.M. **Política social e desequilíbrios regionais no Brasil em tempos de crise**. Texto para Discussão. Unicamp. IE, Campinas, n. 301, maio 2017.
- TEIXEIRA, J. B. et al. Doença de Alzheimer: estudo da mortalidade no Brasil, 2000-2009. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 850-860, 2015.
- PEREIRA, A. R. C. Políticas públicas para as mulheres: da história à intervenção profissional. **Monografia**. UNIJUI, 41p; 2019.
- SANTOS, E. K. A. dos et al. **Saúde da mulher**: Medicina, Universidade Federal de

Santa Catarina, 142 p., Florianópolis, 2017.

TEIXEIRA, C. SILVEIRA, P. **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador, Edufba, 222p; 2016.

JANNUZZI, P. de M. **Indicadores sociais no Brasil**: conceitos, medidas e aplicações. 3. ed. Campinas: Alínea; Campinas: PUC, 2004.

FERREIRA, R.A.B.; BENICIO, M.H.D.A. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. **Revista Panamericana de Salud Publica**; v. 37(4/5), p. 337-342, 2015.

RAEDER, S. Ciclo de políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. **Perspectivas em Políticas Públicas**, v. 7, nº 13, p. 121-146, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Atlas de Mortalidade**. Rio de Janeiro, 2015.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, 2017, v. 33, n. 3, Epub, 2017.

ANDRADE, Mônica Viegas et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada**, Ribeirão Preto, v.17, n. 4, p. 623-645, Dec. 2013.

TAVARES, Renata Evangelista et al. Conhecimento produzido sobre a saúde das idosas de baixa renda: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 875-884, Aug. 2017.

Correia, Pedro & Silva, Francisco. (2017). Uma Avaliação da Eficiência Econômica das Políticas Públicas de Saúde dos Estados Brasileiros com o Uso da Análise Envoltória de Dados. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Brasília, Vol. 08, n. 03, set. 2017. 497-520, 2017;

LEAL, M.do C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018;

MEIRA, K. C. et al. Efeitos da idade-período e coorte na mortalidade por câncer do ovário no Brasil e suas grandes regiões. **Caderno de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, e00087018, 2019;

SALIM, T. R. et al. Mortalidade por Doenças e Malformações do Aparelho Circulatório em Crianças no Estado do Rio de Janeiro. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 106, n. 6, p. 464-473, 2016;

GUIMARÃES, R.M.; MUZI, C.D; TEIXEIRA, M.P; PINHEIRO, S.S. A transição da mortalidade por cânceres no brasil e a tomada de decisão estratégica nas políticas públicas de saúde da mulher. **Revista Políticas Públicas**, v. 20, n 1, p. 33-50, 2016;

VIACAVA, F. et al. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2745-2760, 2019;

MALTA, D.C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.