

"No contexto de intensas transformações econômicas, sociais e demográficas do Brasil, em 1988, definiu-se o modelo de Sistema de Saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS assume e consagra os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira. O princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do SUS no Brasil está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal (1988): "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Neste novo modo de pensar a saúde o monitoramento as condições socioeconômicas da população brasileira torna-se também uma importante questão de saúde pública.

Nesse sentido, torna-se fundamental no Brasil gerar instrumentos e metodologias para avaliar não só as condições da saúde, mas também o risco e iniquidade socioeconômicas. O uso de informações estruturadas e confiáveis é fundamental em todo processo de elaboração e avaliação de políticas, destaca-se o uso de indicadores tanto na etapa de diagnóstico de demanda quanto na etapa de avaliação da mesma.

O envelhecimento da população brasileira tem ocorrido de forma impactante e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, o que gera demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade. Há, entretanto enormes dificuldades na operacionalização das diferentes políticas relativas ao envelhecimento em grande parte pela dificuldade de identificar, com critérios robustos, os idosos mais vulneráveis e sua situação sociodemográficas. O Ministério da Saúde do Brasil tem desenvolvido iniciativas junto com parceiros como a FIOCRUZ para criar e divulgar indicadores que permitam comparar todos os municípios do Brasil quanto à situação da saúde de seus idosos.

O objetivo deste trabalho é apresentar uma Proposta conceitual de Índice de Vulnerabilidade Sócio-Familiar (IVSF) dos idosos no Brasil, no nível municipal, utilizando os dados do último Censo Demográfico brasileiro. Pretende-se que esse índice seja utilizado por diferentes instâncias do Ministério da Saúde para orientar e focar programas sociais de saúde. Propõe-se um índice sintético com o intuito de facilitar a identificação do grau de vulnerabilidade, tanto a nível individual como a nível municipal e estadual. Pretende-se que seja um insumo importante para o processo de implantação, monitoramento e avaliação das políticas públicas.

Este índice tem como conceito central a Vulnerabilidade Social. Entende-se a vulnerabilidade social como resultante da combinação de fatores que produzem a deterioração do nível de bem-estar de pessoas, famílias ou comunidades em consequência da exposição a determinados tipos de risco, sendo a relação entre a susceptibilidade ao risco e a capacidade de enfrentamento ou adaptabilidade a esse risco.

A fonte de informação utilizada é o Censo demográfico de 2010. Privilegia-se essa fonte já que o IVSF é calculado para o total de municípios do Brasil (5.565). Utiliza-se como marco de referencia conceitual a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) e as dimensões de Participação Social, Arranjo Familiar e Áreas Prioritárias da Vida contidas na Classificação Internacional de Funcionalidade.

Opta-se pela construção metodológica de um indicador sintético aditivamente agregável, multidimensional que seja ordenável e que permita agregações tanto para cada indivíduo nas diversas dimensões, quanto para todos os indivíduos para cada uma das variáveis. Realiza-se uma agregação linear do grau de vulnerabilidade de cada indivíduo nas suas distintas dimensões e do grau de vulnerabilidade em cada dimensão para todos os indivíduos. Usando agregação linear realiza-se a dupla agregação e se obtém uma medida de vulnerabilidade dos idosos que habitam em cada município do Brasil. O IVFS tem variação de 0 até 1, onde 1 seria o máximo de vulnerabilidade possível pela metodologia desenvolvida.

As dimensões que compõem o IVSF são quatro: Ambiente doméstico, condições socioeconômicas, condições habitacionais, características do município de residência. A dimensão doméstica é composta pelas variáveis se morar sozinho, idade, se possui conjugue e se mora com um adulto. Para formar as condições socioeconômicas foram consideradas as variáveis analfabetismo, nível de instrução, ter aposentadoria e renda per capita do domicílio. As condições habitacionais foram medidas pelas variáveis possui esgotamento sanitário, água em encanada, coleta de lixo e número médio de pessoas por dormitório. Por fim para caracterizar o município utilizou-se a taxa de analfabetismo para a população total, PIB per capita, índice de Gini e Índice de Desenvolvimento Humano.

O resultado da aplicação da metodologia para as Unidades da Federação foi condizente com as desigualdades sociodemográficas conhecidas. O estado do Maranhão apresentou maior vulnerabilidade sócio familiar dos idosos com 0,45, seguido do Piauí e Alagoas ambos com 0,44. As UF's com menor IVSF foi o Distrito Federal com 0,26, seguido de São Paulo com 0,29 e Rio de Janeiro com 0,30. Aplicando o indicador para os municípios do Rio de Janeiro observamos variação ainda mais acentuada que entre as UF's. Dos 92 municípios, os 25 municípios de maior vulnerabilidade apresentaram IVSF entre 0,2 e 0,25 o que demonstram grande risco aos idosos. Já os 25 de menor vulnerabilidade variaram de 0,56 a 0,63.

O IVSF, quando comparado com outros índices de vulnerabilidade social para a população em geral, mostra-se consistente e robusto para identificação dos riscos para saúde e qualidade de vida dos idosos brasileiros. Seu uso como orientador de políticas públicas pode representar um avanço importante para a focalização das políticas públicas sobre saúde do idoso no Brasil

"