



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG)
FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA (FCT)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - PROFIAP

ANADÉLIA TELES DE CASTRO

Envelhecimento populacional e qualidade de vida: um estudo nos
municípios do estado de Goiás

APARECIDA DE GOIÂNIA
2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

☒ Dissertação ☐ Tese ☐ Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

Anadélia Teles de Castro

3. Título do trabalho

Envelhecimento Populacional e Qualidade de Vida: Um Estudo nos Municípios do Estado de Goiás

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

a) consulta ao(a) autor(a) e ao(a) orientador(a);

b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Anadélia Teles De Castro, Discente**, em 29/08/2025, às 14:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Henrique Cirino Araujo, Professor do Magistério Superior**, em 04/09/2025, às 08:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5614961** e o código CRC **00D65F2E**.

Referência: Processo nº 23070.017132/2025-17

SEI nº 5614961

ANADÉLIA TELES DE CASTRO

**Envelhecimento populacional e qualidade de vida: um estudo
nos municípios do estado de Goiás**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Pública - PROFIAP, da Faculdade de Ciências e Tecnologia (FCT), da Universidade Federal de Goiás (UFG), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Área de concentração: Administração Pública

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Cirino Araújo

APARECIDA DE GOIÂNIA

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Castro, Anadélia Teles de
Envelhecimento Populacional e Qualidade de Vida [manuscrito] :
Um Estudo nos Municípios do Estado de Goiás / Anadélia Teles de
Castro. - 2025.
129 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Cirino Araújo.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Ciências e Tecnologia, Programa de Pós-Graduação em
Administração Pública em Rede Nacional, Goiânia, 2025.
Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui siglas, mapas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Envelhecimento Populacional. 2. Qualidade de Vida. 3.
Municípios do Estado de Goiás. I. Araújo, Paulo Henrique Cirino,
orient. II. Título.

CDU 005



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº 02 da turma 2022-2 da sessão de Defesa de Dissertação de **Anadélia Teles de Castro**, que confere o título de Mestra em **Administração Pública**, na área de concentração em **Administração Pública**.

Aos **vinte e seis dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e cinco**, a partir das 16:00 horas, por *webconferência*, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada “**Envelhecimento Populacional e Qualidade de Vida: Um Estudo nos Municípios do Estado de Goiás**”. Os trabalhos foram instalados pelo Orientador, Professor Doutor **Paulo Henrique Cirino Araújo** (Profiap/UFG), com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professor Doutor **Gabriel Gualhanome Nemirovsky** (Profiap/UFMS), membro titular interno ao programa; Professora Doutora **Ruth Losada de Menezes** (IPTSP/UFG), membro titular externa ao programa. Durante a arguição os membros da banca **não fizeram** sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido a candidata **aprovada** pelos seus membros. Proclamados os resultados pelo Professor Doutor **Paulo Henrique Cirino Araújo**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Henrique Cirino Araujo, Professor do Magistério Superior**, em 02/04/2025, às 09:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gabriel Gualhanone Nemirovsky, Usuário Externo**, em 06/04/2025, às 23:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ruth Losada De Menezes, Professora do Magistério Superior**, em 29/08/2025, às 12:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5266946** e o código CRC **AEF1F6CC**.

Referência: Processo nº 23070.017132/2025-17

SEI nº 5266946

Dedico este trabalho a todos os pesquisadores do envelhecimento humano que contribuem com seus estudos, em suas diversas áreas, para melhoria da qualidade de vida da população longeva.

Dedico também este trabalho a todas as pessoas idosas, fontes de inspiração para este estudo. Que o mundo possa cura-se, da cegueira e do preconceito, para enxergá-los em sua grandeza e reconhecê-los em sua experiência e sabedoria de vida.

Dedico, particularmente, o fruto da experiência deste estudo às pessoas idosas da minha vida. À minha mãe, que é avó e bisavó, pelo privilégio de partilhar comigo o seu envelhecer de forma ativa e saudável. E a minha inesquecível vovó Eva (in memoriam) que me ensinou, na prática, a amar e respeitar a velhice.

AGRADECIMENTOS

A Deus, autor da minha vida, por cuidar de mim a cada segundo;

Ao meu pai, que infelizmente partiu muito cedo, mas seu legado sempre será luz para minha vida. Sigo convicta de que apenas o tênue véu da existência terrena nos separa, mas um amor imenso une nossas almas para sempre;

À minha mãe, meu porto seguro, por seu amor e dedicação constantes;

Ao meu filho, Davi Miguel, por ser meu cúmplice nesta grande conquista, me apoiando sempre e compreendendo meus momentos de ausência dedicados aos estudos e a pesquisa;

Aos meus irmãos e sobrinhos, por me inspirarem a evoluir sempre;

Em especial ao meu orientador, professor Dr. Paulo Henrique Cirino de Araújo, pelos ensinamentos, orientação e principalmente pela disposição e paciência no percurso desta dissertação. Trilhar este caminho teria sido mais difícil sem o seu conhecimento, orientação, sua constante serenidade e acolhimento nos meus momentos de inquietação;

Aos professores, membros da minha banca, Professora Dra. Ruth Losada de Menezes e Professor Dr. Gabriel Gualhanome Nemirovsky, pelas ricas contribuições para o enriquecimento deste estudo;

À minha querida UFG e ao PROFIAP pelo conhecimento ofertado, pelo crescimento que me proporcionaram, pelos excelentes professores que conheci durante esta trajetória;

À Regina Maria da Silva, secretária na UFG/PROFIAP, pelo profissionalismo, carisma receptividade e atenção imediata;

Aos amigos do mestrado, pelas trocas de experiências, aprendizado e companheirismo;

Aos amigos, Carla Rege, Helen, Rosamira, Wildston e Matt, pela torcida, ajuda e por me motivarem sempre.

“[...] nós envelheceremos um dia, se tivermos este privilégio. Olhemos, portanto, para as pessoas idosas como nós seremos no futuro. Reconheçamos que as pessoas idosas são únicas, com necessidades e talentos e capacidades individuais, e não um grupo homogêneo por causa da idade”.

Kofi Annan

RESUMO

Nas últimas décadas houve um crescimento significativo de idosos no Brasil, e em específico no estado de Goiás, todavia, viver por mais tempo não é sinônimo de viver melhor e a velhice pode vir acompanhada por diversos fatores, não positivos, que comprometem a qualidade de vida. Este estudo, tem como objetivo avaliar se os níveis municipais de qualidade de vida estão relacionados aos aspectos de envelhecimento populacional nos municípios do estado de Goiás. Como metodologia de estudo foi realizada revisão literária sobre a temática e a técnica de pesquisa foi a Análise Fatorial Exploratória - AFC, com coleta de dados secundários relacionados a fatores sociais, econômicos, de saúde, infraestrutura, entre outros, nos 246 municípios do estado de Goiás. Para análise dos resultados obtidos, os municípios foram agrupados da seguinte forma: um grupo com os municípios que apresentaram, em conjunto, maior Índice de Qualidade de Vida - IQVID e maior Índice de Envelhecimento Populacional - IEP, um segundo grupo com os municípios que apresentaram, em conjunto, maior IQVID e menor IEP, um terceiro grupo com os municípios, em conjunto, com menor IQVID e maior IEP e um quarto grupo com os municípios que apresentaram, em conjunto, menor IQVID e menor IEP. Verificou-se que independentemente do tamanho populacional do município, da região em que o município está situado e da quantidade de pessoas idosas residentes a qualidade de vida configura-se não estar direcionada aos aspectos do envelhecimento populacional em todos os municípios, logo, a heterogeneidade da população idosa, sobre o viés socioeconômico ou cronológico, têm demandas diferenciadas que rebate na formulação de políticas públicas. Preparar os municípios para as pessoas envelhecidas e para as que estão envelhecendo é uma resposta necessária e lógica para qualidade de vida. Como intervenção propõe-se que os municípios ofereçam serviço de centro-dia para pessoas idosas passarem o dia. Essa ação promove inclusão e interação social refletindo na saúde e qualidade de vida. O Produto Técnico deste estudo foi a elaboração de uma cartilha encaminhada, via e-mail, às prefeituras dos municípios do estado de Goiás para sensibilização de ações que contribuam para que o município seja um lugar melhor para pessoas idosas.

Palavras-Chave: Envelhecimento Populacional; Qualidade de Vida; Municípios do estado de Goiás.

ABSTRACT

In recent decades, there has been a significant increase in the number of elderly people in Brazil, and specifically in the state of Goiás. However, living longer is not synonymous with living better, and old age can be accompanied by several non-positive factors that compromise quality of life. This study aims to evaluate whether municipal levels of quality of life are related to aspects of population aging in the municipalities of the state of Goiás. The study methodology used was a literature review on the theme and the research technique for the municipality was Exploratory Factor Analysis - AFC, with the collection of secondary data related to social, economic, health, infrastructure factors, among others, in the 246 municipalities of Goiás. To analyze the results obtained, the municipalities were grouped as follows: one group with the municipalities that obtained, together, the highest Quality of Life Index (IQVID) and the highest Population Aging Index (IEP); a second group with the municipalities that obtained, together, the highest IQVID and the lowest IEP; a third group within the municipalities, together, with the lowest IQVID and the highest IEP; and a fourth group within the municipalities that corresponded, together, with the lowest IQVID and the lowest IEP. It was found that, regardless of the population size of the municipality, the region in which the municipality is located, and the number of elderly residents, the quality of life does not directly correlate to the aspects of population aging in all municipalities; therefore, the heterogeneity of the elderly population, in terms of socioeconomic or chronological bias, has different demands that affect the formulation of public policies. Preparing municipalities for elderly people and for those who are aging is a necessary and logical response to quality of life. As an intervention, it is proposed that municipalities offer daycare services for elderly people to spend the day. This action promotes inclusion and social interaction, which is reflected in health and quality of life. The Technical Product of this study was the preparation of a booklet sent via email to the city halls of the municipalities of the state of Goiás to raise awareness of actions that contribute to making the municipality a better place for elderly people.

Keywords: Population Aging; Quality of Life; Municipalities of the state of Goiás

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGNU	- Assembleia Geral das Nações Unidas
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IDH- E	- Índice Desenvolvimento Humano - Educação
IDH-L	- Índice Desenvolvimento Humano - Longevidade
IDHM	- Índice Desenvolvimento Humano Municipal
IDH-R	- Índice Desenvolvimento Humano -Renda
IGL	- Índice Goiano de Longevidade
IMB	- Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos
IEP	- Índice de Envelhecimento Populacional
IQVID	- Índice de Qualidade de Vida
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ODS	- Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PIB	- Produto Interno Bruto
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNADC	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNI	- Política Nacional do Idoso
PNSPI	- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNUD	- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
QV	- Qualidade de Vida
SBGG	- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SEDS	- Secretaria de Desenvolvimento Social
UNFPA	- Fundo da População das Nações Unidas
WHO	- <i>World Health Organization</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa da divisão do estado de Goiás em mesorregiões.....	44
Figura 2 -	Mapa da divisão do estado de Goiás em microrregiões.....	45
Figura 3 -	Fluxograma dos processos metodológicos.....	50
Figura 4 -	Envelhecimento populacional e variáveis que impactam na qualidade de vida	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Variáveis da dimensão qualidade de vida e da dimensão saúde no IGL.....	37
Quadro 2 -	Linha do tempo: principais marcos legais, históricos e científicos, para a população idosa, ocorridos no mundo, no Brasil e no estado de Goiás.....	39
Quadro 3 -	Variáveis coletadas para estudo.....	54
Quadro 4 -	Composição dos Fatores para o estudo.....	59
Quadro 5 -	Ranking dos 10 primeiros municípios classificados com maiores F1, F2, F3, F4, IQVID e IEP.....	69
Quadro 6 -	Ranking dos 10 últimos municípios classificados com menores F1, F2, F3, F4, IQVID e IEP.....	74
Quadro 7 -	Grupos de municípios goianos conforme IQVID e IEP.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Municípios goianos por classes de população.....	43
Tabela 2 -	Estado de Goiás: razão de dependência e razão idoso/criança.....	46
Tabela 3 -	Percentual da população goiana por faixa etária.....	46
Tabela 4 -	Crescimento da população goiana 65 + em (%).....	47
Tabela 5 -	Tamanho dos grupos etários da população do goiana.....	48
Tabela 6 -	Participação em (%) dos grupos etários da população goiana.....	48
Tabela 7 -	População e IEP: Brasil, estado de Goiás, Goiânia e os 5 primeiros municípios goianos com maior IEP e os 5 últimos municípios com menor IEP.....	49
Tabela 8 -	Análise descritiva das variáveis.....	57
Tabela 9 -	Cargas Fatoriais Obtidas.....	60
Tabela 10 -	Médias obtidas.....	61
Tabela 11 -	Matriz de Correlação das variáveis.....	64
Tabela 12 -	Cargas fatoriais.....	65
Tabela 13 -	<i>Ranking</i> dos 10 primeiros municípios goianos com maior IEP.....	71
Tabela 14 -	<i>Ranking</i> dos 10 primeiros municípios goianos com maior IQVID.....	72
Tabela 15 -	<i>Ranking</i> dos 10 últimos municípios goianos com menor IEP.....	75
Tabela 16 -	<i>Ranking</i> dos 10 últimos municípios goianos com menor IQVID.....	76
Tabela 17 -	Grupo 1: Municípios goianos que apresentaram, em conjunto, maior IQVID e maior IEP (29 municípios)	78
Tabela 18 -	Grupo 2: Municípios goianos que apresentaram, em conjunto, menor IQVID e menor IEP (104 municípios)	80
Tabela 18.1	Microrregiões do Grupo 2 que apresentaram menor IQVID e menor IEP.....	84
Tabela 19 -	Grupo 3: Municípios goianos que apresentaram, em conjunto, menor IQVID e maior IEP (75 municípios)	85
Tabela 20 -	Grupo 4: Municípios goianos que apresentaram, em conjunto, maior IQVID e menor IEP (38 municípios)	88

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Considerações iniciais.....	13
1.2	Problema de pesquisa e sua relevância.....	18
1.3	Objetivos.....	20
1.4	Escopo do trabalho.....	21
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
2.1	Aspectos do envelhecimento e da velhice.....	22
2.2	Métricas do envelhecimento populacional.....	26
2.3	Aspectos da qualidade de vida.....	29
2.4	Métricas para qualidade de vida.....	32
2.5	Políticas Públicas, população idosa e qualidade de vida.....	38
3	CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE GOIÁS E SEU ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	43
4	METODOLOGIA.....	50
4.1	Etapas metodológica.....	50
4.2	Estratégia empírica.....	52
4.3	Dados e variáveis.....	53
5	RESULTADOS.....	57
5.1	Estatísticas descritivas.....	57
5.2	Resultado da análise fatorial.....	60
5.3	Análise dimensional e discussão dos resultados.....	67
5.3.1	<i>Ranking</i> dos 10 primeiros municípios e <i>Ranking</i> dos 10 últimos municípios classificados em relação aos F1, F2, F3, F4, IQVID e IEP.....	69
5.3.2	Resultados por grupos de municípios em relação ao IQVID e o IEP.....	77
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	91
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
	REFERÊNCIAS.....	100
	APÊNDICE A - Mesorregiões e microrregiões do estado de Goiás.....	107
	APÊNDICE B - Fatores e matrizes de correlação.....	110
	APÊNDICE C - Relatório técnico.....	115

1. INTRODUÇÃO

1.1. Considerações Iniciais

O aumento da população idosa tem sido objeto de investigação em várias áreas do conhecimento com diversos enfoques, contudo, essa temática ainda requer estudos mais aprofundados de elementos fundamentais que abordam o envelhecimento da população a partir de uma perspectiva social, pois se por um lado a conquista da longevidade se configura como triunfo da modernização da sociedade, devido aos avanços da medicina e da tecnologia, por outro lado, é irrefutável as preocupações políticas, sociais, econômicas e de saúde frente aos impactos do envelhecimento da população.

A Organização das Nações Unidas - ONU, em 2002, realizou a II Assembleia Mundial do Envelhecimento resultando no Plano Internacional de Madri, onde ratificou a importância do compromisso de todos os governantes na adoção de ações, políticas e programas que garantam uma sociedade para todas as idades e reconheceu a pessoa idosa como um recurso importante na estrutura social e econômica.

O termo “envelhecimento ativo” adotado pela Organização Mundial de Saúde - OMS (2005), é entendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, segurança e participação com o objetivo de melhorar a qualidade de vida na medida que as pessoas envelhecem, reconhecendo que além da necessidade dos cuidados com a saúde há outros fatores preponderantes no envelhecimento. Logo, o uso a palavra “ativo” remete à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, físicas, políticas e civis, não se limitando apenas à capacidade de se manter na força de trabalho. Assim, envelhecer ativamente é um direito atrelado às oportunidades ofertadas de saúde, participação, segurança e aprendizagem ao longa da vida.

A importância das políticas públicas para as pessoas idosas foi reforçada em declaração, na Assembleia Geral das Nações Unidas - AGNU, em 2020, que afirmou o período de 2021 a 2030 como a Década do Envelhecimento Saudável, cujo propósito é estimular o investimento em qualidade de vida. A AGNU também alertou sobre a inadequação ou a defasagem de ações dos governantes diante das previsões demográficas e dos seus impactos na sociedade.

A Organização Pan americana da Saúde – OPAS (2024) cita que a Década do Envelhecimento Saudável é a principal estratégia para a construção de uma sociedade para todas as idades, reunindo esforços dos governos, da sociedade civil, das agências internacionais, das equipes profissionais, da academia, dos meios de comunicação social e do setor privado para melhorar a vida das pessoas idosas, das suas famílias e das suas comunidades.

O envelhecimento populacional é um desafio global e está incluso nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável - ODS 10, da ONU, que visa a redução das desigualdades sociais, dentro dos países e entre eles, a promoção da inclusão econômica, social e política de todos, independentemente da idade, gênero, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição econômica ou outra (IPEA, 2019).

A orientação da ONU, e de demais organismos internacionais, é que as nações devem se preparar, nas suas várias camadas e áreas sociais, para as transformações advindas do envelhecimento populacional e recomendam ajustes em suas políticas públicas. Nessa mesma direção Caetano *et al.* (2016) ressaltam que os desafios que toda sociedade enfrenta em virtude do processo de envelhecimento populacional requerem que as políticas públicas, que até então eram voltadas para população jovem, sejam adaptadas às necessidades de uma população envelhecida.

O processo de envelhecimento, principalmente nos países em desenvolvimento, tem acontecido de forma rápida sem adequado acompanhamento socioeconômico. Estudos apontam que no Brasil, o envelhecimento populacional está ocorrendo de forma mais acelerada, em um cenário de desigualdade territorial, social e com fragilidades em diversas áreas e que mesmo o país caminhando para uma sociedade envelhecida é latente a preocupação de não se estar preparado para os desafios desta realidade (Barbosa, Oliveira e Fernandes, 2019). Neste cenário, torna-se fundamental a conquista de melhores níveis de saúde e qualidade de vida para as pessoas idosas.

Sabe-se que o Brasil é o país mais populoso da América Latina e também um dos mais urbanizados no mundo, com 85% de sua população vivendo em cidades e já vivenciou melhorias significativas em indicadores sociais e econômicos nas últimas décadas, incluindo a redução da extrema pobreza e fome, que caiu de 25,5% em 1990 para 3,5% em 2012. Não obstante do sucesso das políticas redistributivas e da expansão do bem-estar, o Brasil ainda é um dos países mais desiguais no mundo, com um coeficiente de Gini de 0,497 (UNFPA, 2016).

O último censo demográfico, realizado em 2022, evidenciou que o Brasil possui um elevado número de pessoas idosas (IBGE, 2023), todavia, viver por mais tempo não é sinônimo de viver melhor e muitas vezes a velhice pode vir atrelada a diversos fatores, não positivos, que comprometem a qualidade de vida. Por sua relevância o envelhecimento e a velhice passaram a ocupar lugar de destaque na agenda das políticas públicas. Na busca de melhor qualidade de vida, para um envelhecimento ativo e saudável, têm-se investido no desenvolvimento de políticas públicas para a população idosa.

O marco legal das políticas sociais para as pessoas idosas, no Brasil, é a Constituição Federal de 1988, seguido pela Política Nacional do Idoso - PNI, Lei 8.842/1994, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI, Portaria 2.528/2006, e o Estatuto da Pessoa Idosa, Lei 10.741/2003 (alterado pela Lei 14.423/2022), que além de possuírem um caráter protetivo visam preservar a qualidade de vida da população idosa e viabilizam meios para que exerçam sua cidadania.

Diversos autores, no Brasil, ressaltam pontos positivos nas políticas públicas para as pessoas idosas caracterizando-as como inovadoras (Willig, Lenardt, Méier, 2012), que visam estimular o empoderamento das pessoas idosas por meio da garantia ao acesso à saúde, à proteção contra a violência e à busca por melhor qualidade de vida (Pinheiro, Areosa, 2018). Contudo, também são apontados aspectos negativos caracterizando-as como iniciativas bem-sucedidas incipientes e pontuais, e que algumas políticas públicas para as pessoas idosas necessitam de eficácia, continuidade, gestão e orçamento (Ribeiro, 2016).

O marco etário da velhice é importante para a definição e a concessão de direitos a essa parcela da sociedade tendo em vista as particularidades e desafios que enfrentam (IBGE, 2023). A OMS, por consonância com o nível socioeconômico, definiu como pessoa idosa os indivíduos com 65 anos ou mais de idade nos países desenvolvidos, e 60 anos ou mais de idade os indivíduos de países em desenvolvimento (WHO, 2022).

No Brasil, o reconhecimento da pessoa idosa ocorre aos 60 anos de idade, conforme a Política Nacional do Idoso, Lei 8.842/1994, e o Estatuto da Pessoa Idosa, Lei 10.741/2003 (alterado pela Lei 14.423/2022), que buscam assegurar os direitos sociais à pessoa idosa criando condições para promoção da sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (Cruvinel, Satel e Marinho, 2021).

Ainda, entre as ações recentes no Brasil para as pessoas idosas frente à década do Envelhecimento Saudável 2021-2030, estão: a *Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa*, o *Documento Técnico Caminho para o envelhecimento ativo, saudável, cidadão e sustentável*, Decreto 9.921/ 2019, conjunto de políticas, base legal, para fazer frente ao acelerado envelhecimento da população local e o *Programa Viver bem e Envelhecimento Ativo e Saudável*, Decreto 10.133/2019, direcionado para o alcance de melhorias para a sociedade. E mais recente ainda, em 2021, o *Pacto Nacional de Direitos da Pessoa Idosa*, da Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, que objetiva o compromisso entre o governo federal, estadual e municipal de implementação das principais políticas públicas que visam à promoção e à defesa das pessoas idosas, conforme previsto no Estatuto da Pessoa Idosa.

Como se observa, há legislações e inúmeras ações no Brasil que tratam a velhice, entretanto, o envelhecimento populacional interfere na dinâmica socioeconômica e nos países em desenvolvimento, como o Brasil, as repercussões sociais e os desafios se configuram de forma mais acentuada (Ribeiro, 2016). Neste contexto, não basta que pessoas alcancem mais anos de vida, é fundamental que esse prolongamento de vida venha acompanhado com qualidade de vida.

Para incentivar cidades e comunidades a se adequarem às necessidades da população que envelhece, foi criada a Rede Global da OMS de Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosas, que define que uma cidade ou comunidade amiga das pessoas idosas é um lugar que adapta seu serviço e suas estruturas para ser mais inclusiva e receptiva às necessidades da população para melhorar sua qualidade de vida na medida que envelhecem. A região das Américas é a região que mais cresce nessa rede. Até dezembro de 2024, o Brasil possuía 50 cidades incorporadas à rede (OPAS, 2024).

A ONU (2023), revela que em 2022 havia 1,1 bilhão de pessoas idosas no mundo e apresenta o *ranking* dos países com maior quantidade de pessoas com 60 anos ou mais, em ordem decrescente, começando pela China (264,7 milhões), Índia (148,7 milhões), Estados Unidos (79,3 milhões), Japão (44,4 milhões), Rússia (32,9 milhões), Brasil (31,5 milhões) e Indonésia (29,9 milhões). Os dados apresentados colocam o Brasil, atualmente, como o sexto país em maior número de pessoas idosas, doravante, estudos apontam que até 2050 o Brasil será o quinto país com mais pessoas idosas, aproximadamente 66,5 milhões.

Para compreender este processo é importante traçar um panorama sobre a transição demográfica no Brasil, iniciada em 1970, que ocorreu relativamente rápida, tendo como base a redução, no número médio de filhos por mulher, ou seja, a taxa de fecundidade, passou de 6,3 filhos por mulher, em 1960, para 2,1 filhos em 2004. Essa mudança ocorre, principalmente, em função de aspectos macroeconômicos, culturais e sociais que refletiram no aditamento do envelhecimento populacional brasileiro (Ribeiro, Soares e Teixeira, 2023).

Na década de 1980 o Brasil era considerado um país de jovens, onde para cada 100 crianças havia 16 pessoas idosas, já no ano 2000 essa relação apresentava quase 30 pessoas idosas para cada 100 crianças, quase o dobro de pessoas idosas em 20 anos. Essa mudança é atribuída ao planejamento familiar, a queda na taxa de fecundidade, a longevidade das pessoas idosas, destacando-se também o aumento da expectativa de vida evidenciado por avanços tecnológicos e científicos e a melhoria das condições de vida (Mendes *et al.*, 2005).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em 2022, o Brasil tinha 203.062.512 habitantes e comparando com dados do Censo Demográfico anterior, de 2010, a população do país cresceu 6,5%, ou seja, 12.306.713 de pessoas a mais. Isso resulta em uma taxa de crescimento anual de 0,52%, a menor já observada nos históricos. No que tange à população idosa, o mesmo censo demográfico, de 2022, evidencia o quantitativo de 32.113.490 pessoas idosas residentes no Brasil, o que representa um crescimento de 56% em relação ao número de pessoas idosas recenseadas em 2010, que era de 20.590.597.

O envelhecimento da população é dado quando grupos etários mais jovens, de 0 a 14 anos, passam a representar menores proporções da população total, relativamente aos grupos adultos e indivíduos idosos. Assim, quanto maior o valor do indicador, mais envelhecida é a população. Em 2022 esse índice chegou a 80,0 indicando que havia 80 pessoas idosas para cada 100 crianças de 0 a 14 anos, enquanto que, em 2010 o Índice de Envelhecimento Populacional – IEP foi bem menor, correspondendo a 44,8 (IBGE, 2023).

Outro dado construído, com base no censo demográfico de 2022 é a longevidade da população, segundo as Tábuas da Mortalidade, em 2022, a expectativa de vida no Brasil para as mulheres foi de 79 anos e para os homens 72 anos, sendo no geral 75,5 anos para ambos os sexos. De acordo com o IBGE, a expectativa de vida que em 2010 era de 71 anos, em 2030 será de 78 anos e em 2040 será de 80 anos (IBGE, 2023).

Com respaldo nos estudos prévios do Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde (2015) da OMS, o número de pessoas com mais de 60 anos no Brasil deve crescer mais rapidamente que a média mundial, ou seja, enquanto a quantidade de pessoas idosas no mundo pode duplicar até o ano de 2050, no Brasil, ela quase triplicará, destarte, a porcentagem atual, 12,5%, de pessoas idosas deve alcançar os 30% até a metade deste século. Considerando esse dado, o Brasil se tornará, então, uma nação envelhecida tendo em vista que a OMS confere a classificação de nação envelhecida a países com mais de 14% da população constituída por pessoas idosas (SBGG, 2019).

O envelhecimento populacional evidencia uma significativa transformação na estrutura demográfica e se apresenta como um desafio multifacetado que requer respostas integradas de políticas públicas por impactar na Qualidade de Vida - QV. Esteve-Clavero *et al.* (2018) citam que a qualidade de vida das pessoas idosas tem aspectos em comum com a de outros grupos populacionais, como: as condições econômicas, as relações sociais, as atividades recreativas e a satisfação, os fatores sociais e ambientais, o suporte social e o uso de tecnologias da informação, fatores esses que possuem impacto relevante na vida das pessoas idosas.

Há diferentes concepções para a definição da qualidade de vida. O constructo pode ser definido tanto em relação ao nível de satisfação das pessoas com a sua vida associado à percepção, positiva ou negativa, ou a partir de características e condições externas nas quais estão inseridos Minayo *et al.* (2000). A forma como as pessoas vivenciam as experiências cotidianas faz parte do constructo da qualidade de vida, pois guardam relação com a capacidade de uma comunidade desfrutar de uma vida média, longa de forma saudável.

A complexidade da QV advém de características que permeiam este constructo, como a intersectorialidade, pois envolve diversas áreas como saúde, educação, economia e previdência; e a multidimensionalidade, uma vez que os atributos da QV são estabelecidos pelas condições de vida e pela satisfação com aspectos físicos, emocionais, materiais, sociais, econômicos, políticos e ambientais (Ruidiaz-Gómez e Cacante-Caballero, 2021).

1.2. Problema de pesquisa e sua relevância

Estudos sobre envelhecimento populacional têm dedicado esforço na análise e associação à saúde, o bem-estar subjetivo, a saúde física e emocional e a sobrevivência. De fato, estudos com o enfoque na saúde são extremamente fundamentais, porém é importante também

analisar como as diferenças sociais podem dificultar ou diferenciar a vida de pessoas idosas (Sousa, Lima e Barros, 2021).

Partindo deste referencial, entender como se comporta o envelhecimento populacional no Brasil, e mais especificamente nos municípios do estado de Goiás, sob o viés da qualidade de vida municipal, é fundamental para subsidiar políticas públicas para população longaeva. Neste contexto, o problema de pesquisa deste estudo pretende responder se, nos municípios do estado de Goiás, os níveis de qualidade de vida estão estritamente relacionados ao padrão de envelhecimento populacional local.

A justificativa para escolha deste tema partiu de estudos, como o de Bagolin e Salata (2022) que evidenciaram que, em 2022, no Brasil, 12,6% da população idosa estava em situação de pobreza. Em relação à pobreza extrema, em 2022, o patamar foi de 1,8% da população idosa, ou seja, 410 mil pessoas idosas. O estudo aponta ainda que o percentual de pessoas idosas, entre os pobres, subiu de 3% para 4,2% entre 2012 e 2022 e o percentual de pessoas idosas, entre os extremamente pobres, subiu de 1,5% para 3,2% entre 2012 e 2022.

Os estudos de Rodrigues *et al.* (2020) apontaram que as pessoas idosas precisam ter suas necessidades atendidas adequadamente para mitigar os riscos de agravos à saúde, incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e morte. As autoras citam que a maior exposição a riscos ambientais, sociais e ocupacionais, como acidentes de trabalho, de trânsito, homicídios e o estresse associado às mudanças socioeconômicas contribuem para a maior mortalidade principalmente entre pessoas idosas.

Para Geib (2012) a forma como uma sociedade trata as pessoas idosas é determinante em como se envelhece coletivamente e individualmente, pois a saúde é afetada, ao longo da vida, pelas características do contexto social, que geram desigualdades nas exposições e vulnerabilidades. Os determinantes sociais interferem no bem-estar, independência funcional e na qualidade de vida das pessoas idosas e geralmente são desconsiderados nas intervenções.

Entre os principais desafios que o envelhecimento populacional traz ao poder público estão a efetivação dos direitos da população idosa e a superação das vulnerabilidades sociais (Geib, 2012). Logo, por meio de indicadores sociais é possível conhecer realidades locais, pois estes traduzem aspectos mensuráveis de diversas dimensões ou recortes de determinada realidade local permitindo analisar diferentes aspectos da vida.

Alguns achados obtidos nas análises de teses de doutorado e de dissertação de mestrado evidenciam que o cenário fragmentado do envelhecimento populacional e da qualidade de vida tem sido desafiador, especialmente para os profissionais da área da saúde, onde há diversas particularidades no processo de envelhecimento, principalmente nas abordagens de prevenção, promoção à saúde e qualidade de vida.

Estudos como este se fazem importantes, pois auxiliam no desenvolvimento de políticas públicas voltadas para longevidade, revelam importantes necessidades de serviços de saúde e infraestrutura urbana, principalmente em municípios pobres, pouco populosos e de baixa influência regional; auxiliam na compreensão de desigualdades de renda na terceira idade, padrões de pobreza e pouco desenvolvimento do mercado de trabalho voltado à população longeva.

Ao final deste estudo, o Produto Técnico Tecnológico - PTT desenvolvido foi a elaboração de material didático, desenvolvido em formato de cartilha e encaminhado, por e-mail em formato digital, e pelos correios em formato impresso, às prefeituras dos municípios de Goiás, com o objetivo de promover a sensibilização e conscientização no município para mobilização de ações que agreguem qualidade de vida às pessoas idosas. A cartilha foi elaborada em linguagem simples, objetiva e inclusiva para alcançar toda a comunidade do município, órgãos públicos e privados, entre outros, para que se mobilizem no sentido de tornar seu município um lugar melhor para sua população idosa.

1.3 Objetivos

O objetivo geral deste estudo é avaliar se determinados aspectos municipais de qualidade de vida estão relacionados aos níveis de envelhecimento populacional, nos municípios do estado de Goiás.

Quanto aos objetivos específicos deste estudo têm-se:

- Analisar se a relação entre a qualidade de vida e o envelhecimento populacional é heterogênea quanto às microrregiões do estado de Goiás;
- Verificar se a relação entre qualidade de vida e envelhecimento populacional é significativa quanto ao perfil de extrema pobreza dos municípios;
- Verificar se a relação de qualidade de vida e envelhecimento populacional é significativa quanto à influência regional dos municípios; e

- Verificar se a relação de qualidade de vida e envelhecimento populacional é significativa quanto ao tamanho populacional dos municípios.

Os aspectos municipais de qualidade de vida, neste estudo, tomam por base por Gonçalves (2004) aqueles elementares à vida, o mínimo e universal para se falar em qualidade de vida, como: acesso a serviços de saúde e educação, condições de moradia e transporte, lazer, segurança, infraestrutura e participação na sociedade, ou seja, elementos materiais que têm como referência noções relativas a oportunidades, conforto, bem-estar e realização individual e coletiva, logo, o entendimento de qualidade de vida introduz a valorização de horizontes desejáveis para grupos sociais, aspectos relevantes das cidades para a qualidade de vida da pessoa idosa. Quanto aos níveis de envelhecimento populacional, neste estudo, relacionam com a distribuição da população idosa nos municípios goianos.

Quanto à influência regional, esta envolve municípios de maior influência, atratividade para outros municípios menores, em termos de saúde, educação, trabalho, serviços e gestão influenciando assim o desenvolvimento da região e se destacam tanto por seu desenvolvimento, quanto pela sua força econômica e alto número de habitantes.

1.4 Escopo do trabalho

Este trabalho está dividido em 7 capítulos. O primeiro capítulo contextualiza o tema, o problema de pesquisa e relevância deste estudo, a justificativa pela escolha do tema e os objetivos geral e específicos. O capítulo 2 traz a revisão de literatura, sobre o envelhecimento populacional e a qualidade de vida, e estudos de importantes autores. O capítulo 3 traz as principais características do estado de Goiás, para este estudo, abordando sua divisão e organização quanto às suas mesorregiões e microrregiões. O capítulo 4 se dedica na descrição dos procedimentos metodológicos, bem como a especificação dos dados e do modelo empírico. O capítulo 5 trata dos resultados iniciando pela estatística descritiva, análise dimensional e a discussão dos resultados. O capítulo 6 apresenta a proposta de intervenção. Em seguida, o capítulo 7 discorre sobre as considerações finais do estudo realizado. Por fim, no apêndice A, apresenta-se o quadro com a organização dos municípios que compõe as mesorregiões e microrregiões do estado de Goiás. Disponibiliza-se no apêndice B, a tabela dos fatores e as matrizes de correlação da análise fatorial dos dados deste estudo. No apêndice C está o Relatório Técnico e o Produto Técnico-Tecnológico - PTT produzido.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Para fundamentação do tema em estudo buscou-se na literatura obras de autores da área do envelhecimento humano e da qualidade de vida, o que possibilitou estruturar este referencial teórico. O Tópico 2.1 deste estudo caracteriza aspectos do envelhecimento e da velhice sob diferentes olhares. O Tópico 2.2 apresenta a abordagem de diversos autores sobre as diferentes métricas do envelhecimento populacional. O Tópico 2.3 contextualiza as vertentes da qualidade de vida. Prosseguindo, o Tópico 2.4 discorre sobre as diferentes métricas da qualidade de vida e o Tópico 2.5 destaca a importância das políticas públicas para o envelhecimento populacional e a qualidade de vida.

2.1 Aspectos do envelhecimento e da velhice

Costa (2015) enfatiza que o processo de envelhecimento e velhice soa como um desafio por seu caráter heterogêneo, multifacetado e complexo, logo, o processo de envelhecimento se dá por toda a vida, do nascimento até a morte, assim a partir do nascimento estamos envelhecendo. Já a velhice é uma construção social, demarcada como a última fase da vida, e que ainda é carregada por preconceitos e mitos.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - SBGG, o envelhecimento populacional é tema multi e interdisciplinar e visa a prevenção e intervenção para qualidade de vida da pessoa idosa. Cabe destacar que a gerontologia é o campo científico e profissional dedicado às questões multidimensionais do envelhecimento e da velhice que analisa o processo de envelhecimento para garantir melhor qualidade de vida ao longo dos anos, ou seja, a gerontologia é a área de estudo do envelhecimento humano nos aspectos físicos, biológicos, psíquicos, emocionais, sociais, culturais, ambientais, políticos, econômicos e espirituais (SBGG, 2024).

Para diversos autores o envelhecimento é compreendido como um fenômeno multifatorial por estar relacionado a vários fatores internos e externos à pessoa, entre estes, os aspectos genéticos, biológicos, psíquicos, ambientais, econômicos e sociais (Costa, 2015).

Para os demógrafos o envelhecimento populacional é entendido como o processo de crescimento da população idosa de acordo com sua participação relativa no total da população. Neste entendimento, um dos indicadores que melhor avalia o envelhecimento demográfico é a

razão entre a população idosa e a população jovem, melhor dizendo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais por 100 pessoas de 0 a 14 anos (Rezende, 2008).

Sob o viés da transição demográfica e na concepção de diversos autores, como, Nascimento e Diógenes (2020); Miranda, Mendes e Silva (2016); Prado, Limongi-França, Shiraishi (2017) o envelhecimento populacional é acarretado pelas modificações na estrutura etária da população, dado a redução nas taxas de mortalidade e fecundidade, de um país acarretando no envelhecimento populacional por meio da transição demográfica.

Nesta mesma direção, Cruvinel, Satel e Marinho (2022), compreendem que no Brasil, do ponto de vista demográfico, o fenômeno do envelhecimento populacional brasileiro, teve como maior indutor a redução no número de filhos tidos por mulher a partir da década 1970, e a redução da mortalidade, em todos os grupos etários, incluindo as pessoas idosas e principalmente crianças. Para os autores, o declínio da fecundidade combinado com a redução da mortalidade evidencia que o envelhecimento populacional se deu de forma mais acelerada que nas sociedades desenvolvidas.

Concorre também ao envelhecimento populacional brasileiro o desenvolvimento da medicina, da indústria farmacêutica e a melhora da qualidade de vida. Estes fatos impactaram no aumento da expectativa de vida e no envelhecimento populacional (Lopes, 2023). Neste diapasão, o envelhecimento populacional é dado como complexo e perpassa por áreas como da saúde, educação, assistência social, habitação, previdência, abarcando aspectos sociais, políticos e econômicos que envolvem a qualidade de vida.

Com respaldo nos estudos de Camarano (2004), o envelhecimento populacional brasileiro é reflexo da combinação de diversos fatores, entre eles, o desenvolvimento de tecnologias modernas, dos avanços na medicina e dos níveis de saúde da população, do acesso à seguridade social, do aumento da escolarização e das mudanças nos padrões e relações familiares, oportunizando melhores condições de vida aos longevos, logo, trata-se de uma abordagem integrada.

Há aspectos diferentes para nomear a velhice, mas seu ponto de partida é a reflexão sobre a construção social e histórica da velhice estabelecendo distinção entre um fato universal e natural que é o ciclo biológico, nascimento, crescimento e morte, e a variabilidade da forma que o envelhecimento é concebido e vivido. Assim, as representações sobre a velhice, a posição

social dos velhos e o tratamento que lhes é dado ganham significados diferentes em contextos históricos, culturais e sociais distintos (Debert, 2011).

Mendes *et al.* (2005) reconhecem que envelhecer é um processo natural, uma etapa da vida caracterizada por mudanças físicas, psicológicas e sociais que incide na pessoa com sobrevida prolongada e que a qualidade de vida e o envelhecimento saudável requerem uma compreensão mais abrangente e adequada de um conjunto de fatores que compõem o dia a dia da pessoa idosa.

Há diversas ações, nas últimas décadas, que valorizam o envelhecimento como um processo positivo pensado em uma fase da vida de bem-estar e prazer e a Política para o Envelhecimento Ativo, instituída pela OMS (2002), é um exemplo disso. Ela traz em seu bojo recomendações e ressalta que envelhecer bem não é responsabilidade apenas do indivíduo, mas de um processo apoiado por políticas públicas e iniciativas de saúde ao longo da vida.

Na reflexão de Escôbar e Moura (2016), o envelhecimento ativo se configura no processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas ficam mais velhas. Partindo deste referencial, o papel social das pessoas idosas é um fator importante no significado do envelhecimento, pois o mesmo depende da forma de vida que viveram e das condições atuais em que se encontram.

Como se observa na literatura, o envelhecimento é uma experiência heterogênea e o seu processo difere de pessoa para pessoa, sobretudo, em uma sociedade, como a brasileira, marcada por desigualdades regionais e sociais é fundamental conhecer como se dá o processo de envelhecimento para poder melhorar a qualidade de vida da população.

O processo de envelhecimento está fundamentado em quatro pilares, sendo eles, a saúde (bem-estar biopsicossocial), a participação (social, cultural e a cidadania), segurança (proteção) e aprendizagem ao longo da vida (formal e informal), pois o envelhecimento não é uma questão apenas individual e sim coletiva (Gomes *et al.*, 2023).

O pilar *saúde*, propõe a criação de centros de referência dos idosos, laboratório centro - dia e hospitais de cuidados continuados. O pilar *participação* contempla ações, por exemplo, na área de turismo e do Conselho Estadual da Pessoa Idosa. O pilar *proteção* contempla investimentos em equipamentos municipais, em centros-dia e centros de convivência para a

pessoa idosa. O pilar *educação* contempla o fomento de centros de ensino e pesquisa para a formação de recursos humanos especializados, cursos de graduação e pós-graduação em instituições de ensino superior público. (Gomes *et al.*, 2023).

Exemplificando a afirmação de Gomes *et al.* (2023), dentro do pilar *educação* e sobre formação das pessoas idosas, a Universidade de São Paulo - USP, possui o programa Universidade Aberta à Terceira Idade e Inclusão Digital; a Universidade de Brasília - UNB, desenvolve o programa Universidade do Envelhecer - UniSer; a Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, possui o programa de extensão a Universidade Aberta à Terceira Idade – UNATI; a Universidade Federal do Pará - UFPA, desenvolve o programa Universidade da Terceira Idade (MEC, 2024). A Universidade Federal de Goiás - UFG possui o Núcleo Interdisciplinar em Envelhecimento, NIPEE UFG 60+ que articula ensino, pesquisa e extensão em uma abordagem interdisciplinar e multidimensional (UFG, 2024).

Velhice não é sinônimo de doença, os processos de senescência e senilidade são alterações relacionadas ao envelhecimento, mas com impactos diferentes. A senescência é o processo natural (biológico) do envelhecimento com as alterações fisiológicas do organismo, inclui mudanças físicas e mentais graduais, mas não necessariamente patológicas. Já a senilidade está associada a doenças e fragilidades e pode ser significativamente influenciada por hábitos e estilos de vida ao longo da vida (Brasil, 2019). A renda, escolaridade, as relações sociais e o acesso a serviços de saúde, entre outros, podem impactar as escolhas de estilo de vida e saúde na velhice podendo comprometer na funcionalidade do indivíduo, na perda de autonomia e da capacidade de realizar suas atividades diárias (Cortê e Brandão, 2018).

Embora a senescência seja inevitável, a senilidade pode ser prevenida ou minimizada com um estilo de vida saudável e acompanhamento médico. O ambiente externo e o contexto social que a pessoa idosa está inserida impacta em sua senilidade. Em uma sociedade próspera há formas de ofertar melhor qualidade de vida à população idosa. O aumento da esperança de vida requer do poder público e da sociedade ações que assegurem condições condignas às pessoas idosas, o que ocorre por meio da implementação de políticas públicas que alcance a população idosa (Cardoso, Dietrich e Souza, 2021).

Partindo deste referencial, urge a necessidade de mensuração do envelhecimento populacional para definição, entre outros, do público elegível a determinadas políticas públicas.

Desta forma, o próximo tópico deste estudo aborda sobre as métricas do envelhecimento populacional, fenômeno cada vez mais presente em nossa sociedade.

2.2 Métricas do envelhecimento populacional

A OMS (2005) subdivide a idade cronológica adulta em quatro estágios, sendo o *indivíduo de meia idade* de 45 a 59 anos, o *indivíduo idoso* de 60 a 74 anos, o *indivíduo ancião* de 75 a 90 anos e o indivíduo em velhice extrema acima de 90 anos.

Os estudos de Gonçalves e Alves (2024) apresentam a *idade retrospectiva* e a *idade prospectiva*. A idade retrospectiva (idade cronológica) são os anos vividos desde o nascimento da pessoa. Já a idade prospectiva, é relativa e depende de fatores externos, como, o contexto socioeconômico, a saúde e os avanços da medicina, logo, a idade prospectiva é calculada com base na expectativa de vida média da população focando no futuro e na qualidade de vida dos anos restantes a serem vividos, portanto, e na abordagem prospectiva da análise do envelhecimento que direciona a atenção para ampliação da expectativa de vida e na melhoria da qualidade de vida dos grupos etários acima de 60 anos em idade cronológica.

Para Gonçalves e Alves (2024) a argumentação da idade prospectiva sustenta a ideia, por exemplo, que as condições de saúde e capacidade laboral de indivíduos de 65 anos cronológicos em 2015 são melhores que as condições de indivíduos com 65 anos cronológicos em 1980. Assim, o conceito de idade prospectiva facilita o entendimento deste tipo de abordagem.

Ainda de acordo com Gonçalves e Alves (2024 *apud* Sanderson, Scherbov, 2005) diversas necessidades específicas por idade estão mais relacionadas ao número de anos que ainda restam a viver que a quantidade de anos vividos, logo, este conceito seria mais assertivo para projeções nas políticas públicas dirigidas às pessoas mais velhas.

Minayo e Fimo (2019) apresentam duas classificações de envelhecimento humano sendo uma o *critério demográfico*, ou seja, por faixa de idade, onde se tem o *idoso-jovem*, que são os indivíduos de 60 a 79 anos reconhecidos como indivíduos na terceira idade, e o *idoso-velho*, que são os indivíduos de 80 anos ou mais reconhecidos como indivíduos na quarta idade.

O outro critério de envelhecimento, apresentado pelas autoras, é o *critério individual* que distingue as pessoas com base na herança genética, na personalidade e no estilo de vida,

onde estão indivíduos com dependências comuns aos mais idosos e pessoas octogenárias, nonagenários e centenárias que permanecem saudáveis e autônomas (Minayo e Fimo, 2019).

Para Scheneider e Irigaray (2008) argumentam que distinguir *idosos jovens*, *idosos velhos* e *idosos mais velhos* contribui no entendimento que o envelhecimento não é algo determinado pela idade cronológica, mas também consequência de experiências passadas, no estilo como se vive no presente e de expectativas futuras, logo, observa-se que há uma integração entre vida pessoal e o contexto social e cultural. Outra classificação da velhice citada pelos autores é a por *idade funcional*, ou seja, o quão bem uma pessoa funciona em um ambiente físico e social em comparação a outras de mesma idade cronológica.

A velhice é uma etapa da vida que detém características que só pode ser compreendida diante da relação que se estabelece entre os aspectos cronológicos, biológicos, sociais e psicológicos e essa interação surge de acordo com as condições históricas, políticas, econômicas, geográficas e culturais que produzem diferentes representações sociais da velhice. Existe uma correspondência entre a concepção de velhice presente em uma sociedade e as atitudes frente às pessoas que estão envelhecendo. Logo, o conceito de idade é multidimensional e o processo de envelhecimento pode ser compreendido por diferentes idades, sendo: *idade cronológica*, *idade biológica*, *idade social* e *idade psicológica* (Schneider e Irigaray, 2008).

A *idade cronológica* mensura a passagem do tempo transcorrido e não se caracteriza como uma boa medida para o desenvolvimento do indivíduo por ser um padrão absoluto que não apresenta concomitância com a idade biológica no processo de envelhecimento (Hoyer e Roodin, 2003) *apud* (Schneider e Irigaray, 2008).

Já a *idade biológica* é definida pelas modificações corporais e mentais, ao longo do processo de desenvolvimento e se dá antes mesmo do nascimento da pessoa e se estende por toda sua existência. As mudanças fazem parte do envelhecimento, por exemplo, a partir dos 40 anos a visão ocular declina, a pele fica menos elástica e fina, a estatura do indivíduo vai diminuindo, em virtude da redução da massa óssea da altura vertebral, entre outros (Costa e Pereira, 2005) *apud* (Schneider e Irigaray, 2008).

Quanto à *idade social*, se define pelos hábitos e status social do indivíduo nos papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas de sua idade, em sua cultura e em seu grupo social. Assim, um indivíduo pode ser mais velho ou mais jovem dependendo de como se

comporta dentro de uma classificação esperada para sua idade em uma sociedade, por exemplo, os hábitos, a vestimenta, o comportamento, os papéis que assume perante a sociedade. Infere-se ainda que, socialmente, o indivíduo é definido como pessoa idosa quando se aposenta deixando de ser economicamente ativa. As pessoas idosas aposentadas ainda carregam o rótulo de improdutivo e inativo atribuídos pela sociedade (Neri, 2005) *apud* (Schneider e Irigaray, 2008).

A *idade psicológica* possui relação com as habilidades adaptativas da pessoa se adequar às exigências do meio pelo uso de várias características psicológicas. Relaciona-se também, entre outros, com a capacidade de aprendizagem, memória, inteligência e controle emocional. Estudos revelam que o declínio das atividades cognitivas é acarretado pelo desuso e também por doenças, como depressão, e fatores comportamentais (baixas expectativas, consumo de álcool, tabagismo). Relaciona-se também com o senso subjetivo de idade, como cada pessoa avalia a presença ou ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos (Neri, 2005) *apud* (Schneider e Irigaray, 2008).

Partindo dessas concepções observa-se que o envelhecimento é um processo complexo e multifatorial. A variabilidade de cada pessoa (genética e ambiental) acaba impedindo o estabelecimento de parâmetros únicos. Posto isto, o uso somente do tempo (idade cronológica) como medida esconde um amplo conjunto de variáveis (Schneider e Irigaray, 2008). Em outro viés, também importante, é preciso que o país, os estados e os municípios conheçam sua população, suas características, a partir de algum critério, para assim produzir informações que subsidiarão políticas públicas mais efetivas por meio da identificação de grupos sociais.

O IBGE (2023) menciona que Índice de Envelhecimento Populacional - IEP é uma forma de aferir quantitativamente o envelhecimento populacional. O IEP é indicador muito importante em que relaciona dois grupos de idade extrema, dessa forma tem-se a razão entre o grupo de pessoas de 60 anos ou mais de idade em relação à população de 0 a 14 anos. Logo, quanto maior o valor desse indicador, mais envelhecida é a população.

Para Rocha *et al.* (2017) no Brasil, as desigualdades sociais, já marcadas entre as pessoas idosas, tendem a se agravar na população 80+ por serem pessoas com maior vulnerabilidade tanto na perspectiva fisiológica quanto na perspectiva social. Na abordagem dos autores essa situação acarreta sobrecarga no sistema de saúde, diminuição da renda e acentua as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde. Já para Ribeiro, Soares e Teixeira (2023) as

pessoas idosas, consideradas longevas, é um segmento que ainda se conhece pouco principalmente no que tange as características sociodemográficas e econômicas.

De acordo com Pereira, Teixeira e Santos (2012) o envelhecimento populacional, o aumento da expectativa de vida e a busca pela qualidade de vida para as pessoas idosas têm se tornado um grande desafio e é neste viés que o conceito de Qualidade de Vida – QV, tem sido amplamente debatido e revisado por diversos estudiosos, próximo tópico abordado neste estudo.

2.3 Aspectos da qualidade vida

González (2002) cita que o termo Qualidade de Vida - QV nasceu nas ciências econômicas e que seus antecedentes, como as consequências da industrialização e do desenvolvimento social desigual, levaram as ciências econômicas e políticas a se interessarem em medir a realidade social dos países estabelecendo indicadores sociais que mediam fatos relacionados ao bem-estar social das populações, assim, os indicadores se caracterizaram como ferramentas para mudança e para o aprendizado.

Há várias formas para se avaliar a QV não havendo, portanto, um critério único. Estudiosos da QV têm sugerido metodologias diferentes para o tratamento científico deste conceito que é tão complexo e que também tem em seu bojo a subjetividade com uma das características. Desta forma, a QV é um tema complexo e requer delimitações que viabilizem sua instrumentalização em análises científicas. (Pereira, Teixeira e Santos, 2012).

Diversos autores têm contribuído de maneira significativa para compreensão da QV e sua avaliação. No entendimento de Ruidiaz-Gómez e Cacante-Caballero (2021), a QV é um conceito que envolve múltiplas dimensões como saúde física, estado psicológico, nível de independência, condições de vida e relações sociais do indivíduo e envolve o contexto econômico e político justamente por estar em consonância com o meio em que a pessoa está inserida.

A percepção de um indivíduo quanto à sua inserção nos sistemas de valores em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações envolve o bem-estar físico, mental, psicológico, emocional e espiritual, além de relacionamentos sociais, com família, amigos, e também, saúde, educação, habitação, saneamento básico e outras circunstâncias da vida que favoreçam o bem-estar na idade avançada. A QV afeta a saúde física e mental dos indivíduos

e consequentemente o desenvolvimento de uma sociedade (Ruidiaz-Gómez e Cacante-Caballero, 2021).

Como se observa conceituar QV é relativamente complexo devido aos distintos enfoques envolvidos. Boggatz (2016) *apud* Ruidiaz-Gómez e Cacante-Caballero (2021) esclarecem que “a qualidade de vida é um estado de satisfação da pessoa e da combinação de aspectos objetivos e subjetivos baseados no bem-estar físico, bem-estar material, bem-estar social e emocional”. Assim, a QV se relaciona com o atendimento de diversas necessidades, primárias e secundárias, dependentes da interação individual e social nos seus diversos contextos favorecendo a longevidade humana. Entende-se por necessidades primárias aquelas essenciais para a sobrevivência do ser humano, como alimentação, moradia e as necessidades secundárias são aquelas que qualificam o bem e o bom viver, ou seja, sobrevida e a qualidade de vida.

Os estudos sobre QV se apresentam em quatro abordagens gerais, sendo: a primeira é abordagem econômica, na qual se opera com indicadores econômicos e sociais como elemento principal abarcando o compromisso da sociedade em assegurar estruturas sociais mínimas à sociedade para a QV e o bem-estar da nação. A segunda é abordagem psicológica que se opera com indicadores que tratam de reações subjetivas do indivíduo e as suas vivências, percepções sobre seu bem-estar. A terceira é abordagem médica que trata da saúde e recuperação dos doentes onde a QV se relaciona com as condições de saúde e funcionamento social. A quarta é abordagem geral, ou seja, multifuncional de organização complexa se diferenciando de acordo com o ambiente e contexto (Pereira, Teixeira e Santos, 2012).

Com respaldo nos estudos de Pereira, Teixeira e Santos (2012), alguns autores defendem que muitos instrumentos avaliativos da QV poderiam ser substituídos pela avaliação individual de cada um sobre o seu estado de vida de acordo com a sua percepção pessoal, entretanto, como não há um consenso único conceitual para QV, logo, não há também um padrão único para avaliá-la. Assim, vários instrumentos de avaliação, a partir de uma determinada ótica sobre a QV, são considerados.

Existem diversos instrumentos de avaliação da QV, entre estes, Paskulin *et al.* (2009) abordam a metodologia *WHOQOL*, e suas variações, e a escala *Flanagan*, considerando como características principais o caráter subjetivo da qualidade de vida, seja eles negativos ou positivos, entretanto, estes instrumentos são mais empregados na área da saúde.

O grupo *World Health Organization Quality of Life Assessment*, definiu qualidade de vida baseando-se na percepção do indivíduo de sua posição na vida, relacionando aspectos individuais aos contextos cultural, social e ambiental, dando origem ao instrumento avaliativo *WHOQOL*. A OMS, numa perspectiva transcultural, desenvolveu o *WHOQOL-100*, em seis domínios: físico, psicológico, relações sociais, independência e espiritualidade e também o modelo de avaliação específica para pessoas idosas, o *WHOQOL-OLD* (Paskulin *et al.*, 2009).

Paskulin *et al.* (2009), citam que para avaliar a QV das pessoas idosas, a área da saúde utiliza bastante a metodologia *WHOQOL-OLD*, constituída por 24 perguntas, cujas respostas seguem a escala *Likert*. As perguntas são agrupadas, em seis facetas, que abordam desde o funcionamento dos sentidos, a autonomia, as atividades passadas, presentes e futuras, a participação social, a morte e morrer e a intimidade.

Há estudos, nacionais e internacionais, que investigam as percepções das pessoas idosas sobre o significado de QV e seus prováveis determinantes, já outros estudos mensuram a QV da pessoa idosa na comunidade. Um outro instrumento de avaliação da QV é a escala de *Flanagan*, na qual compreende a QV a partir de cinco dimensões: bem-estar físico e material; relações com outras pessoas; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento pessoal e realização; e recreação. Os itens também são respondidos em uma escala *Likert*. No Brasil, a escala de *Flanagan* foi utilizada em diferentes grupos, como profissionais da saúde, pessoas idosas e cardiopatas (Galisteu *et al.*, 2006).

Em outra direção, nos estudos de Neri (2007), a QV vai além da percepção individual sobre a própria vida e engloba questões de extrema importância, como: o nível socioeconômico, a etnia, a cultura, a educação, a religiosidade, o gênero, entre outros, ou seja, são dimensões pelas quais as pessoas se estruturam perante à sociedade, base para o desenvolvimento humano. O termo longevidade sempre aparece atrelado ao conceito de QV para as pessoas idosas, porém observa-se, que esse contexto, não entra nas estatísticas quando se faz menção à pessoa idosa no ambiente empobrecido (Almeida, Gutierrez e Marques, 2012).

Desta forma, vários estudiosos se limitam exclusivamente na descrição de indicadores de QV que tomam por base características como escolaridade, condições de moradia, infraestrutura, ausência de doenças, entre outros, logo, observa-se que existem diversos métodos para se avaliar a QV sobre alguma perspectiva. A importância de se avaliar a QV é a possibilidade de visualização realista que permita descrever, comparar, ordenar e quantificar de

maneira sistemática aspectos de uma realidade que atendam às necessidades dos tomadores de decisão (Pereira, Teixeira e Santos, 2012).

Ramos, Pontes e Morel (2021) citam que para conhecer a QV das pessoas é necessário analisar aspectos, sociais, ambientais, políticos, culturais e econômicos e que o Índice de Gini, por exemplo, possibilita aferir o grau de concentração de renda em determinado grupo, ou seja, a medição da diversidade da renda evidencia a diferença entre os mais pobres e mais ricos em determinada região ou país, logo, depreende-se que pessoas com renda mais elevada alcançam maiores condições de bem-estar e que o crescimento da renda pode aprimorar as condições de vida da pessoa e consequentemente melhorar a QV. Outro exemplo, é o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, que também se caracteriza como uma das formas de se avaliar a QV em populações maiores no qual se pode medir o bem-estar das pessoas por ponderar indicadores de longevidade, renda e educação.

Partindo destes referenciais, pode-se dizer que não há uma única forma para se avaliar a QV das pessoas e que essa avaliação é construída com métricas a partir de determinada perspectiva que se considera impactar na QV, próximo tópico abordado neste estudo.

2.4 Métricas para Qualidade de Vida

Nas palavras de Vianna *et al.* (2017) do ponto de vista biológico, o envelhecimento é caracterizado como a redução gradativa e contínua da capacidade das células de se adaptarem às diversas influências externas. Entretanto, com o aumento da expectativa de vida a preocupação com o bem-estar e o envelhecimento bem-sucedido se ampliou, em oposição à visão de envelhecimento exclusivamente relacionada a perdas e declínios.

As teorias que investigam o envelhecimento bem-sucedido consideram o bem-estar um dos fatores de manutenção da QV, sendo este também composto pela disponibilidade de bens materiais (no sentido de segurança), dignidade pessoal e oportunidades de atingir os objetivos pessoais. Assim, um envelhecimento bem-sucedido é acompanhado de bem-estar e QV e deve ser promovido ao longo da vida (Neri, 2013).

Barbosa (2012) apresenta o conceito de QV como um conjunto de regras individuais e socioambientais comuns em um ambiente onde se tem moradia digna, saúde pública de qualidade, educação igualitária, infraestrutura, lazer, segurança e condições normais de vida quando comparadas às mazelas que as pessoas idosas empobrecidas vivenciam em um local

oposto à sua realidade. Logo, a QV é algo individual de cada pessoa, mas a possibilidade de conquista da QV depende da máquina pública, engrenagem que precisa estar em perfeito funcionamento.

Para Santos e Martins (2007) um Índice de Qualidade de Vida - IQV pode ser desenvolvido analisando os contextos de condições econômicas, de condições sociais e de condições ambientais. As condições econômicas englobam a renda, o consumo, o trabalho e a habitação; as condições sociais englobam a educação, a saúde, a segurança, a dinâmica cultural e a comunicação social. Já as condições ambientais englobam espaços verdes, qualidade da água, tratamento dado ao lixo, entre outros.

As medidas de bem-estar da população devem ser mensuradas localmente e de forma desagregada, ou seja, os bairros de uma cidade e seus distritos municipais colaboram para o direcionamento das políticas governamentais de alocação eficiente de recursos disponíveis para sua região (Santos e Martins, 2007).

Duarte *et al.* (2018) citam o Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE, como um estudo multicêntrico, iniciado no ano 2000, sob a coordenação da OPAS e desenvolvido em sete centros urbanos da América Latina e Caribe para traçar o perfil das condições de vida e de saúde das pessoas idosas na região. No Brasil, o SABE, foi realizado na cidade de São Paulo e em 2006 esse estudo tornou-se longitudinal com o objetivo de identificar as transformações que ocorriam no processo de envelhecimento entre as diferentes gerações.

Sousa, Lima e Barros (2021), em seus achados, apontaram que a promoção do envelhecimento ativo pressupõe-se o combate às desigualdades sociais, ao longo do curso de vida, fornecendo soluções mais justas e sensíveis frente às diferenças existentes entre os segmentos da sociedade evitando a permanência e extensão das desigualdades sociais.

Os estudos de Oliveira, Sousa e Rodrigues (2023) discorrem que tem sido um desafio a mensuração do desenvolvimento humano (bem-estar social). Vários tipos de medições já foram propostas e todas apresentavam, apesar das vantagens, algumas limitações. Criado pelos economistas *Amartya Sen e Mahub ul Haq*, em 1990, e desde 1993 usado pelo Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento – PNUD, o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, foi elaborado para ser uma medida geral e sintética ampliando a perspectiva do desenvolvimento humano e oferecendo um contraponto a um outro indicador que até então era utilizado, o PIB- Produto Interno Bruto (IPEA, 2009).

A renda expressa pelo PIB, empregado até fim da década de 1980, e utilizado para auferir o bem-estar humano possuía fragilidades conceituais por registrar apenas as trocas monetárias ignorando direitos humanos, distribuição de renda para sociedade e não captando outras dimensões do desenvolvimento, como saúde e educação, assim buscou-se, então, uma abordagem que fosse multidimensional (IPEA, 2009).

Scarpin e Boff (2008) referenciam que o IDH, tem como finalidade checar o grau de desenvolvimento de um país por meio de alguns indicadores de desempenho. A construção deste indicador de desenvolvimento reflete a estreita relação com os debates em torno da mensuração da QV. Logo, se a QV não se restringe apenas à esfera econômica para o desenvolvimento humano, quando se pretende avaliar o nível de QV de um país, região ou município deve-se postular como fazer essa avaliação e selecionar quais critérios são significativos para o desenvolvimento humano.

Nessa mesma direção, Saab *et al.* (2021) acrescentam que o governo atende as necessidades da população, por meio de políticas públicas adequadas, contribuindo para a qualidade de vida das pessoas e a abordagem do desenvolvimento humano argumenta que só o crescimento econômico não é suficiente para o progresso e o IDH se mostra um importante indicador para o direcionamento de políticas públicas para promoção do progresso e da QV da população.

A literatura retrata uma constante busca por medidas socioeconômicas mais abrangentes que incluam também outras dimensões fundamentais da vida e da condição humana e o IDH é uma contribuição que combina os três componentes básicos de longevidade, educação e renda, do desenvolvimento humano. Assim, o IDH cumpre seu papel ao dar visibilidade a dados que podem auxiliar na construção de um futuro melhor considerando as crenças sociais do que tem e do que não tem valor (Bohn, Ervilha, Dalberto, 2015).

Compartilham desta abordagem Prearo, Maraccini e Romero (2015), ao citarem que o IDH reúne os requisitos para o desenvolvimento humano e a expansão da liberdade dos indivíduos. Assim, o cálculo do IDH é resultado de uma média ponderada entre suas três dimensões: longevidade, educação e renda.

A dimensão *longevidade* se dá a partir do acesso à saúde física e mental de qualidade, da redução da mortalidade precoce e tem como medida para cálculo a esperança de vida ao nascer (Bohn, Ervilha, Dalberto, 2015).

Na dimensão *educação*, Bohn, Ervilha, Dalberto (2015), citam que o desenvolvimento humano se relaciona com o acesso ao conhecimento, fundamental para o bem-estar do indivíduo, a orientação das próprias escolhas e decisões para o futuro, tendo como medida de cálculo as variáveis da média de anos de escolaridade e os anos de escolaridade esperados. Envolve a combinação da taxa de alfabetização de adultos e a taxa combinada de matrícula nos níveis de ensino fundamental, médio e superior.

A dimensão *renda* do desenvolvimento humano, relaciona-se ao padrão de vida de uma sociedade, a uma vida digna, às oportunidades, o acesso às necessidades básicas, à possibilidade de escolhas genuínas de padrões de vida, e é medida pelo poder de compra da população, baseado no PIB (Bohn, Ervilha, Dalberto, 2015).

Assim, o cálculo do IDH é composto a partir de dados da expectativa de vida ao nascer - longevidade (IDH-L), da educação (IDH-E) e da renda (IDH-R) sendo este último o PIB em paridade do poder de compra per capita, recolhidos em nível nacional ou regional com objetivo de medir o padrão de vida. A criação dos índices de dimensão é utilizada para transformar indicadores em índices que podem variar de 0 (zero) a 1 (um), e quanto mais próximo de 1 (um) maior é o desenvolvimento humano e quanto mais próximo do 0 (zero) representa quase nenhum ou nenhum desenvolvimento humano (IBGE, 2008).

O IBGE (2008) referencia que indicadores são ferramentas constituídas de variáveis que associadas, a partir de diferentes configurações, expressam significados mais amplos sobre os fenômenos a que se referem. Ferreira, Cassiolato e Gonzales (2009 *apud* MP 2012) destacam que um indicador é uma medida, de ordem quantitativa ou qualitativa, de significado particular, utilizado para organizar e captar informações relevantes de elementos que compõem o objeto da observação. Trata-se de recurso metodológico que, empiricamente, informa sobre a evolução do aspecto observado.

Cabe destacar que no início o IDH foi idealizado para avaliação de países, contudo, ele também foi aplicado como indicador de bem-estar social para estados e municípios e o Brasil foi um dos pioneiros na adaptação do IDH para os municípios brasileiros, dando origem ao IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (Oliveira, Sousa e Rodrigues, 2023).

O IDHM retrata a atual conjuntura socioeconômica considerando também os esforços desenvolvidos por melhores resultados, pois a eficiência pode indicar quais municípios fazem melhor uso de seus recursos e de que forma isso reflete nos resultados alcançados. Dessa forma,

além de fonte de dados para a gestão pública, o IDHM atua também como fonte de informações para cidadãos e organismos, públicos e privados, na construção de políticas públicas e investimentos entre os municípios (Bohn, Ervilha, Dalberto, 2015).

O IDHM brasileiro segue as mesmas três dimensões, é um ajuste metodológico do IDH Global, considera o cálculo da renda municipal per capita, resultado de um questionário mais detalhado, coletado pelo IBGE, durante a realização do censo demográfico. O governo federal adota no Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil o IDHM (Simão, Júnior e Faria, 2016).

Ressalta-se que há outros índices de medição da QV, desenvolvidos a partir de metodologias como a do IDH, um exemplo é o Índice de Qualidade de Vida Humana - IQVH, que mede o desenvolvimento humano e a qualidade do ambiente. O IQVH permite analisar a discrepância social, econômica e ambiental existente entre as regiões ou municípios e é baseado nos cinco indicadores, sendo: qualidade da habitação; condições de vida; renda; segurança ambiental; e serviços sanitários (Umbelino, 2007).

Desenvolvido pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional - Cedeplar, da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, no IQVH as variáveis de desenvolvimento humano são as mesmas usadas no cálculo do IDH-M, separadas em um indicador de QV e o outro de renda. As variáveis de qualidade da habitação, serviços sanitários e segurança ambiental refletem a qualidade do ambiente no que se refere às condições adequadas a uma vida humana saudável (Umbelino, 2007).

O IBGE (2021) desenvolveu o Índice de Perda de Qualidade de Vida – IPQV, trata-se de um índice multidimensional, que varia de 0 a 1, e mede as perdas ou privações afetando a QV das pessoas. Utiliza das dimensões, como: alimentação, moradia, educação, acesso à saúde, segurança, transporte, lazer, serviços públicos, serviços financeiros e padrão de vida. O IPQV contribui para identificar áreas que necessitam da intervenção de políticas públicas. Por ser estatística nova, ainda está em fase de teste e sob avaliação, contudo, ressalta-se que mensurar as privações (perdas na qualidade de vida) requer uma abordagem microfocada, enquanto, a mensuração desenvolvimento socioeconômico envolve abordagem agregada focada no conjunto da sociedade.

Como este estudo abrange os municípios de Goiás, cabe destacar um outro índice, desenvolvido pelo estado de Goiás e referenciado pelo Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos - IMB (2018), o Índice Goiano de Longevidade - IGL, que auxilia

na identificação das cidades goianas com melhores condições de vida, e por consequência, maior longevidade (IMB, 2018).

O IGL, além de fornecer essa análise comparativa, da capacidade de promoção da longevidade, disponibiliza um diagnóstico de cidades que subsidia o planejamento urbano e regional da administração pública municipal, regional e sociedade civil. É constituído por 25 indicadores que exprime aspectos das condições de vida de determinada população, como: renda, saúde, educação, segurança, saneamento, habitação, condições de trabalho, acesso a determinados serviços e fatores demográficos (IMB, 2018).

A Qualidade de Vida e a Saúde são duas dimensões que compõem o índice final do IGL. A dimensão qualidade de vida exprime o bem-estar da população e é composta por 15 indicadores. Como a longevidade é tema importante, os indicadores evidenciam as condições de saúde, tanto físicas como de aspectos humanos, e são agrupados em uma única dimensão, contendo 10 indicadores. Destarte, qualidade de vida e saúde possuem número de indicadores distintos, porém contribuem com o mesmo peso na construção do índice final do IGL, calculado pela média das duas dimensões assumindo valores de 0 e 100 (IMB, 2018). O Quadro 1, a seguir, exemplifica as variáveis que constitui o IGL.

Quadro 1. Variáveis dimensão *qualidade de vida* e dimensão *saúde* no IGL.

Dimensão Qualidade de vida	Dimensão Saúde
Variáveis	Variáveis
1. Esperança de vida 2. PIB per capita 3. Trabalho formal 4. Proporção de Idosos 5. Densidade demográfica 6. Ensino Fundamental completo 7. Analfabetismo 8. Pobreza 9. Índice de Gini 10. Déficit habitacional 11. Acesso à banda larga 12. TV por assinatura 13. Taxa de suicídio 14. Taxa de óbitos por agressão 15. Taxa de óbitos por acidente de trânsito	1. Médicos 2. Psicólogos 3. Cirurgião dentista 4. Enfermeiros 5. Leitos de internação 6. Proporção de beneficiários plano de saúde 7. Equipamentos 8. Acesso a rede de água e esgoto 9. Acesso a água potável 10. Cobertura vacinal

Fonte: IMB (2018). Adaptado pelo autor.

Como se observa a literatura evidencia diversos instrumentos para se avaliar a QV, em determinado grupo ou população, sobre uma determinada ótica, por meio da análise de variáveis relacionadas ao campo estudado. Estudos referenciam que a QV para as pessoas idosas parece não avançar na mesma abrangência e velocidade, nas diferentes localidades do Brasil, como tem chegado o envelhecimento (Barbosa, Oliveira e Fernandes, 2019).

Considera-se para a avaliação da QV em regiões, cidades ou municípios, o uso de indicadores capazes de refletir as diversas dimensões na localidade estudada, que neste estudo são os municípios de Goiás. Assim, o próximo tópico contextualiza as principais políticas públicas dentro da temática população idosa e qualidade de vida.

2.5 Políticas Públicas, população idosa e qualidade de vida

Ao abordar políticas públicas para o envelhecimento Bonicenha (2024) cita que diversos fatores e a interação entre eles, ao longo da vida, influenciam e determinam a forma como as pessoas envelhecem. O autor classifica como elementos transversais ao envelhecimento a cultura e o gênero e explica que o elemento cultura se relaciona a forma como o envelhecimento é assimilado e cita que a sociedade que prioriza a relação envelhecimento/doença compromete as oportunidades de desenvolver ações para promoção da saúde e de qualidade de vida ao longo da vida.

Já o elemento gênero, na visão de Bonicenha (2024), determina como o indivíduo envelhece. O autor exemplifica a situação citando a inclusão ou exclusão do gênero feminino no mercado de trabalho, onde essa ação impactará nas oportunidades da pessoa na vida idosa de forma negativa ou positiva. Para Bonicenha (2024) o fenômeno do envelhecimento, apesar de generalizado, relaciona-se com aspectos de cada sociedade e de como com ela se defronta com suas questões sociais, políticas, econômicas, culturais, entre outros.

Nessa mesma linha, o Centro Internacional de Longevidade Brasil - ILC-BR (2015) aponta como determinante para o envelhecimento o contexto social, que é influenciado pelas políticas públicas e pelas oportunidades ao longo da vida, o que vai de encontro ao que caracteriza o envelhecimento ativo - interação dinâmica, que ocorre durante a vida, entre risco e proteção da pessoa e do ambiente, logo, um ideal articulador da multisetorialidade e multidisciplinaridade com o qual o envelhecimento deve ser apreendido e refletindo nas políticas públicas e na sociedade.

Neste sentido, as políticas públicas são importantes nas relações com o estado, economia, política e a sociedade e buscam produzir mudanças e resultados, logo, as políticas

públicas para população idosa devem considerar suas necessidades e conhecer o processo de como a pessoa envelhece, as dificuldades que ela enfrenta neste processo e o ambiente que ela está inserida para o planejamento de ações que sejam adequadas e efetivas.

O atual discurso das políticas públicas para pessoas idosas prevê uma redistribuição de atividades com a participação do Estado, da sociedade, e da família nas diversas ações de proteção e assistência às pessoas idosas. Os marcos legais trazem entendimento sobre a temática do envelhecimento e também assumem um papel norteador para as ações políticas.

O Quadro 2, a seguir, traz a linha do tempo sobre os marcos legais, históricos e científicos, para população idosa, ocorridos no mundo, no Brasil e no estado de Goiás.

Quadro 2. Linha do tempo: principais marcos legais, históricos e científicos para a população idosa, ocorridos no mundo, no Brasil e no estado de Goiás.

Ano	Descrição
1923	Decreto nº 4.682, de 01/1923. Lei Eloy Chaves, considerada a origem da Previdência Social no Brasil.
1961	Criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG no Brasil.
1963	SESC- São Paulo, forma o primeiro grupo de convivência para pessoas idosas no Brasil, mudando o conceito de atendimento à pessoa idosa.
1974	Lei nº 6.179/1974 cria a Renda Mensal Vitalícia por meio do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS no Brasil.
1982	Realização da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Viena-Áustria. Produziu o Plano Internacional de Viena sobre Envelhecimento.
1987	Publicação do artigo “ Envelhecimento: Uma realidade Brasileira”, no Brasil.
1988	Promulgação da Constituição Cidadã – Constituição Federal do Brasil. Principalmente o seu artigo 230 aborda sobre a proteção à pessoa idosa, <i>“estabelece que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar, e garantindo-lhes o direito à vida”</i> .
1989	Publicação do relatório “Recomendações de políticas para a terceira idade nos anos 90”, produzido pela Associação Nacional de Gerontologia, no Brasil.

1990	A Resolução 45/106, da ONU, instituiu o dia 1º de outubro como o Dia Internacional da Pessoa Idosa. O objetivo foi conscientização sobre o envelhecimento da população e garantir condições de vida dignas para as pessoas idosas.
1991	Assembleia Geral das Nações Unidas, aprova a Resolução 46/91 que trata de Princípios das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas, na Sede da ONU, em Nova York.
1991	Projeto Epidoso, estudo longitudinal, realizado com pessoas idosas, em uma comunidade de São Paulo, com objetivo de investigar os fatores determinantes do envelhecimento saudável, analisando características sociodemográficas, clínicas e funcionais de coorte de pessoas idosas.
1992	Conferência Internacional sobre Envelhecimento. Revisão do Plano de Ação e Proclamação do Envelhecimento, em Viena-Áustria.
1994	Lei nº 8.842/1994 estabelece a Política Nacional do Idoso-PNI, no Brasil.
1997	Projeto Bambuí, estudo de base populacional desenvolvido na cidade Bambuí, Minas Gerais, com o objetivo de investigar a saúde e o envelhecimento da população local, com foco nas pessoas idosas, por meio de estudos de coorte.
1999	Assembleia Geral da ONU declara o ano de 1999 como o Ano Internacional das Pessoas Idosas.
1999	Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE: realizado o estudo brasileiro sobre envelhecimento populacional.
1999	Lei estadual de Goiás nº 13.463, de 05/1999, Política Estadual da Pessoa Idosa. Redação atualizada pela Lei nº 23.066, de 11/2024.
2002	Lançamento do Documento “ <i>Active ageing: a policy framework</i> ”, elaborado pela OMS.
2002	Realização da II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, em Madrid.
2002	Criado o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa-CNDI, Decreto 4.227 de 05/2002.
2003	Sancionada a Lei nº 10.741/2003, que aprova o Estatuto da Pessoa Idosa, no Brasil.
2003	Aprovada, no Brasil, a Lei Orgânica da Assistência Social - Loas, Lei Federal nº 8.742, 12/1993, art. 2º, I, com objetivos a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à <u>velhice</u> .
2004	Lei Ordinária Estadual/GO, estabelece a gratuidade no Transporte Coletivo Rodoviário Intermunicipal às Pessoas idosas no estado de Goiás, alterada pela Lei nº 22.585 de 03/2024.

2005	Abertura do primeiro curso de bacharelado em gerontologia, ofertado pela Universidade de São Paulo.
2006	Aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528, de 10/2006).
2009	Criação da Associação Brasileira de Gerontologia – ABG, no Brasil.
2010	Sancionada a Lei do Fundo Nacional do Idoso (Lei nº 12.213, de 01/2010), destinado a financiar os programas e ações relativas as pessoas idosas, com vistas a criar as condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.
2015	Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos pelo Conselho Permanente da Organização dos Estados Americanos-OEA.
2016	Lei Estadual/GO nº 19.329, de 3/06/2016 institui o Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa-CEDPI-GO e o Fundo Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa-FEDPI-GO.
2019	Instituída a Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa (Decreto 9.921, de 07/2019).
2019	Instituído o Programa Viver - Envelhecimento Ativo e Saudável (Decreto 10.133, de 11/2019).
2020	Lançamento da Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) declarada pela Assembleia Geral das Nações Unidas.
2020	Criação da Frente Nacional de Fortalecimento aos Institutos de Longa Permanência para Pessoas Idosas - ILPI.
2020	Prestação de auxílio financeiro, pela União, às Instituições de Longa Permanência – ILPIs, Lei nº 14.018, de 06/2020.
2021	A Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa-SNDPI, propõe o Pacto Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa-PNDPI.
2023	Lei estadual/GO nº 21.810 de 03/2023, institui o Programa Dignidade a Pessoa Idosa, com idade inferior a 65 anos, em situação de pobreza ou extrema pobreza no estado de Goiás.
2023	Lei estadual/GO nº 22.036 de 06/2023, estabelece sanções às instituições financeiras que ofertarem empréstimos, por ligação telefônica, a pessoas idosas.
2024	Lei ordinária estadual/GO nº 22.531/2024 de 01/2024, Política Pública 60+Vida, visa estimular a prática de atividades esportivas, lazer e o acompanhamento para a melhoria da QV e bem-estar social da população 60+.

Fonte: Chiarelli e Batistoni (2022). Adaptado pelo autor (2024).

Como se observa há um aparato normativo, políticas e iniciativas colocando a temática do envelhecimento em pauta e que também evidenciam um tímido entrelaçamento entre essas diferentes iniciativas e principalmente a importância do diálogo permanente entre política, ciência e sociedade para o avanço da qualidade de vida da população idosa. Contudo, Chiarelli e Batistoni (2022) citam que as legislações para inclusão da pessoa idosa possuem normas avançadas, mas de nada adiantam se estiverem desacompanhadas de políticas planejadas para a efetivação dos direitos, além do desconhecimento por parte da sociedade, se a população idosa continuar ignorada no contexto social.

3. CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE GOIÁS E SEU ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Mesmo sendo a longevidade da população um fenômeno da contemporaneidade é importante ressaltar que no Brasil a aceleração e a generalização da transição demográfica não excluem o fato que ela ocorre desigualmente, tanto em termos espaciais quanto sociais (Ribeiro, Soares e Teixeira, 2023). A luz dessa problemática Camarano (2014) esclarece que o Brasil envelheceu antes mesmo de resolver suas necessidades sociais básicas.

Considerando a realidade brasileira e, especialmente, a realidade dos municípios do estado de Goiás, no qual se observa, nas últimas décadas, crescente tendência ao envelhecimento populacional. Este estudo visa identificar os municípios goianos com maior qualidade de vida e verificar se essa condição tem alguma relação com o seu envelhecimento populacional verificando também se os municípios com maior população idosa possuem melhor qualidade de vida. Assim, para contextualização os parágrafos seguintes, deste tópico, apresentam a caracterização do estado de Goiás e dados sobre o envelhecimento da sua população.

A população residente no estado de Goiás, em 2022, era de 7.056.495 habitantes, densidade demográfica de 20,74 hab/km², IDH 0,737 e área territorial de 340.242,859 km², distribuída em 246 municípios, sendo 2.005,27 km², em 2019, de área urbanizada (IBGE, 2023). A Tabela 1 evidencia o quantitativo de municípios conforme a classe de população.

Tabela 1. Municípios goianos por classes de população

Classes de População	2010	%	2022	%
Até 2.000 hab	6	2,44	9	3,65
de 2.001 a 5.000 hab	94	38,21	93	37,80
de 5.001 a 10.000 hab	55	22,36	51	20,76
de 10.001 a 20.000 hab	39	15,85	38	15,44
de 20.001 a 50.000 hab	32	13,01	32	13,0
de 50.001 a 100.000 hab	11	4,47	11	4,47
mais de 100.000 hab	9	3,66	12	4,88
Total de Municípios e %	246	100	246	100

Fonte: IBGE (2023). Elaboração: IMB (2024). Com adaptação.

A Resolução da Presidência – PR Nº 11, de 05/06/1990, vigente, divide o estado de Goiás em mesorregiões. Uma mesorregião é uma divisão de um estado brasileiro que agrupa

municípios com características econômicas e sociais similares. As mesorregiões são subdivididas em microrregiões (IBGE, 2020).

O estado de Goiás está dividido em 5 mesorregiões: Centro Goiano, Leste Goiano, Noroeste, Norte Goiano, e Sul Goiano, que por sua vez, estão subdivididas em 18 microrregiões, cada microrregião é formada por um grupo de municípios (apêndice A). Este estudo utilizou-se desta forma de divisão do estado de Goiás.

A figura 1, a seguir, apresenta o mapa com a divisão do estado de Goiás em suas 5 mesorregiões.

Figura 1. Mapa do estado de Goiás em suas 5 mesorregiões



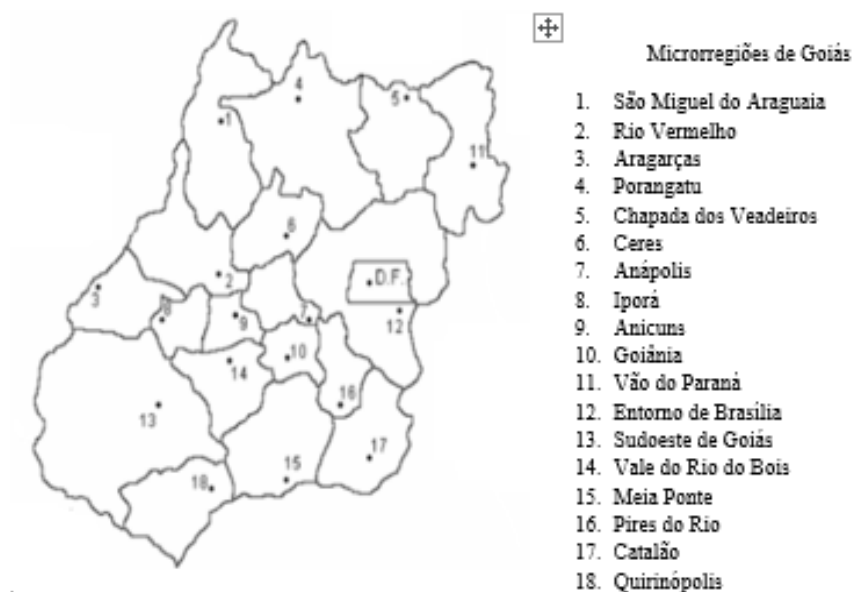
Fonte: IMB (2019)

Já as microrregiões são conjuntos de municípios contíguos, que apresentam especificidades na organização do espaço, e fazem parte de uma mesorregião. Logo, as mesorregiões são um recorte intermediário entre o estado e a microrregião (IBGE, 2020).

A divisão do estado em regiões menores permite uma melhor compreensão e análise do espaço geográfico, facilitando o planejamento territorial, a gestão pública e a compreensão das dinâmicas sociais, econômicas e ambientais (IBGE, 2020).

A figura 2, a seguir, apresenta o mapa com a divisão do estado de Goiás em suas 18 microrregiões.

Figura 2. Mapa do estado de Goiás em suas 18 Microrregiões.



Fonte: IBGE (2019)

Em relação a distribuição da população por mesorregiões, o IBGE (2019), divulgou que, em 2019, havia no Centro Goiano 3.586.015 pessoas residentes, já o Sul Goiano contava com 1.490.401 de pessoas residentes, no Leste Goiano havia 1.410.715 de pessoas, no Norte Goiano havia 307.903 e no Noroeste Goiano 223.320 pessoas residentes.

Em 2017, o IBGE realizou a atualização da divisão regional do Brasil, em virtude do expressivo aumento na diferenciação interna do território brasileiro trazido pelas transformações econômicas, demográficas, políticas e ambientais ocorridas na última década (IBGE, 2017). Os municípios foram agregados em Regiões Geográficas Intermediárias e Regiões Geográficas Imediatas, as quais substituem, respectivamente, as Mesorregiões e Microrregiões inclusive modificando também alguns limites regionais (Haddad, 2019).

Na nova divisão geográfica, realizada pelo IBGE (2019), os 246 municípios goianos estão agrupados em 6 Regiões Intermediárias e 22 Regiões Imediatas. Logo, as regiões geográficas intermediárias correspondem a uma revisão das antigas mesorregiões e as regiões geográficas imediatas, por sua vez, substituíram as microrregiões (Haddad, 2019).

O estado de Goiás é o mais populoso da região centro oeste e o sétimo estado do país em extensão territorial, limitando-se ao norte com o estado do Tocantins, ao Sul com Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, a leste com a Bahia e Minas Gerais e a oeste com Mato Grosso e envolve quase todo o Distrito Federal excetuando seu extremo sudeste (IMB, 2022).

No ano de 2020, o estado de Goiás apresentou o índice de Gini de 0,46. Este índice mede o grau de concentração da distribuição de renda, cujo valor varia de 0 (perfeita igualdade) a 1 (desigualdade máxima), no Brasil, no mesmo período, esse índice foi de 0,5.

Na relação idoso/criança, no ano de 2000, Goiás possuía um índice de 15,95%, ou seja, havia praticamente 16 pessoas idosas para cada 100 crianças, em 2010, o índice foi de 26,07. Em 2022 a relação idoso/criança possuía um índice de 45,01% o que caracteriza um rápido processo de envelhecimento da população (IMB, 2022). A Tabela 2 demonstra a relação idoso/criança.

Tabela 2. Estado de Goiás: razão de dependência e relação idoso/criança (mil habitantes)

Faixa Etária	2000 ⁽¹⁾		2010 ⁽¹⁾		2022 ⁽²⁾	
	hab x10 ³	%	hab x10 ³	%	hab x10 ³	%
Total	5.004	100	6.003	100	7.300	100
0 a 14 anos	1.467	29,32	1.441	24,01	1.404	19,53
15 a 64 anos	3.303	66,01	4.186	69,73	5.264	72,10
65 anos ou mais	234	4,67	376	6,26	632	8,66
Razão de dependência (%)	-	51,49	-	43,41	-	38,67
Relação idoso/criança (%)	-	15,95	-	26,07	-	45,01

Fonte: IBGE/PNADC. ⁽¹⁾ Censo ⁽²⁾ PNAD Contínua (tabela 6407). Elaboração: IBM (2023).

Em 22 anos a relação idoso/criança mais que dobrou no estado de Goiás, saltando de 15,95 para 45,01. Caracterizando melhor o envelhecimento populacional, a seguir, a Tabela 3 evidencia o percentual de pessoas 60+ por gênero, onde é possível observar que o gênero feminino possui o maior percentual.

Tabela 3. Percentual da população goiana por faixa etária.

Faixa etária	2012			2019		
	Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher	Total
60 a 64	15,20	17,87	33,06	15,84	17,45	33,28
65 a 70	12,31	13,15	25,46	12,45	12,42	24,88
70 a 74	8,37	8,75	17,12	7,76	9,07	16,83
75 a 79	4,36	6,80	11,16	5,22	6,16	11,37
80+	6,87	6,33	13,20	5,50	8,14	13,64
Total	47,11	52,89	100	46,77	53,23	100

Fonte: Microdados Pnad Contínua Anual/IBGE (2020).

Como se observa, o estado tem acompanhado a tendência nacional de envelhecimento com o aumento da proporção de pessoas idosas, e em maior número, pessoas idosas do gênero

feminino. Aprofundando a discussão tem-se que nas últimas décadas a demografia no estado de Goiás passou por transformações consideráveis com crescente tendência ao envelhecimento da sua população atribuído, principalmente, a redução dos níveis de fecundidade, melhoria nos indicadores de saúde e condições de vida, repercutindo em maior expectativa de vida (IBM, 2023).

Acrescenta-se ainda que ao abordar sobre o percentual de pessoas idosas, em 2019, o estado detinha um número total 2.480.000 domicílios, sendo, o percentual de domicílios com pessoas idosas de 25,76%, ou seja, um em cada quatro domicílios havia uma pessoa idosa (IBM, 2021).

Ainda, o censo demográfico de 2022, destaca que nas últimas quatro décadas a população idosa no estado de Goiás cresceu em mais de 6%. Em 1980, o percentual de pessoas de 65 anos ou mais era de 2,8% alcançado, em 2022, o percentual foi de 9,2%. Por outro lado, a população goiana de 0 a 14 anos, que em 1980 correspondia a 40,3%, em 2022, representou 20,3%, conforme demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4. Crescimento da população goiana 65+ em (%)

Ano	População de 0 a 14 anos (%)	População de 15 a 64 anos (%)	População de 65 anos ou mais (%)
1980	40,3	56,8	2,8
1991	34,4	61,9	3,7
2000	29,3	66,0	4,7
2010	24,0	69,7	6,3
2022	20,3	70,5	9,2

Fonte: IBGE- Censo Demográfico 2022.

Cabe mencionar também a expressiva variação da população economicamente ativa (15 a 64 anos) que saltou de 56,8 em 1980, para 70,5% em 2022. Alguns autores, como Alves (2020), Turra (2018), entre outros, caracterizam esse fato como bônus demográfico, período em que a proporção da população economicamente ativa aumenta em relação a proporção de jovens de 0 a 14 anos e identificam o período como janela de oportunidade para o desenvolvimento da nação.

De outro modo, Camarano (2014) discorda desse conceito de bônus demográfico alegando que tal situação pressupõe também a existência de ônus, isto é, melhores políticas

públicas para uma maior oferta de trabalho, qualificação, educação, entre outros. Contudo, a autora destaca que o Brasil caminha para o superenvelhecimento da população e também da força de trabalho.

Dentro da abordagem do envelhecimento populacional no estado de Goiás, e conforme a projeção demográfica do IBGE (2018), em 2010 havia 6.111.792 pessoas, onde foi estimado para 2020 uma população de 7.116.143, já para 2040 a estimativa é de 8.545.629, e para 2060 é estimado 9.189.311 de pessoas. De acordo com esse estudo observa-se também a projeção para 2040 a população de 60+ será maior que a população de 0 a 14 anos, conforme demonstra a Tabela 5, a seguir.

Tabela 5. Tamanho dos grupos etários da população goiana

Período	Tamanho dos grupos etários da população do estado de Goiás baseado na projeção demográfica do IBGE						
	0 a 14	15 a 64	60+	65+	80+	90+	População total
2010	1.491.118	4.240.073	568.819	380.601	67.783	10.099	6.111.792
2020	1.529.789	5.001.028	873.018	585.326	67.783	16.878	7.116.143
2040	1.506.641	5.758.501	1.783.884	1.280.487	287.824	50.299	8.545.629
2060	1.420.415	5.747.537	2.596.860	2.021.359	603.102	136.491	9.189.311

Fonte: IBGE (2018).

Dentro da mesma projeção, realizada pelo IBGE (2018), e detalhando em percentual os grupos etários, da população do estado de Goiás, observa-se crescimento na população idosa, conforme demonstrado na Tabela 6.

Tabela 6. Participação em (%) dos grupos etários da população goiana

Período	Participação em (%) dos grupos etários da população do estado de Goiás baseado na projeção demográfica do IBGE					
	0 a 14	15 a 64	60+	65+	80+	90+
2010	24,4	69,38	9,31	6,23	1,11	0,17
2020	21,5	70,28	12,27	8,23	0,95	0,24
2040	17,63	67,39	20,87	14,98	3,37	0,59
2060	15,46	62,55	28,26	22,00	6,56	1,49

Fonte: IBGE (2018).

Os dados do IBGE (2018) evidenciam que ao longo dos anos a participação da população 60+ no total da população, do estado de Goiás, é maior, e que a participação da população de 0 a 14 anos é menor, o que demonstra que, ao passar do tempo, a população do estado de Goiás vai envelhecendo.

Para caracterizar melhor o envelhecimento populacional, e de acordo com os dados do IBGE (2023), com base no censo demográfico de 2022, a Tabela 7, a seguir, apresenta o Índice de Envelhecimento Populacional - IEP no Brasil, no estado de Goiás, em Goiânia- capital do estado de Goiás, e os cinco primeiros municípios goianos com maior IEP e os cinco últimos municípios goianos com menor IEP.

Tabela 7 - População e IEP: Brasil, estado de Goiás, Goiânia e os cinco primeiros municípios goianos com maior IEP e os cinco últimos municípios goianos com menor IEP.

Brasil - Goiás – Goiânia - municípios de Goiás	População residente (pessoas)		Índice de Envelhecimento Populacional - IEP
	0 a 14 anos	65 anos ou +	
Brasil	40.129.261	22.169.101	55,2
Goiás	1.431.289	648.873	45,3
Goiânia	259.241	147.728	57,0
1.Amorinópolis	431	583	135,3
2.Aurilândia	486	642	132,1
3.Aloândia	302	380	125,8
4.Córrego do ouro	370	461	124,6
5. Israelândia	357	438	122,7
242. Senador Canedo	37.146	8.033	21,6
243. Cidade Ocidental	22.250	4.701	21,1
244. Valparaíso de Goiás	45.712	9.330.441	20,4
245. Águas Lindas de Goiás	57.280	8.978	15,7
246. Chapadão do Céu	3.275	460	14,0

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2022.

Com 135,3 Amorinópolis é o município com maior IEP, na contramão, o município de Chapadão do Céu apresenta o menor IEP, 14,0. O IBGE (2023) destaca que mesmo vários municípios possuindo IEP elevados há municípios que pressionam o IEP do estado para menor.

A população e os agentes públicos devem ter consciência dos impactos sociais e econômicos que o envelhecimento provocará na sociedade goiana e das transformações necessárias para adaptar a sociedade a uma população cada vez mais envelhecida (IGL, 2020).

A Lei 8.842/1994 institui a Política Nacional do Idoso e cria os Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa, prevê, entre outros, a participação dos conselhos nacional, estadual e municipal na execução da política pública para população idosa. O estado de Goiás, composto por 246 municípios, no ano de 2023, havia implantado 203 conselhos municipais e possuía 63 fundos ativos na Receita Federal. Os recursos captados pelos Fundos da Pessoa Idosa destinam-se exclusivamente para viabilizar a implementação de políticas públicas de proteção e promoção de direitos da pessoa idosa e inclusive melhoria da qualidade de vida (Seds, 2024).

4. METODOLOGIA

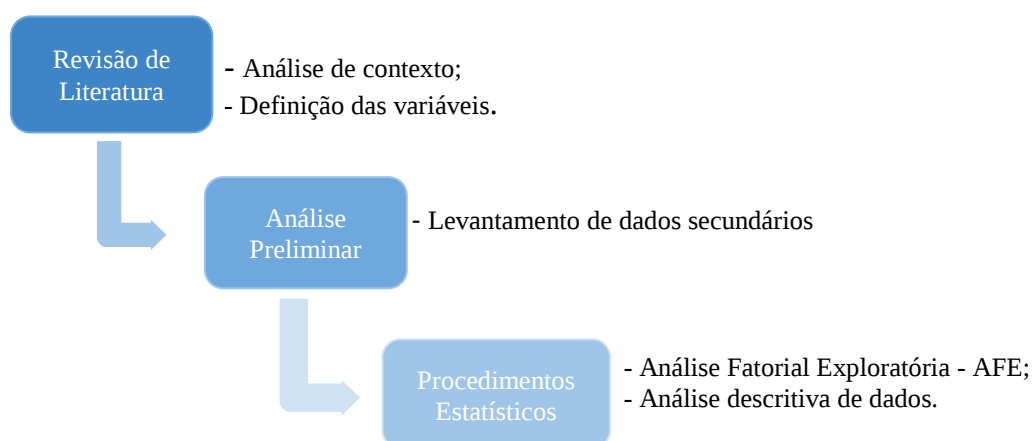
Esta seção apresenta a estruturação metodológica utilizada para o alcance dos objetivos propostos. A investigação sobre a QV e o envelhecimento populacional nos municípios de Goiás é de interesse social e científico. Assim, o Tópico 4.1 apresenta as etapas metodológicas, o Tópico 4.2 descreve a técnica utilizada, onde é realizada a Análise Fatorial - AF, a partir de componentes principais, com o intuito de sintetizar as características das variáveis selecionadas e o Tópico 4.3 caracteriza os dados coletados.

4.1 Etapas metodológicas

Observou-se na literatura que a maioria dos estudos sobre essa temática são abordagens qualitativas e, aqueles que são de abordagens quantitativas, apresentam distintos procedimentos estatísticos. Ribeiro, Soares e Teixeira (2023) analisaram o envelhecimento populacional e a vulnerabilidade social no estado de Minas Gerais, a partir de um modelo econométrico de regressão quantílica. Sousa e Rodrigues (2023), por meio da análise de correlação canônica, pesquisaram sobre o bem-estar municipal no nordeste brasileiro sob a ótica do IDHM eficiente. Lima, Araújo e Scattolin (2016), pesquisaram sobre qualidade de vida e independência funcional de pessoas idosas frequentadoras do Clube do Idoso de Sorocaba, por meio de análise correlacional.

Para o presente estudo pesquisou-se, por meio da Análise Fatorial Exploratória – AFE, se os níveis municipais de qualidade de vida, a partir das variáveis observadas, estão relacionados aos aspectos de envelhecimento populacional nos municípios de Goiás. A Figura 3, demonstra as etapas deste estudo.

Figura 3. Fluxograma de processos metodológicos



Fonte: Autora (2024).

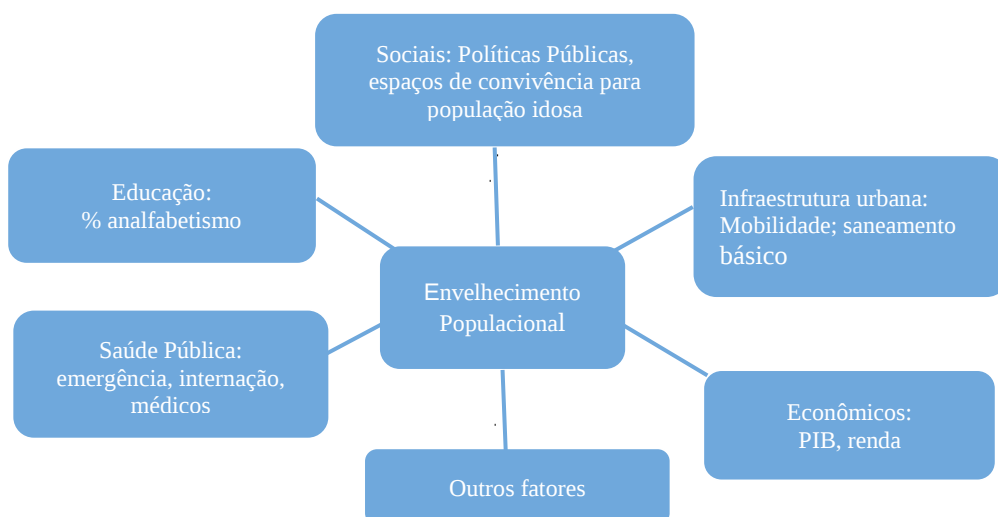
O modelo de Análise Fatorial -AF resulta do trabalho de Spearman que observou que muitas correlações poderiam ser quantificadas por meio de um modelo mais sintético buscando um método para aglutinar as correlações fortes entre as várias variáveis analisando os fatores comuns (Matos, Rodrigues, 2019).

A Análise Fatorial Exploratória - AFE é um importante método estatístico multivariado. Também chamada de Análise do Fator Comum (*Factor Analysis*) essa técnica multivariada, engloba múltiplas variáveis ao mesmo tempo, sendo um método estatístico de interdependência, analisa variáveis que são interdependentes, que busca sintetizar as relações observadas entre um conjunto de variáveis interrelacionadas buscando identificar fatores comuns, ou seja, fatores que estão relacionados entre a variáveis do banco de dados (Artes e Barroso, 2023).

Fatores ou dimensões latentes são variáveis construídas pelos cientistas com o propósito de entender alguma área de interesse na pesquisa para qual não existe método operacional para fazer a medida de forma direta. Embora, as variáveis latentes não possam ser observadas diretamente, alguns de seus efeitos aparecerão nas variáveis manifestas que são aquelas que podem ser verificadas (Matos, Rodrigues, 2019).

Como o objetivo desta pesquisa é investigar qual a relação entre o envelhecimento populacional e a qualidade de vida nos municípios goianos, a AFE é um método adequado que permite analisar os fatores econômicos, sociais, de saúde, segurança e educação que impactam na qualidade de vida do município. O estudo destas variáveis é importante para conhecer a realidade do município em que a pessoa idosa está inserida. A Figura 4 relaciona o envelhecimento populacional com algumas variáveis que impactam na qualidade de vida.

Figura 4. Envelhecimento populacional e variáveis que impactam na qualidade de vida



Fonte: A autora (2024).

Trata-se de um estudo quantitativo, com recorte temporal, elaborado a partir de dados secundários, do censo demográfico 2022, coletados em sites de domínio público. Após a coleta de dados, procedeu-se com a padronização dos indicadores. Esta etapa tem como finalidade colocar todos os indicadores, em análise, na mesma escala. Esse procedimento é recomendado na construção de índices que utilizam muitas variáveis com escalas diferentes.

4.2 Estratégia empírica

A estratégia empírica adotada consiste em dois passos. No primeiro deles, é utilizada a técnica de Análise Fatorial (AF), a partir de componentes principais, com o intuito de sintetizar as características relacionadas a saúde, educação, renda, infraestrutura urbana, políticas públicas e variáveis características da população idosa dos municípios goianos, como morte de pessoas idosas por acidente, homicídio, suicídio, percentual de pessoas idosas que residem com outros parentes. Os fatores (construtos) são variáveis, combinações lineares das variáveis observadas que explicam partes da variabilidade dos dados. Assim, a relação entre esses construtos ou fatores, por meio de um índice, indica o nível de desenvolvimento municipal.

De acordo com Artes e Barroso (2023) o modelo de AF, em sua configuração exploratória, pressupõe que o desvio de cada variável em relação à sua média é medido por uma parte determinística, linearmente dependente de m variáveis latentes e não observáveis, ou seja, fatores comuns desconhecidos, $F_1, F_2, \dots, F_m$, e uma parte aleatória de fatores p específicos $\varepsilon' = [\varepsilon_1, \varepsilon_2, \dots, \varepsilon_p]$ de acordo com a forma matricial:

$$\begin{matrix} Z & = & L & F & + & \xi \\ (px1) & & (pxm) & (mx1) & & (px1) \end{matrix} \quad (1)$$

em que $\{l_{ij}\}$ é uma matriz com coeficientes l_{ij} e ij é a carga fatorial da i -ésima variável no j -ésimo fator.

Aplicou-se a decomposição espectral em a matriz de carga fatorial. O método de estimação das cargas fatoriais foi o de Máxima Verossimilhança (Johnson, Wichern *et al.*, 2002). Ainda, de acordo com os autores citados, adotou-se procedimentos de rotação das cargas fatoriais, fazendo com que as menores cargas se aproximassem de zero e as maiores se aproximassem de um. Dessa maneira, a composição dos fatores e a relevância das cargas e suas respectivas variáveis ficam explícitas e facilmente interpretáveis.

Assim a máxima verossimilhança encontra as cargas fatoriais que maximizem a probabilidade de a amostra gerar a matriz de correlações observadas. Acrescenta-se que esse

método está implementado em praticamente todos os softwares estatísticos e é muito utilizado (Matos e Rodrigues, 2019).

Em seguida foram testadas medidas de associação estatística, essa técnica permitiu avaliar a relação entre variáveis, o que é fundamental para entender como diferentes fatores interagem entre si. Para essa escolha considerou-se que a medida de associação está coerente com o objeto da investigação por possuir capacidade explicativa e seus limites no contexto da investigação (Matos e Rodrigues, 2019). A partir dos métodos aqui apresentado, estimou-se os escores fatoriais, os quais foram utilizados para a construção dos índices.

A fim de explorar o potencial da análise e o comportamento dos índices a pesquisadora recorreu a uma análise dimensional entre o Índice de Qualidade de Vida - IQVID e o Índice de Envelhecimento Populacional - IEP pela capacidade de integrar as relações com base no princípio fundamental da homogeneidade dimensional, ou seja, compreendendo grupos de municípios que se encontram por características comuns, permitindo assim combinar os conjuntos de municípios, de Goiás, orientados pelo conceito de similaridade, no contexto do envelhecimento populacional e da qualidade de vida, para a equivalência na comparação de condições aparentemente distintas.

Desta forma os municípios foram agrupados da seguinte maneira: Grupo 1 - municípios, que, em conjunto, apresentaram maior IQVID e maior IEP; Grupo 2 - municípios que, em conjunto, apresentaram menor IQVID e menor IEP; Grupo 3 - municípios que apresentaram, em conjunto, menor IQVID e maior IEP; e Grupo 4 - municípios que apresentaram maior IQVID e menor IEP.

4.3 Dados e variáveis

Para atingir os objetivos desta pesquisa, foram coletados dados secundários na base de dados do IBGE, do IBGE-cidades, a partir do censo demográfico de 2022, microdados da PNAD de 2023 e DATASUS de 2023. Foram selecionadas variáveis que, conforme esse estudo, impactam na qualidade de vida da população dos municípios estudados.

Devido à complexidade de se medir fatores do desenvolvimento local, este estudo considerou também outras dimensões para a geração dos índices, Amaral, Lemos e Chein (2010), citam que o desenvolvimento local é um conceito multidimensional e dinâmico, desta forma, inicialmente, foram selecionadas 43 variáveis nos municípios goianos.

O critério desta escolha teve como base inicial as mesmas utilizadas no IDH, ou seja, renda, saúde e educação, contudo, devido à complexidade inerente ao conceito de qualidade de vida, como já mencionado aqui, decidiu-se por agregar outras variáveis que contemplem

aspectos associados infraestrutura urbana, políticas públicas e variáveis características da população idosa dos municípios goianos, como morte de pessoas idosas por acidente, homicídio, suicídio, percentual de pessoas idosas que residem com outros parentes, vulnerabilidade e segurança. Deste modo, acredita-se que a característica multidimensional e dinâmica do desenvolvimento local, como destacado por Amaral, Lemos e Chein (2010), é melhor aferida.

A seguir, no Quadro 3 encontram-se as variáveis coletas para construção do Índice de Qualidade de Vida – IQVID.

Quadro 3. Variáveis coletadas para o estudo

Variáveis	Descrição	Fonte/base de dados
sec_saude	Secretaria de saúde: Presença de secretaria de saúde no município (1 = sim; 0 = não)	IBGE-Cidades
gestor_fem	Gestor Feminino: Sexo do gestor principal da secretaria municipal da saúde ou órgão equivalente (feminino=1; masculino=0)	IBGE-Cidades
idade_gestor	Idade do gestor	IBGE-Cidades
negro_gestor	Se há gestor negro na Secretaria municipal de saúde ou órgão equivalente (1=sim; 0=não)	IBGE-Cidades
gestor_enssup	Gestor ensino superior	IBGE-Cidades
esta_saude	Estabelecimento de Saúde no Município: (1=sim; 0=não)	IBGE-Cidades
estab_sau_pub	Estabelecimento de Saúde Público Municipal: (1=sim; 0=não)	IBGE-Cidades
psf-sim	Programa de Saúde da Família (1=sim; 0=não)	IBGE-Cidades
equipes_psf	Equipes do Programa de Saúde da Família: Quantidade de profissionais	IBGE-Cidades
psf_odonto	Programa de Saúde da Família Odontologia: (1=sim; 0=não)	IBGE-Cidades
psf_dentista	Programa de Saúde da Família: Número de dentistas	IBGE-Cidades
post_Vacin	Posto de vacinação no município (1=sim; 0=não)	IBGE-Cidades
pol_negros	Políticas para pessoas negras: (1=não; 0=sim)	IBGE-Cidades
polit_indi~s	Políticas para indígenas: (1=não; 0=sim)	IBGE-Cidades

pol_comtra~i	Políticas para comunidades tradicionais: (1=não; 0=sim)	IBGE-Cidades
emrg_mun	Emergência Municipal: (1=sim; 0=não)	IBGE-Cidades
emrg_pub	Emergência Pública: (1=sim; 0=não)	IBGE-Cidades
emrg_conv	Emergência Conveniada: (1=sim; 0=não)	IBGE-Cidades
transp_mun	Transporte Municipal: (1=sim; 0=não)	IBGE-Cidades
transp_conv	Transporte conveniado: (1=sim; 0=não)	IBGE-Cidades
vig_sanit	Vigilância sanitária: (1=sim; 0=não)	IBGE-Cidades
vig_epidm	Vigilância epidemiológica: (1=sim; 0=não)	IBGE-Cidades
munic_ext_~b	Número de municípios em extrema pobreza	IBGE-Cidades
interna~2023	Internações em 2023	DATASUS
obitos	Óbitos	DATASUS
taxa_morta~e	Taxa de mortalidade	DATASUS
Pop	População no município	IBGE-Cidades
Pop_60+	População 60+	IBGE-Cidades
Perc_pop_60+	Percentual da população 60+	IBGE-Cidades
Pop_60+fem	População 60+ feminino	IBGE-Cidades
mun_ext_pob	Município em extrema pobreza (1=sim; 0=não)	IBGE-Cidades
idos_%outpare	Percentual de pessoas idosas que moram com outro parente	IBGE-Cidades
idos_outrp~e	Número de pessoas idosas que moram com outros parentes	IBGE-Cidades
mort_idos_~_	Percentual de morte de pessoas idosas por homicídio	DATASUS
Mort_idos_suic%2022	Percentual de morte de pessoas idosas por suicídio em 2022	DATASUS
mort_id~2022	Morte de pessoas idosas por suicídio em 2022	DATASUS
mort_idos_~d	Morte de pessoas idosas por acidente	DATASUS
idos_dom_r~p	Pessoas idosas em domicílio com rede de esgoto ou fossa séptica	IBGE-Cidades
rendamedia~60_69	Renda média das pessoas idosas de 60 a 69 anos	IBGE-Cidades
Rendamedia_70+	Renda média das pessoas idosas 70+	IBGE-Cidades
Renda med_60+	Renda média das pessoas idosas 60+	IBGE-Cidades

%_analf_60	Percentual de analfabetos 60+	IBGE-Cidades
IDH_longevidade	Índice de Desenvolvimento Humano-Longevidade	IBGE

Fonte: A autora (2024).

O IBGE possui um sistema que reúne informações sobre os municípios e estados do Brasil, abrangendo população, saúde, educação, economia, trabalho, infraestrutura local, com base no censo demográfico e por outras fontes. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD, realizada pelo IBGE, onde se fez *dowloand* dos microdados, com suporte de um dicionário para compreensão das informações e uso de um software externo que, neste estudo, foi o *Stata*, versão 16, trata-se de um *software* estatístico, para filtragem e compreensão e leitura das informações. Após conhecer a base, renomear variáveis, etiquetar onde já possível fazer as primeiras análises estatísticas descritivas é possível gerar outras variáveis.

Assim para estimar o modelo econométrico, o *software Stata*, que realiza desde tarefas simples, como o cálculo de uma média e desvio padrão, a estatísticas mais complexas, como as regressões matemáticas, se mostrou adequado para o tratamento dos dados para esse estudo

Quando se tem um banco de dados com um conjunto grande de variáveis pode-se aplicar a Análise Fatorial - AF como método estatístico destinado a representar um conjunto de variáveis originais, por meio de um conjunto menor de fatores, permitindo assim a simplificação e a redução de um grande conjunto de dados por meio das dimensões latentes (fatores), logo, a AF permite explorar o banco de dados e reduzir as cargas fatoriais a fatores comuns (Matos e Rodrigues, 2019).

5. RESULTADOS

Este capítulo discorre sobre os resultados deste estudo e estão organizados em 4 partes. Primeiramente, no Tópico 5.1 é apresentado as Estatísticas descritivas das variáveis analisadas e a composição dos Fatores estudados. Em seguida, no Tópico 5.2, é apresentado o Resultado da Análise Fatorial - AF. No Tópico 5.3 são apresentados a Análise dimensional e a Discussão dos resultados.

5.1 Estatísticas descritivas

A estatística descritiva visa sumarizar e descrever grupo de dados de maneira direta. Desta forma, para melhor entender a média dos dados utilizados neste estudo. A Tabela 8 apresenta as 28 variáveis selecionadas, do banco de dados construído, para a análise fatorial, e que para esse estudo determina as dimensões mais importantes. Essas variáveis, de forma conjunta, buscam reproduzir dimensões de aspectos como os de saúde, educação, renda, segurança e mobilidade dos municípios, dados da sua população idosa, entre outros e apresenta a média estatística e os valores mínimo e máximo.

Tabela 8. Análise descritiva das variáveis

Variáveis	Desvio			
	Média	Padrão (%)	Min	Max
sec_saude	0,9239766	0,2658139	0	1
gestor_ens~p	0,7134503	0,4534772	0	1
esta_saude	0,9883041	0,1078291	0	1
est_sau_pub	0,877193	0,3291795	0	1
equipes_psf	8,526316	18,421	1	193
psf_odonto	0,9883041	0,1078291	0	1
psf_dentista	6,707602	10,2926	0	90
pol_negros	0,0818713	0,2749738	0	1
polit_indi~s	0,233918	0,1515883	0	1
pol_contra~i	0,1520468	0,3601208	0	1
emrg_mun	0,9064327	0,292081	0	1
emerg_pub	0,0584795	0,2353371	0	1
emerg_conv	0,0643275	0,2460559	0	1
transp_mun	0,245614	0,4317148	0	1
idade_gestor	43,80702	10,04421	0	75
vig_sanit	0,9883041	0,1078291	0	1
vig_epidm	0,9532164	0,2117953	0	1
munic_ext~b	0,1169591	0,3223153	0	1
Interna~2023	670,3977	3374,283	1	42854
taxa_morta~e	5,975556	8,535317	0	100
idos_outrp~e	10,13158	3,289761	2,1	18,2
mort_idos_~_	4,758772	14,50779	0	100
mort_id~2022	13,1207	27,06283	0	100
mort_idos_~d	47,70082	41,52624	0	100

idos_dom_r~p	51,85573	29,00732	1,19	98,5
Rendamédia~69	1.432,357	4844,182	124	59849
rendamédia~70	1.149,187	3820,969	61	47245
_analf_60	8,586842	2,850044	1,65	15,06

Fonte: Análises obtidas por meio dos dados do IBGE-cidades (censo demográfico 2022) e DataSus 2023.

Com relação ao percentual de municípios que dispõe dos serviços de saúde para população idosa, 92% dos municípios do estado de Goiás, em 2022, possuíam Secretaria de Saúde e 98% dos deles tinham estabelecimento de saúde, enquanto que, 87% dos municípios goianos possuíam estabelecimento de saúde pública. Em relação ao número de profissionais do Programa de Saúde da Família-PSF, em 2022, as equipes possuíam em média 8 profissionais. Na variável odontologia, 98% dos municípios de Goiás possuíam PSF e uma média de 6 profissionais nas equipes de PSF em odontologia.

Cabe destacar que os municípios de Goiás são organizados em regiões de saúde, (conjuntos de saúde) e no estado há municípios que dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde – SUS. De acordo com o Ministério da Saúde, em 2023, havia 109 municípios goianos dependente exclusivamente do SUS e 90,64% dos municípios, em 2022, dispunham de emergência municipal para pessoas idosas, enquanto que 6,4% dos municípios dispunham de emergência conveniada e 5,84% dos municípios dispunham de emergência pública. Ainda, conforme o DataSus, as internações, em 2023, foi de 670,39/1.000, ou seja, para cada 1.000 pessoas houve 670 internações.

Para o DataSus, em 2023, a taxa de mortalidade ficou em 5,97/1.000 habitantes, o que significa dizer que para cada 1.000 habitantes houve 5 óbitos por ano. Segundo o DataSus, em 2023, a relação de mortes de pessoas idosas por suicídio foi de 13,12/1.000, ou seja, para cada 1.000 habitantes houve 13 óbitos de pessoas idosas por suicídio. Outra relação, foi o óbito de pessoas idosas por homicídio que apresentou uma relação de 4,75/1.000, ou seja, para cada 1.000 pessoas houve 4 mortes de pessoas idosas por homicídio. Já as mortes de pessoas idosas por acidente apresentaram uma relação de 47,70/1.000, logo, para cada 1.000 habitantes houve 47 óbitos de pessoas idosas por acidente.

Outro dado importante, em 2022, de acordo com dados IBGE-cidades, 98% dos municípios goianos possuíam vigilância sanitária e 95% tinham vigilância epidemiológica. Quanto aos gestores, 71% deles, em 2022, possuíam ensino superior e 43 anos foi a média da idade dos gestores. Em 2022, a relação de pessoas idosas que moravam em domicílios com rede de esgoto ou fossa séptica foi de 51,85/1.000, ou seja, para cada 1.000 habitantes 51 estavam em domicílios com rede de esgoto ou fossa séptica. Importante destacar que a precariedade do

saneamento e do serviço de esgotamento sanitário tem implicações severas para a saúde e qualidade de vida das pessoas.

Por meio dos dados IBGE-cidades obteve-se que 24% dos municípios goianos possuíam transporte municipal, em 2022. Já a relação pessoas idosas que moravam com outro parente, em 2022, foi de 10/1.000, ou seja, para cada 1.000 habitantes havia 10 pessoas idosas morando com outros parentes. Quanto ao analfabetismo nos municípios de Goiás, em 2022, a relação foi de 8,58/1.000, ou seja, para cada 1.000 habitantes havia 8 idosos analfabetos.

Em relação renda, com base nos dados do IBGE-cidades, em 2022, a renda média da população idosa na faixa etária 60 a 69 anos foi de R\$ 1.432,35 e para a faixa etária 70 a 79 anos a renda média foi de R\$ 1.149,18. Outro dado importante foi que 11% dos municípios de Goiás, nesse período, estavam em extrema pobreza. Em 2022, com base nos dados do IBGE-cidades, 23% dos municípios possuíam políticas para comunidades indígenas, 15% dos municípios possuíam políticas para comunidades tradicionais e 8,18% possuíam políticas para negros.

Assim, a partir das variáveis observadas, partiu-se para composição dos fatores, conforme demonstra o Quadro 4. Os fatores são compostos por variáveis que se correlacionam entre si.

Quadro 4. Composição dos Fatores

Fator 1	Acesso a serviços de saúde e condições socioeconômicas	Variáveis associadas a equipes de saúde da família (PSF), políticas para negros e indígenas, internações e mortalidade de idosos, e a renda média dos idosos. Este fator reflete a intersecção entre serviços de saúde e a condição socioeconômica das pessoas 60+
Fator 2	Políticas públicas para grupos vulneráveis	Inclui políticas municipais para comunidades tradicionais, emergência municipal e municípios em extrema pobreza. Este fator relaciona as políticas públicas voltadas para o atendimento de grupos vulneráveis e situações emergenciais para a população 60+
Fator 3	Infraestrutura e Vigilância em Saúde	Presença de transporte municipal, vigilância sanitária e epidemiológica, e analfabetismo de idosos. Este fator abrange a infraestrutura necessária para a mobilidade e monitoramento de saúde pública, além de aspectos educacionais da população 60+
Fator 4	Capacidade institucional de Saúde	Envolve os estabelecimentos de saúde (público e privado), emergência municipal e a idade do gestor de saúde. Este fator reflete a capacidade institucional, incluindo a administração da saúde pública e a gestão da resposta a emergências para as pessoas 60+

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Em seguida buscou-se avaliar a qualidade de vida para a população envelhecida, a partir de variáveis do município, e de acordo com o conceito multidimensional e dinâmico da qualidade de vida defendido por Amaral, Lemos e Chein (2010), além das dimensões abordadas pelo IDH, outras variáveis também são observadas, como: infraestrutura, transporte, políticas públicas, dados da população 60+, entre outras. Assim, após a composição dos fatores procedeu-se a análise das cargas fatoriais, próximo tópico deste estudo.

5.2 Resultado da análise fatorial

Como o modelo de análise fatorial pressupõe que o desvio de cada variável, em relação à sua média, é medido por uma parte determinística linearmente dependente. A Tabela 9 apresenta o resultado das cargas fatoriais.

Tabela 9. Cargas Fatoriais obtidas

Variáveis	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Variância
sec_saude	0,0508	0,0320	0,0984	0,0435	0,9848
gestor_ens~p	-0,2327	0,0731	0,1814	-0,0369	0,9062
esta_saude	0,0165	0,0477	-0,0753	0,2070	0,9489
est_sau_pub	-0,4158	0,0786	-0,0292	0,3271	0,7131
equipes_psf	0,9607	-0,1441	0,0195	0,0239	0,0554
psf_odonto	0,0391	0,0362	0,0003	-0,0001	0,9972
psf_dentista	0,9076	-0,1867	-0,1109	-0,0815	0,1225
pol_negros	0,2931	0,2353	0,0351	-0,0876	0,8498
polit_indi~s	0,4615	0,1691	0,1345	0,1550	0,7163
pol_contra~i	0,3061	0,9285	-0,0783	-0,0899	0,0300
emrg_mun	0,0702	0,1776	-0,3027	0,1410	0,8520
emrg_pub	0,2992	0,0104	0,0954	-0,0022	0,9013
emrg_conv	0,0159	-0,1983	0,2008	-0,1273	0,9039
transp_mun	-0,1081	-0,1577	0,0906	-0,0312	0,9542
idade_gestor	0,0158	-0,0178	-0,2415	0,2965	0,8532
vig_sanit	0,0279	0,0738	0,2728	-0,3729	0,7804
vig_epidm	0,0327	0,1038	0,3580	-0,4242	0,6800
munic_ext_~b	-0,0693	0,3342	0,0649	0,1600	0,8537
Interna~2023	0,9233	-0,0441	0,2498	0,2128	0,0379
taxa_morta~e	0,1067	-0,0930	0,0894	-0,0969	0,9626
idos_outrp~e	0,3123	0,0075	-0,3674	-0,1070	0,756
mort_idos_~	0,0544	-0,0004	-0,2210	-0,0526	0,9454
mort_id~2022	-0,0441	0,0579	0,2170	-0,1988	0,9081
mort_idos_~d	0,2054	-0,0268	-0,4180	0,0138	0,7822
idos_dom_r~p	0,3585	-0,0649	-0,3586	-0,3220	0,6349
Rendamédia~69	0,9583	-0,0893	0,1886	0,1642	0,0117
Rendamédia~70	0,9583	-0,0838	0,1913	0,1660	0,0104
_analf_60	-0,4438	0,2878	0,4084	0,3613	0,4229

Fonte: Resultado das cargas fatoriais do estudo (2024).

De acordo com a Tabela 9, os valores indicam que "secretaria de saúde" não estão fortemente correlacionadas com nenhum dos quatro fatores extraídos. Além disso, o alto valor de unicidade (0,9848) sugere que essa variável não é bem explicada pelos fatores, ou seja, ela contém muita variância que não é capturada pelos quatro fatores selecionados. A mesma coisa aconteceu com “Gestor com ensino superior” que apresenta valor de unicidade de (0,9062), “programa de saúde da família” com valor de unicidade (0,9972), “emergência pública” com valor de unicidade de (0,9013) e “emergência conveniada” com (0,9039) de unicidade.

Para classificar as variáveis dentro de cada fator, a pesquisadora considerou as cargas fatoriais mais altas para determinar quais variáveis estão mais fortemente associadas a cada fator. Para isso, cada variável foi atribuída ao fator em que apresentou maior carga fatorial absoluta, pois quanto maior a carga fatorial de um item, mais importante ele é para o fator (Matos e Rodrigues, 2019). Assim, se a carga fatorial é positiva, significa que a variável está positivamente correlacionada ao fator e se a carga fatorial for negativa, significa que a correlação foi negativa (Matos e Rodrigues, 2019).

Em seguida apurou-se as médias das variáveis, conforme demonstrado na Tabela 10.

Tabela 10. Médias Obtidas

Variáveis	Observações	Média	Desvio Padrão (%)	Mínimo	Máximo
sec_saude	246	0,9146341	0,279995	0	1
gestor_fem~o	246	0,5609756	0,4972798	0	1
gestor_ens~p	246	0,7398374	0,4396176	0	1
esta_saude	246	0,9796748	0,1413979	0	11
est_sau_pub	246	0,8821138	0,3231307	0	1
equipes_psf	246	6.743.902	15,66627	1	193
psf_odonto	246	0,9918699	0,0899828	0	1
psf_dentista	246	5.341.463	8,880917	0	90
pol_negros	246	0,0934959	0,2917197	0	1
polit_indi~s	246	0,0203252	0,1413979	0	1
pol_contra~i	246	0,1504065	0,3581982	0	1
emrg_mun	246	0,8089431	0,3939353	0	1
emrg_pub	246	0,0650407	0,2471003	0	1
emrg_conv	246	0,0528455	0,2241811	0	1
transp_mun	246	0,3373984	0,473786	0	1
idade_gestor	245	42,94286	9,749149	0	75
vig_sanit	246	0,9878049	0,1099799	0	1
vig_epidm	246	0,9349593	0,2471003	0	1
munic_ext~b	246	0,1463415	0,3541688	0	1

Interna~2023	172	672,204	3364,486	1	42854
taxa_morta~e	172	5,986453	8,511524	0	100
idos_outrp~e	246	9,877642	3,26138	2,1	18,2
mort_idos~_	246	4,324187	15,32685	0	100
mort_id~2022	246	10,89894	25,55658	0	100
mort_idos~d	246	44,79411	43,37214	0	100
idos_dom_r~p	246	47,61801	29,71877	1,19	100
Rendamédia~69	246	1091,61	4072,473	75	59849
rendamedia~70	246	874,0041	3213,295	53	47245
_analf_60	246	9,018496	2,836567	1,65	15,11
y_idh_long~e	246	0,8254878	0,156718	0,796	0,88
Ind_Env	246	95,62041	33,41608	24,12	190,72
Y_IE100m	246	0,4227642	0,4950058	0	1

Sum Ind. Env y_IE100m F1 F2 F3 F4
IQ_60m

Variáveis	Observação	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Ind_Env	246	95,62041	33,41608	24,12	190,72
y_IE100m	246	0,4227642	0,4950058	0	1
F1	246	50,69143	23,20011	0	95,12035
F2	246	43,03962	25,61588	0	98,74936
F3	246	50,42247	22,15145	0	97,02425
F4	246	22,40817	22,40817	0	99,42823
IQ_60m	246	16,91844	16,91844	0,3769507	77,91782

Corr Ind_Env y_IE100m F1 F2 F3 F4 IQ_60m
(obs=246)

	Ind_Env	y_IE100m	F1	F2	F3	F4	IQ_60m
Ind_Env	1,0000						
y_IE100m	0,8236	1,0000					
F1	0,0106	0,0151	1,0000				
F2	-0,0661	-0,0330	0,0562	1,0000			
F3	0,0174	0,0515	0,0124	0,0118	1,0000		
F4	0,0598	0,1349	0,0062	0,0287	0,0321	1,0000	
IQ_60m	0,0134	0,0342	0,2507	0,1024	0,0834	0,1627	1,0000

Fonte: resultados da pesquisa (2024).

Após a extração dos fatores, a técnica de rotação é utilizada para atingir uma melhor distinção entre eles. A rotação maximiza cargas altas entre os fatores e as variáveis e minimiza as cargas baixas. A solução rotacionada é usada para relatar os resultados finais da pesquisa.

A matriz de correlação é uma matriz quadrada cujos elementos são as correlações entre as variáveis analisadas. Na diagonal principal todos os elementos são iguais a 1 (um), visto que cada variável é totalmente correlacionada com ela mesma, conforme demonstra Tabela 11

Tabela 11. Matriz de correlação das variáveis

	sec_saude	gestor_fem	gestor_ens	esta_saude	est_sau_pub	equipes_psf	psf_odonto	psf_dentista	pol_negros	polit_indi	pol_contra	emrg_mun	emerg_pub	emerg_conv	transp_mun	idade_gestor	vig_sanit	vig_epidm	munic_ext	Interna_2023	taxa_morta	idos_outpr	mort_idos	mort_id_2022	mort_idos_d	idos_dom_r	rendamédia69	rendamédia70	_analf_60	y_idh_long	Ind_Env	y_IE100m	
sec_saude	1,0000																																
gestor_fem	0,1768	1,0000																															
gestor_ens	0,0622	0,2169	1,0000																														
esta_saude	-0,0312	-0,1008	-0,0689	1,0000																													
est_sau_pub	-0,1073	0,0464	-0,0007	0,2907	1,0000																												
equipes_psf	0,0563	-0,1395	-0,2325	0,0357	-0,4287	1,0000																											
psf_odonto	0,1740	0,0083	-0,0689	-0,0118	-0,0407	0,0238	1,0000																										
psf_dentista	0,0864	-0,1190	0,2777	0,0446	-0,4673	0,9322	0,0711	1,0000																									
pol_negros	0,0857	-0,1083	0,0477	0,0325	-0,1482	0,2086	0,0325	0,1685	1,0000																								
polit_indi	0,0444	-0,0894	-0,0731	0,0168	-0,0600	0,3874	0,0168	0,3324	0,1685	1,0000																							
pol_contra	0,0600	0,0330	-0,0198	0,0461	-0,0897	0,1599	0,0461	0,1279	0,3324	0,3874	1,0000																						
emrg_mun	-0,0922	-0,0963	-0,0260	-0,0350	0,0021	0,0726	-0,0350	0,0730	0,1279	0,1599	0,0461	1,0000																					
emerg_pub	-0,0225	-0,0690	-0,1728	0,0271	-0,0586	0,2507	0,0271	0,2354	0,0730	0,0726	-0,0350	0,0730	1,0000																				
emerg_conv	-0,0147	0,0039	0,0080	0,0285	-0,0471	0,0717	0,0285	0,1027	0,2354	0,2507	0,0271	0,2354	0,0730	1,0000																			
transp_mun	0,1124	0,1117	0,0912	-0,0643	0,0065	-0,0911	-0,0643	-0,1201	0,1027	0,0717	0,0285	0,1027	0,2354	0,0730	1,0000																		
idade_gestor	0,1355	-0,1127	-0,1052	0,0359	0,1120	0,0309	-0,0781	0,0414	-0,1201	0,0912	-0,0643	-0,1201	0,1027	0,2354	0,0730	1,0000																	
vig_sanit	-0,0312	0,1174	0,0514	-0,0118	-0,0407	0,0327	-0,0118	0,0181	0,0414	-0,0781	0,0781	0,0414	0,0730	0,2354	0,0730	0,0414	1,0000																
vig_epidm	-0,0635	-0,0942	-0,0179	-0,0241	-0,0829	0,0124	-0,0241	-0,0036	0,0181	0,0781	0,0414	0,0730	0,2354	0,0730	0,0414	0,0730	0,0414	1,0000															
munic_ext	-0,0329	0,1182	-0,0108	0,0396	0,0807	-0,0808	0,0396	-0,1138	-0,0036	-0,0241	-0,0036	-0,0036	-0,0036	-0,0036	-0,0036	-0,0036	-0,0036	1,0000															
Interna_2023	0,0423	-0,1236	-0,1458	0,0193	-0,3094	0,8844	0,0144	0,7583	-0,1138	-0,0036	-0,0036	-0,0036	-0,0036	-0,0036	-0,0036	-0,0036	-0,0036	0,7583	1,0000														
taxa_morta	0,016	-0,0112	-0,1676	0,0293	-0,1327	0,1219	0,0049	0,1669	0,7583	-0,0036	-0,0036	-0,0036	-0,0036	-0,0036	-0,0036	-0,0036	-0,0036	0,1669	0,7583	1,0000													
idos_outpr	-0,0914	-0,1524	-0,1674	0,0458	-0,1175	0,3071	-0,1233	0,3412	0,1669	0,0049	0,1669	0,1669	0,1669	0,1669	0,1669	0,1669	0,1669	0,3412	0,3412	0,3412	1,0000												
mort_idos	-0,0073	0,0468	-0,1722	0,0358	0,0116	0,0551	0,0358	0,0880	0,3412	0,1669	0,1669	0,1669	0,1669	0,1669	0,1669	0,1669	0,1669	0,0880	0,0880	0,0880	0,3412	1,0000											
mort_id_2022	0,0441	0,0808	0,0464	-0,1487	-0,0525	-0,0423	-0,0479	-0,0439	0,0880	0,0880	0,0880	0,0880	0,0880	0,0880	0,0880	0,0880	0,0880	-0,0439	-0,0439	-0,0439	-0,0439	-0,0439	1,0000										
mort_idos_d	-0,1092	-0,0452	-0,1256	0,1253	-0,1174	0,1716	0,1253	0,2185	-0,0439	-0,0439	-0,0439	-0,0439	-0,0439	-0,0439	-0,0439	-0,0439	-0,0439	0,2185	0,2185	0,2185	0,2185	0,2185	0,2185	1,0000									
idos_dom_r	-0,0238	0,0042	-0,0300	-0,1158	-0,2208	0,3084	0,0145	0,3688	0,2185	0,2185	0,2185	0,2185	0,2185	0,2185	0,2185	0,2185	0,2185	0,3688	0,3688	0,3688	0,3688	0,3688	0,3688	0,3688	1,0000								
rendamédia69	0,0463	-0,1403	-0,1900	0,0223	-0,3570	0,9404	0,0150	0,8315	0,3688	0,3688	0,3688	0,3688	0,3688	0,3688	0,3688	0,3688	0,3688	0,8315	0,8315	0,8315	0,8315	0,8315	0,8315	0,8315	0,8315	1,0000							
rendamédia70	0,0472	-0,1397	-0,1907	0,0223	-0,3544	0,9370	0,0165	0,8343	0,8315	0,8315	0,8315	0,8315	0,8315	0,8315	0,8315	0,8315	0,8315	0,8343	0,8343	0,8343	0,8343	0,8343	0,8343	0,8343	0,8343	0,8343	1,0000						
_analf_60	0,0293	0,0762	0,2183	0,0047	0,2575	-0,4347	0,0068	-0,4956	0,8343	0,8343	0,8343	0,8343	0,8343	0,8343	0,8343	0,8343	0,8343	-0,4956	-0,4956	-0,4956	-0,4956	-0,4956	-0,4956	-0,4956	-0,4956	-0,4956	-0,4956	1,0000					
y_idh_long	0,0836	-0,0822	0,0014	-0,0436	-0,0417	0,0949	0,0809	0,1398	-0,4956	-0,4956	-0,4956	-0,4956	-0,4956	-0,4956	-0,4956	-0,4956	-0,4956	0,1398	0,1398	0,1398	0,1398	0,1398	0,1398	0,1398	0,1398	0,1398	0,1398	0,1398	0,1398	1,0000			
Ind_Env	-0,0123	0,0590	0,2681	-0,0642	0,1295	-0,2712	0,0270	-0,3437	0,1398	0,1398	0,1398	0,1398	0,1398	0,1398	0,1398	0,1398	0,1398	-0,3437	-0,3437	-0,3437	-0,3437	-0,3437	-0,3437	-0,3437	-0,3437	-0,3437	-0,3437	-0,3437	-0,3437	-0,3437	1,0000		
y_IE100m	0,0527	0,1298	0,1978	-0,1339	0,0856	-0,2367	-0,0227	-0,2959	-0,3437	-0,3437	-0,3437	-0,3437	-0,3437	-0,3437	-0,3437	-0,3437	-0,3437	-0,2959	-0,2959	-0,2959	-0,2959	-0,2959	-0,2959	-0,2959	-0,2959	-0,2959	-0,2959	-0,2959	-0,2959	-0,2959	-0,2959	1,0000	

	pol_negros	polit_indi	pol_contra	emrg_mun	emerg_pub	emerg_conv	transp_mun	idade_gestor	vig_sanit
pol_negros	1,0000								
polit_indi	0,2360	1,0000							
pol_contra	0,2894	0,2577	1,0000						
emrg_mun	0,0959	0,0497	0,1368	1,0000					
emerg_pub	0,1074	0,1263	0,1027	-0,2622	1,0000				
emerg_conv	-0,0783	-0,0406	-0,1110	-0,3250	-0,0653	1,0000			
transp_mun	-0,0783	0,0016	-0,1659	-0,0499	-0,0843	0,1273	1,0000		
idade_gestor	-0,1327	0,0184	0,0082	0,1221	0,0098	-0,0449	-0,0487	1,0000	
vig_sanit	0,0325	0,0168	0,0461	-0,0350	0,0271	0,0285	-0,0643	-0,1650	1,0000

vig_epidm	0,0662	0,0343	0,0938	-0,0712	0,0552	0,0581	-0,0023	-0,2448
munic_ext_b	-0,0423	0,0641	0,2513	0,0544	-0,0132	-0,0954	-0,1231	-0,0112
Interna~2023	0,2854	0,5202	0,1923	0,0301	0,2973	0,0209	-0,0711	-0,0019
taxa_morta~e	-0,0516	0,0004	-0,0108	-0,2352	0,0277	0,0371	-0,0042	-0,0720
idos_outrp~e	0,0570	0,0823	0,1379	0,1237	0,0599	-0,0657	-0,0825	0,0208
mort_idos_~_	-0,0553	-0,0400	0,0548	0,0883	-0,0153	-0,0836	-0,0646	0,0697
mort_id2022	0,0294	-0,0514	0,0324	-0,0405	0,0050	0,0290	0,0066	-0,1346
mort_idos_~d	0,0982	-0,0003	0,0586	0,0425	0,0641	-0,0676	-0,0544	0,0095
idos_dom_rp	0,1760	0,1096	0,0901	0,0966	0,1052	-0,0543	0,0007	0,0367
rendamédia69	0,2476	0,4669	0,1753	0,0548	0,3027	0,0314	-0,0780	0,0138
rendamédia70	0,2519	0,4686	0,1806	0,0542	0,3069	0,0362	-0,0798	0,0150
_analf_60	-0,0804	-0,1043	0,0532	0,0056	-0,0969	-0,0800	0,0094	-0,0277
y_idh_long~e	0,0654	0,0522	-0,0592	0,0283	0,0317	-0,0973	-0,1635	-0,0418
Ind_Env	-0,0498	-0,053	-0,1742	-0,1038	-0,0556	0,0070	0,0617	-0,0657
y_IE100m	-0,1119	-0,0467	-0,1111	-0,1082	-0,1007	0,0792	0,0638	0,0204
	vig_sa~t	vig_ep~m	munic_~b	Int~2023	taxa_m~e	idos_o~e	mort_i~_	mor~2022
vig_sanit	1,0000							
vig_epidm	0,4910	1,0000						
munic_ext_b	0,0396	-0,0055	1,0000					
Interna~2023	0,0150	0,0313	-0,0533	1,0000				
taxa_morta~e	0,0311	0,0112	-0,0181	0,0756	1,0000			
idos_outrp~e	-0,0271	-0,1017	-0,0018	0,1700	-0,0229	1,0000		
mort_idos_~_	-0,0060	0,0516	-0,0631	-0,0124	-0,0053	0,0771	1,0000	
mort_id2022	0,0305	0,0963	0,0372	-0,0433	-0,0075	-0,0132	-0,1333	1,0000
mort_idos_~d	-0,1082	-0,1646	0,0383	0,1000	-0,0177	0,1611	-0,0083	-0,2858
idos_dom_rp	0,0211	-0,0484	-0,1341	0,1953	-0,0101	0,2586	-0,0188	0,1196
rendamédia69	0,0168	0,0329	-0,0629	0,9823	0,0879	0,2130	0,0034	-0,0318
rendamédia70	0,0152	0,0329	-0,0637	0,9823	0,0888	0,2077	0,0014	-0,0300
_analf_60	-0,0210	-0,0220	0,3103	-0,2569	-0,0770	-0,3675	-0,2411	0,1073
y_idh_long~e	-0,0125	-0,0166	-0,2267	0,1046	0,1317	0,0833	-0,0645	0,0134
Ind_Env	0,0104	0,0285	-0,1058	-0,0896	-0,0670	-0,4691	-0,1943	0,0060
y_IE100m	-0,0227	-0,0463	-0,0726	-0,1252	-0,0359	-0,4020	-0,1893	0,0309
	mort_i~d	idos_d~p	Renda69	Renda70	_anal~60	y_idh_~e	Ind_Env	y_IE100m
mort_idos_~d	1,0000							
idos_dom_r~p	0,3106	1,0000						
rendamédia~69	0,1183	0,2329	1,0000					
rendamédia~70	0,1203	0,2353	0,9991	1,0000				
_analf_60	-0,2259	-0,4788	-0,3152	-0,3083	1,0000			
y_idh_long~e	0,1059	0,2531	0,1061	0,1112	-0,2331	1,0000		
Ind_Env	-0,2011	-0,2844	-0,1333	-0,1256	0,5556	-0,0467	1,0000	
y_IE100m	-0,2000	-0,2561	-0,1492	-0,1463	0,4565	-0,0467	0,8234	1,0000

Fonte: Resultados da pesquisa (2024).

A partir da realização da análise fatorial dos indicadores foi possível obter o resultado dos fatores e o percentual de explicação das cargas fatoriais. A extração foi feita sobre 4 fatores

que em conjunto apresentaram um grau de explicação da variância total contida nos 28 indicadores selecionados para este estudo. Os dados obtidos em cada fator na rotação dos dados estão apresentados na Tabela 12, a seguir.

Tabela 12. Cargas fatoriais

Variáveis	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Unicidade
sec_saude	0,0508	0,032	0,0984	0,0435	0,9848
gestor_ens~p	-0,2327	0,0731	0,1814	-0,0369	0,9062
estab_saude	0,0165	0,0477	-0,0753	0,207	0,9489
est_sau_pub	-0,4158	0,0786	-0,0292	0,3271	0,7131
equipes_psf	0,9607	-0,1441	0,0195	0,0239	0,0554
psf_odonto	0,0391	0,0362	0,0003	-0,0001	0,9972
psf_dentista	0,9076	-0,1867	-0,1109	-0,0815	0,1225
pol_negros	0,2931	0,2353	0,0351	-0,0876	0,8498
polit_indi~s	0,4615	0,1691	0,1345	0,155	0,7163
pol_comtra~i	0,3061	0,9285	-0,0783	-0,0899	0,03
emrg_mun	0,0702	0,1776	-0,3027	0,141	0,852
emerg_pub	0,2992	0,0104	0,0954	-0,0022	0,9013
emerg_conv	0,0159	-0,1983	0,2008	-0,1273	0,9039
transp_mun	-0,1081	-0,1577	0,0906	-0,0312	0,9542
idade_gestor	0,0158	-0,0178	-0,2415	0,2965	0,8532
vig_sanit	0,0278	0,0734	0,2728	-0,3729	0,7804
vig_epidm	0,0327	0,1038	0,358	-0,4242	0,68
munic_ext~b	-0,0693	0,3342	0,0649	0,16	0,8537
Interna~2023	0,9233	-0,0441	0,2498	0,2128	0,0379
taxa_morta~e	0,1067	-0,093	0,0894	-0,0969	0,9626
idos_outrp~e	0,3123	0,0075	-0,3674	-0,107	0,756
mort_idos_~_	0,0544	-0,0004	-0,221	-0,0526	0,9454
mort_id~2022	-0,0441	0,0579	0,217	-0,1988	0,9081
mort_idos_~d_	0,2054	-0,0268	-0,418	0,0138	0,7822
idos_dom_r~p	0,3585	-0,0649	-0,3586	-0,322	0,6349
Rendamédi~69	0,958	-0,0893	0,1886	0,1642	0,0117
Rendamédi~70	0,9583	-0,0838	0,1913	0,166	0,0104
_analf_60	-0,4438	0,2878	0,4084	0,3613	0,4229

Fonte: Resultado da pesquisa (2024).

Para o padrão de carga fatorial determinar o fator que tem a maior influência em cada variável, as cargas fatoriais próximas de -1 ou 1 indicam que o fator influencia fortemente a variável. Já as cargas fatoriais próximas de 0 indicam que o fator tem uma influência fraca na variável.

Desta forma, o Fator 1 (F1) apresenta um maior grau de variância entre os 4 fatores apresentados e está positivamente associado aos indicadores: equipes do programa de saúde da família (0,9607), programa de saúde da família dentista (0,9076), políticas para negros (0,2931), políticas para indígenas (0,4615), internações em 2023 (0,9233), idosos que moram com outros parentes (0,3123), morte de pessoas idosas por acidente (0,2054), pessoas idosas em domicílio com rede de esgoto ou fossa séptica (0,3585), renda média das pessoas idosas 60 a 69 anos (0,958) e renda média das pessoas idosas 70+ (0,9583). O F1 também apresentou variância correlacional negativa: (-0,4438) na variável analfabetos 60+. Estes resultados denotam que os indicadores apresentaram uma maior correlação entre as variáveis relacionadas a renda.

O Fator 2 (F2) apresentou a correlação, com as variáveis escolhidas na sistemática, possuindo uma correlação positiva com as variáveis: políticas para comunidades tradicionais (0,9285), emergência municipal (0,1776) e municípios em extrema pobreza (0,3342), transporte municipal (0,0906). O F2 também apresentou correlação negativa nas variáveis: idade do gestor (-0,2415), internações em 2023 (0,0441), morte de pessoas idosas por acidente (0,0268), pessoas idosas que moram com outros parentes (-0,0649), renda média das pessoas idosas de 60 a 69 anos (-0,0893), e (-0,0838) referente a renda média das pessoas idosas 70+.

O Fator 3 (F3) apresentou a correlação positiva com as variáveis: transporte municipal (0,0906), vigilância sanitária (0,2728), vigilância epidemiológica (0,358) e (0,4084) referente aos analfabetos 60+. O F3 também apresentou correlação negativa, como: emergência municipal (-0,3027), programa de saúde da família dentista (-0,1109), idade gestor (-0,2415) e idosos que moram com outros parentes (-0,3674).

Já o Fator 4 (F4) apresentou correlação positiva como: emergência municipal (0,141), estabelecimento de saúde (0,207), estabelecimento de saúde pública (0,3271), idade do gestor (0,2965). O F4 também apresentou correlação negativa como: vigilância sanitária (-0,3729), vigilância epidemiológica (-0,4242), pessoas idosas em domicílios com rede de esgoto ou fossa séptica (-0,322), pessoas idosas que moram com outros parentes (-0,3586).

Com a análise fatorial possibilitou reduzir o número de indicadores a um número menor de fatores de modo a sintetizar o caráter multidimensional da qualidade de vida nos municípios goianos. Os escores fatoriais foram inseridos no cálculo para a criação do Índice de Qualidade de Vida – IQVID, que permitiu identificar os municípios com maior e menor qualidade de vida, a partir das variáveis estudadas, permitindo assim realizar uma análise dimensional gerando um ranking entre municípios com maior e com menor Índice de Qualidade de Vida – IQVID e

também dos municípios com maior e com menor Índice de Envelhecimento Populacional – IEP, conforme apresentado no próximo tópico.

5.3 Análise dimensional e discussão dos resultados

Esta seção apresenta os resultados sobre a relação entre o envelhecimento populacional e qualidade de vida nos municípios de Goiás. Importante destacar, primeiramente, que este estudo possibilitou reduzir o efeito homogeneizante quando se trata de grupos específicos e se espacializa a análise do grupo em uma região ou território. Assim, o procedimento adotado permitiu a visualização da realidade em cada município, de acordo com as variáveis estudadas, e as possíveis diferenças dos grupos frente à sua localidade.

Deste modo, os 246 municípios do estado de Goiás foram analisados, quanto ao seu Índice de Qualidade de Vida - IQVID e quanto ao seu Índice de Envelhecimento Populacional - IEP. Espera-se que estes resultados possam contribuir para subsidiar políticas públicas efetivas para os municípios, pois conforme defende Camarano (2004), a heterogeneidade da população idosa, seja em termos etários ou socioeconômicos, tem demandas diferenciadas, o que acaba rebatendo na formulação de políticas públicas. Essa variabilidade requer abordagens personalizadas para atender necessidades específicas de cada grupo dentro população idosa (Camarano, 2004).

Os resultados deste estudo estão apresentados em duas partes, sendo a primeira parte dos resultados o Tópico 4.3.1 e a segunda parte dos resultados o Tópico 4.3.2.

Na primeira parte dos resultados, Tópico 4.3.1, está o ranking dos 10 primeiros municípios de Goiás que apresentaram, neste estudo, os melhores resultados em cada fator estudado (F1, F2, F3, F4), e é apontado também os 10 primeiros municípios de Goiás que, neste estudo, apresentaram maior Índice em Qualidade de Vida – IQVID e também os 10 primeiros municípios de Goiás que apresentaram, neste estudo, maior Índice de Envelhecimento Populacional – IEP, conforme demonstra o Quadro 5.

Em seguida, a Tabela 13 apresenta os percentuais do IEP, destes 10 primeiros municípios apontados com maior IEP, a mesorregião e microrregião que esses municípios pertencem, sua população, densidade demográfica e área territorial. Já a Tabela 14 apresenta os percentuais do IQVID, destes 10 primeiros municípios classificados com maior IQVID, a mesorregião e microrregião que pertence estes municípios, sua população, densidade demográfica e área territorial.

O Quadro 6, apresenta a situação contrária, ou seja, o ranking dos 10 últimos municípios que evidenciaram, neste estudo, menores resultados em cada fator estudado (F1, F2, F3, F4).

Este mesmo Quadro 6, aponta também os 10 últimos municípios de Goiás que apresentaram, neste estudo, menor IQVID e os 10 últimos municípios que apresentaram, neste estudo, menor IEP.

Prosseguindo, a Tabela 15 traz os percentuais do IEP, destes 10 últimos municípios que apresentaram menor IEP, a mesorregião e microrregião onde estão situados, sua população, densidade demográfica e área territorial. Já a Tabela 16 apresenta os percentuais do IQVID, destes 10 últimos municípios, que apresentaram menor IQVID, sua mesorregião e microrregião, sua população, densidade demográfica e área territorial.

Esta primeira análise, conforme os resultados obtidos, permitiu construir um ranking dos municípios do estado de Goiás, considerando o resultado individual de cada município, tanto para os Fatores (F1, F2, F3, F4) quanto para o IEP e o IQVID, ranqueando assim os 10 primeiros municípios com maiores índices, neste estudo, e os 10 últimos municípios com menores índices, neste estudo, nos quesitos avaliados.

Já na segunda parte dos resultados deste estudo, Tópico 4.3.2, procurou-se conhecer a relação entre o IQVID e o IEP nos municípios, ou seja, os 246 municípios de Goiás foram agrupados em 4 categorias: a primeira categoria (Grupo 1) é o grupo de municípios que, em conjunto, apresentaram maior IQVID e maior IEP. A segunda categoria (Grupo 2) é o grupo de municípios que, em conjunto, apresentaram menor IQVID e menor IEP. A terceira categoria (Grupo 3) é o grupo de municípios que, em conjunto, apresentaram menor IQVID e maior IEP. E a quarta categoria (Grupo 4) é o grupo de municípios que apresentaram, em conjunto, maior IQVID e menor IEP.

Essa organização, em 4 grupos de municípios, a partir de características comuns do IQVID e do IEP, permitiu identificar se havia relação entre a qualidade de vida e o envelhecimento populacional no município e havendo relação identificar se essa relação tinha a ver com o tamanho populacional, a região que esses municípios, com resultados semelhantes, estão situados, entre outros.

Assim, a Tabela 17 apresenta o Grupo 1, municípios de Goiás que, em conjunto, apresentaram maior IQVID e maior IEP, sua mesorregião e microrregião, sua população, densidade demográfica e área territorial. Em seguida a Tabela 18 apresenta o Grupo 2, composto pelos municípios de Goiás que apresentaram, em conjunto, menor IQVID e menor IEP, a mesorregião e microrregião que estão situados, sua população, densidade demográfica e área territorial.

Prosseguindo, na Tabela 19 está o Grupo 3, municípios de Goiás que apresentaram, em conjunto, menor IQVID e maior IEP, sua mesorregião e microrregião, sua população, densidade

demográfica e área territorial. Já na Tabela 20 está o Grupo 4, municípios de Goiás que apresentaram, em conjunto, maior IQVID e menor IEP, a mesorregião e microrregião, sua população, densidade demográfica e área territorial.

Essa segunda análise permitiu identificar também se os municípios que apresentaram maior IEP possuíam, ou não possuíam, maior IQVID. E, em relação contrária, identificar também se os municípios que apresentaram menor IEP possuíam, ou não possuíam, menor IQVID.

Assim, após contextualizar como os resultados deste estudo estão organizados, o próximo tópico apresenta os resultados.

5.3.1 *Ranking* dos 10 primeiros municípios e *Ranking* dos 10 últimos municípios classificados em relação aos F1, F2, F3, F4, IQVID e IEP

O Quadro 5 traz o ranking dos 10 primeiros municípios goianos que, neste estudo, obtiveram os melhores índices para os Fatores (F1, F2, F3 e F4) sendo: F1 (acesso serviços de saúde e condição socioeconômica para pessoas 60+); F2 (políticas públicas para grupos vulneráveis para população 60+); F3 (infraestrutura, vigilância em saúde e aspectos educacionais para população 60+); e F4 (capacidade institucional de saúde e gestão da resposta a emergências para pessoas 60+).

O mesmo Quadro 5 também aponta os 10 primeiros municípios goianos que, neste estudo, apresentaram maior Índice de Qualidade de Vida - IQVID e os 10 primeiros municípios goianos que, neste estudo, apresentaram maior Índice de Envelhecimento Populacional – IEP.

Quadro 5. *Ranking* dos 10 primeiros municípios goianos classificados com maiores: F1, F2, F3, F4, IQVID e IEP

	F1	F2	F3	F4	> Maior Índice em Qualidade de Vida- IQVID	> Maior Índice de Envelhecimento- IEP
1º	Itumbiara	Rio Verde	Uruaçu	Nazário	Teresina de Goiás	Amorinópolis
2º	Teresina de Goiás	Goianira	Planaltina	Ceres	Cabeceiras	Aurilândia
3º	Nova Glória	Colinas do Sul	Inaciolândia	Urutuaí	Inaciolândia	Itaguaru
4º	Senador Canedo	Minaçu	Ouvidor	Arenópolis	Turvelândia	Israelândia

5º	São Domingos	Aloândia	Gouvelândia	Santa Rita do Novo Destino	Nerópolis	Aloândia
6º	Abadia de Goiás	Montes Claros de Goiás	Pilar de Goiás	Chapadão do Céu	Santa Rita do Araguaia	Córrego do Ouro
7º	Jandaia	São Luiz do Norte	Posse	Fazenda Nova	Santa Tereza de Goiás	Moiporá
8º	Palminópolis	Nova Crixás	Urutaí	São Patrício	Jandaia	Guaraíta
9º	Cachoeira de Goiás	Mara Rosa	Aparecida de Goiânia	Santa Bárbara de Goiás	Perolândia	Mairipotaba
10º	Buriti Alegre	Santa Rita do Araguaia	Avelinópolis	Luziânia	Minaçu	Diorama

Fonte: resultado da pesquisa (2024).

Os municípios Teresina de Goiás (situado na mesorregião do Norte Goiano) e Jandaia (situado na mesorregião do Sul Goiano) aparecem entre os dez melhores municípios do Fator 1 (acesso serviços de saúde e condição socioeconômica para pessoas 60+) e também entre os dez primeiros municípios com maior Índice de Qualidade de Vida – IQVID, de acordo com as variáveis selecionadas neste estudo.

Os municípios Minaçu (mesorregião Norte Goiano) e Aloândia (mesorregião Sul Goiano), aparecem entre os dez melhores municípios do Fator 2 (políticas públicas para grupos vulneráveis para população 60+), no entanto, Minaçu aparece entre os dez primeiros municípios com maior Índice de Qualidade de Vida – IQVID e já Aloândia se configura entre os dez primeiros municípios com maior índice de Envelhecimento Populacional – IEP.

Os municípios de Inaciolândia (mesorregião Sul Goiano) está entre os dez melhores municípios do F3 (infraestrutura, vigilância em saúde e aspectos educacionais para população 60+) e também se apresenta entre os dez primeiros municípios com maior IQVID.

O município Nazário (mesorregião Centro Goiano) está entre os 10 primeiros municípios com maior F4 (capacidade institucional de saúde e gestão da resposta a emergências para pessoas 60+). Observa-se que, diferente, dos outros Fatores (F1, F2 e F3), nenhum dos 10 primeiros municípios classificados com maior F4 apareceram entre os 10 primeiros municípios com maior IQVID e/ou maior IEP.

Ainda, em relação aos 10 primeiros municípios, de Goiás, com maior IEP, a Tabela 13, a seguir, apresenta os valores do IEP e identifica a mesorregião e microrregião do município, população residente, densidade demográfica e área territorial.

Tabela 13. *Ranking* dos 10 primeiros municípios goianos classificados com maior IEP

	Municípios	> IEP¹	Mesorregião	Microrregião	População residente ² (2022)	Densidade Demográfica ² hab/km ² (2022)	Área ² territorial Km ² (2023)
1º	Amorinópolis	190,72	Centro Goiano	Iporá	3.007	7,39	406,93
2º	Aurilândia	187,45	Centro Goiano	Anicuns	3.284	5,81	565,514
3º	Itaguaru	172,75	Centro Goiano	Anápolis	4.904	20,35	241,029
4º	Israelândia	170,31	Centro Goiano	Iporá	2.560	4,42	579,19
5º	Aloândia	168,87	Sul Goiano	Meia Ponte	1.973	19,33	102,094
6º	Córrego do Ouro	167,03	Centro Goiano	Iporá	2.454	5,36	458,077
7º	Moiporá	163,02	Centro Goiano	Iporá	1.685	3,73	452,314
8º	Guaraíta	160,06	Centro Goiano	Ceres	2.188	10,65	205,533
9º	Mairipotaba	154,81	Sul Goiano	Meia Ponte	2.561	5,47	468,029
10º	Diorama	151,80	Noroeste	Aragarças	2.062	3,01	685,382

Fontes: Resultado da Pesquisa¹; IBGE-cidades².

Neste estudo, dos 10 primeiros municípios classificados com maior IEP, 7 deles estão situados no Centro Goiano; 2 municípios estão situados no Sul Goiano; e 1 no Noroeste. De acordo com os resultados obtidos neste estudo, e entre os municípios observados na Tabela 12, a mesorregião Centro Goiano demonstrou predominância para maior IEP principalmente na sua microrregião de Iporá. Outro fato observado foi o tamanho populacional dos 10 primeiros municípios classificados com maior IEP, são municípios com população inferior a 5.000 habitantes.

Amorinópolis (190,72), situado no Centro Goiano, foi o município que apresentou maior Índice de Envelhecimento Populacional - IEP, cuja relação apresentada foi de para cada 10 crianças (de 0 a 14 anos) havia 19 pessoas idosas (ou seja, para cada grupo de 100 crianças havia 190 pessoas idosas). Aurilândia (187,45), também situado no Centro Goiano, foi o segundo município com maior IEP, onde para cada 10 crianças (de 0 a 14 anos) havia 18 pessoas idosas (ou seja, para cada 100 crianças havia 187 pessoas idosas). Itaguaru (172,75), também situado no Centro Goiano, foi o terceiro município com maior IEP, onde para cada 10 crianças (de 0 a 14 anos), havia 17 idosos (ou seja, para cada 100 crianças havia 172 pessoas idosas).

Ainda, em relação aos 10 primeiros municípios goianos com maior IQVID, a Tabela 14 traz os valores do IQVID e identifica a mesorregião e microrregião que o município pertence, sua população residente, densidade demográfica e área territorial.

Tabela 14. *Ranking* dos 10 primeiros municípios goianos classificados com maior IQVID

	Municípios	> IQVID ¹	Mesorregião	Microrregião	População residente ² (2022) ²	Densidade Demográfica ² hab/km ² (2022) ²	Área Territorial ² Km ² (2023) ²
1º	Teresina de Goiás	77,90	Norte Goiano	Chapados veadeiros	2.701	3,44	784,793
2º	Cabeceiras	76,30	Leste Goiano	Entorno DF	7.560	6,71	1.126,434
3º	Inaciolândia	76,10	Sul Goiano	Meia Ponte	5.954	8,64	689,201
4º	Turvelândia	71,80	Sul Goiano	Vale do Rei dos Bois	4.985	5,33	935,659
5º	Nerópolis	71,40	Centro Goiano	Goiana	31.932	155,98	204,713
6º	Santa Rita do Araguaia	69,71	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	5.924	4,36	1.357,197
7º	Santa Tereza de Goiás	69,69	Norte Goiano	Porangatu	3.293	4,17	789,544
8º	Jandaia	69,68	Sul Goiano	Vale do Rei dos Bois	6.272	7,27	863,087
9º	Perolândia	69,00	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	2.964	2,87	1,033,657
10º	Minaçu	68,70	Norte Goiano	Porangatu	27.075	9,49	2.854,137

Fontes: Resultado da Pesquisa¹; IBGE-cidades².

Observa-se que dos 10 primeiros municípios que apresentaram maior IQVID, 5 deles situados no Sul Goiano; 3 municípios situados no Norte Goiano; 1 município no Leste Goiano; e 1 município no Centro Goiano. De acordo com os resultados obtidos neste estudo, e entre os municípios observados na Tabela 13, a mesorregião Sul Goiano demonstrou maior incidência para maior IQVID em suas microrregiões Meia Ponte, Vale do Rio dos Bois e Sudoeste de Goiás.

Teresina de Goiás (77,90), situada no Norte de Goiano, foi o município com maior IQVID, seguido por Cabeceiras (76,30), situado no Leste Goiano. Inaciolândia (76,10), situado no Sul Goiano, foi o terceiro município com maior IQVID.

Outro fato observado, entre as Tabelas 13 e 14, é que os 10 primeiros municípios classificados com maior IEP (Tabela 13), ou seja, os municípios com mais pessoas idosas que crianças (de 0 a 14 anos), não apareceram no ranking dos 10 primeiros municípios classificados

com maior IQVID (Tabela 14), o que pode ser indício que essa relação (envelhecimento populacional e qualidade de vida), neste estudo, se configura como independente.

Outro ponto observado, nesta pesquisa, é que a qualidade de vida municipal se revela independentemente ao tamanho populacional. Observando a Tabela 14, o município de Minaçu (68,70 IQVID), está entre os 10 primeiros municípios classificados com maior IQVID, pertencente a mesorregião Norte Goiano e à microrregião Porangatu, em 2022, possuía uma população residente de 27.075 habitantes, já o município de Perolândia (69,00 IQVID), também entre os 10 primeiros municípios classificados com maior IQVID, situada na mesorregião do Sul Goiano, pertencente à microrregião do Sudoeste de Goiás, em 2022, possuía uma população residente de 2.964 habitantes.

Observa-se também, com base neste estudo, indícios que a qualidade de vida municipal independe da mesorregião ou microrregião que o município está situado. Conforme Tabela 14, o município de Nerópolis (71,40 IQVID), está entre os 10 primeiros municípios classificados com maior de IQVID, situado na mesorregião Centro Goiano, pertencente à microrregião Goiânia, já o município Teresina de Goiás (77,90 IQVID), também está entre os 10 primeiros municípios classificado com maior IQVID, situado na mesorregião Norte Goiano e pertence à microrregião Chapada dos Veadeiros.

Partindo para análise dos municípios que, neste estudo, apresentaram situação contrária, o Quadro 6 traz o ranking dos 10 últimos municípios goianos que, neste estudo, apresentaram menores índices para os Fatores (F1, F2, F3, F4) sendo: F1 (acesso a serviços de saúde e condição socioeconômica para pessoas 60+); F2 (políticas públicas para grupos vulneráveis para população 60+); F3 (infraestrutura, vigilância em saúde e aspectos educacionais para população 60+); e F4 (capacidade institucional de saúde e gestão da resposta a emergências para pessoas 60+).

O mesmo Quadro 6 também traz os 10 últimos municípios goianos que, neste estudo, apresentaram menor IQVID e os 10 últimos municípios que, neste estudo, apresentaram menor IEP.

Quadro 6. *Ranking* dos 10 últimos municípios goianos classificados com menores F1, F2, F3, F4, IQVID e IEP

	F1	F2	F3	F4	< Menor Índice de Qualidade - IQVID	< Menor Índice de Envelhecimento IEP
246°	Alto Paraíso de Goiás	Abadia de Goiás	Acreúna	Mozarlândia	Pires do Rio	Chapadão do Céu
245°	Edealina	Matrinchã	Alto Horizonte	Santa Tereza de Goiás	Ipiranga de Goiás	Águas Lindas de Goiás
244°	Itapaci	Cabeceiras	Cidade Ocidental	São Francisco de Goiás	São Patrício	Valparaíso de Goiás
243°	Diorama	Sítio d'Abadia	Turvânia	Guapó	Mozarlândia	Cidade Ocidental
242°	Ipiranga de Goiás	Hidrolina	Colinas do Sul	Nova Glória	Acreúna	Senador Canedo
241°	Doverlândia	Araçu	Campo Limpo de Goiás	Matrinchã	Aparecida do Rio Doce	Goianira
240°	Baliza	Goianápolis	Campos Verdes	Varjão	Bom Jesus de Goiás	Novo Gama
239°	Caçu	Paranaiguara	Rianápolis	Mimoso de Goiás	Córrego do Ouro	Santo Antônio do Descoberto
238°	Santo Antônio do Descoberto	Santa Terezinha de Goiás	Itajá	Jataí	Maurilândia	Planaltina
237°	Valparaíso de Goiás	Itaguaru	Palmeiras de Goiás	Goianésia	Jataí	Abadia de Goiás

Fonte: resultado da pesquisa (2024).

Os municípios de Santo Antônio Descoberto e Valparaíso de Goiás (ambos na mesorregião do Leste Goiano) apareceram entre os 10 últimos municípios classificados com menor F1 e também entre os 10 últimos municípios classificados com menor IEP, neste estudo.

O município de Abadia de Goiás (mesorregião Centro Goiano) se apresentou entre os 10 municípios goianos com menor índice no F2 e também entre os 10 municípios goianos com menor IEP. O município de Matrinchã (mesorregião do Noroeste Goiano) se apresentou entre os 10 municípios com menor F2 e também entre os 10 municípios com menor F4.

O município de Campo Limpo de Goiás (mesorregião do Centro Goiano) se apresentou entre os 10 municípios com menor F3 e também entre os 10 municípios com menor IQVID.

Prosseguindo, e ainda em relação ao ranking dos 10 últimos municípios goianos classificados com menor IEP, a Tabela 15 demonstra os valores do IEP e identifica a

mesorregião e microrregião que o município pertence, sua população residente, densidade demográfica e área territorial.

Tabela 15. *Ranking* dos 10 últimos municípios goianos classificados com menor IEP

	Municípios	< IEP ¹	Mesorregião	Microrregião	População residente ² (2022)	Densidade Demográfica ² hab/km ² (2022)	Área territorial ² Km ² (2023)
246°	Chapadão do Céu	24,12	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	12.870	5,89	2.184,08
245°	Águas Lindas de Goiás	25,85	Leste Goiano	Entorno do DF	225.693	1.176,61	191,817
244°	Valparaíso de Goiás	33,13	Leste Goiano	Entorno do DF	198.861	2.234,14	61.488
243°	Cidade Ocidental	34,24	Leste Goiano	Entorno do DF	91.767	235,31	389,985
242°	Senador Canedo	34,54	Centro Goiano	Goiânia	155.635	630,09	247,005
241°	Goianira	37,83	Centro Goiano	Goiânia	71.916	336,41	213,772
240°	Novo Gama	38,05	Leste Goiano	Entorno do DF	103.804	539,84	192,285
239°	Santo Antônio do Descoberto	38,71	Leste Goiano	Entorno do DF	72.127	76,41	943,948
238°	Planaltina	39,19	Leste Goiano	Entorno do DF	105.031	41,04	2.558,92
237°	Abadia de Goiás	39,67	Centro Goiano	Goiânia	19.128	133,43	143,357

Fontes: Resultado da Pesquisa¹; IBGE-cidades².

Dos 10 últimos municípios goianos, neste estudo, classificados com menor IEP, 6 deles pertencem a mesorregião do Leste Goiano; 1 município pertence a mesorregião do Sul Goiano; e 3 municípios pertence a mesorregião do Centro Goiano. Neste estudo, a mesorregião Leste Goiano apresentou maior incidência de municípios com menor IEP em sua microrregião Entorno do DF.

Outro ponto é o tamanho populacional dos 10 últimos municípios classificados com menor IEP, exceto os municípios de Chapadão do Céu (12.870) e Abadia de Goiás (19.128), os municípios observados tinham uma população residente superior a 70.000 habitantes.

O município de Chapadão do Céu, (mesorregião do Sul Goiano), pertencente à microrregião Sudoeste de Goiás, foi o município classificado com menor IEP (24,12), seguido pelos municípios de Águas Lindas de Goiás (25,85) Valparaíso de Goiás (33,13) e Cidade

Ocidental (34,24), estando estes três situados na mesorregião do Leste Goiano e pertencentes à microrregião Entorno do DF.

Ainda, em relação aos 10 últimos municípios que apresentaram menor IQVID, a Tabela 16 apresenta os índices que estes municípios obtiveram, neste estudo, e identifica a mesorregião e microrregião, sua população residente, densidade demográfica e área territorial.

Tabela 16. *Ranking* dos 10 últimos municípios goianos classificados com menor IQVID

	Municípios	< IQVID ¹	Mesorregião	Microrregião	População residente ² (2022)	Densidade Demográfica ² hab/km ² (2022)	Área Territorial ² Km ² (2023)
246º	Pires do Rio	24,10	Sul Goiano	Pires do Rio	32.373	30,04	1.077.641
245º	Ipiranga de Goiás	25,20	Centro Goiano	Ceres	2.919	11,95	244.209
244º	São Patrício	30,00	Centro Goiano	Ceres	2.143	12,40	172.763
243º	Mozarlândia	30,30	Noroeste Goiano	São Miguel do Araguaia	14.750	8,48	1.738.516
242º	Acreúna	30,50	Sul Goiano	Vale do Rio do Bois	21.568	13,77	1.566,742
241º	Aparecida do Rio Doce	32,20	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	2.907	4,82	603.254
240º	Bom Jesus de Goiás	32,80	Sul Goiano	Meia Ponte	23.958	17,04	1.405.605
239º	Córrego do Ouro	33,20	Centro Goiano	Iporá	2.454	5,36	458.077
238º	Maurilândia	33,20	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	10.304	26,42	389.959
237º	Jataí	33,50	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	105.729	14,73	7.178,792

Fontes: Resultado da Pesquisa¹; IBGE-cidades².

Dos 10 municípios de goianos que, neste estudo, apresentaram menor IQVID, 6 municípios pertencem ao Sul Goiano, 3 municípios são do Centro Goiano e 1 município pertence ao Noroeste Goiano.

O município de Pires do Rio (24,10), situado no Sul Goiano, é o município que apresentou menor IQVID, seguido pelos municípios de Ipiranga de Goiás (25,20), situado no Centro Goiano, do município de São Patrício (30,00) situado Centro Goiano e Mozarlândia (30,30) situado no Noroeste Goiano.

Este estudo novamente aponta indícios que a qualidade de vida municipal se configura independentemente do tamanho populacional do município. O município de Maurilândia, situado na mesorregião do Sul Goiano e microrregião Sudoeste de Goiás, em 2022 possuía uma

população residente de 10.304 habitantes, já o município de Jataí, mesorregião do Sul Goiano, e à microrregião Sudoeste de Goiás, em 2022, possuía uma população residente de 105.729 habitantes e ambos municípios, entre os outros apontados na Tabela 15, demonstraram menor IQVID segundo os critérios desta pesquisa.

Este estudo aponta também indícios que a qualidade de vida municipal independente da mesorregião ou microrregião que o município pertence. O município de Acreúma, situado na mesorregião do Sul Goiano e microrregião Vale do Rio dos Bois e o município de Aparecida do Rio Doce, situado na mesorregião do Sul Goiano, porém pertencente à microrregião Sudoeste de Goiás. Ou ainda, o município Córrego do Ouro, situado na mesorregião Centro Goiano e microrregião Iporá e o município Mozarlândia, situado na mesorregião Noroeste Goiano, pertencente a microrregião São Miguel do Araguaia.

Pelos resultados obtidos, neste estudo, infere-se que o fenômeno do envelhecimento populacional ocorre em diferentes disparidades territoriais, no estado de Goiás, com melhores ou piores condições de qualidade de vida. Dessa forma, é importante que a política pública considere as diferenças e semelhanças entre os municípios.

5.3.2 Resultados por grupos de municípios goianos em relação ao IQVID e o IEP

Neste tópico, os 246 municípios goianos foram organizados em 4 grupos, conforme os resultados do IQVID e o IEP. Este agrupamento possibilitou identificar as características (semelhantes ou distintas) entre os municípios em relação ao IQVID e o IEP, a região que estão situados os municípios com maior IQVID e com maior IEP ou em condições contrárias (menor IQVID e menor IEP), ou ainda, em condição oposta ao outro (menor IQVID e maior IEP e maior IQVID e menor IEP), conforme explicita o Quadro 7.

Quadro 7. Grupos dos municípios goianos conforme IQVID e IEP

Grupos	Relação IQVID e IEP		Nº de municípios
Grupo 1	Municípios com: > IQVID > IEP	Municípios, de Goiás, que apresentaram, em conjunto, maior IQVID e maior IEP	29
Grupo 2	Municípios com: < IQVID < IEP	Municípios, de Goiás, que apresentaram, em conjunto, menor IQVID e menor IEP	104
Grupo 3	Municípios com: < IQVID > IEP	Municípios, de Goiás, que apresentaram, em conjunto, menor IQVID e maior IEP	75
Grupo 4	Municípios com: > IQVID < IEP	Municípios, de Goiás, que apresentaram, em conjunto, maior IQVID e menor IEP	38
Total			246

Fonte: elaborado pelo autor (2024).

Dos 246 municípios de Goiás, 29 deles, em conjunto, apresentaram maior IQVID e maior IEP representando 11,79% dos municípios do estado de Goiás. Outros 104 municípios apresentaram, em conjunto, menor IQVID e menor IEP, representando 42,28% dos municípios de Goiás. Já 75 municípios apresentaram, em conjunto, menor IQVID e maior IEP representando 30,48% dos municípios do estado. Enquanto 38 municípios apresentaram maior IQVID e menor IEP, representando 15,45% dos municípios do estado.

Dentro desta classificação, os Grupos 1 e 3 são compostos por municípios que apresentaram maior IEP, a diferença é que o Grupo 1 (29 municípios) também apresenta, neste estudo, maior IQVID e o Grupo 3 (75 municípios) apresenta, neste estudo, menor IQVID.

As tabelas a seguir apresentam os valores do IQVID e do IEP para cada um dos 246 municípios goianos, identificando a mesorregião e microrregião a que pertencem, sua população residente, densidade demográfica e área territorial.

Dos 246 municípios de Goiás, observa-se que 29 deles apresentaram, em conjunto, maior IQVID e maior IEP, conforme demonstra a Tabela 17.

Tabela 17. Grupo 1: Municípios goianos que apresentaram, em conjunto, maior IQVID e maior IEP (29 municípios).

> IQVID ¹	> IEP ¹	Municípios	Mesorregião	Microrregião	População residente ² (2022)	Densidade demográfica ² Km2 (2022)	Área Territorial ² (2023)
73,5	109,13	Urutaí	Sul Goiano	Pires do Rio	3.553	5,70	623,821
71,4	100,56	Montividiu do Norte	Norte Goiano	Porangatu	3.779	2,83	1.337,232
69,7	131,14	Santa Tereza de Goiás	Norte Goiano	Porangatu	3.293	4,17	789,544
69,7	134,55	Jandaia	Sul Goiano	Vale do Rio dos Bois	6.272	7,27	863,087
67,7	129,84	Piracanjuba	Sul Goiano	Meia Ponte	24.883	10,48	2.374,232
67,6	103,93	Mutunópolis	Norte Goiano	Porangatu	3.564	3,73	955,069
67,0	143,38	Avelinópolis	Centro Goiano	Anicuns	2.868	16,85	170,228
65,7	168,87	Aloândia	Sul Goiano	Vale do Rio dos Bois	1.973	19,33	102,094
65,7	122,92	Professor Jamil	Sul Goiano	Meia Ponte	3.649	10,24	356,292
65,7	103,35	São Miguel do Passa Quatro	Sul Goiano	Pires do Rio	4.464	8,31	537,347
65,2	148,71	Fazenda Nova	Centro Goiano	Iporá	5.877	4,59	1.279,107
65,2	126,79	Davinópolis	Sul Goiano	Catalão	1.902	3,94	482,857
65,1	132,6	Cachoeira de Goiás	Centro Goiano	Iporá	1.405	3,31	424,490

65,1	101,4	Rubiataba	Centro Goiano	Ceres	19.788	26,36	750,659
64,5	101,0	Mara Rosa	Norte Goiano	Porangatu	10.700	6,31	1.695,463
64,4	116,1	Edealina	Sul Goiano	Vale do Rio dos Bois	4.001	6,69	598,218
64,1	142,48	Arenópolis	Noroeste	Aragarças	2.946	2,74	1.075,535
63,8	149,36	Jaupaci	Centro Goiano	Iporá	2.924	5,53	528,783
63,5	109,97	Amaralina	Norte Goiano	Porangatu	3.268	2,43	1.343,742
63,3	123,17	Taquaral de Goiás	Centro Goiano	Anápolis	4.026	19,58	205,665
62,5	121,53	São Patrício	Centro Goiano	Ceres	2.143	12,40	172,763
62,4	116,14	Rianópolis	Centro Goiano	Ceres	3.980	25,29	157,379
62,3	104,62	Nova Roma	Norte Goiano	Chapada dos Veadeiros	3.076	1,44	2.136,725
60,9	134,13	Ivolândia	Centro Goiano	Iporá	2.693	2,14	1.260,841
60,5	137,23	Mossâmedes	Centro Goiano	Anicuns	4.654	6,80	684,882
60,5	131,74	Petrolina de Goiás	Centro Goiano	Anápolis	9.573	18,05	530,490
59,6	101,81	Estrela do Norte	Norte Goiano	Porangatu	3.205	10,64	301,139
59,1	103,78	Buriti Alegre	Sul Goiano	Meia Ponte	10.495	11,64	901,932
58,8	145,15	Cumari	Sul Goiano	Catalão	2.927	5,15	568,365

Fontes: Resultado da Pesquisa¹; IBGE-cidades².

Dos 29 municípios de Goiás (Grupo 1) que, em conjunto, apresentaram maior IEP e maior IQVID, 10 deles estão situados no Sul Goiano, representando 34,48% deste grupo. Outros 7 municípios estão situados no Norte Goiano, representando 24,14% do Grupo 1. Outros 11 municípios estão situados no Centro Goiano, correspondendo a 37,93% deste grupo. E 1 município está situado no Noroeste, correspondendo a 3,45% do grupo 1. Lembrando que o valor do IEP acima de 100 caracteriza maior número de pessoas idosas em relação ao número de crianças (0 a 14 anos) e o valor do IEP menor que 100 caracteriza número menor de pessoas idosas em relação ao número de crianças (0 a 14 anos).

Observa-se que os municípios que apresentaram, em conjunto, maior IQVID e maior IEP estão em apenas 11 das 18 microrregiões de Goiás, ou seja, as microrregiões de São Miguel do Araguaia, Rio Vermelho, Goiânia, Vão do Paraná, Entorno de Brasília, Sudoeste de Goiás e Quirinópolis não aparecerem no grupo 1 (maior IEP e maior IQVID).

Ainda, 34,48% dos municípios (Grupo 1), ou seja, 10 destes municípios, em 2022, possuíam população residente inferior a 3.000 habitantes. Já 48,27% do Grupo 1, ou seja, outros 14 municípios, em 2022, possuíam população residente superior a 3.000 e inferior a 6.000

habitantes. Outros 2 municípios, em 2022, possuíam população residente superior a 6.000 e inferior a 10.000 habitantes, representando 6,89% do grupo. Outros 3 municípios, em 2022, possuíam população residente superior a 10.000 e inferior a 20.000 habitantes, representando 10,34% do grupo. E por último, 1 município, em 2022, apresentou população superior a 20.000 representando 3,45% deste grupo.

Outro ponto é que esses 29 municípios (Grupo 1), ou seja, municípios que apresentaram maior IQVID e maior IEP correspondeu a 11,79% do total de municípios do estado de Goiás.

Avançando um pouco mais, a Tabela 18, aponta que dos 246 municípios de Goiás, 104 deles apresentaram, em conjunto, menor IEP e menor IQVID.

Tabela 18. Grupo 2: Municípios goianos que apresentaram, em conjunto, menor IQVID e menor IEP (104 municípios)

< IQVID ¹	< 100 IEP ¹	Municípios	Mesorregião	Microrregião	População residente ² (2022)	Densidade demográfica ² Km ² (2022)	Área Territorial ² (2023)
24,1	99,49	Pires do Rio	Sul Goiano	Pires do Rio	32.373	30,04	1.077,641
30,0	94,56	São Miguel do Araguaia	Noroeste Goiano	São Miguel do Araguaia	21.900	3,56	6.150,179
30,3	57,31	Mozarlândia	Noroeste Goiano	São Miguel do Araguaia	14.750	8,48	1.738,516
30,5	73,11	Acreúna	Sul Goiano	Vale do Rio do Bois	21.568	13,77	1.566,742
32,2	78,33	Aparecida do Rio Doce	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	2.907	4,82	603,254
32,8	61,65	Bom Jesus de Goiás	Sul Goiano	Meia Ponte	23.958	17,04	1.405,605
33,2	61,19	Maurilândia	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	10.304	26,42	389,959
33,5	68,08	Jataí	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	105.729	14,73	7.178,792
33,7	38,71	Santo Antônio do Descoberto	Leste Goiano	Entorno do DF	72.127	76,41	943,948
35,0	93,71	Mundo Novo	Noroeste Goiano	São Miguel do Araguaia	6.189	2,89	2.141,534
37,0	90,44	Rialma	Centro Goiano	Ceres	12.165	45,34	268,291
38,4	68,6	Simolândia	Leste Goiano	Vão do Paranã	5.742	16,56	346,811
38,9	83,55	Goiânia	Centro Goiano	Goiânia	1.437.366	1.970,90	729,296
39,2	76,05	Buritinópolis	Leste Goiano	Vão do Paranã	3.145	12,78	246,075
39,5	95,73	Jussara	Noroeste Goiano	Rio Vermelho	19.620	4,79	4.092,339

39,7	99,31	Brazabrantes	Centro Goiano	Anápolis	3.992	31,85	125.326
39,8	98,59	Portelândia	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	3.280	5,93	553,411
40,3	97,02	São Francisco de Goiás	Centro Goiano	Anápolis	6.378	15,31	416,535
40,8	97,83	Araguapaz	Noroeste Goiano	Rio Vermelho	7.153	3,27	2.188,100
40,9	82,07	Silvânia	Sul Goiano	Pires do Rio	22.245	9,47	2.349,924
41,1	93,26	Pirenópolis	Leste Goiano	Entorno do DF	26.690	12,13	2.200,37
41,5	72,35	Vianópolis	Sul Goiano	Pires do Rio	14.956	15,68	954,115
43,1	93,57	Caldazinha	Centro Goiano	Goiânia	4.507	17,9	251,720
43,1	72,68	Indiara	Sul Goiano	Vale do Rio do Bois	17.061	17,86	955,419
43,5	58,41	Barro Alto	Centro Goiano	Ceres	10.371	9,60	1.080.268
44,1	56,54	Vicentinópolis	Sul Goiano	Meia Ponte	8.768	11,95	733,794
44,2	25,84	Águas Lindas de Goiás	Leste Goiano	Entorno do DF	225.693	1.176,61	191,817
44,4	89,79	Campinaçu	Norte Goiano	Porangatu	3.708	1,87	1.978,386
44,5	93,58	Goiatuba	Sul Goiano	Meia Ponte	35.664	14,38	2.479,59
44,5	76,87	Vila Propício	Leste Goiano	Entorno do DF	5.815	2,67	2.181,59
44,8	50,82	Campo Limpo de Goiás	Centro Goiano	Anápolis	8.081	51,76	156,113
45,3	59,12	Padre Bernardo	Leste Goiano	Entorno do DF	34.967	11,13	3.142,62
45,5	52,32	Montividiu	Sul Goiano	Sudoeste de Goiano	12.521	6,7	1.869,58
45,8	84,96	Paraúna	Sul Goiano	Vale do Rio do Bois	10.659	2,81	3.786,58
45,8	99,53	Doverlândia	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	6.956	2,16	3.227,56
45,9	94,48	Joviânia	Sul Goiano	Meia Ponte	7.159	16,04	446,258
46,0	67,2	Colinas do Sul	Norte Goiano	Chapada dos Veadeiros	4.030	2,36	1.707,52
46,5	79,14	Santa Fé de Goiás	Noroeste Goiano	Rio Vermelho	4.951	4,25	1.164,19
46,5	94,78	Gemeleira de Goiás	Sul Goiano	Pires do Rio	3.456	5,87	588,328
47,0	73,54	Bonfinópolis	Centro Goiano	Goiânia	10.296	85,45	121,915
47,0	54,75	Trindade	Centro Goiano	Goiânia	142.431	199,85	712,690
47,0	89,35	Bela Vista de Goiás	Centro Goiano	Goiânia	34.445	27,04	1.274,034

47,1	93,83	Montes Claros de Goiás	Noroeste Goiano	Aragarças	8.756	3,02	2.900,397
47,4	67,27	Itaberaí	Centro Goiano	Anápolis	44.734	30,6	1.461,92
47,5	75,04	Marzagão	Sul Goiano	Meia Ponte	2.758	12,23	225,518
47,5	42,69	Cristalina	Leste Goiano	Entorno do DF	62.337	10,13	6.153,92
47,6	79,07	Porangatu	Norte Goiano	Porangatu	44.317	9,18	4.825,29
47,8	50,16	Porteirão	Sul Goiano	Meia Ponte	4.070	6,71	606,262
47,9	46,04	Alto Paraíso de Goiás	Norte Goiano	Chapada dos Veadeiros	10.306	3,97	2.595,00
48,1	68,27	Alexânia	Leste Goiano	Entorno do DF	27.008	31,89	846,876
48,4	74,12	Itapaci	Centro Goiano	Ceres	21.087	22,13	952,998
48,7	94,61	Mimoso de Goiás	Leste Goiano	Entorno do DF	2.614	1,89	1.380,70
49,1	83,31	Campestre de Goiás	Sul Goiano	Vale do Rio do Bois	3.755	13,77	272,734
49,2	94,59	Inhumas	Centro Goiano	Anápolis	52.204	84,9	614,887
49,2	88,39	Britânia	Noroeste Goiano	Rio Vermelho	5.695	3,9	1.458,46
49,2	67,69	Rio Quente	Sul Goiano	Meia Ponte	3.864	15,79	244,655
49,8	74,21	Água Fria de Goiás	Leste Goiano	Entorno do DF	4.954	2,45	2.023,64
50,0	73,93	Sítio D'Abadia	Leste Goiano	Vão do Paranã	2.927	1,82	1.611,85
50,6	84,24	Santa Bárbara de Goiás	Centro Goiano	Anicuns	6.149	43,62	140,957
50,8	99,25	Ipameri	Sul Goiano	Catalão	25.548	5,83	4.382,86
50,8	91,35	Ouvidor	Sul Goiano	Catalão	7.200	17,5	411,318
51,3	65,36	Campo Alegre de Goiás	Sul Goiano	Catalão	7.422	3,03	2.450,11
51,5	88,72	Novo Planalto	Noroeste Goiano	São Miguel do Araguaia	3.716	2,96	1.254,49
51,5	39,77	Abadia de Goiás	Centro Goiano	Goiânia	19.128	133,43	143,357
51,6	33,12	Valparaíso de Goiás	Leste Goiano	Entorno do DF	198.861	3.234,14	61.488
51,7	91,87	Leopoldo de Bulhões	Centro Goiano	Goiânia	8.745	18,37	476,137
51,7	43,55	Mambaí	Leste Goiano	Vão do Paranã	8.124	9,47	858,27
52,2	39,19	Planaltina	Leste Goiano	Entorno do DF	105.031	41,04	2.558,92
52,3	62,45	Iaciara	Leste Goiano	Vão do Paranã	10.584	6,84	1.547,18

52,4	68,57	Goianésia	Centro Goiano	Ceres	73.707	47,64	1.547,32
52,6	53,69	Formosa	Leste Goiano	Entorno do DF	115.901	19,97	5.804,29
52,9	84,28	Nova Iguaçu	Norte Goiano	Porangatu	3.010	4,81	625,625
52,9	45,82	São João d'Aliança	Norte Goiano	Chapada dos Veadeiros	14.041	4,21	3.334,46
53,1	60,32	Alvorada do Norte	Leste Goiano	Vão do Paranã	8.446	6,66	1.268,35
53,5	79,67	Cachoeira Alta	Sul Goiano	Quirinópolis	11.513	6,95	1.657,23
53,8	81,88	Aragoiânia	Centro Goiano	Goiânia	11.890	54,51	218,125
54,0	59,21	Cavalcante	Norte Goiano	Chapada dos Veadeiros	9.583	1,38	6.948,780
54,0	75,33	Jaraguá	Centro Goiano	Anápolis	45.223	24,46	1.848,947
54,4	63,87	Flores de Goiás	Leste Goiano	Vão do Paranã	13.744	3,72	3.695,106
54,6	80,15	Quirinópolis	Sul Goiano	Quirinópolis	48.447	12,80	3.786,026
55,1	85,39	Edéia	Sul Goiano	Vale do Rio do Bois	11.747	8,00	1.469,099
55,2	78,65	Bonópolis	Norte Goiano	Porangatu	3.299	2,02	1.635,319
55,3	87,73	Itarumã	Sul Goiano	Quirinópolis	48.447	12,80	3.786,026
55,4	95,16	Guarani de Goiás	Leste Goiano	Vão do Paranã	4.085	3,35	1.221,054
55,5	49,17	Vila Boa	Leste Goiano	Entorno do DF	4.215	4,00	1.052,593
55,7	77,02	São Domingos	Leste Goiano	Vão do Paranã	9.711	2,91	3.335,999
56,0	49,73	Posse	Leste Goiano	Vão do Paranã	34.914	16,81	2.076,990
56,7	91,13	Santa Helena de Goiás	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	38.492	33,70	1.142,337
56,8	63,84	Monte Alegre de Goiás	Norte Goiano	Chapada dos Veadeiros	6.692	2,14	3.119,860
56,8	71,38	Catalão	Sul Goiano	Catalão	114.427	29,90	3.826,370
56,9	77,24	Uruaçu	Norte Goiano	Porangatu	42.546	19,86	2.142,484
57,1	58,56	Campos Belos	Norte Goiano	Chapada dos Veadeiros	18.108	24,63	735,126
57,5	79,71	Damianópolis	Leste Goiano	Vão do Paranã	3.770	9,03	417,625
57,6	89,28	Morrinhos	Sul Goiano	Meia Ponte	22.753	55,28	411,586
57,6	73,3	Crixás	Noroeste Goiano	São Miguel do Araguaia	17.065	3,65	4.673,039
57,6	78,23	Abadiânia	Leste Goiano	Entorno do DF	17.232	16,50	1.044,555
57,7	96,66	Cezarina	Sul Goiano	Vale do Rio dos Bois	8.090	19,40	417,080
57,9	89,05	Corumbaíba	Sul Goiano	Catalão	9.164	4,92	1.864,277
57,9	69,07	Serranópolis	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	8.027	1,45	5.521,774

58,0	52.38	Mineiros	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	70.081	7,75	9.042,844
58,1	91.95	Nazário	Centro Goiano	Anicuns	8.189	29,13	281,147
58,2	70.47	Anápolis	Centro Goiano	Anápolis	398.869	426,29	935,672
58,4	62.94	Santo Antônio de Goiás	Centro Goiano	Goiânia	7.386	54,70	135,022
58,5	65.06	Nova Crixás	Noroeste Goiano	São Miguel do Araguaia	12.815	1,75	7.308,681

Fontes: Resultado da Pesquisa¹; IBGE-cidades².

Dos 104 municípios de Goiás, Grupo 2, que apresentaram menor IEP e menor IQVID, conforme Tabela 18, observa-se que 35 deles, são da mesorregião Sul Goiano, representando 33,65% do Grupo 2. Outros 11 municípios estão na mesorregião Norte Goiano, representando 10,58%. Mais 22 municípios estão na mesorregião Centro Goiano, correspondendo a 21,15%. Outros 11 municípios estão na mesorregião Noroeste Goiano, representando 10,58% do grupo. E, 25 municípios estão no Leste Goiano, correspondendo 24,04% deste grupo.

Os 104 municípios (Grupo 2) corresponderam a 42,28% do total de municípios de Goiás. Houve microrregiões, cujos municípios apresentaram menor IQVID e menor IEP em boa parte de seus municípios. A Tabela 18.1 sintetiza essa observação.

Tabela 18.1 Microrregiões do Grupo 2 que apresentaram menor IQVID e menor IEP

Mesorregiões	Microrregiões	Quantidade de municípios que apresentaram, em conjunto, menor IQVID e menor IEP	Total de municípios da microrregião
Centro Goiano	Anápolis	7	20
Centro Goiano	Anicuns	2	13
Centro Goiano	Ceres	4	22
Centro Goiano	Goiânia	9	17
Leste Goiano	Entorno do DF	14	20
Leste Goiano	Vão do Paraná	11	12
Noroeste Goiano	Aragarças	1	7
Noroeste Goiano	Rio Vermelho	4	9
Noroeste Goiano	São Miguel do Araguaia	6	7
Norte Goiano	Chapada dos Veadeiros	6	8
Norte Goiano	Porangatu	5	19
Sul Goiano	Catalão	5	11
Sul Goiano	Meia Ponte	8	21
Sul Goiano	Pires do Rio	4	10
Sul Goiano	Quirinópolis	3	9
Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	9	18
Sul Goiano	Vale do Rio dos Bois	6	13
	Total	104	

Fonte: elaborado pelo autor (2024).

Observa-se que a microrregião Entorno do DF, pertencente a mesorregião Leste Goiano, possui o maior número de municípios (14) que, neste estudo, apresentaram menor IQVID e menor IEP, ou seja, dos 20 municípios que compõe a microrregião do Entorno do DF, 14 deles apresentaram indícios de possuírem menor qualidade de vida e menor envelhecimento populacional.

Seguindo este mesmo raciocínio, a microrregião Vão do Paraná, também pertencente a mesorregião Leste Goiano, neste estudo, teve também o maior número de municípios que, em conjunto, apresentaram menor IQVID e menor IEP, ou seja, dos 12 municípios que compõe a microrregião do Vão do Paraná, 11 deles apresentaram indícios de menor qualidade de vida e menor envelhecimento populacional. Apenas destacando que a microrregião de Iporá, pertencente a mesorregião Centro Goiano, não apareceu no Grupo 2 por não possuir resultados que compõe o Grupo 2 (municípios com menor IQVID e menor IEP).

Vale refletir se o Grupo 2, ao longo do tempo e diante do crescimento da população idosa, não se caracteriza como corredor de envelhecimento precário, inóspito à pessoa idosa.

Avançando um pouco mais, dos 246 municípios, de Goiás, 75 municípios apresentaram, em conjunto, menor IQVID e maior IEP, conforme demonstra a Tabela 19.

Tabela 19. Grupo 3: Municípios goianos que apresentaram, em conjunto, menor IQVID e maior IEP (75 municípios)

< IQVID	> IEP	Municípios	Mesorregião	Microrregião	População residente ² (2022)	Densidade demográfica ² Km ² (2022)	Área Territorial Km ² (2023)
25,2	138.19	Ipiranga de Goiás	Centro Goiano	Ceres	2.919	11,95	244,209
33,2	167.03	Córrego do Ouro	Centro Goiano	Iporá	2.454	5,36	458,077
36,6	100.12	Caçu	Sul Goiano	Quirinópolis	13.774	6,11	2.254,340
37,7	138.27	Nova Aurora	Sul Goiano	Catalão	2.101	6,84	307,335
38,5	109.82	Matrinchã	Noroeste Goiano	Rio Vermelho	4.042	3,51	1.150,503
38,5	172.75	Itaguaru	Centro Goiano	Anápolis	4.904	20,35	241,029
38,5	127.3	Paranaiguara	Sul Goiano	Quirinópolis	7.607	6,60	1.153,415
39,4	151.8	Diorama	Noroeste Goiano	Aragarças	2.062	3,01	685,382
39,5	139.31	Três Ranchos	Sul Goiano	Catalão	2.921	10,28	284,034
39,9	104.88	Baliza	Noroeste Goiano	Aragarças	3.351	1,88	1.780,173
40,0	132.05	Cromínia	Sul Goiano	Meia Ponte	3.883	10,64	364,918
40,3	136.97	Varjão	Sul Goiano	Vale do Rio dos Bois	3.716	7,18	517,402
41,8	149.44	Palmelo	Sul Goiano	Pires do Rio	2.259	37,77	59,809

42,0	138.02	Turvânia	Centro Goiano	Anicuns	4.480	9,29	482,317
42,1	111.66	Itapirapuã	Noroeste Goiano	Rio Vermelho	8.007	3,91	2.047,874
42,6	145.47	Novo Brasil	Centro Goiano	Iporá	3.527	5,43	649,349
42,7	108.77	Palestina de Goiás	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	3.132	2,38	1.318,047
42,9	117.83	Santa Rita do Novo Destino	Centro Goiano	Ceres	2.689	2,77	970,448
43,1	105.41	Santa Terezinha de Goiás	Norte Goiano	Porangatu	10.645	8,82	1.206,600
43,5	116.58	Piranhas	Noroeste Goiano	Aragarças	11.712	5,73	2.045,088
43,6	125.29	Itapuranga	Centro Goiano	Ceres	26.113	20,38	1.281,404
43,7	104.17	Itaguari	Centro Goiano	Anápolis	4.963	34,79	142,652
44,9	105.66	Jesúpolis	Centro Goiano	Anápolis	2.123	18,43	115,211
44,9	131.61	Trombas	Norte Goiano	Porangatu	3.120	3,89	802,905
44,9	131.4	Firminópolis	Centro Goiano	Anicuns	10.419	24,67	422,340
45,2	107.5	Orizona	Sul Goiano	Pires do Rio	16.399	8,32	1.971,265
45,2	146.61	Santa Isabel	Centro Goiano	Ceres	3.538	4,35	812,756
45,4	116.41	Formoso	Norte Goiano	Porangatu	4.660	5,53	843,420
46,0	163.02	Moiporá	Centro Goiano	Iporá	1.685	3,73	452,324
46,6	118.13	Sanclerlândia	Centro Goiano	Anicuns	7.918	15,54	509,402
47,1	116.59	Nova América	Centro Goiano	Ceres	2.337	11,16	209,432
47,2	134.93	Santa Cruz de Goiás	Sul Goiano	Pires do Rio	3.002	2,71	1.109,007
47,2	135.23	Guarinos	Centro Goiano	Ceres	2.161	3,64	593,188
47,2	100.67	Niquelândia	Norte Goiano	Porangatu	34.964	3,55	9.846,293
47,5	111.61	Anicuns	Centro Goiano	Anicuns	18.503	18,96	976,038
48,1	122.89	Palminópolis	Sul Goiano	Vale do Rio dos Bois	3.851	9,79	393,326
48,6	121.83	Americano do Brasil	Centro Goiano	Anicuns	5.259	39,29	133,834
48,8	135.66	Itauçu	Centro Goiano	Anápolis	7.736	20,19	383,066
49,0	108.24	Itajá	Sul Goiano	Quirinópolis	4.380	2,10	2.082,737
50,4	110.1	Iporá	Centro Goiano	Iporá	35.684	34,74	1.027,249
50,5	120.31	Uruana	Centro Goiano	Ceres	13.729	26,26	522,904
50,8	102.67	Castelândia	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	2.985	9,98	299,228
51,3	123.97	Faina	Noroeste Goiano	Rio Vermelho	7.070	3,63	1.949,685
51,8	109.6	Uirapuru	Noroeste Goiano	São Miguel do Araguaia	2.798	2,42	1.154,305

52,0	170.31	Israelândia	Centro Goiano	Iporá	2.560	4,42	579,190
52,3	135.28	Água Limpa	Sul Goiano	Meia Ponte	1.858	4,05	458,836
52,4	187.45	Aurilândia	Centro Goiano	Anicuns	3.284	5,81	565,514
52,4	137.5	Heitorai	Centro Goiano	Anápolis	3.354	14,67	228,615
52,5	160.06	Guaraíta	Centro Goiano	Ceres	2.188	10,65	205,533
52,7	120.9	Pontalina	Sul Goiano	Meia Ponte	18.309	12,77	1.434,289
52,9	134.32	São João da Paraúna	Sul Goiano	Vale do Rio dos Bois	1.774	6,18	286,979
53,0	139.49	Nova Glória	Centro Goiano	Ceres	8.310	20,18	411,753
53,0	144.43	Hidrolina	Centro Goiano	Ceres	3.545	6,07	583,756
53,0	109.43	Caiapônia	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	16.513	1,91	8.627,961
53,1	131.15	Goiás	Noroeste Goiano	Rio Vermelho	24.071	7,74	3.108,423
53,1	148.77	Santa Rosa de Goiás	Centro Goiano	Anápolis	2.820	16,94	166,440
53,6	190.72	Amorinópolis	Centro Goiano	Iporá	3.007	7,39	406,930
53,8	104.39	Carmo do Rio Verde	Centro Goiano	Ceres	9.710	23,13	419,821
53,9	145.06	Damolândia	Centro Goiano	Anápolis	2.724	31,65	86,057
54,4	130.65	Panamá	Sul Goiano	Meia Ponte	2455	5,68	432,204
54,5	103.7	São Luís de Montes Belos	Centro Goiano	Anicuns	33.852	40,80	829.620
54,7	129.88	Bom Jardim de Goiás	Noroeste Goiano	Aragarças	7.826	4,12	1.901,137
54,8	146.36	Anhanguera	Sul Goiano	Catalão	924	16,63	55,569
54,9	154.81	Mairipotaba	Sul Goiano	Meia Ponte	2.561	5,47	468,029
55,2	106.13	Ceres	Centro Goiano	Ceres	22.046	103,47	213,070
55,5	106.44	Campos Verdes	Norte Goiano	Porangatu	4.005	9,04	443,125
55,7	126.07	Buriti de Goiás	Centro Goiano	Anicuns	2.732	13,49	202,576
55,7	128.78	Araçu	Centro Goiano	Anápolis	3.799	25,36	149,776
55,9	119.42	Pilar de Goiás	Centro Goiano	Ceres	2.328	2,57	906,048
58,1	113.62	Ouro Verde Goiás	Centro Goiano	Anápolis	4.057	19,43	208,804
58,3	123,13	Morro Agudo de Goiás	Centro Goiano	Ceres	2.456	8,70	282,333
58,2	117,16	Cristianópolis	Sul Goiano	Pires do Rio	3.504	15,81	221,624
58,1	113,62	Ouro Verde de Goiás	Centro Goiano	Anápolis	4.057	19,43	208,804
58,5	147,49	Adelândia	Centro Goiano	Anicuns	2.297	19,91	115,385
58,5	143,04	Goianira	Sul Goiano	Catalão	4.973	8,73	569,917

Fontes: Resultado da Pesquisa¹; IBGE-cidades².

Dos 75 municípios de Goiás (Grupo 3) que, em conjunto, apresentaram menor IQVID e maior IEP, 39 deles estão situados na mesorregião Centro Goiano, correspondendo a 52% do Grupo 3. Outros 9 municípios estão situados na mesorregião Noroeste Goiano, correspondendo a 12% do Grupo 3. Já outros 5 municípios são da mesorregião Norte Goiano, correspondendo a 6,67% deste grupo. Mais 22 municípios estão situados na mesorregião Sul Goiano, correspondendo a 29,33%. A mesorregião Centro Goiano possuiu o maior percentual de municípios que, neste estudo, apresentaram, em conjunto, menor IQVID e maior IEP.

Em relação as microrregiões, Ceres é a microrregião que possui o maior número de municípios (14) com menor IQVID e maior IEP, seguido pela microrregião de Anápolis que possui o segundo maior número de municípios (10) com menor IQVID e maior IEP. Veja que o município de Ipiranga de Goiás, situado na mesorregião Centro Goiano e pertencente a microrregião de Ceres obteve 25,20 no IQVID e 138,19 no IEP, ou seja, apresentou menor índice de qualidade de vida e maior índice de envelhecimento populacional.

As microrregiões Chapada dos Veadeiros, Goiânia, Vão do Paranã e Entorno do DF não obtiveram resultados de acordo com os critérios para o Grupo 3.

Ainda, considerando os municípios do grupo 3, em 2022, o município de Pontalina, no Sul Goiano, apresentou a maior população residente (18.309), seguido pelo município de Caiapônia, no Sul Goiano, (16.513) e Orizona, no Sul Goiano (16.399). Enquanto, o município com menor população foi Anhanguera, no Sul Goiano (924), seguido por São João da Paranaúna, no Sul Goiano (1.774) e Água Limpa, Sul Goiano (1.858).

Outro ponto, é que esses 75 municípios (Grupo 3), ou seja, municípios que apresentaram menor IQVID e maior IEP correspondeu a 30,49% do total de municípios do estado de Goiás.

Prosseguindo, dos 246 municípios de Goiás, 38 municípios apresentaram, em conjunto maior IQVID e menor IEP. A Tabela 20 sintetiza esse resultado.

Tabela 20. Grupo 4: Municípios goianos que apresentaram, em conjunto, maior IQVID e menor IEP (38 municípios)

> IQVID	< IEP	Município	Mesorregião	Microrregião	População residente ² (2022)	Densidade demográfica ² Km2 (2022)	Área Territorial ² (2023)
77,9	51.89	Teresina de Goiás	Norte Goiano	Chapada dos Veadeiros	2.701	3,44	784,793
76,3	64.65	Cabeceiras	Leste Goiano	Entorno do DF	7.560	6,71	1.126,434
76,1	83.09	Inaciolândia	Sul Goiano	Meia Ponte	5.954	8,64	689,201
72,2	77.25	São Luiz do Norte	Centro Goiano	Ceres	4.837	8,28	583,832

71,8	56.24	Turvelândia	Sul Goiano	Vale do Rio do Bois	4.985	5,33	935,659
71,4	58.68	Nerópolis	Centro Goiano	Goiânia	31.932	155,98	204,713
69,7	82.49	Santa Rita do Araguaia	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	5.924	4,36	1.357.197
69,0	77.38	Perolândia	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	2.964	2,87	1.033,657
68,7	87.93	Minaçu	Norte Goiano	Porangatu	27.075	9,49	2.854,137
67,0	91.98	São Simão	Sul Goiano	Quirinópolis	17.020	41,01	415,015
66,4	24.12	Chapadão do Céu	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	12.870	5,89	2.184,077
66,1	87.72	Santo Antônio da Barra	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	4.267	9,48	450.336
65,7	43.48	Luziânia	Leste Goiano	Entorno do DF	209.129	52,78	3.962,107
65,6	48.6	Alto Horizonte	Norte Goiano	Porangatu	6.072	12,14	500,342
65,1	34.24	Cidade Ocidental	Leste Goiano	Entorno do DF	91.767	235,31	389,985
64,7	66.75	Terezópolis de Goiás	Centro Goiano	Goiânia	7.944	73,96	107,407
64,6	38.05	Novo Gama	Leste Goiano	Entorno do DF	103.804	539,84	192,285
63,9	50.32	Aparecida de Goiânia	Centro Goiano	Goiânia	527.796	1.885,30	279,954
63,6	70.46	Campinorte	Norte Goiano	Porangatu	12.510	11,75	1.064,541
63,2	65.42	Cocalzinho de Goiás	Leste Goiano	Entorno do DF	25.016	14,01	1.785,339
62,8	83.8	Aragarças	Noroeste Goiano	Aragarças	18.390	27,79	661,677
62,6	59.86	Aporé	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	4.325	1,49	2.899,237
62,5	34.54	Senador Canedo	Centro Goiano	Goiânia	155.635	630,09	247,005
62,2	87.36	Gouvelândia	Sul Goiano	Quirinópolis	4.390	5,31	827,373
62,1	67.22	Aruanã	Noroeste Goiano	Rio Vermelho	8.300	2,72	3.054,773
62,0	64.24	Lagoa Santa	Sul Goiano	Quirinópolis	1.390	3,00	463,289
61,4	95.11	Nova Veneza	Centro Goiano	Anápolis	9.481	77,49	122,354
60,7	93.55	Caturai	Centro Goiano	Anápolis	5.184	25,28	205,065
60,2	94.46	Corumbá de Goiás	Leste Goiano	Entorno do DF	10.562	9,92	1.064,833
60,1	67.82	Hidrolândia	Centro Goiano	Goiânia	27.742	29,14	952,122
60,1	87.66	Divinópolis de Goiás	Leste Goiano	Vão do Paranã	4.457	5,38	828,874
60,0	50.75	Rio Verde	Sul Goiano	Sudoeste de Goiás	225.696	26,95	8.374,254
59,9	66.42	Palmeiras de Goiás	Sul Goiano	Vale do Rio do Bois	31.858	20,72	1.537,196
59,8	64.46	Caldas Novas	Sul Goiano	Meia Ponte	98.622	61,31	1.608,523
59,8	63.52	Guapó	Centro Goiano	Goiânia	19.545	38,01	514,178
59,3	82.85	Itumbiara	Sul Goiano	Meia Ponte	107.970	44,12	2.447,014

59,2	61.94	Goianápolis	Centro Goiano	Goiânia	13.967	83,81	166,642
58,9	37.83	Goianira	Centro Goiano	Goiânia	71.916	336,41	213,772

Fonte: Resultados da pesquisa (2024).

Dos 38 municípios de Goiás (Grupo 4) que apresentaram, em conjunto, maior IQVID e menor IEP, 11 deles estão situados na mesorregião Centro Goiano, correspondendo a 28,95% do Grupo 4. Outros 7 municípios estão situados na mesorregião Leste Goiano, correspondendo a 18,42% do grupo analisado. Outros 2 municípios estão situados na mesorregião do Noroeste Goiano, correspondendo a 5,26%, do grupo estudado. Mais outros 04 municípios estão situados na mesorregião do Norte Goiano, correspondendo a 10,53% deste grupo. E, 14 municípios estão na mesorregião Sul Goiano, correspondendo a 36,84% do Grupo 4.

Outro ponto, é que esses 38 municípios (Grupo 4), ou seja, os municípios que apresentaram, em conjunto, maior IQVID e menor IEP, correspondeu a 15,48% do total de municípios do estado de Goiás.

Dentro desta classificação, a mesorregião Sul Goiano possui o maior percentual de municípios com maior IQVID e menor IEP seguido pela mesorregião Centro Goiano. O município Turvelândia, situado na mesorregião Sul Goiano, pertencente a microrregião Vale do Rio do Bois, neste estudo, obteve 71,8 IQVID e 56,24 IEP.

Ainda, de acordo com o Grupo 4, a microrregião de Goiânia possui o maior número de municípios que apresentaram, em conjunto, maior IQVID e menor IEP (8), seguido pelas microrregiões do Sudoeste de Goiás (6) e do Entorno do DF (6). Cabe destacar que as microrregiões de São Miguel do Araguaia, Catalão, Iporá, Anicuns e Pires do Rio não apareceram entre os municípios que compõe o Grupo 4.

Finalizando os resultados deste estudo, e com base nos indícios aqui apontados, infere-se que intervenções oportunas poderão contribuir para o desenvolvimento social da população idosa e redução dos desafios que o crescimento do envelhecimento populacional possa se transformar em uma crise para estrutura da saúde e da assistência social, pois o envelhecimento deve ser um processo contínuo de oportunidades para a promoção da qualidade de vida.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Com os achados desta investigação, observa-se que há indícios que a qualidade de vida nos municípios do estado de Goiás para população idosa configura-se não avançar na mesma velocidade do crescimento do envelhecimento populacional. Observa-se ainda disparidades entre os municípios quanto a qualidade de vida e o envelhecimento populacional, ainda que seja municípios pertencentes a uma mesma região do estado de Goiás.

Ao abordar o envelhecimento populacional não basta que as pessoas apenas alcancem mais anos de vida, é fundamental que essa longevidade venha acompanhada com qualidade de vida em todas as suas dimensões (saúde, moradia, segurança, infraestrutura municipal, convívio social, lazer, formação, trabalho, entre outros), o que requer um esforço contínuo de diversos setores.

Preparar os municípios para as pessoas idosas e para o envelhecimento populacional é uma resposta urgente, lógica e necessária para promoção do bem-estar e da qualidade de vida para todas as idades. É importante que as pessoas idosas estejam em ambientes preparados para suas necessidades e que lhes apoiem para compensação das alterações físicas e sociais decorrentes do envelhecimento.

A OMS (2020) *apud* Giacomini (2023) aborda que o envelhecimento com qualidade depende de vários fatores determinantes que incide na vida das pessoas idosas, nas famílias e na região, incluindo desde as condições materiais como as sociais que afetam o comportamento e o sentimento das pessoas. Esses fatores, tanto observados individualmente ou combinados, uns com outros, ou entre si, impactam no processo de envelhecimento refletindo na qualidade de vida. Deve-se buscar oferecer oportunidades para melhorar o envelhecimento individual e a vida em comunidade, com protagonismo das pessoas idosas e a oferta de cuidados centrados na pessoa, coordenados e integrados com outras políticas públicas.

Para o Ministério Público do Estado de Goiás (2021) ambientes físicos, sociais e econômicos (rurais e urbanos) são importantes determinantes para o envelhecimento saudável e fazem parte das influências no processo de envelhecimento, bem como as oportunidades oferecidas durante esta etapa da vida. Logo, lugares estruturados para população idosa são lugares melhores para todas as idades.

Este estudo foi importante para conhecer a realidade dos municípios, do estado de Goiás, a partir do estudo das variáveis municipais, no que tange aos fatores de qualidade de vida para sua população envelhecida. Cabe destacar que o artigo 2 do Estatuto da Pessoa Idosa, Lei Nº 10.741/2003, determina que:

A pessoa idosa goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Diante do que assegura a legislação e dos resultados deste estudo, observa-se a necessidade de ações coletivas, entre os diversos setores do governo para que se alcance o que preconiza o Estatuto da Pessoa Idosa, logo, a intersetorialidade precisa estar articulada, ou seja, diferentes agentes devem conduzir ações conjuntas entre diferentes secretarias ou órgãos na implementação e condução das políticas públicas para população idosa.

Logo, as políticas públicas pressupõem ações tanto de saúde, assistência social, educação, esporte, planejamento urbano, transporte, trabalho, segurança, entre outros, para que haja mais equilíbrio entre os diferentes tipos de intervenção, de forma a melhorar a qualidade de vida nos municípios.

Assim, é preciso estabelecer estratégias que dialoguem com as diferentes realidades dos municípios de Goiás na busca de agregar qualidade de vida ao envelhecimento populacional, pois urge que as políticas públicas, além de estar alinhadas com a Lei 10.741/2003 - Estatuto da Pessoa Idosa, sejam de fato implementadas, monitoradas e avaliadas e que estejam também inseridas num contexto de integralidade onde as áreas como saúde, economia, educação, segurança, infraestrutura urbana, mobilidade e assistência social atuem de forma articulada.

Neste viés, o Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa – CEDPI/GO foi criado pelo Decreto Nº 4.543, de 27 de setembro de 1995. A Lei Nº 19.329 de junho de 2016 instituiu o CEDPI-GO e o Fundo Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa – FEDPI-GO, dentre suas atribuições está o estímulo a criação do Conselho Municipal do Idoso, criado por lei municipal, integram a estrutura do poder executivo local, composto por representantes governamentais e não-governamentais (paritários), sendo órgão permanente, deliberativo que supervisionam, acompanham, fiscalizam e avaliam as políticas públicas e ações voltadas para pessoa idosa no âmbito de um município e também responsável por definir a utilização dos recursos do Fundo Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa, no plano de ação anual, que deverá conter as ações a serem implementadas no âmbito da política de promoção, proteção, defesa e atendimento dos direitos da pessoa idosa. (Goiás, 2024).

Entre as principais fontes de recursos para o fundo do idoso estão os recursos advindos da dotação orçamentária do governo, dotações provenientes das diferentes esferas de governo, multas, conforme previsto no Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/2003, recursos provenientes de

aplicação do mercado financeiro, doações de pessoas físicas ou jurídicas dedutíveis do imposto de renda. Os Fundos são fundamentais para viabilizar a implementação de políticas públicas efetivas voltadas à proteção e promoção dos direitos da pessoa idosa, inclusive possibilitando melhorar a qualidade de vida, em atendimento à Política Nacional do Idoso e ao Estatuto do Idoso (MPGO, 2021).

Logo, ao criar o Conselho Municipal de Direitos da Pessoa Idosa e o respectivo Fundo Municipal, por meio de lei específica, estabelece-se as normas de organização e funcionamento do Fundo da Pessoa Idosa mediante Decreto do Prefeito. Em seguida, cria-se o CNPJ, na Receita Federal, em nome do Fundo Municipal da Pessoa Idosa, com código e descrição da natureza jurídica e abre-se a conta corrente em nome do próprio fundo e nomeia-se o gestor do Fundo, por meio de portaria do poder executivo local, e preenche-se o cadastro do Fundo Municipal da Pessoa Idosa no Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (CEDPI-GO, 2024). De acordo com o Ministério Público do Estado de Goiás - MPGO, em 2024 a arrecadação dos Fundos Municipais foi de R\$ 7.877.442,69

Cabe destacar que até dezembro de 2024, dos 246 municípios do estado de Goiás, 226 deles possuíam Conselho Municipal do Idoso, cuja função é propor, formular e fiscalizar políticas públicas para a pessoa idosa, e apenas 129 destes municípios possuíam fundos habilitados para DIRPF em 2025 (Goiás, 2024). Ademais, mesmo com o órgão colegiado e a estrutura de financiamento, ainda assim pode ser insuficiente.

Outro ponto, é que a primeira Conferência Nacional dos Direitos das Pessoas Idosas - CONADIPI, ocorreu em 2006 e a mais recente foi realizada em 2021 e está previsto para dezembro de 2025 a próxima que será a 6ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. A conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, convocada por Decreto presencial e organizada e coordenada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa idosa, tem papel fundamental na criação e aprimoramento das políticas públicas à pessoa idosa e visar garantir que suas necessidades sejam reconhecidas e atendidas. As conferências Municipais e Estaduais se culminam e ocorrem antes da Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (Brasil, 2024).

Tendo em vista as disparidades entre os diferentes municípios goianos, e por melhor qualidade de vida deve-se garantir o acesso a serviços e infraestrutura à população idosa e criar comunidades que reforcem a participação e o protagonismo da pessoa idosa por meio de acessibilidade, espaços públicos inclusivos, atividades culturais e lazer, e cuidados. Fazer do município um lugar preparado para pessoas idosas e conseqüentemente será um lugar melhor para todas as idades. Assim ações, com foco na melhoria da qualidade de vida nos municípios

goianos, para população já envelhecida e para a população que envelhece e é fundamental e deve-se buscar a presença ativa do Conselho Municipal da Pessoa Idosa e do Fundo Municipal da Pessoa Idosa.

Como a articulação e a integração, entre os diversos órgãos do governo, a multisetorialidade e multidisciplinaridade que a qualidade de vida, com o qual o envelhecimento deve ser refletido nas políticas públicas e na sociedade, é importante repensar a maneira de como são implementadas as políticas públicas, voltadas para o envelhecimento, pois o município deve ser um lugar de promoção do envelhecimento saudável e ativo ao longo da vida.

Diante deste cenário, o curso de Mestrado Profissional em Administração Pública, da UFG/PROFIAP, atua como um instrumento que possibilita interpretar realidades e, por meio de estudos e pesquisas, propor melhorias para mudança dessa realidade. Desta forma, o Produto Técnico-Tecnológico - PTT desta pesquisa é uma cartilha, trata-se de um material didático, em formato digital (anexo C), elaborada em uma linguagem simples, clara e objetiva para que alcance toda comunidade local e encaminhada via e-mail às prefeituras dos municípios do estado de Goiás e aos Conselhos Municipais da Pessoa Idosa.

A cartilha Viver 60+, além do seu formato online, também é disponibilizada em formato impresso para que seja afixada em locais públicos, e contém informações importantes e sugestões de ações de inclusão da população idosa para um envelhecimento ativo e saudável, e visa sensibilizar e conscientizar toda comunidade local para seu engajamento, inspirando mudanças e mostrando o que pode ser feito. Todo município deve ser comprometido em fazer da sua cidade um local melhor para população que envelhece e envelhecida a viver com qualidade de vida fomentando a participação plena da pessoa idosa na vida comunitária e na promoção de ações para um envelhecimento ativo e saudável.

Também, como proposta de intervenção, a curto prazo, sugere-se a abertura de um centro-dia de convivência para pessoas idosas, para os municípios goianos que ainda não dispõe deste serviço. Um centro-dia de convivência promove a sociabilidade das pessoas idosas, enquanto seus familiares trabalham, contribui para a saúde física, social e mental, o desenvolvimento da autonomia, do convívio comunitário, no fortalecimento de vínculos familiares e de estímulos à independência, autoestima, no desenvolvimento de habilidades e capacidades individuais, na integração social na comunidade em que vive, na prevenção de situação de risco social e na interação social.

Veras (2023) cita que os usos de equipamentos coletivos, como creches e centros de convivências, podem ampliar as possibilidades de suporte e acompanhamento às pessoas idosas

e que as abordagens intergeracionais de cuidado alargam os padrões de integração social. A ampliação das redes de apoio e dos recursos para lidar com limitações da pessoa idosa enriquece a experiência do viver da população.

É o que preconiza o “Guia Global: Cidade Amiga do Idoso” (2008), que define que uma cidade ou comunidade amiga das pessoas idosas é um lugar que adapta seus serviços e estruturas físicas para ser mais inclusivo e receptivo às necessidades de sua população para melhorar sua qualidade de vida à medida que envelhece. Uma cidade amiga incentiva o envelhecimento saudável, otimizando recursos para melhorar a saúde, a segurança e a inclusão das pessoas idosas na comunidade

E a médio e longo prazo é importante que cada município, por meio de representantes da comunidade e do governo, priorize os problemas do seu município que afetam a qualidade de vida da população que envelhece e envelhecida observando fatores, como: respeito e inclusão social das pessoas idosas, participação social, condições de moradia, transporte, infraestrutura, espaços abertos, acessibilidade, apoio comunitário, serviços de saúde, comunicação e informação, participação cívica, emprego, entre outros.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Envelhecimento populacional e qualidade de vida: um estudo nos municípios do estado de Goiás, é um estudo que objetivou verificar se os níveis municipais de qualidade de vida estão relacionados aos níveis de envelhecimento populacional nos municípios de Goiás. Esse estudo evidenciou o panorama do envelhecimento nos municípios goianos e mostrou como os municípios estão para abrigar esse envelhecimento. Por meio da análise de variáveis, que interferem na qualidade de vida do município, foi observado que a relação entre a qualidade de vida e o envelhecimento populacional é heterogênea. Há indícios de deslocamento entre o envelhecimento populacional e o desenvolvimento socioeconômico.

Este estudo possibilitou identificar municípios, do estado de Goiás, com características semelhantes e organizá-los em 4 grupos, sendo: Grupo 1 constituído pelos municípios que, em conjunto, apresentaram alto IQVID e alto IEP (29 municípios); Grupo 2 constituído pelos municípios que, em conjunto, apresentaram baixo IQVID e baixo IEP (104 municípios); Grupo 3 constituído pelos municípios que apresentaram baixo IQVID e alto IEP (75 municípios); e Grupo 4 constituído pelos municípios que apresentaram alto IQVID e baixo IEP (38 municípios). Os grupos 1 e 3 são interessantes de análise porque estão em alto processo de envelhecimento e variam quanto aos indicadores de qualidade de vida.

Quanto à relação ao tamanho populacional, os grupos 1 e 3, mesmo apresentando variação população, são municípios de porte menor. Dos 29 municípios do grupo 1, o de menor tamanho populacional, em 2022, foi Aloândia com 1.973 habitantes e o de maior tamanho populacional foi Piracanjuba, com 24.883 habitantes e ambos municípios situados no Sul Goiano. Dos 75 municípios do grupo 3, o de menor tamanho populacional, em 2022, foi Moiporá, com 1.684 habitantes e o município com maior tamanho populacional foi Iporá com 35.684 habitantes e ambos municípios situados no Centro Goiano.

Sabe-se que uma população não estará bem distribuída se concentrando em algumas regiões, ocorrerá maior nível de atividade econômica onde há demanda maior aumentando o nível de emprego e renda e acaba valorizando alguns lugares em detrimento de outros, como se apresenta no Centro Sul. Porém, considera-se que independentemente do tamanho populacional é importante um olhar individualizado para cada município diagnosticando fragilidades e considerando suas especificidades e assim buscar saná-las com olhar voltado à população que envelhece e a população envelhecida.

A heterogeneidade de condições internas dentro de uma mesma região pode ser ferramenta de desenvolvimento ao permitir o aproveitamento da dotação natural, todavia, pode

também resultar em desequilíbrios internos, podendo ocasionar estagnação de economias incipientes, baixo dinamismo ou mesmo drenagem de recursos. Logo, a influência regional varia de acordo com a atividade, população e localização. Porém, boa parte do Sul de Goiás detém os melhores indicadores caracterizando-o como o mais dinâmico economicamente e com melhores indicadores (Resende, Bernardo e Rosal, 2018).

Observando os Grupos 1 e 3 é visto que, dos 29 municípios que compõe o Grupo 1, classificados, neste estudo, como municípios com maior IQVID e maior IEP, 10 deles estão situados no Sul Goiano, representando 34,48% dos municípios do Grupo 1. Dos 75 municípios, que compõe o Grupo 3, classificados, neste estudo, como municípios com menor IQVID e maior IEP, 22 deles estão no Sul Goiano, representando 29,33% dos municípios do Grupo 3.

Quanto a relação de extrema pobreza, segundo dados da Agência Brasil (2022), o estado de Goiás tem 1.290.768 famílias no Cadúnico. As famílias em situação de extrema pobreza corresponde a 31,3% (403.634) onde a renda per capita é de até R\$ 105,00 por mês. As famílias em situação de pobreza correspondem a 15,1% (195.094) onde a renda per capita é de até R\$ 210,00 por mês. As famílias de baixa renda correspondem a 27,4% (353.280) e as famílias de meio salário mínimo correspondem a 26,2% (338.760).

Ainda em relação a pobreza e extrema pobreza, de acordo Amartya Sen (2010) e Sônia Rocha (2017), a pobreza é entendida como fenômeno multidimensional, pois são consideradas características que influenciam o bem-estar das pessoas (sociais, culturais e políticas), porém sob a ótica da renda (ótica monetária) necessita-se estabelecer um parâmetro (linha de corte) onde se determina os pobres ou não pobres.

Cabe ressaltar que as questões sociais, econômicas, culturais abrangem o processo do envelhecimento, e requer atenção e cuidados especiais para promoção da qualidade de vida, do bem-estar e prevenção de agravos, e não apenas para o tratamento curativo pelo viés saúde (ou doença). Enfatiza-se que parte das políticas públicas para população idosa necessitam também contemplar o âmbito do espaço urbano municipal tendo em vista as disparidades entre os diferentes municípios do estado de Goiás, pois elas são fundamentais para melhorar a qualidade de vida garantindo acesso a serviços e infraestrutura à população idosa.

Giacomin (2023) defende que as diferenças e desigualdades ao longo da vida impactam nas múltiplas velhices e que é preciso construir solidariedade para reduzir iniquidades e isso implica em não categorizar pessoas idosas, as que envelhecem de modo ativo e saudável das que envelhecem demandando cuidados, mas em criar comunidades que reforcem a participação e o protagonismo da pessoa idosa por meio de acessibilidade, moradia digna, espaços públicos

inclusivos, atividades culturais e lazer, e que assegurem CLD no domicílio, na comunidade e em moradias coletivas, para quem deles precisar.

Esse cenário remete a necessidade de um olhar voltado individualmente a cada município, considerando suas especificidades, para mitigar suas fragilidades que afetam a qualidade de vida da sua população, ou seja, fazer do município um lugar preparado para pessoas idosas, contudo, sendo um lugar melhor para as pessoas idosas será também um lugar melhor para todas as idades.

As políticas públicas para população idosa devem também contemplar o âmbito do espaço urbano municipal, pois o envelhecimento populacional reflete o modo como a pessoa viveu ao longo de sua vida e as desigualdades sociais municipais e regionais são reproduzidas e ampliadas no envelhecimento, portanto, somente pela a ampliação das garantias sociais, políticas e econômicas, para além daquelas já existentes legalmente, o fortalecimento da democracia e a cidadania com mais dignidade e saúde durante o processo de envelhecimento poderá promover maior qualidade de vida no município (Escorsim, 2021).

Foi observado que envelhecimento populacional pressiona os municípios a melhorarem serviços como o de saúde, educação, segurança, trabalho e renda, mobilidade, lazer, acessibilidade, infraestrutura urbana, pois a concretização desse direito fundamental da população brasileira é de interesse para população de todas as idades, por responder a uma necessidade atual e futura de nossa sociedade. Logo, os governantes, gestores, conselhos de direitos da pessoa idosos, entre outros, precisam incluir em suas pautas prioritárias essa questão.

Assim, urge a necessidade de ações que possibilitem melhoria na qualidade de vida e para isso os gestores precisam entender que a população idosa necessita de políticas que garantam a realização dos seus direitos sociais. Assim, deve existir articulação e integração entre os diversos órgãos do governo com o objetivo de garantir essa qualidade de vida. As políticas intersetoriais podem contribuir para a qualidade de vida da população idosa, sendo importante repensar a maneira de como são implementadas as políticas públicas voltadas para o envelhecimento.

Não se pode buscar aqui generalizações acerca do envelhecimento nos municípios do estado de Goiás, mas é sabido que a infraestrutura de cada município proporciona maior ou menor exposição as vulnerabilidades. É preciso conscientizar e sensibilizar a sociedade e governantes que o processo de envelhecimento se agrava com as desigualdades sociais e municipais existentes, portanto, requer um olhar diferenciado sobre as novas dinâmicas do envelhecimento para o município, pois sendo o envelhecimento um fenômeno coletivo,

particularizado no curso de vida de cada pessoa, somente por meio de mudanças profundas será possível oferecer melhor qualidade de vida para essa parcela da população.

Assim, o município deve ser um lugar de promoção do envelhecimento saudável e ativo ao longo da vida para que a pessoa prolongue suas capacidades até o fim da vida. De acordo com a OMS (2008) as cidades e comunidades amigas das pessoas idosas desenvolvem ações para a população idosa que perpassam domínios relacionados aos serviços públicos e municipais e aos ambientes físicos e sociais.

Como limitação deste estudo tem-se a ausência de dados atualizados referente a renda per capita da população idosa de cada município, o que poderia ter enriquecido mais ainda as análises realizadas. Sugere-se como estudos futuros uma nova investigação sobre a qualidade de vida nos municípios do estado de Goiás após a implantação de ações que fomentem a qualidade de vida para a população envelhecida e para a população que envelhece, contribuindo para uma compreensão mais profunda dos níveis de qualidade de vida nas diferentes fases do envelhecimento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marco A. Bettine. GUTIERREZ, Gustavo Luis. MARQUES, Renato. Qualidade de Vida definição, conceito e interfaces com outras áreas de pesquisa. **Escola de Artes, Ciências e Humanidades**. São Paulo. 2012.

ALVES, J. E. Diniz. Bônus demográfico no Brasil: do nascimento tardio à morte precoce pela Covid-19. **Revista Brasileira de Estudos de População** vl 37. 2020. DOI: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0120>.

AMARAL, P. Vasconcelos. LEMOS, M. Borges. CHEIN, Flávia. **Disparidades em Minas Gerais: uma Aplicação Regional de Métodos de Análise Multivariada**. Análise Econômica, ano 28, Porto Alegre, n.54, setembro 2010.

ARTES, Rinaldo. BARROSO L. Pereira. **Métodos Multivariados de Análise Estatística**. Ed.Blucher, SP.2023.

BAGOLIN, I. Pengo. SALATA, André. **Incidência de Pobreza entre os idosos: 2012-2022**. Laboratório de Desigualdades, Pobreza e Mercado de Trabalho – PUCRS Data Social. Porto Alegre, 2022.

BARBOSA, R. Maria. Resenha do livro “Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo”, de Markus Vinicius Nahas. **Revista Brasileira de Ciências e Esporte**, Florianópolis, v. 34, n. 2. Manaus, p. 513-518, abr-jun. 2012.

BARBOSA, K. T. Fernandes. OLIVEIRA, F. M. R. Lopes. FERNANDES, M.G. Melo. Vulnerabilidade da pessoa idosa: análise conceitual. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEN**. nov.2019. UFPB. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0728>.

BOHN, L. ERVILHA, G. T. DALBERTO, C. R. IDHM e Eficiência: O desenvolvimento municipal sob um novo prisma. In: **43º Encontro Nacional de Economia**. ANPEC, 2015.

BONICENHA, R. Cardoso. **Envelhecimento na cidade: considerações a partir de uma metrópole brasileira**. Oculum Ensaios, v. 21, e2412983, 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. art.230.Brasília-DF.2020.

BRASIL. **Lei nº 8.842/1994**. Política Nacional do Idoso - PNI. Brasília-DF. 1994. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm#. Acesso: 12 nov. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.741/2003**. Estatuto da Pessoa Idosa - EPI. Brasília-DF. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso: em 12 nov.2023.

BRASIL. **Portaria nº 2.528/2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília-DF. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso: 15 nov. 2023.

CAETANO, Marcelo. A. R. RANGEL, Leonardo. A. PEREIRA, Eduardo S. ANSILIERO, Graciela. PAIVA, Luis. H., COSTANZI, Rogério. N. **O fim do fator previdenciário e a introdução da idade mínima: questões para a previdência social no Brasil**. Brasília: IPEA, 2016.

CAMARANO, A. A. KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão. **Como vive o idoso brasileiro?** Capítulo 1. In: CAMARANO, Ana Amélia (org.). Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, A. A. **Novo Regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento**. IPEA. Rio de Janeiro. 2014.

CARDOSO, Eliana. DIETRICH, T. Peres. SOUZA. A. Portela. Envelhecimento da População e Desigualdade. **Revista de Economia Política**, vl 41. n.1 jan-mar 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-31572021-3068>.

CHIARELLI, T. Monique. BATISTONI, S. S. Tavares. **Trajetória das políticas públicas brasileiras para pessoas idosas frente a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030)**. Revista Kairós-Gerontologia, v. 25, n. 1, p. 93-114, 2022. Acessado: 06 dez. 2024.

CÔRTE, Beltrina. BRANDÃO, Vera. Longevidade Avançada – A reinvenção do tempo. **Revista Kairós - Gerontologia**. 213-241. ISSN 2176-901X, FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. 2018.

COSTA, J. Sousa. Velhice, ideologia e crítica: uma análise sobre a participação, protagonismo e empoderamento dos (as) velhos (as) nos espaços das conferências. **Dissertação de Mestrado**. Unesp. Franca. 2015.

CRESWELL. John W. **Projeto de Pesquisa Método Qualitativo Quantitativo e Misto**. Artmed. Porto Alegre. 2010.

CRUVINEL, Evelyn de Castro; SATEL, Clecia I. Rosa; MARINHO, Fernanda Vitória da Mota. **População idosa em Goiás 2020**. Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos-IMB. Goiânia. 2021.

CRUVINEL, Evelyn de Castro; SATEL, Clecia I. Rosa; MARINHO, Fernanda Vitória da Mota. **Índice de desempenho dos Municípios goianos – 2020/2021**. Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos-IMB. Goiânia. 2022.

DATASUS. Tecnologia de Informações a serviço do SUS. Tabnet. **Informações de Saúde**. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?logtabnet/log.def>. Acesso: 15-07-24.

DEBERT, Guita Grin. **A Reivenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento**. Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 2011.

DUARTE, Yeda A.Oliveira. LEBRÃO, M. Lúcia. SANTOS, Jair L. Ferreira. SILVA, N. Nunes. 10 Anos do Estudo SABE: antecedentes, metodologia e organização do estudo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180002.supl.2>

ESCORSIM, S. Maria. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. **Revista Serviço Social & Sociedade**. Universidade Federal do Paraná – UFP. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.258>.

ESTERO-CLAVERO, Aurora. AYORA-FOLCH, Ana. MACIÁ-SOLER, Loreto. MOLÉS-JULIO, Maria Pilar. Fatores associados à qualidade de vida dos idosos. **Revista Acta Paul Enferm**. 2018; 31 (5):542-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800075>

GALISTEU, K. J. FACUNDIM, S. D. RIBEIRO, R.H.M. SOLER, Zaida A.S.G. Qualidade de Vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. **Revista Arquivos de Ciência e Saúde**. out-dez. 2006.

GEIB, L. Teresinha. Determinantes Sociais da saúde do idoso. 2012. **Revista de Saúde Coletiva**. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100015>

GIACOMIN, K. Cristina. Até quando? **Ciência & Saúde Coletiva**, vl 28, nº 11. nov.2023. DOI: 10.1590/1413-812320232811.14012023

GOIÁS. **Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa**. Disponível: <https://goias.gov.br/social/conselho-estadual-dos-direitos-da-pessoa-idosa-2/> Acesso: 15 dez. 24

GOIÁS. **Fundo Especial da Pessoa Idosa** Disponível: <https://goias.gov.br/social/wp-content/uploads/sites/24/files/Conselhos/CEDPI/fundoPESSOAIDOSAFundosHabilitados2024GOIAS.pdf> Acesso: 15 dez.24

GOMES, I. Soleira. MAFRA, S.C. Tavares. MELO, M.S. Souza. SANTOS, N. Bahlis. SALGADO, S.M. Lopes. OLIVEIRA, M. de Paula. Concepções e práticas de gestão relacionadas à política do envelhecimento ativo em um município C1. **Revista: Serviço Social em Revista**. vol 26. nº 1. p.121-147. Jan-Jul 2023.

GONÇALVES, Anderson. ALVES, Luciana Correia. Idade Prospectiva e as novas medidas de envelhecimento Populacional: indicadores para o Brasil e suas cinco regiões. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**. Vl 41. 2024. DOI: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0278>

GUIA Global: **Cidade Amiga do Idoso**. OPAS. 2008. Disponível: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/Brasil_Amigo_Pessoa_Idosa/publicacao/guia-global-oms.pdf. Acesso: 30 dez. 2024.

HADDAD, Marcos B. As Regiões Goianas sob o Aspecto da Nova Divisão Geográfica do IBGE: O Formal e o Real, o Imediato e o Intermediário. **Revista de Economia Regional Urbana do Trabalho**. V1 08. n ° 01. 2019

IBGE. Censo 2022: **De 2010 a 2022 população brasileira cresce 6,5% e chega a 203,1 milhões**. Disponível: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37237>> Acesso: 12 dez. 2023.

IBGE Censo Demográfico 2022. **População por idade e sexo. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Pessoas idosas (60 anos ou mais de idade). IBGE 2023. Disponível: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?view=detalhes&id=2102038>. Acesso: 16 dez. 2023.

IBGE. **Divisão Geográfica do Brasil em Regiões Geográficas Imediatas e Regiões Geográficas Intermediárias**. 2017. Atualizado em 2018. Disponível: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100600.pdf>. Acesso: 26 dez. 2023.

IPEA. Questões do desenvolvimento - Medindo o bem-estar das populações. **Revista de Informações e Debates do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. ed.55. Ano 7. 2009. Disponível: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2294:catid=28&Itemid=23#:~:text=. Acesso: 02 jan.2024.

JOHNSON, R Arnold; WICHERN, Dean W. **Applied multivariate statistical analysis**. 5th ed. - Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall, 2002.

LIMA, B. Malavazzi. ARAÚJO, F. Andrade. SCATTOLIN, F. A. Araújo. Qualidade de vida e independência Funcional de idosos frequentadores do clube do clube do idoso do município de Sorocaba. **ABCS Health Sciences Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v41i3.907>,

MATOS, D. A. Seabra. RODRIGUES, E. Castilho. **Análise Fatorial**. Coleção Metodologias de Pesquisa. Escola Nacional de Administração Pública-ENAP. 2019.

MEC. Ministério da Educação. **Universidades oferecem projetos voltados a idosos da comunidade**. Disponível: <http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/terceira-idade>. Acesso: 15 fev. 2024.

MENDES, Marcia R.S.S. Barbosa. GUSMÃO, Josiane Lima. FARO, Ana Cristina M. LEITE, Rita de Cassia B. **A situação do idoso no Brasil: uma breve consideração**. Acta Paul Enf. dez. 2005.

MINAYO, M. C. Souza. FIRMO, Josélia O. Araújo. Longevidade: bônus ou ônus? **Ciência e saúde coletiva**. Jan 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.31212018>.

MIRANDA, Gabriella M. D. MENDES, Antônio C.G. SILVA, Ana Lúcia A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências atuais e futuras. **Revista Brasileira de**

Geriatria e Gerontologia. mai-jun 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

MPGO. Ministério Público Estado de Goiás. **Conselho Municipal da Pessoa Idosa Fundo Municipal da Pessoa Idosa. Gui Prático para Criação de Conselhos Municipais de Direitos da Pessoa Idosa e dos Respectivos Fundos Municipais.** 2021. Disponível: <https://goias.gov.br/social/wp-content/uploads/sites/24/2023/05/guia-817.pdf> Acesso: dez.2024

NASCIMENTO, M. Vieira. DIÓGENES, V.H. Dias. Transição Demográfica no Brasil: um estudo sobre o impacto do envelhecimento populacional na Previdência Social. **Revista Evidenciação Contábil e Finanças.** v. 8, n. 1. Jan/abril 2020 DOI: 10.22478/ufpb.2318-1001.2020v8n1.45463.

OLIVEIRA, Renata B; SOUSA, Eliane P; RODRIGUES, Alessandra M. G. Análise do bem-estar municipal no nordeste brasileiro sob a ótica do IDHM eficiente. **Revista de Ciências da Administração.** vl 25, n.65 p. 1-17, jan.-abr. 2023. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-8077.2023.e60280>.

OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: 1a edição traduzida para o português 2005. OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf> Acesso: 12 nov. 2023

PASKULIN, L.M. Girardi. CÓRDOVA, F. Peixoto. COSTA, Francine M. VIANNA, L. A. Carneiro. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem.** 2009.

PEREIRA, Érico Felden. TEIXEIRA, Clarissa Stefani. SANTOS, Anderlei. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação e Esporte.** Junho 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>

PRADO, Maria A. LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. SHIRAISHI, Guilherme de F. Qualidade de vida, envelhecimento populacional e relações intergeracionais: impactos para o ambiente empreendedor. **EMPRAD-Encontro dos Programas de Pós-Graduação Profissionais em Administração.** ISSN 2448-3087 -30, 31 de agosto e 1 de setembro de 2017. FEA/USP-SP.

PREARO, L. Campi. MARACCINI, M. Clara; ROMEIRO, M. Carmo. Fatores determinantes do Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Políticas Públicas.** nº 1, V 5, 2015. Brasília.

REZENDE, Cristiane B. **A velhice na família: estratégias de sobrevivência.** Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Universidade Estadual Paulista. Franca. UNESP. 2008

RIBEIRO, M. Araújo. SOARES, L. S. Abreu. TEIXEIRA, E. Camargos. Envelhecimento populacional e vulnerabilidade social: o caso do estado de Minas Gerais. **Revista Gestão e Regionalidade**. vl 39. Jan-dez 2023. DOI: <https://doi.org/10.13037/gr.vol39.e20237769>.

RIBEIRO, E.C.S. GHIGGINO, L.T. VALENTIM A. A. F. Karina C. M. JUNIOR, P.C.P. C. FERREIRA, A. A. **Fatores Sociodemográficos associados a não longevidade e longevidade em idosos no Brasil**. Estud. Interdiscipl. Envelhec. vol, 29, Porto Alegre, 2024. DOI: 10.22456/2316-2171.134979

ROCHA, J. P. OLIVEIRA, G.G. JORGE, L.B. RODRIGUES, F. R. MORSCH, P.BÓS, A.J.G. Relação entre funcionalidades e autopercepção de saúde entre idosos jovens e longevos brasileiros. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá. 2017. DOI: <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2017v10n2p283-291>

RODRIGUES, Fernanda. TOBIAS, G. Camargo. AMORIM, A. M. Moraes. TEIXEIRA, C. Chagas. Óbitos evitáveis de idosos em Goiás: reflexo da atenção primária. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde** - RBS, Vitória, 22 (3) jul-set, 2020.

RUIDIAZ-GÓMEZ, Keydis Sulay. CACANTE-CABALLERO, Viviana. Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. **Brazilian of Jornal Development**. Curitiba, v.6, n.10, p.75204-75220. oct.2020. DOI: 10.34117/bjdv6n10-083.

SAAB, Flávio. DIAS, F. Oliveira, LOPES, A. Vaz. RAMALHO, P. I. Sebba. Políticas Públicas e Desenvolvimento Humano: Fatores que impactam o IDH em municípios brasileiros. **Revista de Administração, Contabilidade e Economia**. Joaçaba, vl 20. n.20. jan-abr 2021. DOI: <https://doi.org/10.18593/race.23354>

SEDS- Secretaria de Estado e Desenvolvimento Social. **Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa de Goiás**. CDPI-GO. Disponível: <https://goias.gov.br/social/conselho-estadual-dos-direitos-da-pessoa-idosa-2/>. Acesso: 20 fev.2024

SBGG. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **O que é Geriatria e Gerontologia?** Disponível: <https://sbgg.org.br/espaco-cuidador/o-que-e-geriatria-e-gerontologia/> Acesso: 12 dez.2023.

SBGG. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **OMS Divulga Metas para 2019, desafios impactam a vida de idosos** (2019). Disponível:<https://sbgg.org.br/oms-divulga-metas-para-2019-desafios-impactam-a-vida-de-idosos>. Acesso: 26 dez.2023.

SANTOS, L. D.; MARTINS, I. Monitoring urban quality of life: the Porto experience. **Social Indicators Research**, v. 80, p. 411-425, 2007.

SANTOS, L. R. O; OLIVEIRA, B. S. **Goiás em dados 2022**. Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos - IBM, Goiânia. 2022.

SANTOS, M. G. Amaranto. ALVIN, A. M. Moreira. Comparação entre as regionalizações do IBGE de 1990 e 2017 em Minas Gerais: Breves Discussões. **Revista de Geografia em Atos**. Ano 2022. v. 6, n.2, p. 220-224. DOI: <https://doi.org/10.35416/geoatos.2022.9084>

SCARPIN, Jorge Eduardo. BOFF, Marines Lucia. Relações entre os indicadores de renda per capita e a esperança de vida ao nascer nos municípios dos estados da região do sul do Brasil: um estudo empírico. **Revista Alcance** - Eletrônica v. 15, nº 02. ISSN 1983-716X, UNIVALI maio-ago. 2008.

SCHNEIDER, R. Heberto. IRIGARAY, T. Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Revista Estudos de Psicologia**. Campinas. out-dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>.

SILVA. Thallyta C. Martins, ARAÚJO, E. Santos, **Índice Goiano de Longevidade**. Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. Estado de Goiás-Secretaria de Estado Gestão e Planejamento. 2018

SOUSA, N. F. Silva. LIMA, M. Guimarães. BARROS, M. B. Azevedo. Desigualdades sociais em indicadores de envelhecimento ativo: estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24432019>

TURRA, Cássio M. Os ajustes inevitáveis da transição demográfica no Brasil. In: ANDRADE, M. Viegas. ALBUQUERQUE, E. Motta (org.). Alternativas para uma crise de múltiplas dimensões. Belo Horizonte: **CEDEPLAR** - UFMG, 2018.

VERAS, R. Peixoto. Doenças crônicas e logenvidade: desafios futuros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230233.pt>

WHO. World Health Organization (2002). Active Ageing **A Police Framework**.2022 Disponível: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>. Acesso: 15 nov. 2023.

APÊNDICE A - Mesorregiões e Microrregiões do estado de Goiás.

Mesorregiões e Microrregiões do estado de Goiás.

Mesorregiões	Nº de Municípios	Microrregiões	Nº de Municípios das Microrregiões	Municípios das Microrregiões
Nordeste Goiano	23	São Miguel do Araguaia	7	São Miguel do Araguaia, Crixás, Mozarlândia, Nova Crixás, Mundo Novo, Novo Planalto e Uirapuru
		Rio Vermelho	9	Goiás, Jussara, Aruanã, Araguapaz, Faina, Britânia, Santa Fé de Goiás, Itapirapuã, Matrinchã
		Aragarças	7	Aragarças, Piranhas, Bom Jardim de Goiás, Montes Claros de Goiás, Baliza, Arenópolis, Diorama
Norte Goiano	27	Porangatu	19	Niquelândia, Porangatu, Uruaçu, Minaçu, Campinorte, Mara Rosa, Santa Teresinha de Goiás, Alto Horizonte, Montividiu do Norte, Bonópolis, Formoso, Amaralina, Mutunópolis, Campinaçu, Trombas, Santa Teresa de Goiás, Estrela do Norte, Nova Iguaçu de Goiás e Campos Verdes
		Chapada dos Veadeiros	8	Campos Belos, São João da Aliança, Cavalcante, Monte Alegre de Goiás, Alto Paraíso de Goiás, Teresina de Goiás, Colinas do Sul e Nova Roma
Centro Goiano	82	Ceres	22	Goianésia, Itapuranga, Itapaci, Ceres, Rubiataba, Uruana, Barro Alto, Rialma, Carmo do Rio Verde, Nova Glória, São Luiz do Norte, Rianápolis, Santa Isabel, Hidrolina, Santa Rita do Novo Destino, Ipiranga de Goiás, Nova América, Pilar de Goiás, Morro Agudo de Goiás, São Patrício, Guaraíta e Guarinos
		Anápolis	20	Anápolis, Inumas, Jaraguá, Itaberá, Petrolina de Goiás, Nova Veneza, Itauçu, Campo Limpo de Goiás, São Francisco de Goiás, Itaguaru, Caturai, Itaguari, Ouro Verde de Goiás, Heitorai, Brazabrantes, Taquaral de Goiás, Araçu, Damolândia, Jesópolis, Santa Rosa de Goiás
		Iporá	10	Iporá, Fazenda Nova, Amorinópolis, Novo Brasil, Jaupaci, Israelândia, Ivolândia, Córrego do Ouro, Moiporá, Cachoeira de Goiás

		Anicuns	13	São Luis de Montes Belos, Anicuns, Firminópolis, Nazário, Sancrerlândia, Santa Bárbara de Goiás, Americano do Brasil, Turvânia, Mossâmedes, Aurilândia, Adelândia, Buriti de Goiás e Avelinópolis
		Goiânia	17	Goiânia, Aparecida de Goiânia, Trindade, Senador Canedo, Goiania, Bela Vista de Goiás, Nerópolis, Hidrolândia, Guapó, Goianápolis, Aragoiânia, Bonfinópolis, Abaia de Goiás, Terezópolis de Goiás, Leopoldo Bulhões, Santo Antônio de Goiás e Caldazinha
Leste Goiano	32	Vão do Paraná	12	Posse, Flores de Goiás, Iaciara, São Domingos, Mambai, Alvorada do Norte, Simolândia, Divinópolis de Goiás, Guaraní de Goiás, Diamianópolis, Buritinópolis, Sítio D'Abadia
		Entorno do DF	20	Águas Lindas de Goiás, Luziânia, Valparaíso de Goiás, Formosa, Novo Gama, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, Cidade Ocidental, Cristalina, Padre Bernardo, Alexânia, Pirenópolis, Cocalzinho de Goiás, Abadiânia, Corumbá de Goiás, Cabeceiras, Vila Boa, Vila Propício, Água Fria de Goiás e Mimoso de Goiás
Sul Goiano	82	Sudoeste do Goiás	18	Rio Verde, Jataí, Mineiros, Santa Helena de Goiás, Caiapônia, Maurilândia, Montividiu, Chapadão do Céu, Santa Rita do Araguaia, Serranópolis, Dorvelândia, Santo Antônio da Barra, Aporé, Portelândia, Palestina de Goiás, Castelândia, Perolândia, Aparecida do Rio Doce
		Vale do Rio dos Bois	13	Palmeiras de Goiás, Acreúna, Indiara, Edéia, Paraúna, Cezarina, Jandaia, Turvelândia, Varjão, Edealina, Campestre de Goiás, Palminópolis e São João da Paraúna
		Meia Ponte	21	Itumbiara, Caldas Novas, Morrinhos, Goiatuba, Bom Jesus de Goiás, Piracanjuba, Pontalina, Buriti Alegre, Vicentinópolis, Cahoeira Dourada, Joviânia, Inaciolândia, Rio Quente, Porteirão, Cromínia, Professor Jamil, Panamá, Mairipotaba, Marzagão, Aloândia, e Água Limpa

		Pires do Rio	10	Pires do Rio, Silvânia, Orizona, Vianópolis, São Miguel do Passa Quatro, Gameleira de Goiás, Urutaí, Cristianópolis, Santa Cruz de Goiás e Palmelo,
		Catalão	11	Catalão, Ipameri, Corumbáiba, Campo Alegre de Goiás, Ouvidor, Goiandira, Cumari, Três Ranchos, Nova Aurora, Davinópolis e Anhanguera
		Quirinópolis	9	Quirinópolis, São Simão, Caçu, Cahoeira Alta, Paranaíguara, Itarumã, Gouvelândia, Itajá, e Lagoa Santa
5	246	18		

Fonte: Cidade-Brasil. Adaptado pelo autor.

APENDICE B - Fatores e Matrizes de Correlação

Análise dos Fatores				
Fator	Autovalor	Diferença	Proporção	Cumulativo
Fator 1	5,74780	3,52708	0,4502	0,4502
Fator 2	2,22072	0,86937	0,1739	0,6241
Fator 3	1,35134	0,27622	0,1058	0,73
Fator 4	1,07512	0,26504	0,0842	0,8142
Fator 5	0,81008	0,09927	0,0634	0,8776
Fator 6	0,71081	0,18051	0,0557	0,9333
Fator 7	0,53029	0,08810	0,0415	0,9748
Fator 8	0,44219	0,00659	0,0346	1,0094
Fator 9	0,43560	0,08366	0,0341	1,0436
Fator 10	0,35195	0,12772	0,0276	1,0711
Fator 11	0,22422	0,04953	0,0176	1,0887
Fator 12	0,1747	0,02124	0,0137	1,1024
Fator 13	0,15346	0,02980	0,012	1,1144
Fator 14	0,12365	0,06084	0,0097	1,1241
Fator 15	0,06282	0,02941	0,0049	1,1290
Fator 16	0,03341	0,01674	0,0026	1,1316
Fator 17	0,01667	0,01667	0,0013	1,1329
Fator 18	0,00000	0,00113	0,0000	1,1329
Fator 19	-0,00113	0,00481	-0,0001	1,1328
Fator 20	-0,00593	0,01747	-0,0005	1,1324
Fator 21	-0,02340	0,02720	-0,0018	1,1305
Fator 22	-0,05061	0,04390	-0,0040	1,1266
Fator 23	-0,09451	0,06906	-0,0074	1,1192
Fator 24	-0,16357	0,03895	-0,0128	1,1064
Fator 25	-0,20252	0,03075	-0,0159	1,0905
Fator 26	-0,23327	0,03337	0,0183	1,0722
Fator 27	-0,26664	0,04382	-0,0209	1,0513
Fator 28	-0,31046	0,03463	-0,0243	1,0270
Fator 29	-0,34509	.	-0,027	1,0000

Fonte: Resultado da pesquisa (2024)

Matriz 1 Correlação dos fatores em estudo

> municp_ext_pob = 0
(obs=210)

	F1	F2	F3	F4	IQ_60m	Ind_Env
F1	1,0000					
F2	0,0362	1,0000				
F3	0,0344	0,0125	1,0000			
F4	0,,0106	0,0504	0,0238	1,0000		
IQ_60	0,2347	0,1078	0,1120	0,1777	1,0000	
Ind_Env	0,0273	-0,0837	0,0588	0,0540	0,0402	1,0000

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Matriz 2- Correlação dos fatores em estudo						
>municp_ext_pob = 1						
(obs=36)						
	F1	F2	F3	F4	IQ_60m	Ind_Env
F1	1,0000					
F2	0,1795	1,0000				
F3	-0,1329	-0,0258	1,0000			
F4	-0,0206	0,0980	0,1235	1,0000		
IQ_60	0,3392	0,0832	-0,0517	0,0750	1,0000	
Ind_Env	-0,1166	0,1214	-0,1897	0,0608	-0,2053	1,0000

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Matriz 3 - Correlação dos fatores em estudo							
by _10m, sort: corr	F1	F2	F3	F4	IQ_60m	Ind_End	
> _10m = 0							
(obs=194)							
	F1	F2	F3	F4	IQ_60m	Ind_Env	
F1	1,0000						
F2	0,0731	1,0000					
F3	-0,0048	0,0052	1,0000				
F4	0,0006	0,0537	0,0529	1,000			
IQ_60m	0,2399	0,1654	0,0150	0,1536	1,0000		
Ind_Env	0,0087	-0,0458	0,0275	0,1064	-0,0209	1,0000	

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Matriz 4. Correlação dos fatores em estudo							
by _10m, sort: corr	F1	F2	F3	F4	IQ_60m	Ind_End	
> _10m = 1							
(obs=194)							
	F1	F2	F3	F4	IQ_60m	Ind_Env	
F1	1,0000						
F2	-0,0025	1,0000					
F3	0,0768	0,0179	1,0000				
F4	0,0277	-0,0887	-0,0971	1,000			
IQ_60m	0,2886	-0,1076	0,3232	0,1944	1,0000		
Ind_Env	0,0194	-0,1264	0,0182	-0,0800	0,1580	1,0000	

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Matriz 5. Correlação dos fatores em estudo

by _20m, sort: corr	F1	F2	F3	F4	IQ_60m	Ind_End
> _20m =0						
(obs=209)						
	F1	F2	F3	F4	IQ_60m	Ind_End
F1	1,0000					
F2	0,0392	1,0000				
F3	0,0328	0,0216	1,0000			
F4	-0,0188	0,0228	0,0477	1,000		
IQ_60m	0,2397	0,0924	0,0810	0,1222	1,0000	
Ind_End	0,0154	-0,0771	0,0374	0,0222	0,0091	1,0000

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Matriz 6. Correlação dos fatores em estudo

by _20m, sort: corr	F1	F2	F3	F4	IQ_60m	Ind_End
> _20m =1						
(obs=37)						
	F1	F2	F3	F4	IQ_60m	Ind_End
F1	1,0000					
F2	0,1494	1,0000				
F3	-0,1457	-0,0501	1,0000			
F4	0,0839	0,0514	-0,0848	1,000		
IQ_60m	0,3508	0,1773	0,1042	0,4756	1,0000	
Ind_End	-0,1484	-0,0132	-0,1868	0,1888	0,5780	1,0000

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Matriz 7. Correlação dos fatores em estudo

.by _50m, sort: corr	F1	F2	F3	F4	IQ_60m	Ind_End
> _50m =0						
(obs=210)						
	F1	F2	F3	F4	IQ_60m	Ind_End
F1	1,0000					
F2	0,038	1,0000				
F3	0,0292	-0,0251	1,0000			
F4	0,0405	0,0740	0,0318	1,000		
IQ_60m	0,2615	0,0729	0,1006	0,1460	1,0000	
Ind_End	0,0252	-0,0734	-0,0023	0,0500	0,0245	1,0000

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Matriz 8. Correlação dos fatores em estudo

by _50m, sort: corr	F1	F2	F3	F4	IQ_60m	Ind_End
> _50m =1						
(obs=36)						
	F1	F2	F3	F4	IQ_60m	Ind_End
F1	1,0000					
F2	0,2230	1,0000				

F3	-0,0609	0,1629	1,0000			
F4	-0,3242	-0,2242	0,1005	1,000		
IQ_60m	0,1635	0,3217	0,0018	0,2790	1,0000	
Ind_Env	-0,0702	-0,1411	0,0879	0,3398	-0,0580	1,0000

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Matriz 9. Correlação dos fatores em estudo

.by _100m, sort: corr F1 F2 F3 F4 IQ_60m Ind_End						
> _100m =0 (obs=236)						
	F1	F2	F3	F4	IQ_60m	Ind_Env
F1	1,0000					
F2	0,0557	1,0000				
F3	0,0221	0,0339	1,0000			
F4	-0,0126	0,0371	0,0590	1,000		
IQ_60m	0,2689	0,0971	0,1015	0,1728	1,0000	
Ind_Env	-0,0300	-0,0769	0,0086	0,0531	0,0214	1,0000

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Matriz 10. Correlação dos fatores em estudo

.by _100m, sort: corr F1 F2 F3 F4 IQ_60m Ind_End						
> _100m =1 (obs=10)						
	F1	F2	F3	F4	IQ_60m	Ind_Env
F1	1,0000					
F2	-0,0011	1,0000				
F3	-0,2157	-0,4531	1,0000			
F4	0,3106	-0,2404	-0,4531	1,0000		
IQ_60m	-0,0852	0,2451	-0,2404	-0,1103	1,0000	
Ind_Env	0,3415	0,0435	0,2451	0,0068	-0,2931	1,0000

Fonte: elaborado pela (2024)

Matriz 11. Correlação dos fatores em estudo

.by _500m, sort: corr F1 F2 F3 F4 IQ_60m Ind_End						
> _500m =0 (obs=234)						
	F1	F2	F3	F4	IQ_60m	Ind_Env
F1	1,0000					
F2	0,0672	1,0000				
F3	0,0204	0,0282	1,0000			
F4	0,0074	0,0155	0,0327	1,0000		
IQ_60m	0,2525	0,00877	0,0867	0,1493	1,0000	
Ind_Env	0,0047	-0,0289	0,0083	0,0700	0,0450	1,0000

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Matriz 12 Correlação dos fatores em estudo

by _500m, sort: corr F1 F2 F3 F4 IQ_60m Ind_End							
> _500m =1							
(obs=12)							
	F1	F2	F3	F4	IQ_60m	Ind_Env	
F1	1,0000						
F2	-0,2135	1,0000					
F3	-0,1288	-0,3583	1,0000				
F4	-0,0089	0,3086	0,0210	1,0000			
IQ_60m	0,2468	0,3882	0,2224	0,6562	1,0000		
Ind_Env	0,4642	-0,4766	-0,3813	-0,1586	-0,0859	1,0000	

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Matriz 13. Correlação dos fatores em estudo

.by _500m, sort: corr F1 F2 F3 F4 IQ_60m Ind_End							
> _500m = 0							
(obs=244)							
	F1	F2	F3	F4	IQ_60m	Ind_Env	
F1	1,0000						
F2	0,0669	1,0000					
F3	-0,0037	0,0246	1,0000				
F4	0,0034	0,0301	0,0319	1,0000			
IQ_60m	0,2469	0,1113	0,0764	0,1630	1,0000		
Ind_Env	0,0125	-0,0732	0,0248	0,0575	0,0181	1,0000	

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Matriz 14. Correlação dos fatores em estudo

by _500m, sort: corr F1 F2 F3 F4 IQ_60m Ind_End							
> _500m = 1							
(obs=2)							
	F1	F2	F3	F4	IQ_60m	Ind_Env	
F1	1,0000						
F2	-1,0000	1,0000					
F3	1,0000	-1,0000	1,0000				
F4	1,0000	-1,0000	1,0000	1,0000			
IQ_60m	1,0000	-1,0000	1,0000	1,0000	1,0000		
Ind_Env	-1,0000	1,0000	-1,0000	-1,0000	-1,0000	1,0000	

Fonte: elaborado pela autora (2024)

ANEXO C – Relatório Técnico

Título: Viver 60+

Resumo

O envelhecimento populacional e a busca pela qualidade de vida para população idosa se caracterizam como um desafio para sociedade, pois o envelhecimento é um fenômeno multifatorial envolvendo aspectos internos e externos do indivíduo (aspectos genéticos, biológicos, psíquicos, ambientais, econômicos e sociais). Desta forma, conhecer a realidade local, onde está inserida a pessoa idosa, a partir do estudo de variáveis que impactam na qualidade de vida é importante para a definição de ações que contribuam para participação ativa da pessoa idosa na sociedade com dignidade, segurança e respeito às suas necessidades. Assim, o Produto Técnico da Dissertação de Mestrado: Envelhecimento Populacional: um estudo dos municípios do estado de Goiás, objetiva mobilizar e incentivar toda comunidade, nos municípios de Goiás, à promoção de ações para um envelhecimento ativo e saudável, por meio da Cartilha “Viver 60+” elaborada com linguagem clara e objetiva para sensibilizar e conscientizar toda comunidade local, inspirando mudanças, para a participação plena da pessoa idosa na vida comunitária, com ações para um envelhecimento ativo e saudável.

Instituição/Setor:

Prefeituras dos municípios do estado de Goiás.

Público-Alvo da Iniciativa

Órgãos públicos, organizações da sociedade civil, entidades privadas e a população residente no município.

Descrição da situação-problema:

A longevidade humana é uma conquista da sociedade moderna e é atribuída aos avanços da medicina e da tecnologia, contudo, o impacto do envelhecimento populacional tem despertado preocupações frente às questões sociais econômicas e de saúde. (Silva, 2016).

O termo “envelhecimento ativo” definido pela Organização Mundial de Saúde - OMS (2005), é entendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, segurança e participação com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, na medida que as pessoas envelhecem.

A OMS (2020) apud Giacomini (2023) aborda que o envelhecimento com qualidade depende de vários fatores determinantes que incide na vida das pessoas idosas, nas famílias e na região incluindo desde as condições materiais como as sociais que afetam o comportamento e o sentimento das pessoas. Esses fatores, tanto observados individualmente ou combinados, uns com outros, ou entre si, reflete na qualidade de vida que impactam no processo de envelhecimento. Logo, buscar oferecer oportunidades para melhorar o envelhecimento individual e a vida em comunidade, com protagonismo das pessoas idosas e a oferta de cuidados centrados na pessoa idosa, coordenados e integrados com outras políticas públicas.

No Brasil o marco legal das políticas para as pessoas idosas é a Constituição Federal de 1988, seguido pela Política Nacional do Idoso - PNI, Lei 8.842/1994, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI, Portaria 2.528/2006, e o Estatuto da Pessoa Idosa, Lei 10.741/2003 (alterado pela Lei 14.423/2022), que além de possuírem um caráter protetivo visam preservar a qualidade de vida da população idosa e viabilizam meios para que exerçam sua cidadania. É um direito básico de envelhecer com dignidade e a proteção desse direito requer o compartilhamento de responsabilidades entre a família, governo e a sociedade (Silva, 2016).

Chiarelli e Batistoni (2022) citam que só as normas não adiantam, se estiverem desacompanhadas de políticas planejadas para a efetivação dos direitos e do desconhecimento por parte da sociedade, se a população idosa permanece ignorada no contexto social. Ciosak *et al.*, (2011) citam que a saúde e a qualidade de vida dos idosos, mais que em outros grupos etários, sofrem influência de múltiplos fatores: físicos, psicológicos, sociais e culturais, de tal forma que avaliar e promover a qualidade de vida da pessoa idosa significa considerar variáveis de distintos campos numa atuação interdisciplinar e multidimensional.

O censo demográfico de 2022, evidenciou que nas últimas quatro décadas a população idosa no estado de Goiás cresceu em mais de 6%. Em 1980 o percentual de pessoas de 65 anos ou mais era de 2,8% alcançado, em 2022, o percentual foi de 9,2%. Por outro lado, a população goiana de 0 a 14 anos, que em 1980 correspondia a 40,3%, em 2022, representou 20,3% (IBGE,2023).

Ainda, de acordo com o censo demográfico de 2022, tem-se que população residente no estado de Goiás, em 2022, era de 7.056.495 habitantes e distribuída em 246 municípios (IBGE,2023). Com base nos estudos sobre o envelhecimento populacional, qualidade de vida e considerando os dados apresentados pelo IBGE do censo demográfico, de 2022, do estado de Goiás, interessa-se conhecer como estão os municípios de Goiás, a partir do estudo das variáveis selecionadas, em relação ao seu envelhecimento populacional e sua qualidade de vida.

É importante que todos os municípios do Brasil, e em específico os do estado de Goiás, estejam engajados com ações contínuas que promovam a inclusão social da população idosa, pois todo município tem o dever de estar comprometido em fazer da sua cidade um local melhor para população que envelhece e envelhecida buscando a participação plena da pessoa idosa na vida comunitária.

Objetivos

Mobilizar e incentivar, nos municípios de Goiás, à promoção de ações para um envelhecimento ativo e saudável, por meio da Cartilha Viver 60+ que visa sensibilizar e conscientizar toda comunidade local inspirando mudanças para a participação plena da pessoa idosa na vida comunitária com ações para um envelhecimento ativo e saudável.

Análise/Diagnóstico da Situação-Problema:

Foram observados trabalhos como o de Sousa, Lima e Barros (2021) que analisou como as diferenças sociais podem dificultar ou diferenciar a vida de pessoas idosas. Os estudos de Rodrigues *et al.* (2020) apontaram que as pessoas idosas precisam ter suas necessidades atendidas adequadamente para mitigar os riscos de agravos à saúde, incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e que a maior exposição a riscos ambientais, sociais e ocupacionais, como acidentes de trabalho, de trânsito, homicídios e o estresse associado às mudanças socioeconômicas contribuem para a maior mortalidade principalmente entre pessoas idosas.

Os estudos de Gein (2012) defende que a forma como uma sociedade trata as pessoas idosas é determinante em como se envelhece coletivamente e individualmente, pois a saúde é afetada, ao longo da vida pelo ambiente externo e pelas características do contexto social, que geram desigualdades nas exposições e vulnerabilidades. Logo, os determinantes sociais interferem no bem-estar, independência funcional e na qualidade de vida das pessoas idosas e não podem ser desconsiderados nas intervenções.

A dissertação do Mestrado Profissional em Administração Pública pode contribuir no preenchimento de lacunas e de ausência de estudos que relacione o envelhecimento populacional e a qualidade de vida nos municípios de Goiás. Assim, esse estudo, com base nas variáveis estudadas, demonstrou indícios que, no estado de Goiás, há municípios que apresentaram, em conjunto, maior Índice de Envelhecimento Populacional - IEP e maior Índice de Qualidade de Vida – IQVID e há também municípios que apresentaram maior IEP e menor IQVID. Houve também municípios que não possuíam maior IEP, porém é importante que esses

municípios também estejam conscientes das ações para o envelhecimento ativo e saudável, pois além de ser uma questão mundial, só por meio do conhecimento e engajamento que será compreendido o processo natural da vida sem etarismo e outras discriminações.

Recomendação de intervenção

Como intervenção, a cartilha educativa “Viver 60+”, em formato digital e impressa encaminhada às prefeituras dos municípios de Goiás, dissemina informações relevantes e mobiliza a comunidade para iniciativas de empoderamento local na busca de ações para um envelhecimento ativo e saudável. A cartilha foi elaborada em linguagem simples, objetiva e inclusiva para alcançar toda a comunidade do município, órgãos públicos e privados, entre outros, para que se mobilizem no sentido de tornar seu município um lugar melhor para sua população idosa.

A Organização Pan americana da Saúde - OPAS, cita que a Década do Envelhecimento Ativo e Saudável 2021-2030 é a principal estratégia para a construção de uma sociedade para todas as idades, reunindo esforços dos governos, da sociedade civil, das agências internacionais, das equipes de profissionais, da academia, dos meios de comunicação social e do setor privado para melhorar a vida das pessoas idosas, das suas famílias e das suas comunidades (OPAS, 2024).

Para incentivar cidades e comunidades a se adequarem às necessidades da população que envelhece, foi criada a Rede Global da OMS de Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosa e, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, a região das Américas é a região que mais cresce nessa rede. Até dezembro de 2024, o Brasil possuía 50 cidades incorporadas à rede. Uma cidade ou comunidade amiga das pessoas idosas é um lugar que adapta seu serviço e suas estruturas para ser mais inclusiva e receptiva às necessidades da população para melhorar sua qualidade de vida na medida que envelhecem (OPAS, 2024)

Assim, o Produto Técnico, do estudo realizado, propõe mobilizar e incentivar a promoção de ações, nos municípios de Goiás, para um envelhecimento ativo e saudável cujo impacto social é conscientizar e mobilizar a sociedade para da importância dessas ações, o impacto científico é a repercussão que este estudo e seu produto técnico pode agregar a novos estudos e para as políticas públicas o impacto é poder contribuir para subsidiar novas políticas e também para o monitoramento e avaliação das políticas existentes.

A cartilha “Viver 60+” divulga o Estatuto da Pessoa Idosa, Lei Nº 10.741/2003 e os direitos assegurados às pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos e as Medidas de Proteção à Pessoa Idosa sempre que os direitos reconhecidos no Estatuto do Idoso forem ameaçados ou violados.

A cartilha evidencia também a importância da participação social para que tudo que esteja determinado no Estatuto da Pessoa Idosa seja devidamente cumprido, destaca a importância do município se organizar mobilizando diversos segmentos, como a saúde, educação, assistência social, planejamento urbano, segurança, esporte, trabalho, a comunidade e associações não governamentais, além do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, para consolidar a implementação de Programas às pessoas idosas, visando ao envelhecimento ativo e saudável e a melhoria da qualidade de vida. Ainda, a cartilha “Viver 60+” sugere ações de saúde, proteção, educação e segurança.

O PTT traz benefício de contribuir melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa destacando que só por meio de ações intersetoriais, colaborativas, se poderá otimizar a promoção do bem-estar e qualidade de vida à população idosa e que além da atuação do estado, o engajamento e a conscientização da comunidade e da família são essenciais.

Responsáveis

Anadélia Teles de Castro – Discente do Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública/UFG/PROFIAP.

Prof. Dr. Paulo Henrique Cirino Araújo – Orientador do Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública/UFG/PROFIAP.

Contatos:

anadeliacastro@discente.ufg.br

paulo.cirino@ufg.br

Data de realização do relatório:

15/12/2024 – 30/01/2025

Referências

- BRASIL. **Lei nº 10.741/2003**. Estatuto da Pessoa Idosa - EPI. Brasília-DF. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso: em 12 nov.2023.
- CHIARELLI, T. Monique. BATISTONI, S. S. Tavares. **Trajetória das políticas públicas brasileiras para pessoas idosas frente a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030)**. Revista Kairós-Gerontologia, v. 25, n. 1, p. 93-114, 2022. Acessado: 06 dez. 2024.
- CIOSAK, S.Itsuko. BRAZ, Elisabeth. COSTA, M.F.B.Neves. RODRIGUES, Juliana. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800022>
- GEIB, L. Teresinha. Determinantes Sociais da saúde do idoso. 2012. **Revista de Saúde Coletiva**. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100015>
- GIACOMIN, K. Cristina. Até quando? **Ciência & Saúde Coletiva**, vl 28, nº 11. nov.2023. DOI: 10.1590/1413-812320232811.14012023
- IBGE Censo Demográfico 2022. **População por idade e sexo. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Pessoas idosas (60 anos ou mais de idade). IBGE 2023. Disponível:<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?view=detalhes&id=2102038>. Acesso: 16 dez. 2023
- RODRIGUES, Fernanda. TOBIAS, G. Camargo. AMORIM, A. M. Moraes. TEIXEIRA, C. Chagas. Óbitos evitáveis de idosos em Goiás: reflexo da atenção primária. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde - RBS**, Vitória, 22 (3) jul-set, 2020.
- SILVA, M. R. Fátima. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. **Revista Serviço Social & Sociedade**. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.066>
- SOUSA, N. F. Silva. LIMA, M. Guimarães. BARROS, M. B. Azevedo. Desigualdades sociais em indicadores de envelhecimento ativo: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24432019>
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: 1a edição traduzida para o português 2005. Disponível:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf> Acesso: 12 nov. 2024.
- OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. **Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030)**. Disponível: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030> Acesso: 30 nov. 2024.



VIVER 60+



UFG
UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



PROFIAP

VIVER 60+

A qualidade de vida contribui para um envelhecimento ativo e saudável. Nesse sentido, é importante que o poder público e a comunidade local priorize ações onde a pessoa idosa seja inserida e compreendida nos contextos social, econômico, psicológico, cultural e familiar.

“É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”.

Lei N° 10.741/2003, artigo 3°
Estatuto da Pessoa Idosa



UFG
UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



PROFIAP



VIVER 60+

O Estatuto da Pessoa Idosa, Lei Nº 10.741/2003, regula os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos:

Direito à Vida;

Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade;

Dos Alimentos;

Do Direito à Saúde;

Da Educação, Cultura, Esporte e Lazer;

Da Profissionalização e do Trabalho;

Da Previdência Social;

Da Assistência Social;

Da Habitação; e

Do Transporte.



O Estatuto também regula as Medidas de de Proteção à Pessoa Idosa sempre que os direitos, reconhecidos, nesta lei, forem ameaçados ou violados:

- Por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;
- Por falta, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento; e

Em razão da sua condição social pessoal.

VIVER 60+

A participação social é elemento decisivo para que tudo que está determinado no Estatuto da Pessoa Idosa seja devidamente cumprido.

Estar antenado às políticas públicas para as pessoas idosas contribui para a aplicação, na prática, do Estatuto da Pessoa Idosa que assegura direitos e otimiza oportunidades para saúde, participação e segurança contribuindo para qualidade de vida.

Os municípios devem promover a inclusão das pessoas idosas, com diferentes necessidades e graus de capacidade, adaptando suas estruturas e serviços para que fiquem acessíveis a todos.



VIVER 60+

É importante que o município se organize mobilizando diversos segmentos, como: a saúde, educação, assistência social, planejamento urbano, segurança, esporte, trabalho, comunidade e associações não governamentais, além do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa idosa, para consolidar a implementação de Programas às pessoas idosas, visando ao envelhecimento ativo e saudável e a melhoria da qualidade de vida.

A melhoria da infraestrutura urbana é importante para tornar os espaços públicos mais acessíveis e outras ações de inclusão, como:



UFG
UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



PROFIAP

Viver 60+

Ações de Saúde:

- Unidades de atenção à pessoa idosa;
- Ações de prevenção de doenças;
- Acompanhamento da saúde da pessoa idosa;
- Promoção de atividades físicas: ginástica, alongamento e caminhadas;
- Parcerias da Unidade de Saúde com outros segmentos para sensibilização à mudança para um estilo de vida ativo e saudável;
- Ações para conscientização ao autocuidado com a saúde física, mental e alimentação;
- Ações de promoção para qualidade de vida, bem-estar e evitar o isolamento social



UFG
UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



PROFIAP

Viver 60+

Ações de Proteção:

- Acesso à moradia digna;
- Assistência Social para pessoas idosas em situação de vulnerabilidade econômica;
- Acolhimento Institucional para pessoas idosas em situação de risco ou insegurança;
- Capacitação dos profissionais ao acolhimento e atendimento às pessoas idosas;
- Centro dia para pessoa idosa;
- Centro de convivência para pessoas idosas;
- Parcerias para ações de socialização e entretenimento e lazer: atividades lúdicas, jogos de memória, artesanato, seresta, shows e teatro.

Ações de Participação:

- Participação em grupos de interesse - clubes, conselhos, comunidades, controle social, cursos;
- Redes de contato com amigos e familiares;
- Oportunidades de trabalho e renda;
- Inclusão social.



UFG
UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



PROFIAP



Viver 60+

Ações para Educação:

- Ações para inclusão digital;
- Educação para pessoas idosas;
- Divulgação e parcerias com cursos de graduação e pós graduação em gerontologia;
- Divulgação da Universidade Aberta do Brasil - UAB e da Universidade para população 60+
- Campanhas contra todos os tipos de violência à pessoa idosa.

Ações de Segurança e Infraestrutura:

- Praças/parques arborizados com calçamento adequado;
- Equipamentos públicos para exercícios físicos;
- Mobilidade - acesso a transportes adaptados;
- Acessibilidade - ruas com rampas, calçamento adequado, acesso à repartições públicas e comércios locais.



“[...] nós envelheceremos um dia, se tivermos este privilégio. Olhemos, portanto, para as pessoas idosas como nós seremos no futuro. Reconheçamos que as pessoas idosas são únicas, com necessidades e talentos e capacidades individuais, e não um grupo homogêneo por causa da idade”.

Kofi Annan

