

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 681

COMO VAI O IDOSO BRASILEIRO?

Ana Amélia Camarano (*coordenadora*)*

Kaizô Iwakami Beltrão**

Ana Roberta Pati Pascom*

Marcelo Medeiros*

Isabella Gomes Carneiro***

Ana Maria Goldani***

Ana Maria Nogales Vasconcelos***

Ana Maria Resende Chagas*

Rafael Guerreiro Osório*

Rio de Janeiro, dezembro de 1999

* Da Diretoria de Estudos Sociais do IPEA.

** Da Escola Nacional de Ciências Estatísticas do IBGE.

*** Consultora do Projeto REDIPEA.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO

Martus Tavares - Ministro

Guilherme Dias - Secretário Executivo



Presidente

Roberto Borges Martins

Diretoria

Eustáquio J. Reis

Gustavo Maia Gomes

Hubimaier Cantuária Santiago

Luís Fernando Tironi

Murilo Lôbo

Ricardo Paes de Barros

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, o IPEA fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais e disponibiliza, para a sociedade, elementos necessários ao conhecimento e à solução dos problemas econômicos e sociais dos países. Inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro são formulados a partir de estudos e pesquisas realizados pelas equipes de especialistas do IPEA.

TEXTO PARA DISCUSSÃO tem o objetivo de divulgar resultados de estudos desenvolvidos direta ou indiretamente pelo IPEA, bem como trabalhos considerados de relevância para disseminação pelo Instituto, para informar profissionais especializados e colher sugestões.

ISSN 1415-4765

SERVIÇO EDITORIAL

Rio de Janeiro – RJ

Av. Presidente Antônio Carlos, 51 – 14º andar – CEP 20020-010

Telefax: (21) 220-5533

E-mail: editrj@ipea.gov.br

Brasília – DF

SBS Q. 1 Bl. J, Ed. BNDES – 10º andar – CEP 70076-900

Telefax: (61) 315-5314

E-mail: editbsb@ipea.gov.br

© IPEA, 1998

É permitida a reprodução deste texto, desde que obrigatoriamente citada a fonte.

Reproduções para fins comerciais são rigorosamente proibidas.

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
APRESENTAÇÃO	
1 - INTRODUÇÃO	1
2 - CONCEITO DE IDOSO	3
3 - EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA.....	5
3.1 - Participação do Idoso na População Brasileira.....	5
3.2 - Estado Conjugal.....	8
3.3 - Distribuição Espacial.....	9
4 - MORTALIDADE.....	10
4.1 - Níveis.....	10
4.2 - As Causas de Morte entre a População Idosa.....	12
5 - CONDIÇÕES DE SAÚDE	16
5.1 - Morbidade.....	16
5.2 - Deficiências	20
6 - INSERÇÃO DO IDOSO NA FAMÍLIA.....	21
6.1 - Visão Geral.....	21
6.2 - Estrutura Familiar por Grupos de Renda.....	25
6.3 - Perfil dos Idosos Chefes	27
7 - ESCOLARIDADE	30
8 - INSERÇÃO DO IDOSO NO MERCADO DE TRABALHO	31
8.1 - Participação na Atividade Econômica.....	31
8.2 - Horas Trabalhadas	34
8.3 - Ocupação	36
8.4 - O Idoso Aposentado	38
8.5 - A População Não-Economicamente Ativa.....	40
9 - RENDIMENTOS	41
9.1 - Visão Geral.....	41
9.2 - Fonte dos Rendimentos	43
9.3 - A Participação da Renda do Idoso na Renda Familiar	45
10 - DEPENDÊNCIA.....	46
11 - EXPERIÊNCIAS DE SERVIÇOS SOCIAIS PARA IDOSOS	49
12 - SUMÁRIO DOS RESULTADOS	52
BIBLIOGRAFIA	56

RESUMO

Este trabalho mostra como vive o idoso brasileiro hoje e busca inferir se as suas condições de vida diferem das do idoso do passado recente. Além disto, observa outros impactos do envelhecimento sobre o Estado, a sociedade e a família.

Pode-se dizer que, em geral, o idoso hoje está em melhores condições de vida que a população mais jovem: ganha mais, uma parcela maior tem casa própria e contribui significativamente na renda familiar. Nas famílias cujos idosos são chefes, encontra-se uma proporção expressiva de filhos morando junto. Esta situação deve ser considerada à luz das transformações por que passa a economia brasileira, levando a que os jovens estejam experienciando grandes dificuldades em relação à sua participação no mercado de trabalho.

Observaram-se melhoras expressivas no nível de renda da população idosa ao longo do período estudado, quando medida pela proporção de idosos sem rendimentos. As mudanças foram bem mais expressivas entre as mulheres. Foi visto, também, que a pobreza entre os idosos está fortemente associada ao seu baixo nível educacional. Isso reflete menores oportunidades educacionais no passado, que afetaram principalmente as mulheres. Uma elevada proporção de chefes de famílias pobres é composta de mulheres. Outro fator de pobreza dessas famílias é o menor número de pessoas que trabalham, o que leva a uma dependência maior da renda do chefe.

Foi visto que as aposentadorias desempenham um papel muito importante na renda dos idosos. Pode-se concluir portanto que, no nível micro, o grau de dependência dos indivíduos idosos é determinado pela provisão de rendas por parte do Estado. Como uma parcela importante da renda familiar depende da renda do idoso, deduz-se que, quando o Estado reduz ou aumenta os benefícios previdenciários, não está simplesmente atingindo indivíduos, mas uma fração razoável dos rendimentos de famílias inteiras.

A literatura, em geral, parte da premissa de que o envelhecimento populacional e o aumento da longevidade ocasionam maior pressão nos serviços de saúde. Do que foi visto, parece que isto ocorre em termos de demandas por número de internações hospitalares. Entretanto, em termos de gastos públicos com saúde entre a população masculina, o grupo etário que apresentou os maiores gastos *per capita* foi o de 55 a 64 anos, não obstante as internações *per capita* crescerem com a idade. Já entre a população feminina, o grupo de 65 anos e mais foi o que apresentou gastos mais elevados.

Observou-se, no Brasil, um crescimento da participação do segmento populacional em idade avançada no mercado de trabalho basicamente entre as mulheres, o que deve ser reflexo do aumento geral da participação da mulher brasileira na força de trabalho, processo também verificado no plano internacional. Do que foi visto, parece que a renda constitui um incentivo para que tanto os homens quanto as mulheres parem de trabalhar mais tarde.

Concluindo, pode-se dizer que o aumento da longevidade conjugado com o momento pelo qual passa a economia brasileira, com efeitos expressivos sobre o jovem, têm levado o idoso a assumir papéis não esperados nem pela literatura, nem pelas políticas públicas. Isto faz com que a associação entre envelhecimento e aumento da carga sobre a família e o Estado não se verifique de forma tão direta.

ABSTRACT

The main purpose of this paper is to analyse living conditions of the Brazilian elderly population. One addressed question is whether being old today is different from the recent past. It also looks at some effects of ageing on the State, the society and the family.

The elderly population is in better conditions than the younger one. They are better paid, most of them live in their own houses and significantly contribute to family income. Among families headed by elderly a significant proportion of parents were found to live with their children. Such situation must be analysed in face of changes in the Brazilian economy which have resulted in high rates of unemployment among younger population.

Nowadays, the elderly population is in better conditions than in the recent past. Changes were more marked among females. It was also seen that poverty is strongly associated with low schooling. This is a consequence of reduced educational opportunities in the past which affected female population in a higher degree. A high proportion of poor families is headed by women. Another factor which might be affecting poverty among those families is a reduced number of working people which brings a major dependence on head's income.

It was also observed that Social Security benefits play a very important role in elderly income. At a micro level, the dependence of elderly is determined by the State. As a large proportion of familial income depends on elderly income, it is suggested that when benefit's values change, this affects the whole family.

Literature in general, assumes that ageing brings about a higher pressure on health services. This seems to be true when number of hospital beds demanded by old people are considered. Nevertheless, the most male costly age group to the State is the 55-64 years old group. Among the female population, the expenditure of the population aged 65 years and over was the highest among all age groups.

Old people work more now than in the past, especially female ones. This probably has been a result of an increase on the women participation in labour force but this has also occurred in other countries. Income seems to be an incentive for women and men to work at advanced ages.

In conclusion, one may say that an increase on longevity and the difficulties faced by the young people on the labour market has resulted in the fact that the elderly population has been taking over unexpected roles. Therefore, the relationship between ageing and the increasing family and State burden is not so straight.

APRESENTAÇÃO

To add life to the years that have been added to life

Adicionar qualidade de vida aos anos de vida que já foram adicionados

(Princípio das Organizações das Nações Unidas para o Ano Internacional do Idoso)

O ano de 1999 foi consagrado pela Organização das Nações Unidas como *Ano Internacional do Idoso*. Os princípios das Nações Unidas visam assegurar que seja dada atenção prioritária às pessoas idosas. Os pontos básicos considerados são: dignidade, participação, independência, cuidados e auto-realização.

A preocupação com a população idosa no final deste século surge pela constatação de que uma das maiores conquistas sociais do século XX foi o aumento da longevidade. Jamais uma vida adulta tão longa foi experienciada de forma tão massiva pela população de quase todo o mundo. É sabido que durante a maior parte da História da humanidade somente uma em cada 10 pessoas teria sobrevivido ao 65º aniversário. Hoje, nos países desenvolvidos oito em cada 10 pessoas ultrapassam os 65 anos. No Brasil, isto ocorre entre seis de cada 10 homens e sete de cada 10 mulheres. O fenômeno da longevidade provocou verdadeira revolução no curso de vida das pessoas, redefinindo relações de gênero, arranjos e responsabilidades familiares e alterando o perfil das políticas públicas.

A preocupação em saber como vive o idoso brasileiro e como este está se adaptando à nova realidade social foi o elemento norteador deste trabalho. Os resultados apresentados aqui são parte de uma pesquisa em realização no IPEA, no âmbito do projeto da Rede IPEA, que visa estudar as inter-relações entre a dinâmica demográfica e a agenda social.

1 - INTRODUÇÃO

O momento demográfico por que passa a população brasileira se caracteriza por baixas taxas de fecundidade, aumento da longevidade e urbanização acelerada.¹ A interação destas transformações tem levado a um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários. Por exemplo, a participação da população maior de 65 anos no total da população nacional mais do que dobrou nos últimos 50 anos; passou de 2,4% em 1940 para 5,4% em 1996. Projeções recentes mostram que este segmento poderá vir a ser responsável por quase 10% da população total no ano 2020 [ver Camarano *et alii* (1997)]. Além disto, a proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos e mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo.

Esse aumento relativamente mais elevado do contingente idoso é resultado de suas mais altas taxas de crescimento, em face da alta fecundidade prevalecente no passado, comparada à atual, e da redução da mortalidade [ver Camarano e Beltrão (1990)]. Este fenômeno é chamado de envelhecimento populacional, pois se dá em detrimento da diminuição do peso da população jovem no total da população brasileira. Enquanto o envelhecimento populacional significa mudanças na estrutura etária, a longevidade é um processo que se inicia no momento do nascimento e altera a vida do indivíduo, a estrutura familiar e, certamente, a sociedade.

A esperança de vida ao nascer da população brasileira foi estimada em 63 anos para os homens e 72 anos para as mulheres para o ano de 1996. Se esta população sobreviver aos 65 anos, o homem pode esperar viver ainda mais 13 anos e a mulher, mais 17. Tomando como exemplo o padrão de mortalidade por causas de 1991, se se eliminar as mortes masculinas por causas externas e câncer, a esperança de vida aumentaria em quatro anos. Já no caso das mulheres, estas teriam ganhos de sete anos se as mortes por câncer, doenças cerebrovasculares e do coração fossem evitadas [ver Camarano *et alii* (1997)]. Mantidos os ganhos nas práticas de saúde, pode-se acreditar que as expectativas de vida mais elevadas — ao redor de 75 anos para ambos os sexos — poderão, facilmente, passar para 90 e 100 anos em um futuro bem próximo.

O aumento da longevidade deve ser reconhecido como uma conquista social, o que se deve em grande parte ao progresso da medicina e a uma cobertura mais ampla dos serviços de saúde. No entanto, este novo cenário é visto com preocupação por acarretar mudanças no perfil das demandas por políticas públicas, colocando desafios para o Estado, a sociedade e a família. Nessa perspectiva, o pensamento comum é de que os gastos sociais com o envelhecimento representam, sobretudo, consumo para o Estado. Já os gastos sociais com os jovens são percebidos como investimento e consumo. Esta é uma visão economicista que não considera o caráter intergeracional dos gastos sociais e

¹ Esta, na verdade, não é uma situação específica da população brasileira. De acordo com uma publicação do *Bureau of the Census* (1995, p. 1), “à medida que nos aproximamos do século XXI, o envelhecimento da população se coloca como um proeminente fenômeno mundial” [Kinsella e Gist (1995)].

em que a preocupação maior das políticas sociais permanece no plano individual e não no bem-estar coletivo [ver Goldani (1998)].

Reconhece-se que o envelhecimento populacional traz novos desafios. Um deles diz respeito às pressões políticas e sociais para a transferência de recursos na sociedade. Por exemplo, as demandas de saúde se modificam com maior peso nas doenças crônico-degenerativas, o que implica maior custo de internamento e tratamento, equipamentos e medicamentos mais dispendiosos. A pressão sobre o sistema previdenciário aumenta significativamente. O envelhecimento também traz uma sobrecarga para a família, sobrecarga essa que é crescente com a idade.

Reconhece-se, também, que o idoso presta uma contribuição importante à família. Tomando o caso brasileiro como exemplo, os dados da PNAD de 1996 mostram que a renda média dos maiores de 60 anos é maior do que a dos jovens, ou seja, daqueles com menos de 30 anos. Em média, 45% da renda familiar provêm da renda dos idosos. Em 36% das famílias que contêm idosos os idosos são os chefes da família, e apresentam filhos morando junto. Esta proporção tem crescido entre 1986 e 1996.² Estes dados mostram a complexidade dos arranjos familiares e a heterogeneidade desse segmento populacional, o que requer uma maior qualificação da noção de dependência.

Essas informações justificam o interesse de estudiosos por esse subgrupo populacional e salientam a sua heterogeneidade. O objetivo deste trabalho é traçar o seu perfil sociodemográfico. Reconhece-se que o aumento da longevidade e as melhores condições de saúde provocados por uma tecnologia médica mais avançada tornam a vida do idoso, hoje, bastante diferente do que foi até recentemente. Ou seja, a vida adulta prolongou-se, e na Europa e Estados Unidos já se reconhece a existência da quarta idade, sendo a terceira idade considerada um prolongamento da vida adulta [ver Laslett (1996, p. 27)]. Como o fenômeno do aumento da longevidade tem ocorrido de forma social e espacialmente diferenciada, torna-se cada vez mais difícil estabelecer um limite de idade que permita definir “o idoso”.

Tem-se em mente, de forma nítida, as limitações da definição de idoso simplesmente pelo critério de idade cronológica. No entanto este trabalho analisa o subgrupo populacional de 65 anos e mais e o chama de idoso. Este trabalho está dividido em 12 seções, incluindo esta introdução. Uma discussão sobre o conceito de idoso é encontrada na Seção 2. Na Seção 3, analisa-se o crescimento deste grupo etário por sexo, subgrupos de idade, estado conjugal e distribuição espacial. O perfil da mortalidade da população idosa é mostrado na Seção 4. Estudam-se as condições de saúde do segmento idoso na Seção 5, considerando o seu acesso a serviços de saúde por causas e as deficiências físicas e mentais. A Seção 6 analisa a inserção desse subgrupo na família. A escolaridade é considerada na Seção 7 e a participação desse subgrupo populacional no mercado de trabalho é analisada na Seção 8. Políticas públicas destinadas aos idosos são discutidas na Seção 9. Na

² A proporção correspondente para 1986 foi de 32%.

Seção 10 busca-se entender um pouco a relação entre envelhecimento populacional e dependência. A Seção 11 trata das experiências dos serviços sociais para os idosos, e a Seção 12 apresenta um sumário dos resultados.

2 – CONCEITO DE IDOSO

Encontrar um critério de demarcação que permita distinguir um indivíduo idoso de um não-idoso pode suscitar objeções do ponto de vista científico, mas é extremamente importante para os formuladores de políticas. É comum que a distribuição de recursos públicos dependa de alguma forma de alocação a grupos específicos, o que implica distinguir indivíduos. Quando essa distinção é feita a partir de critérios impessoais, como exigem, por exemplo, a maioria das leis, é necessária a existência de algum tipo de característica universal observável entre os indivíduos que permita classificá-los como pertencentes ou não a uma determinada categoria. As políticas orientadas para idosos evidentemente dependem de um ou mais marcos que caracterizem o idoso para definir quem pode ou não beneficiar-se delas.

Uma tentativa de se definir um indivíduo como idoso pode basear-se em argumentos de caráter biológico. A partir da noção biológica de velhice ou, mais precisamente, de senilidade, é possível, então, demarcar, através do padrão de declínio de determinadas características físicas, o momento a partir do qual o indivíduo pode ser, ou não, considerado como “velho”. Esse momento, quando semelhante em termos de tempo de vida entre diversos indivíduos, permite o uso da idade como critério de demarcação da velhice. Nesta lógica, idoso é aquele que tem a idade correspondente à idade típica de um “velho”. O problema de classificação torna-se aparentemente simples, demandando apenas que se estabeleça a idade-limite que separa a velhice da não-velhice para separar os idosos dos não-idosos.

A questão, no entanto, é mais complexa do que a simples demarcação de idades-limite biológicas e enfrenta pelo menos três obstáculos. O primeiro diz respeito à homogeneidade entre indivíduos, no espaço e no tempo; o segundo, à suposição de que características biológicas existem de forma independente de características culturais; e o terceiro à finalidade social do conceito de idoso. É extremamente difícil superar simultaneamente esses três obstáculos, mas isso não quer dizer que não devam ser considerados quando se debate acerca de idosos.

Idoso, em termos estritos, é aquele que tem “muita idade”. A definição do que vem a ser “muita idade” é, evidentemente, um juízo de valor. Os valores que referendam esse juízo dependem de características específicas das sociedades onde os indivíduos vivem, logo a definição de idoso não diz respeito a um indivíduo isolado, mas à sociedade em que ele vive. Quando os formuladores de políticas assumem que a idade cronológica é o critério universal de classificação para a categoria idoso, estão admitindo implicitamente que a idade é o parâmetro único e intemporal de distinção e, portanto, correm o risco de afirmar que

indivíduos de diferentes lugares e diferentes épocas são homogêneos. Quando estabelecem uma idade específica como fronteira, procedem como se houvesse homogeneidade na definição de um idoso entre grupos sociais diferentes.

A suposição de que características biológicas semelhantes têm as mesmas implicações na vida social e cultural dos indivíduos não é bem aceita em alguns estudos recentes. Geertz (1989), por exemplo, mostra que não faz sentido distinguir entre aspectos estritamente biológicos e aspectos estritamente culturais em estudos antropológicos, uma vez que na espécie humana ambos são profundamente inter-relacionados. Assim, a analogia com outros animais, especialmente as referências ao envelhecimento dentro de processos de seleção natural que remetem a uma natureza que existe fora da cultura, não possui relevância no caso de humanos. Se não existe “natureza” independente de “cultura”, e vice-versa, é de se esperar que não só os resultados do processo biológico de senilidade sejam potencialmente diferentes entre culturas, mas que o próprio envelhecimento seja também fruto de condições sociais que determinam alimentação, trabalho, papel na sociedade etc.

O conceito de idoso, do ponto de vista instrumental, envolve também finalidades de caráter social. Na classificação de um indivíduo como idoso por formuladores de políticas predominam tanto os objetivos relacionados a sua condição em determinado ponto do curso de vida orgânica, quanto os relacionados ao seu posicionamento em um ponto do ciclo de vida social. Dentro do argumento de Geertz, aliás, nem mesmo faz sentido pensar nesses ciclos separadamente. Classificam-se idosos com o objetivo de estimar demandas por saúde, mas também como uma maneira de distinguir a situação dos indivíduos no mercado de trabalho, na família ou em outras esferas da vida social. Um exemplo de que as condições orgânicas dos indivíduos não são o único aspecto contemplado no uso do conceito de idoso são os regimes de aposentadoria que assumem que as mulheres são elegíveis como beneficiárias de pensões em idade mais jovem do que os homens, mesmo sabendo que na maioria dos países a longevidade feminina é maior do que a masculina e que a maior susceptibilidade feminina a certas doenças nas fases avançadas da vida não justificariam diferenças significativas de elegibilidade.

Uma das conseqüências do uso da idade para a definição de idoso é o poder prescritivo contido nessa definição. A sociedade cria expectativas em relação aos papéis sociais daqueles com o *status* de idoso e exerce diversas formas de coerção para que esses papéis se cumpram, independentemente de características particulares dos indivíduos [ver Laslett (1996, p. 24)]. O *status* de idoso pode ser atribuído a indivíduos com determinada idade mesmo que não apresentem características de dependência ou senilidade associadas à velhice e, mais importante, mesmo que recusem esse *status*. Na maioria dos países industrializados a imposição desses papéis indiferenciadamente a todos aqueles que são julgados idosos a partir de uma determinada idade encontra cada vez menos respaldo em condições orgânicas objetivas, o que torna a idéia de um “idoso único” obsoleta.

Novas terminologias e novos conceitos vêm surgindo para tentar classificar os indivíduos em idade mais avançada. A distinção, por exemplo, entre terceira e quarta idades é uma tentativa de ajustar esquemas classificatórios a circunstâncias sociais, culturais, psicológicas e biológicas particulares das sociedades ocidentais, que observaram aumentos significativos da longevidade e da qualidade de vida de seus membros. Nessas sociedades a terceira idade não é capaz de classificar indivíduos que não são mais enquadrados na idade de trabalho (ou segunda idade), nem tampouco apresentam sinais de senilidade e decrepitude.

Alguns elementos, como uma cultura da saúde apoiada por desenvolvimentos tecnológicos na medicina preventiva e curativa e nos hábitos de vida da população, mecanismos de assistência do estado de bem-estar e modificação nos processos de produção que permitem a incorporação de determinados tipos de trabalhador, criaram as condições de surgimento e expansão de uma terceira idade que não tem uma saúde debilitada nem sofre um processo de pauperização característicos da idade. A isso associa-se a inclusão de indivíduos considerados idosos em diversas esferas da vida social. Debert (1997, p. 141) mostra que o idoso, especialmente a partir da década de 80, tornou-se um ator político cada vez mais claro na sociedade brasileira, ocupando espaço na mídia e ganhando a atenção da indústria do consumo do lazer e do turismo.

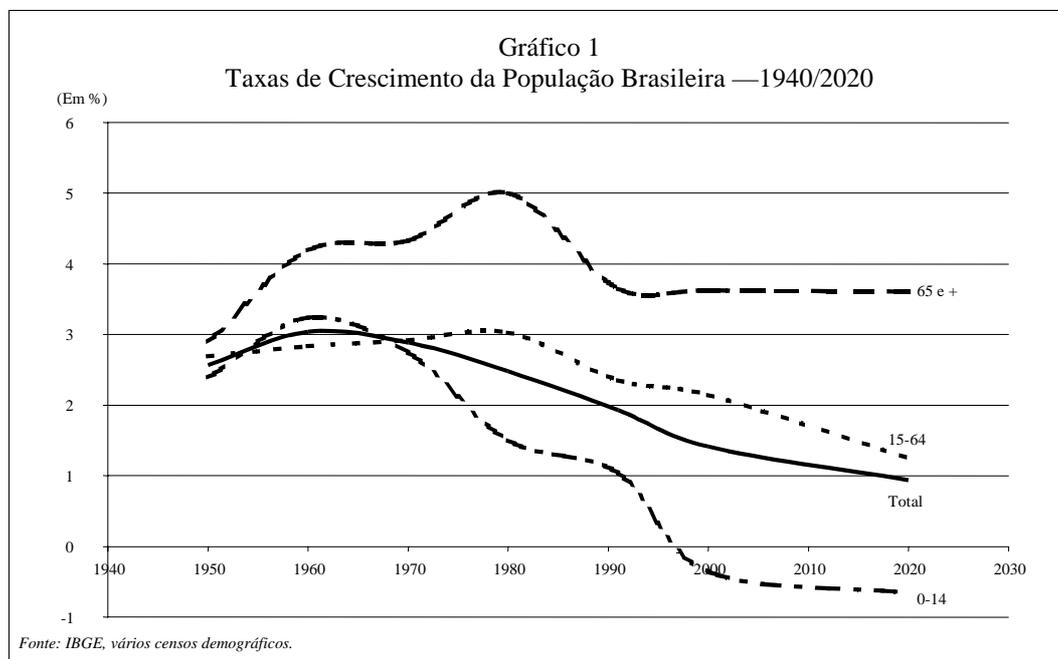
Há algumas medidas que permitem uma abordagem mais precisa que o conceito único de idoso. A primeira é a diferenciação espacial. Várias características culturais são compartilhadas por indivíduos de uma mesma zona geográfica e, na impossibilidade de um aprofundamento maior, os limites espaciais podem ser um primeiro critério de diferenciação. A segunda é a diferenciação de grupos sociais. A diferenciação de grupos a partir de determinadas características, como rendimentos, forma de inserção na família, raça, sexo, nível educacional etc., também permite um maior grau de compreensão na análise do envelhecimento. Reconhecer que o estabelecimento de uma idade-limite única que separa os indivíduos entre idosos e não-idosos é uma terceira medida importante. Com a divisão dos idosos em subpopulações de idades específicas é possível distinguir com mais clareza fenômenos restritos a fases mais ou menos avançadas do ciclo de vida social.

3 - EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA

3.1 - Participação do Idoso na População Brasileira

O crescimento demográfico brasileiro, do qual resulta uma crescente participação da população idosa, se caracterizou por elevadas taxas de crescimento nos anos 50 e 60. A partir daí, essas taxas têm se reduzido continuamente e estima-se que o envelhecimento da população brasileira se acentuará nas próximas décadas. Como ilustra o Gráfico 1, as taxas de crescimento da população brasileira que estiveram em torno de 3% a.a. nas décadas de 50 e 60 declinaram para 1,4% a.a. na primeira metade da década de 90. Espera-se que esta queda continue e esta taxa se situe

abaixo de 1% a.a. em 2020 [ver Camarano *et alii* (1997)]. Os valores apresentados no gráfico referem-se à média geométrica anual da década anterior ao ano mostrado.

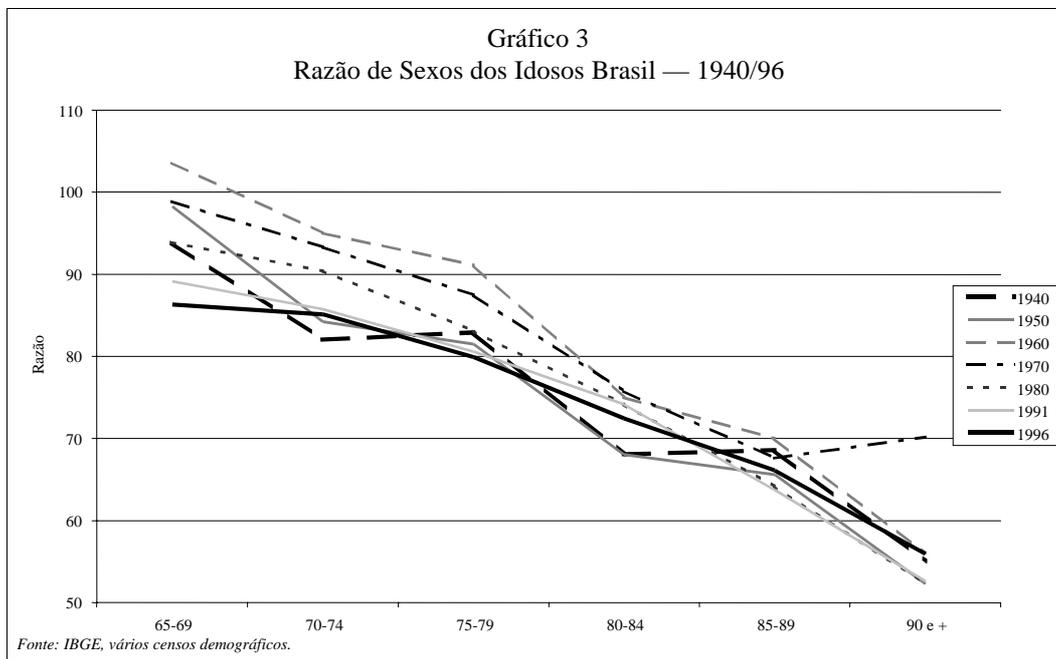
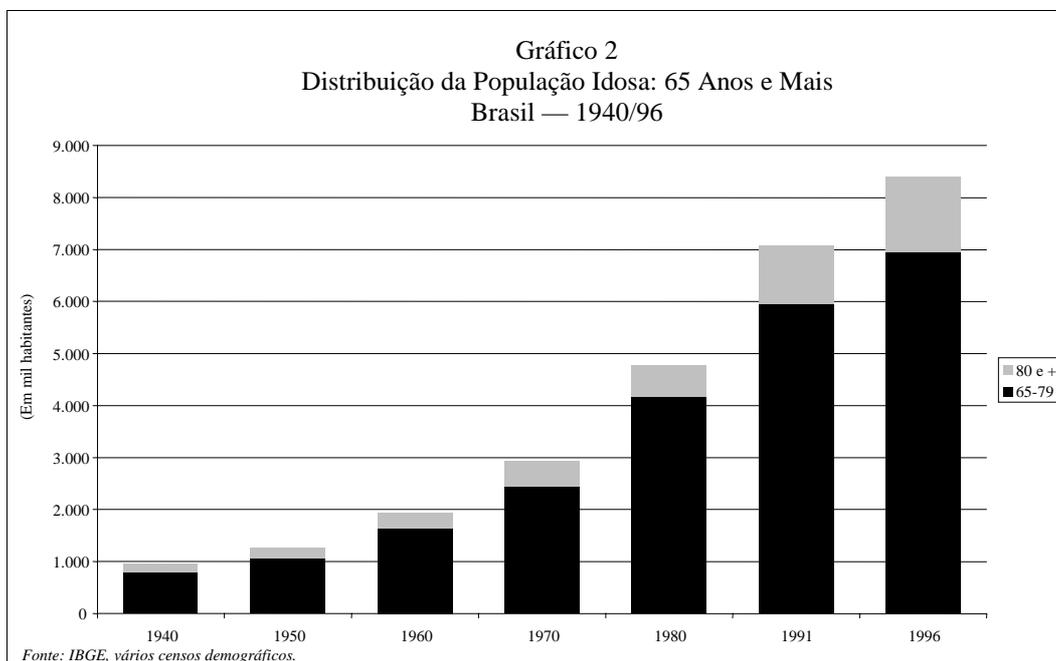


A redução da fecundidade leva as taxas de crescimento dos diversos grupos etários a ter comportamentos diferenciados. No Gráfico 1, encontram-se também as taxas de crescimento da população jovem (0-14 anos), adulta (15-64 anos) e idosa (65 anos e mais). Essas taxas sugerem que o processo de envelhecimento da população brasileira, se medido pela maior taxa de crescimento deste segmento, não é novo. Desde os anos 40 este segmento apresenta as mais elevadas taxas de crescimento; já nos anos 50, estas atingiam valores superiores a 4% a.a.

Como já foi mencionado, as proporções da população idosa e da “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos e mais, no total da população brasileira estão aumentando. De 166 mil em 1940, o contingente mais idoso passou para quase 1,5 milhão de pessoas em 1996 (ver Gráfico 2). O número de pessoas com mais de 100 anos também tem sido expressivo: 9.353 em 1996. Isto é resultado de alterações na composição etária interna da população idosa ao longo do tempo. Em 1996, a população mais idosa respondia por 17% da população idosa e a de centenários, por 0,11%. Estima-se que, na Inglaterra, cerca de 3 mil pessoas comemoram o centésimo aniversário por ano. Entre 1911 e 1920, este número foi de 74 pessoas [ver Vunpel (1997, p. 11)].

Em 1996, dos 8,4 milhões de idosos 55,1% eram do sexo feminino. Como será visto na Seção 4, a maior longevidade da população feminina explica este diferencial na composição por sexo. Como consequência, quanto “mais velho” for o contingente estudado, maior a proporção de mulheres neste (ver Gráfico 3). A

tendência temporal da razão de sexos³ foi de decréscimo embora não de forma monotônica, o que pode sugerir erros de enumeração censitária.



³ Razão entre a população masculina e a feminina.

A predominância da população feminina entre os idosos é comprovada internacionalmente e é maior nos países desenvolvidos. Em 1995, a razão de sexos dos países considerados desenvolvidos foi de 63% e entre os em desenvolvimento, de 88% [ver Kinsella e Gist (1995, p. 13)]. A brasileira, em 1996, foi de 82%. Esta predominância da população feminina entre os idosos tem repercussões importantes nas demandas por políticas públicas, pois acredita-se que, atualmente, a maioria dessas mulheres seja viúva, sem experiência de trabalho no mercado formal, menos educada etc., o que requer maior assistência tanto do Estado quanto das famílias. No médio prazo, quando novas coortes de mulheres que fazem parte do mercado de trabalho atingirem as idades estudadas, pode-se esperar mudanças nesse perfil em favor das mulheres mais educadas, engajadas no mercado de trabalho etc.

3.2 - Estado Conjugal

Os dados da PNAD de 1995⁴ mostram que mais da metade (52%) das mulheres idosas se encontrava na categoria de viúvas (ver Tabela 1). Por outro lado, mais de 3/4 dos homens estavam em união conjugal, independentemente do tipo. Os diferenciais por sexo quanto ao estado conjugal são devidos, de um lado, à maior longevidade das mulheres, como será visto mais adiante. Por outro lado, normas sociais e culturais prevaletentes em nossa sociedade levam os homens a se casar com mulheres mais jovens do que eles. Além disso, o recasamento para viúvos idosos é maior do que para viúvas em idade avançada. As mulheres predominam também entre os descasados (desquitados, divorciados e separados) e solteiros. Isto se dá no primeiro caso, possivelmente pelo mesmo processo que associa às mulheres, em geral, e às idosas em especial, menores oportunidades de um recasamento, em casos de separação.

Tabela 1

Distribuição da População Idosa por Estado Conjugal e Sexo Brasil — 1940/95

Estado conjugal	(Em %)								
	1970			1991			1995		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Solteiro	5,2	9,1	7,2	5,2	9,7	7,7	3,5	7,3	5,6
Casado	72,7	28,6	49,5	77,1	34,4	53,9	76,4	34,7	53,1
Desquitado/ Divorciado/ Separado	3,6	4,5	4,1	3,7	5,1	4,5	5,2	5,9	5,6
Viúvo	18,5	57,8	39,1	13,9	50,7	33,9	14,9	52,1	35,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: IBGE, vários censos demográficos e PNAD de 1995.

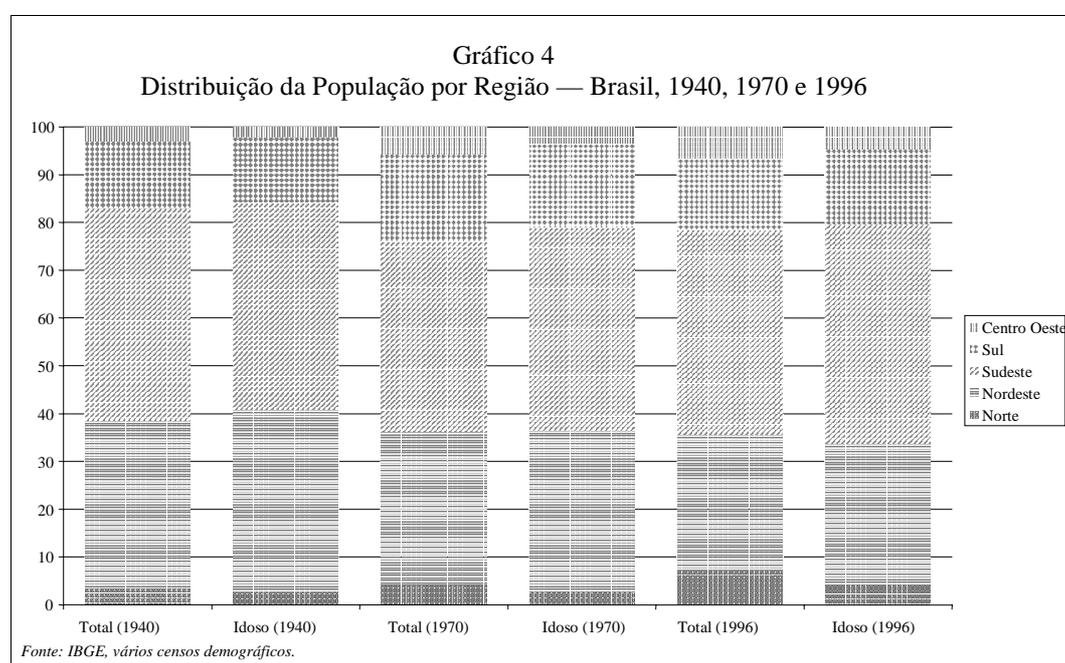
A Tabela 1 permite também que se analisem as mudanças havidas na distribuição da população idosa por estado conjugal entre 1970 e 1995. Nesse período,

⁴ Esta é a única PNAD da década de 90 que levantou informações sobre estado conjugal.

observou-se uma redução na proporção de viúvos e solteiros tanto entre homens quanto entre as mulheres e um aumento na de casados e separados, este último ligeiramente menor para as mulheres. Concluindo, em relação a 1970, os idosos, tanto homens quanto mulheres, estão menos sozinhos.

3.3 - Distribuição Espacial

Quanto à localização do contingente idoso, a contagem populacional de 1996 mostrou que 46% estavam localizados na região Sudeste, uma proporção mais elevada do que a verificada para o total da população, que era de 43% (ver Gráfico 4). Por outro lado, há proporcionalmente bem menos idosos na região Norte e no Centro-Oeste em relação ao restante da população.



O Gráfico 4 também compara a distribuição da população total e idosa brasileira pelas cinco grandes regiões em 1940, 1970 e 1996. Em 1940, apenas a região Nordeste apresentava uma proporção maior de idosos do que de população total. Em 1970, o Sudeste também passou a mostrar uma proporção mais elevada de idosos e em 1996 apenas as regiões Centro-Oeste e Norte apresentavam uma proporção menor. Movimentos migratórios explicam essa mudança bem como a mortalidade regionalmente diferenciada.

Também, tem-se observado uma concentração da população idosa nas áreas urbanas, especialmente do contingente feminino. Embora as diferenças entre a mortalidade rural/urbana não sejam muito acentuadas, os seus níveis mais elevados no meio rural não podem ser descartados como um dos fatores responsáveis pelo maior contingente de sobreviventes idosos nas cidades. A proporção do contingente feminino residindo nas áreas urbanas tem aumentado

em um ritmo maior do que a população masculina, como mostra a Tabela 2. Em 1996, a razão de sexos variou entre 95,1% nas áreas urbanas e 111,3% nas rurais. Nessas últimas, a razão de sexos da população rural aumentou entre 1940 e 1996 (ver Gráfico 5). A migração “rural/urbana” com o predomínio da população feminina explica parte desse processo [ver Camarano e Abramovay (1999)].

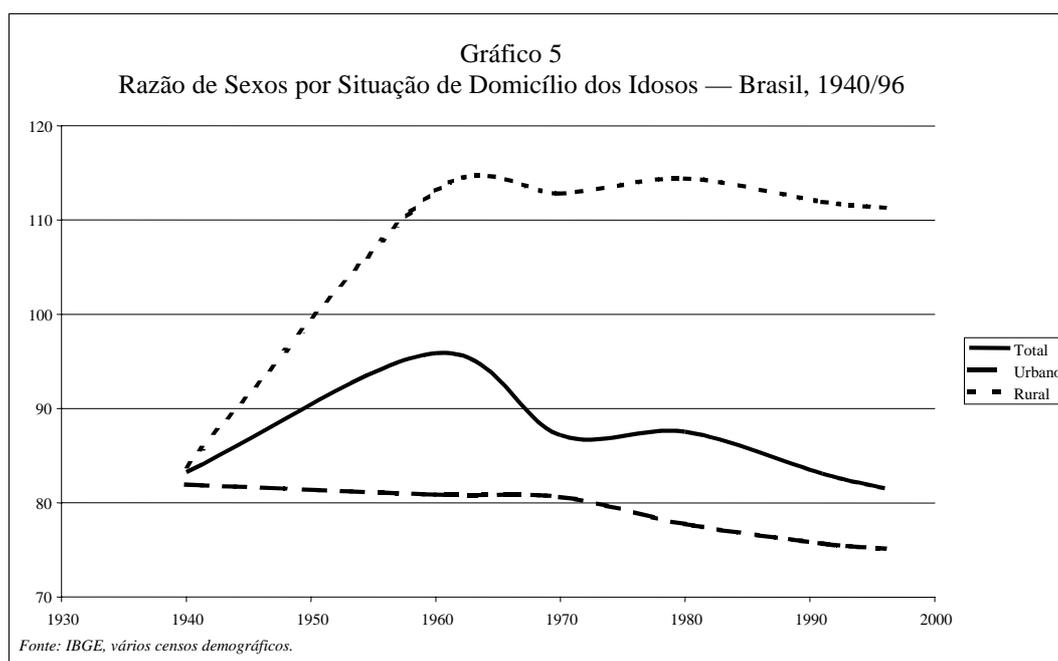
Tabela 2

Evolução da Proporção da População Idosa Residindo nas Áreas Urbanas Brasil — 1950/96

(Em %)

Ano	Total		Homens		Mulheres	
	Todas as idades	Idosos	Todas as idades	Idosos	Todas as idades	Idosas
1950	36,2	43,9	34,7	39,0	37,6	48,1
1960	44,9	52,5	43,3	47,8	46,5	56,8
1970	55,9	60,0	54,4	56,2	58,0	63,8
1980	67,6	69,4	66,3	65,1	68,8	73,2
1991	75,6	76,4	74,3	72,6	76,9	79,7
1996	78,2	79,2	85,2	75,7	79,4	82,1

Fonte: IBGE, vários censos demográficos.



4 - MORTALIDADE

4.1 - Níveis

Uma das grandes conquistas deste século em todo o mundo foi o aumento da longevidade. Isto tem tido implicações bastante importantes na família e na sociedade e, em especial, sobre a população idosa. Para o Brasil como um todo, a

esperança de vida ao nascer apresentou ganhos de cerca de 30 anos entre 1940 e 1996, como resultado, principalmente, da queda da mortalidade infantil. As mulheres apresentavam no final deste período uma esperança de vida superior em nove anos à masculina.

Quanto à expectativa de sobrevida nas idades mais avançadas, esta é bastante elevada no Brasil, aproximando-se da observada nos países desenvolvidos. Isto ocorre porque a expectativa de vida ao nascer é fortemente influenciada pela mortalidade infantil, que ainda é relativamente elevada no Brasil. Aqueles que conseguem sobreviver às más condições de vida nas primeiras idades têm uma esperança de sobrevida maior nas idades que se seguem. O resultado disso é a existência de poucas diferenças entre pessoas ricas e pobres no que diz respeito à sobrevida nas idades avançadas. A diferença entre homens e mulheres também diminui com a idade [ver Beltrão *et alii* (1998)]. Uma vez ultrapassado determinado limite de idade, os brasileiros passam a ter uma sobrevida bastante elevada, como se observa na Tabela 3, que apresenta as estimativas de sobrevida da população de 65 anos e mais por sexo para o total da população brasileira em 1980, 1991 e 1996.

Tabela 3
Estimativas da Esperança de Vida aos 65 Anos
Brasil — 1980/96

(Em anos)

Períodos	Total	
	Homens	Mulheres
1980	11,2	14,1
1991	12,3	14,5
1996	13,2	16,9

Fonte dos dados brutos: IBGE, censos demográficos de 1980, 1991 e Contagem 1996; e estatísticas do registro civil em vários anos. Elaboração: IPEA.

Nos 16 anos considerados, pode-se observar que houve ganhos expressivos na longevidade da população idosa brasileira: 2 anos para os homens e 2,8 anos para as mulheres.⁵ Em 1996, um homem que chegasse aos 65 anos poderia esperar viver mais 13,2 anos e uma mulher, mais 16,9 anos. Em termos relativos, os ganhos na esperança de vida da população idosa foram maiores do que os obtidos pela população total.

A Tabela 4 reafirma o aumento da longevidade entre os idosos através da distribuição proporcional de óbitos. Ela mostra que entre os óbitos da população com 65 anos ou mais de idade, em 1980, 11,4% dos homens e 18,5% das mulheres faleciam com idades iguais ou superiores a 85 anos. Em 1996, estes percentuais foram de 16,5% para os homens e de 25,5% para as mulheres.

⁵ Pode-se considerar estes ganhos como realmente expressivos, pois na França, entre 1972 e 1986, a população masculina de 60 anos e mais apresentou um incremento de dois anos na sua esperança de sobrevida e a feminina de três anos [ver Caselli e Lopez (1996, p. 4)].

Tabela 4

**Distribuição dos Óbitos da População Idosa por Sexo e Idade
Brasil — 1980/96**

(Em %)

Ano	Homens			Mulheres		
	65-74	75-84	> 85	65-74	75-84	> 85
1980	50,7	38,0	11,4	40,5	41,0	18,5
1991	45,3	39,7	15,0	35,3	41,2	23,5
1996	45,5	38,1	16,5	35,0	39,5	25,5

Fonte: Ministério da Saúde, sistema de informação de mortalidade.

Deve-se considerar que o aumento da proporção de óbitos de pessoas idosas não significa que os níveis de mortalidade deste segmento populacional tenham aumentado. Ao contrário, como pode ser observado na Tabela 5, as taxas de mortalidade deste segmento populacional apresentaram uma redução significativa no período 1980/95. Entre os homens, essa taxa passou de 78 óbitos por mil habitantes em 1980 a 63 em 1995: uma redução de cerca de 20%. Entre as mulheres, a redução foi de 16%: de 63 óbitos por mil em 1980 a 53 em 1995. A redução dos níveis de mortalidade foi observada em ambos os sexos nas três faixas etárias consideradas. Entre as mulheres, verifica-se que, conforme a idade aumenta, menor é a redução. Já entre os homens, não foi observado um padrão etário de redução das taxas de mortalidade.

Tabela 5

**Taxas Específicas de Mortalidade por Sexo e Idade da População Idosa
Brasil — 1980/95**

(Por mil pessoas)

Sexo / Idade	1980	1991	1995	Varição (%)
Homens	77,9	67,6	62,6	-19,7
Mulheres	62,6	59,0	52,7	-15,9
		Homens		
65-74	55,37	49,97	43,08	-22,2
75-84	121,86	90,21	88,04	-27,8
85+	228,34	180,42	170,58	-25,3
		Mulheres		
65-74	37,21	30,64	27,28	-26,7
75-84	98,30	94,35	76,19	-22,5
85+	205,84	219,18	178,63	-13,2

Fonte: Vasconcelos (1998, p. 26).

4.2 - As Causas de Morte entre a População Idosa

A evolução da mortalidade da população idosa por causas de morte é apresentada nas Tabelas 6 e 7, segundo sexo e faixas etárias. A Tabela 6 mostra a participação dos diferentes grupos de causas na mortalidade da população idosa e sua variação no período 1980/95. Em primeiro lugar, vale destacar que a qualidade das

informações sobre causas de morte ainda afeta sobremaneira a análise da mortalidade por causas no país e, em particular, para a população idosa. A proporção de óbitos por causas maldefinidas entre a população de 65 anos ou mais ainda é elevada, embora tenha apresentado uma tendência de redução no período 1980/95 (de 23% dos óbitos em 1980 a 20,2% em 1995, para ambos os sexos). Isto é também um reflexo de baixa assistência médica.

Tabela 6
Distribuição dos Óbitos da População de 65 Anos ou Mais por Sexo e Idade, segundo as Principais Causas de Morte Brasil — 1980/95

Grupo Etário / Causas de Morte	(Em %)							
	Homens				Mulheres			
	1980	1991	1995	Variação	1980	1991	1995	Variação
<i>65 e + Anos</i>								
Neoplasmas	11,6	13,0	13,5	1,9	9,6	10,7	11,1	1,6
Doenças Endócrinas e do Metabolismo	2,4	2,4	2,4	2,4	3,9	5,4	6,0	2,1
Doenças do Aparelho Circulatório	43,1	38,4	37,0	-6,2	47,5	42,3	40,5	-7,0
Doenças do Aparelho Respiratório	7,9	10,8	13,0	5,1	6,7	9,2	11,1	4,4
Sintomas, Sinais e Afecções								
Maldefinidas	23,5	22,3	20,2	-3,3	23,3	22,1	20,5	-2,9
<i>65-74 Anos</i>								
Neoplasmas	14,0	16,1	16,5	2,5	13,1	15,3	16,1	3,0
Doenças Endócrinas e do Metabolismo	2,6	3,6	3,9	1,3	4,7	6,7	7,2	2,5
Doenças do Aparelho Circulatório	42,3	39,2	38,0	-4,3	45,4	41,5	39,8	-5,6
Doenças do Aparelho Respiratório	7,3	9,4	11,3	4,1	5,8	7,6	9,2	3,4
Sintomas, Sinais e Afecções								
Maldefinidas	20,6	17,9	15,9	-4,7	20,5	17,6	16,0	-4,4
<i>75-84 Anos</i>								
Neoplasmas	10,0	11,5	12,4	2,5	8,3	9,9	10,2	1,9
Doenças Endócrinas e do Metabolismo	2,4	3,1	3,6	1,2	3,8	5,2	5,9	2,1
Doenças do Aparelho Circulatório	44,2	38,4	37,0	-7,3	48,6	43,1	41,3	-7,3
Doenças do Aparelho Respiratório	8,2	11,5	13,9	5,6	7,0	9,2	11,3	4,4
Sintomas, Sinais e Afecções								
Maldefinidas	25,3	24,2	21,6	-3,7	24,2	22,6	20,7	-3,5
<i>85 e + Anos</i>								
Neoplasmas	6,4	7,4	7,7	1,3	4,7	5,4	5,7	0,9
Doenças Endócrinas e do Metabolismo	1,8	2,8	2,9	1,1	2,6	3,8	4,4	1,8
Doenças do Aparelho Circulatório	43,1	35,8	33,9	-9,1	49,7	42,3	40,3	-9,4
Doenças do Aparelho Respiratório	9,7	12,9	15,4	5,8	8,1	11,5	13,6	5,5
Sintomas, Sinais e Afecções								
Maldefinidas	30,4	30,8	29,0	-1,3	27,7	28,0	26,4	-1,3

Fonte: Vasconcelos (1998, p. 27-28).

A melhoria na qualidade da informação é, no entanto, diferenciada por faixa etária. No grupo etário 65-74 anos, tanto para homens como para mulheres, a redução da proporção de óbitos por causas maldefinidas foi maior que nos grupos etários subseqüentes (uma redução de 4,7 pontos percentuais entre os homens e de 4,4 pontos percentuais entre as mulheres). Nas idades mais avançadas (85 anos ou mais), a informação é de pior qualidade e, no período estudado, a melhoria na qualidade desta informação foi pouco significativa (uma redução de apenas 1,3 ponto percentual para ambos os sexos).

Tabela 7

**Taxas de Mortalidade por Sexo e Idade segundo as Causas de Morte
Brasil — 1980/95**

(Por 100 mil pessoas)

Grupo Etário/Causas de Morte	Homens				Mulheres			
	1980	1991	1995	Varição	1980	1991	1995	Varição
<i>65 e + Anos</i>								
Neoplasmas	904,4	876,6	847,2	-6,3	599,5	633,1	587,2	-2,0
Doenças Endócrinas e do Metabolismo	189,0	222,7	227,2	20,2	246,5	318,9	315,4	27,9
Doenças do Aparelho Circulatório	3.362,3	2.594,2	2.313,2	-31,2	2.975,2	2.495,9	2.133,7	-28,3
Doenças do Aparelho Respiratório	615,8	728,1	810,4	31,6	419,7	541,4	587,2	39,9
Sintomas, Sinais e Afeções Maldefinidas	1.831,1	1.510,1	1.263,8	-31,0	1.462,0	1.303,7	1.077,5	-26,3
<i>65-74 Anos</i>								
Neoplasmas	775,2	803,0	712,1	-8,1	486,9	470,0	438,6	-9,9
Doenças Endócrinas e do Metabolismo	144,8	180,3	170,1	17,5	173,1	206,3	196,2	13,4
Doenças do Aparelho Circulatório	2.344,3	1.958,9	1.638,9	-30,1	1.687,5	1.271,9	1.084,7	-35,7
Doenças do Aparelho Respiratório	401,6	469,4	487,2	21,3	216,1	233,9	251,1	16,2
Sintomas, Sinais e Afeções Maldefinidas	1.138,6	896,3	683,6	-40,0	761,6	538,4	437,5	-42,6
<i>75-84 Anos</i>								
Neoplasmas	1.215,5	1.039,6	1.093,9	-10,0	813,2	929,6	776,4	-4,5
Doenças Endócrinas e do Metabolismo	287,7	280,1	314,0	9,1	375,4	490,4	449,6	19,8
Doenças do Aparelho Circulatório	5.392,0	3.466,7	3.255,6	-39,6	4.779,1	4.065,8	3.149,3	-34,1
Doenças do Aparelho Respiratório	1.004,3	1.039,7	1.221,4	21,6	684,2	869,5	863,7	26,2
Sintomas, Sinais e Afeções Maldefinidas	3.089,1	2.182,1	1.905,8	-38,3	2.377,3	2.134,7	1.575,3	-33,7
<i>85 e + Anos</i>								
Neoplasmas	1.458,1	1.340,5	1.317,9	-9,6	977,6	1.177,4	1.015,7	3,9
Doenças Endócrinas e do Metabolismo	409,3	514,1	491,6	20,1	540,7	831,2	788,8	45,9
Doenças do Aparelho Circulatório	9.837,3	6.459,3	5.789,8	-41,1	10.225,8	9.261,9	7.191,8	-29,7
Doenças do Aparelho Respiratório	2.206,3	2.336,2	2.632,6	19,3	1.662,6	2.511,8	2.431,2	46,2
Sintomas, Sinais e Afeções Maldefinidas	6.937,1	5.551,4	4.955,0	-28,6	5.709,7	6.147,5	4.714,5	-17,4

Fonte: Vasconcelos (1998, p. 30).

Entre as causas de morte declaradas, pode-se observar que em todos os anos analisados as doenças do aparelho circulatório aparecem como o principal grupo de causas de morte entre a população idosa. Entretanto, a sua participação relativa tem diminuído ao longo do período. De 43% dos óbitos masculinos em 1980, as doenças do aparelho circulatório passaram a ser responsáveis por 37% em 1995. Entre as mulheres, observa-se uma situação semelhante: de 47,5% dos óbitos em 1980, este grupo de causas foi responsável por 40,5% em 1995. Este processo se verificou em todas as faixas etárias.

Em contrapartida, observa-se que os outros grupos de causas de morte tiveram a sua participação relativa aumentada. Entre eles, destacam-se as doenças do aparelho respiratório, que aumentaram a sua participação sobretudo nas idades mais avançadas, e os neoplasmas, que experimentaram um incremento na sua participação, principalmente no grupo etário 65-74 anos.

Ao se analisar a evolução das taxas de mortalidade (Tabela 7), observa-se que a diminuição da participação relativa das doenças do aparelho circulatório como

causa de morte entre a população idosa deve-se a uma redução efetiva dos níveis de mortalidade por essa causa. Em 1980, o nível de mortalidade por doenças do aparelho circulatório entre os idosos era de 3.362 óbitos por 100 mil nos homens e de 2.975 por 100 mil nas mulheres. Em 1995, as taxas de mortalidade por esta causa passaram de 2.313 por 100 mil entre a população masculina e de 2.133 por 100 mil entre a feminina: ou seja, uma redução de 31,2% e 28,3% para homens e mulheres, respectivamente. Esta redução pode ser verificada em ambos os sexos e em todas as faixas etárias consideradas.

Algumas experiências internacionais sugerem que a redução das mortes por doenças do aparelho circulatório parece ser, até o momento, a grande responsável pelo aumento da longevidade nos países desenvolvidos. Na França, por exemplo, 70% dos ganhos na esperança de vida entre 1972 e 1986 foram devidos à redução desse tipo de causa. Na Itália, a queda na mortalidade por esse motivo foi responsável por 26,6% do aumento da longevidade da população masculina de 60 anos e mais e por 34,8 da feminina entre 1972 e 1986 [ver Caselli e Lopez (1996, p. 4)].

Apesar do aumento de sua participação relativa no período, os neoplasmas (o segundo grupo de causas de morte em importância entre a população idosa) também apresentaram diminuição em suas taxas de mortalidade. A redução dos níveis de mortalidade, neste caso, é bastante inferior à observada para as doenças do aparelho circulatório. Observe-se que entre as mulheres com 85 anos ou mais de idade, o risco de morrer por neoplasmas apresentou um pequeno crescimento no período.

O terceiro grupo de causas de morte mais freqüente entre a população idosa é o formado pelas doenças do aparelho respiratório, que experimentaram um aumento em suas taxas de 31,6% entre os homens e de 39,9% entre as mulheres. O aumento da mortalidade por esta causa, principalmente entre as mulheres com idades mais avançadas, pode ser explicado em parte pela melhoria no diagnóstico. A sobremortalidade masculina por este motivo é bastante elevada, sobretudo no grupo etário 65-74 anos (cerca de dois óbitos masculinos para cada óbito feminino).

Por outro lado, a mortalidade dos grupos das doenças endócrinas, entre as quais destacam-se o diabetes e doenças do aparelho respiratório, como a pneumonia, por exemplo, apresentou tendência crescente no período 1980/95. Da mesma forma, o grupo das doenças endócrinas pode estar sendo afetado pela melhoria na qualidade da informação acima mencionada. Neste caso, as taxas de mortalidade entre idosos passaram de 189 a 227 óbitos por 100 mil entre os homens e de 246 a 315 por 100 mil entre as mulheres. O aumento é ainda maior entre as mulheres com idades mais avançadas (85 anos ou mais). Essa taxa passou de 540 óbitos por 100 mil mulheres em 1980 para 789 em 1995. Isto significa um aumento de 46% no período. Desta forma, ainda que parte do aumento da mortalidade por estes grupos de causas possa ser atribuída ao melhor diagnóstico da causa de morte, são necessários estudos mais aprofundados para verificar se está ocorrendo de fato um aumento do risco de morte por estes grupos de causas entre a população idosa.

O impacto do aumento da longevidade no crescimento da população idosa entre 1980 e 1996 pode ser percebido na Tabela 8. Esta mensuração foi feita assumindo que nenhuma variação nas taxas de mortalidade da população analisada teria ocorrido nesse período. Se isto fosse verdade, encontrar-se-ia um contingente de pessoas idosas do sexo masculino 73% menor do que o observado em 1996. Entre as mulheres, o impacto foi menor, de 64%, mas mesmo assim muito expressivo.

Tabela 8

**Impacto da Redução da Mortalidade no Crescimento da População Idosa
Brasil — 1980/96**

	Homens	Mulheres	Total
População 1996	3.776.756	4.629.648	8.406.404
Incremento Total	2.220.346	2.807.198	5.027.544
Incremento sem a Queda da Mortalidade	603.548	1.004.325	1.607.873
% no Incremento Total	72,8	64,2	68,0

Fonte dos dados brutos: IBGE, censos demográficos de 1980 e 1996 e registro civil de 1980.

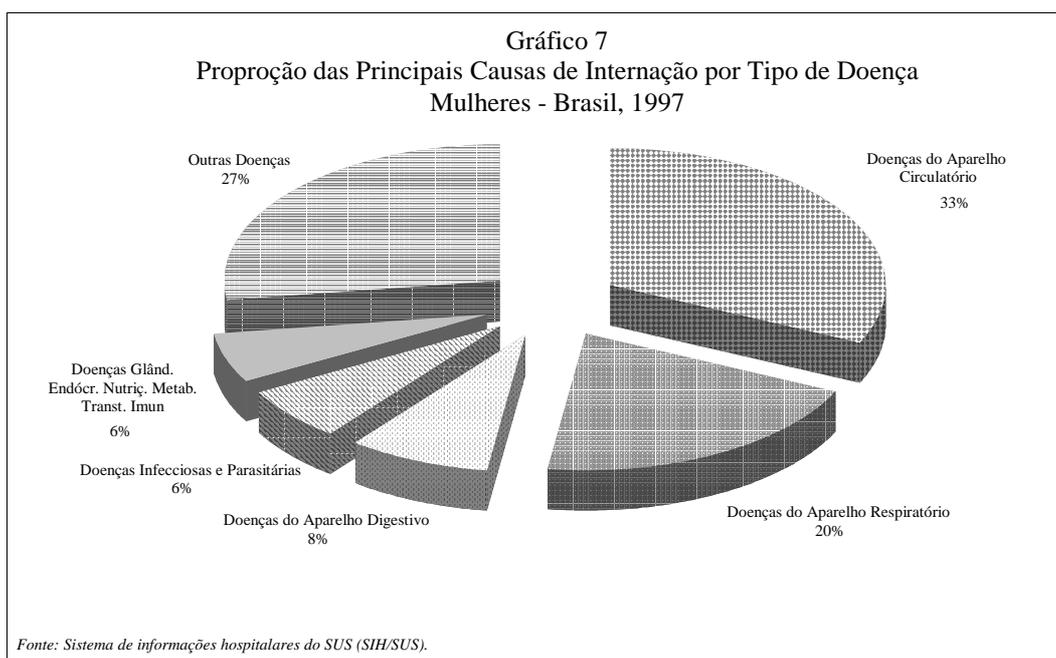
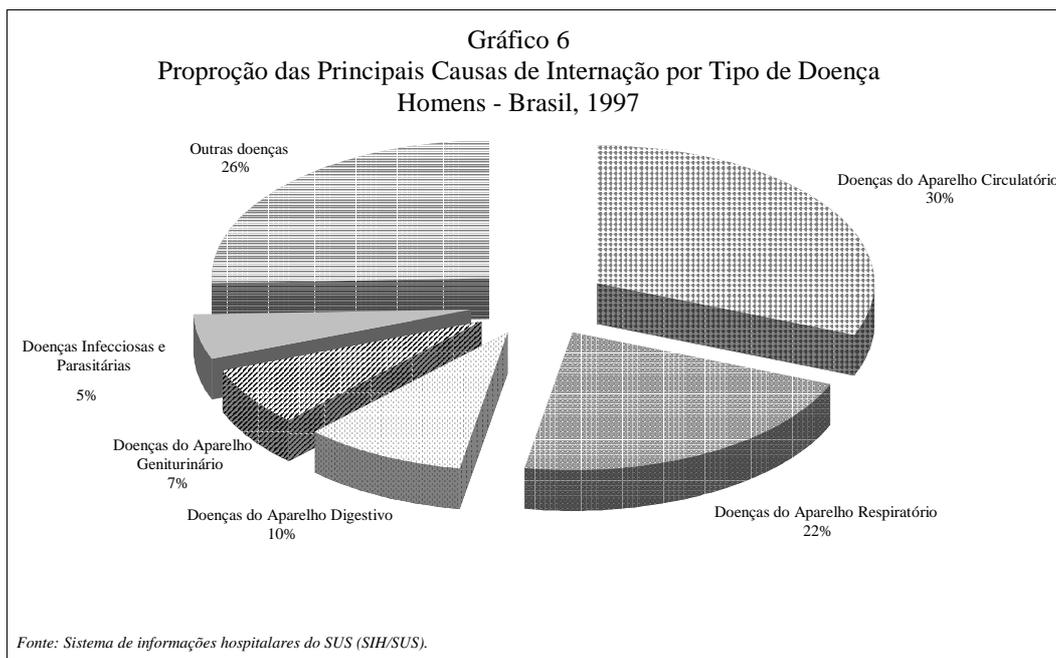
5 - CONDIÇÕES DE SAÚDE

Já foi visto que a população idosa brasileira tem apresentado ganhos expressivos na sua longevidade. Muito embora não se tenham dados que permitam uma avaliação ao longo do tempo das condições de saúde desse segmento populacional, acredita-se que esse esteja não só vivendo mais, mas também melhor. Nesta seção, procura-se dar uma idéia das condições de saúde (ou morbidade) em que vive essa população. Antes de iniciar, ressalta-se que o estudo da morbidade de qualquer segmento populacional no Brasil é bastante afetado pela carência de informações. O que se propõe nesta seção é fornecer um breve relato das condições de saúde da população idosa brasileira, através das informações sobre internações hospitalares na rede SUS em 1997 e de pessoas idosas portadoras de algum tipo de deficiência, física ou mental em 1991.

5.1 - Morbidade

Os Gráficos 6 e 7 mostram a distribuição percentual das cinco principais causas de internações hospitalares na rede SUS para a população maior de 60 anos⁶ de homens e mulheres, respectivamente, em 1997. Deve-se ter em mente que o quadro de morbidade aqui traçado diz respeito apenas às pessoas que foram atendidas pela rede SUS.

⁶ Dada a forma com que os dados de internações são apresentados, neste caso, está-se considerando como população idosa a de 60 anos e mais.



Em 1997, tanto para homens quanto para mulheres, as principais causas de internações hospitalares foram as doenças do aparelho circulatório seguidas das do aparelho respiratório. As duas juntas responderam por mais de 50% das internações. A terceira causa em importância foi também a mesma para os dois sexos — doenças do aparelho digestivo; mas com relação às duas primeiras causas, a sua importância foi bem menor: 9,6% das internações masculinas e 8,3% das femininas. A diferença entre os sexos no padrão de morbidade aparece na

quarta causa; para os homens foram as doenças do aparelho geniturinário e para as mulheres as doenças infecto-contagiosas. Como quinta causa, aparecem as doenças infecto-contagiosas para os homens e as doenças das glândulas endócrinas, metabólicas etc., para as mulheres.

A importância das internações da população idosa em 1997 por causas no total das internações de qualquer idade pode ser analisada na Tabela 9, que apresenta a proporção das internações hospitalares desse segmento populacional no total das internações de todas as idades para homens e mulheres. Enquanto menos de 8% da população brasileira tinham mais de 60 anos em 1996, 17% das internações hospitalares na rede SUS, em 1997, foram feitas por pessoas maiores de 60 anos. Considerando apenas a população masculina, esta percentagem sobe para 23%.

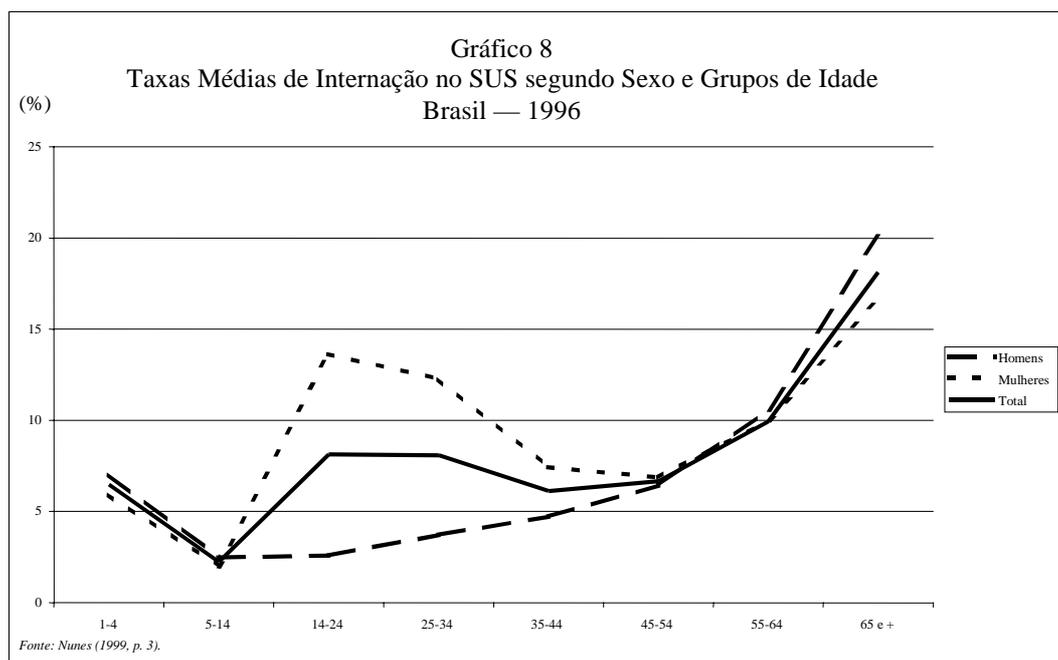
Tabela 9

Proporção das Internações dos Idosos no Total das Internações por Tipo de Doenças da CID-9 e Sexo Brasil — 1997

Capítulo CID	Homens	Mulheres	Total
Doenças do Aparelho Circulatório	57,20	55,99	56,58
Doenças das Glândulas Endócrinas, Nutricionais, Metabólicas e Transtornos Imunológicos	26,96	34,94	31,26
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	27,12	35,69	31,16
Neoplasmas	38,32	21,12	27,37
Doenças do Aparelho Digestivo	21,62	22,66	22,09
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos	22,36	20,67	21,44
Doenças do Aparelho Respiratório	20,83	21,36	21,08
Doenças da Pele e Tecido Celular Subcutâneo	18,01	24,68	21,08
Sintomas, Sinais e Afecções Maldefinidas	22,53	17,06	19,71
Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	13,58	22,40	17,52
Doenças do Aparelho Geniturinário	29,59	9,71	15,88
Lesões e Envenenamentos	9,75	23,07	13,91
Doenças Infecciosas e Parasitárias	11,01	14,73	12,79
Transtornos Mentais	8,00	12,39	9,52
Anomalias Congênitas	4,87	8,65	6,55
Total	23,09	14,04	17,42

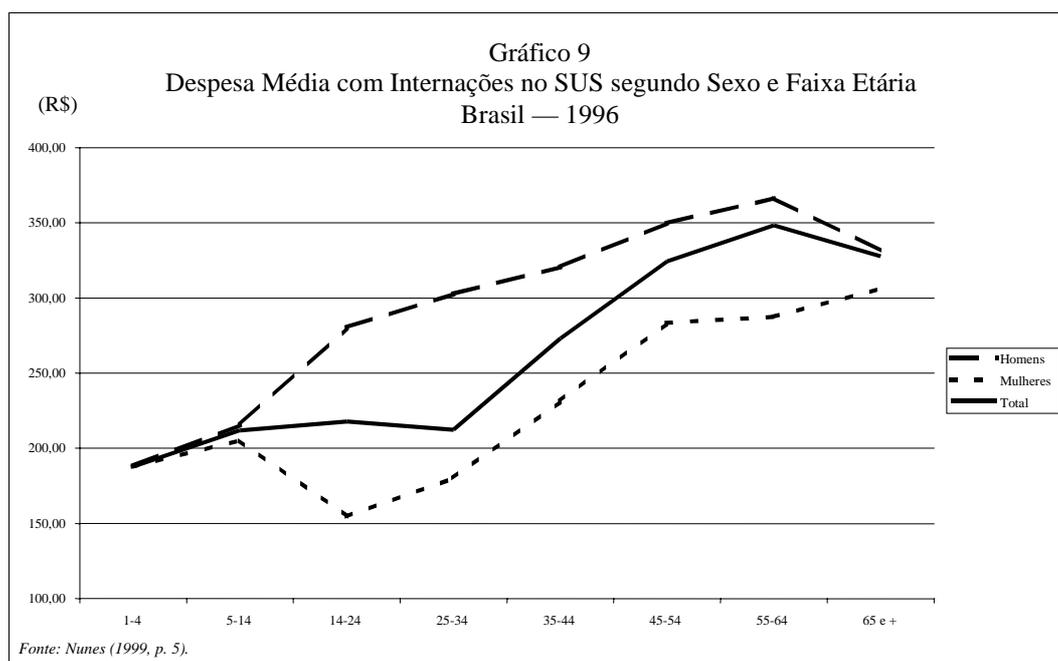
Fonte: Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Mais da metade das internações hospitalares na rede SUS por doenças do aparelho circulatório foi de pessoas com mais de 60 anos de ambos os sexos, sendo que para homens esta proporção atinge 57%. Aproximadamente 1/3 das internações por doenças das glândulas endócrinas, nutricionais etc. e por doenças do sistema nervoso em ambos os sexos foi, também, de população idosa. Quase 40% das internações por neoplasmas foram de mulheres idosas. O Gráfico 8 mostra as taxas de internações por grupos etários, indicando o seu crescimento por idade.



Os dados vistos nesta seção reforçam a hipótese de que o envelhecimento populacional e o aumento da longevidade ocasionam maior pressão nos serviços de saúde e, conseqüentemente, maiores custos. Dados apresentados por Nunes (1999, p. 5) para 1996 e reproduzidos no Gráfico 9 mostram, por exemplo, que as despesas médias hospitalares feitas pela Rede SUS crescem com a idade mas, curiosamente, entre os homens decrescem entre o grupo 55-64 anos e 65 anos e mais, muito embora as taxas de internações cresçam com a idade de forma mais intensa para a população masculina. Este mesmo comportamento foi observado com os dados de 1994 por Piola e Nunes (1997). Uma das explicações levantadas para este fato é que nas idades avançadas os tratamentos cirúrgicos mais caros são evitados. Outra hipótese é a da sobrevivência do mais forte. As pessoas que conseguem sobreviver a idades mais avançadas são seletivas por melhores condições de saúde, melhor qualidade de vida etc.⁷

⁷ A revista VEJA (30/06/99) mostrou que nos Estados Unidos as pessoas com mais de 100 anos gastam US\$ 8.300 anualmente com cuidados médicos e as pessoas com 70-79 anos (faixa etária com maiores gastos) consomem US\$ 22.600 anualmente do sistema de saúde.



5.2 - Deficiências

Uma outra visão das condições de saúde da população idosa brasileira pode ser obtida por meio das informações sobre deficiência (física e mental) nesta população. Esta informação foi levantada pelo Censo de 1991.⁸

De acordo com os dados já mencionados, aproximadamente 310 mil idosos brasileiros, ou seja, 3,7% deste segmento populacional, possuíam algum tipo de deficiência física ou mental. Entre a população total, este percentual foi de 1,1%, o

⁸ O Censo de 1991 apresentou as seguintes classificações de deficientes:

“Cegueira, para a pessoa que é totalmente cega desde o nascimento ou que tenha perdido a visão posteriormente por doença ou acidente.

Surdez, para a pessoa que é totalmente surda desde o nascimento (surdo-mudez) ou que tenha perdido a audição posteriormente por doença ou acidente.

Paralisia de um dos lados, para a pessoa hemiplérgica.

Paralisia das pernas, para a pessoa paraplérgica, ou seja, pessoas com os membros inferiores paralisados.

Paralisia total, para a pessoa tetraplérgica, ou seja, com os membros superiores (braços) e inferiores (pernas) paralisados.

Falta de membro(s) ou parte dele(s), para pessoas que não tenham um dos membros superiores ou inferiores, ou ambos, desde o nascimento ou por posterior amputação, devido a doença ou acidente.

Deficiência mental, para a pessoa com retardamento mental resultante de lesão ou síndrome irreversível que se manifesta durante a infância e se caracteriza por grande dificuldade de aprendizagem e adaptação social.

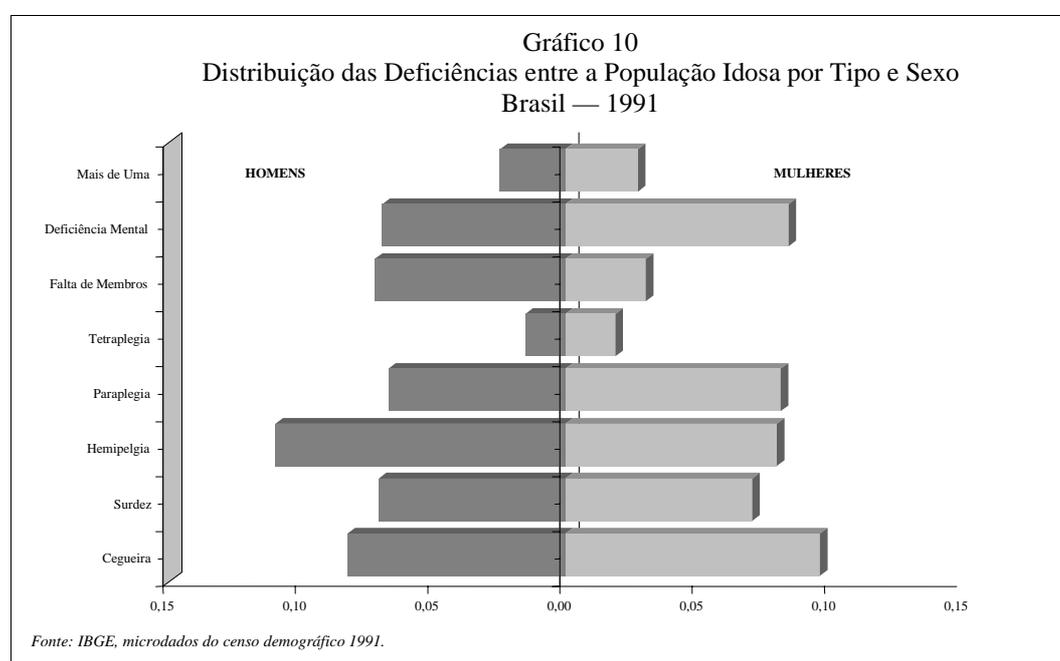
Mais de uma, para a pessoa portadora de mais de uma das deficiências enumeradas.

Nenhuma das enumeradas, para a pessoa que não tem nenhuma das deficiências enumeradas anteriormente ou para aquela que não é deficiente.

As pessoas que não apresentaram resposta à indagação foram contadas no grupo *Sem Declaração*” [ver IBGE (1991)].

que mostra que o segmento idoso é mais afetado por algum tipo de deficiência do que os demais grupos etários.

Os homens idosos eram mais atingidos por algum tipo de deficiência do que as mulheres, em decorrência da falta de membros e hemiplegia. O número de homens que apresentava alguma falta de membro superou em mais de duas vezes o de mulheres. Isto pode estar associado ao fato de os homens estarem mais expostos ao risco de sofrer acidentes de trânsito, de trabalho etc. Por outro lado, as mulheres apresentavam uma propensão mais elevada do que os homens nas demais deficiências, sendo os diferenciais, neste sentido, mais expressivos na paraplegia, cegueira e deficiência mental. O Gráfico 10 apresenta a distribuição proporcional das deficiências entre a população de 65 anos e mais por tipo e sexo.



6 – INSERÇÃO DO IDOSO NA FAMÍLIA

6.1 - Visão Geral

Quando se desloca da relação macro — entre a população de idosos e a população em idade ativa — para o nível micro, em que a atenção é sobre a dependência de indivíduos idosos sobre outros indivíduos, a família torna-se um elemento importante na análise. Parte do cuidado com os idosos recai sobre a família, principalmente, se se leva em consideração o quadro de diminuição dos recursos do Estado, da desmontagem do sistema de proteção social e das dificuldades de emprego. Esta carga é reforçada pela queda da fecundidade e a maior participação das mulheres no mercado de trabalho. A família intermedeia parte da relação entre o mercado e os indivíduos, já que distribui rendimentos entre os membros, quer

participem ou não de sua geração, assim como faz a intermediação entre o Estado e o indivíduo, redistribuindo, direta ou indiretamente, os benefícios recebidos.

Um primeiro ponto a destacar na análise do idoso na família é que, enquanto apenas 5,4% da população brasileira tinham 65 anos e mais, 17% do total das famílias brasileiras continham pelo menos uma pessoa com essas idades. Apresenta-se, na Tabela 10, uma comparação do perfil estatístico das famílias brasileiras que têm idosos com as que não têm para 1996.⁹ Observa-se que as famílias com idosos, quer na qualidade de chefes de sua própria família ou mesmo como parte da família, apresentam uma estrutura bastante diferenciada das que não têm idosos, como esperado. São famílias menores, em etapas do ciclo vital mais avançado e, conseqüentemente, com estruturas mais envelhecidas (os chefes com idade média em torno de 68 anos contra os chefes com 45 anos nas famílias sem idosos) e com uma presença maior de mulheres na condição de chefes ou de pessoas de referência (35,5% contra 16,4% nas famílias sem idosos).

Em termos das diferenças nos arranjos familiares internos, a Tabela 10 mostra que, enquanto nas famílias sem idosos predominam fortemente os arranjos de casais com filhos (63%), entre as famílias com idosos a presença de casais com filhos não ultrapassa 31%. Destaca-se também entre as últimas famílias a expressiva proporção de casais sem filhos (24%) e de pessoas vivendo sós (17%). Estas diferenças são determinadas, em grande parte, pelo estágio de ciclo vital das famílias com idosos onde a maioria destes já não vivem com seus filhos, bem como pela sobremortalidade masculina que faz com que as mulheres sobrevivam por mais tempo sós ou com os filhos. Em 1996, a proporção de mães idosas morando só com os filhos foi quase cinco vezes maior do que a de pais.¹⁰

Na comparação entre estruturas familiares com e sem idosos, destaca-se uma proporção maior de mulheres sozinhas e de mães com filhos sem cônjuges nas famílias com idosos. Enquanto as primeiras representavam aproximadamente 17% das famílias com idosos, as segundas respondiam por cerca de 15%. O mesmo fenômeno não ocorre com as famílias sem idosos. Além disto, a aparente similaridade entre as elevadas proporções de mães sós com filhos tem significado diferente. Enquanto essas últimas famílias são resultado, principalmente, de separações ou dos arranjos de mulheres solteiras com filhos, as mães sós ou com filhos nas famílias com idosos geralmente encontram-se na condição de viúvas. Assim, entre as primeiras devem predominar filhos menores de 15 anos e entre as

⁹ Os dados das PNADs do IBGE definem famílias como o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residam na mesma unidade domiciliar e, também, a pessoa que more só em uma unidade domiciliar (domicílio particular permanente). Em 1996, o entrevistador perguntou ao morador qual a “pessoa de referência” na família ao invés de quem é “o chefe”, tal como era nos censos de população e PNADs anteriores. O esforço do IBGE para abrir esta categoria crítica, no entanto, ainda não consegue captar a realidade que vem sendo mostrada por outras pesquisas de campo, onde cada vez mais se encontra a resposta de que a chefia do domicílio e/ou famílias é atribuída a ambos, homem e mulher, ou seja, compartilhada [ver Goldani (1998)].

¹⁰ É claro que proporções são também afetadas pelos descasamentos, já que as mulheres são menos propensas a entrar numa nova união que os homens.

últimas, filhos adultos, solteiros ou casados. Isto significa, certamente, diferentes condições de vida e demandas por diferentes tipos de serviços.

Tabela 10

**Estrutura das Famílias segundo a Presença de Idosos
Brasil — 1996**

Características das Famílias	Famílias sem Idosos	Famílias com Idosos
<i>Perfil das Famílias^a</i>		
Tamanho Médio	4,20	3,02
Número Médio de Filhos	2,30	0,93
Rendimento Médio Familiar <i>per capita</i> (R\$) ^b	236,78	311,52
Proporção Média da Renda que Depende do Chefe	74,00	54,00
Número Médio de Pessoas que Trabalham	0,42	1,15
<i>Características dos Chefes de Família</i>		
Idade Média do Chefe (Anos)	45,02	67,83
Proporção de Chefes Homens	83,16	64,53
Proporção de Chefes Mulheres	16,41	35,47
Número Médio de Anos de Estudo dos Chefes	5,40	4,33
<i>Distribuição dos Tipos de Famílias (%)</i>		
Total	100,00	100,00
Casal sem Filhos	9,85	19,31
Casal sem Filhos e com Outros	1,00	4,90
Casal com Filhos	58,08	17,43
Casal com Filhos e com Outros	4,62	13,34
Mulher Sozinha	2,91	12,27
Mulher Sozinha e com Outros	1,31	6,62
Mãe com Filhos	13,75	8,74
Mãe com Filhos e com Outros	2,19	6,36
Homem Sozinho	3,76	4,67
Homem Sozinho e com Outros	1,05	2,66
Pai com Filhos	1,25	2,44
Pai com Filhos e com Outros	0,21	1,26

Fonte dos dados brutos: IBGE, PNAD de 1996. Elaboração dos dados: IPEA.

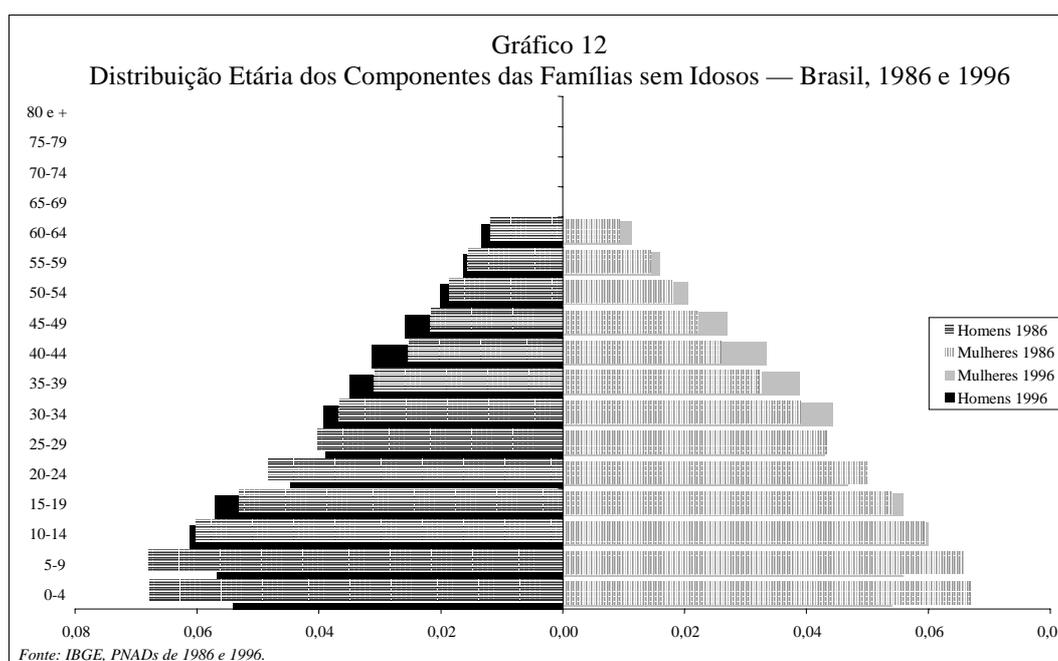
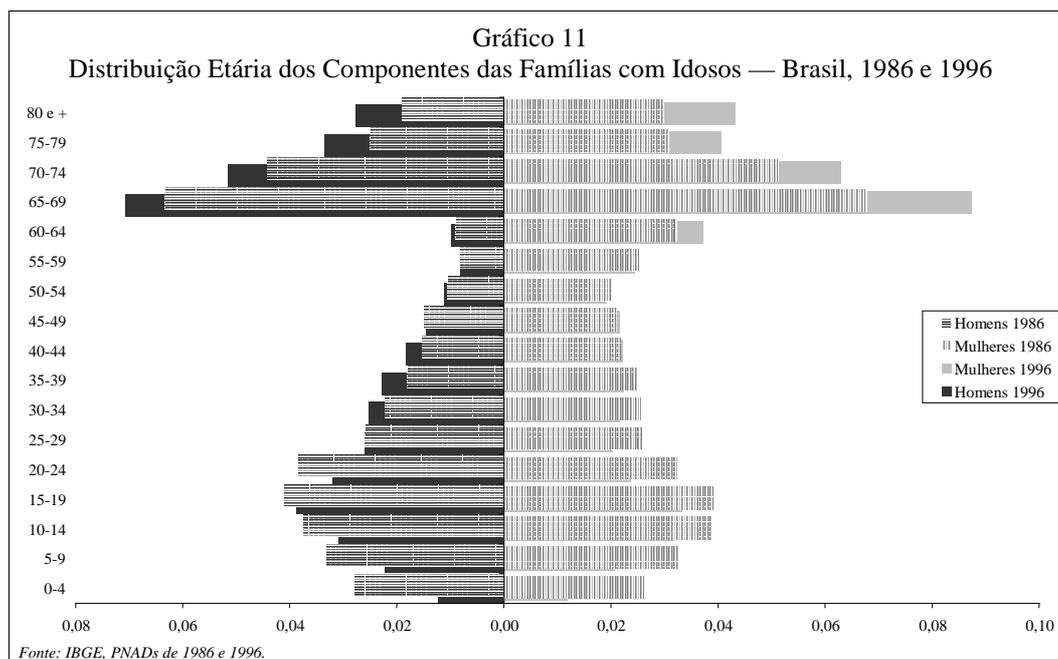
^a As famílias foram definidas segundo a PNAD como o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residam na mesma unidade domiciliar. Foi considerada, também, a pessoa que mora só em uma unidade domiciliar, também parentes, agregados e/ou empregados sem vínculo de parentesco.

^b Rendimento médio familiar per capita, em reais, inclui a soma de todos os rendimentos das pessoas na família dividido pelo número destas.

A Tabela 10 também mostra, tendo em vista as limitações dos dados apresentados, que as famílias brasileiras com idosos estão em melhores condições econômicas do que as demais famílias. São relativamente menos pobres e seus membros dependem menos da renda do chefe (54% contra 74%). Isto se deve, em grande parte, aos tipos de arranjos internos e etapas de ciclo familiar que estabelecem diferentes relações de dependência econômica entre os membros das famílias. Como, provavelmente, as famílias com idosos são formadas por um número maior

de filhos adultos, o número médio de pessoas que trabalham nas famílias com idosos é quase três vezes maior do que nas famílias sem idosos.

A comparação das estruturas etárias das populações inseridas nas famílias com idosos e sem idosos pode ser visualizada nas pirâmides etárias mostradas nos Gráficos 11 e 12. Estas são comparadas às suas correspondentes em 1986. Observe-se que as famílias que possuem idosos apresentam, obviamente, uma



estrutura mais envelhecida e que envelheceram ainda mais no período analisado. Entre 1986 e 1996, observou-se um estreitamento da base e um alargamento do topo da pirâmide, refletindo, provavelmente, o aumento da longevidade observado no período. Este aumento foi bem mais significativo entre as pessoas do sexo feminino, o que é possivelmente explicado pela sobremortalidade masculina que se acentua com a idade.

Verificou-se também uma perda relativa de componentes jovens entre 1986 e 1996, que se deu de forma homogênea entre homens e mulheres. Tal redução de componentes jovens foi mais acentuada no grupo 0-4 anos, onde ocorreu uma queda na participação relativa desse grupo de cerca de 48% entre 1986 e 1996. Isso em parte pode ter ocorrido devido à queda da fecundidade dos filhos que moram na mesma família com os pais e/ou na dos idosos que teriam se (re)casado com mulheres mais jovens.

A pirâmide das famílias sem idosos em 1996 representava 83% das famílias brasileiras, o que mostra que grande parte das transformações observadas na estrutura das famílias brasileiras é reflexo do que acontece nas famílias sem idosos. Na comparação da estrutura etária desse tipo de família entre 1986 e 1996, percebe-se um aumento da participação relativa dos membros de ambos os sexos, no grupo etário de 30 a 64 anos, devido ao aumento da longevidade e mudanças na nupcialidade. Nos grupos etários 0-9 e 20-24, observa-se uma redução, explicada, em parte, pela queda da fecundidade no primeiro grupo e, provavelmente, pelo aumento da mortalidade adulta jovem por causas externas.

6.2 - Estrutura Familiar por Grupos de Renda

A caracterização das famílias, vista anteriormente, diz respeito à média da população brasileira e com tal máscara a grande heterogeneidade que marca essa sociedade. Com vistas a se ter uma idéia do impacto que o nível de renda pode ter nos arranjos familiares e/ou vice-versa, a Tabela 11 apresenta alguns indicadores da estrutura familiar de quatro grupos de família definidos pela renda familiar.¹¹ Pode-se observar que as famílias mais pobres são menores, apresentam um número médio de filhos menor, um menor número de pessoas que trabalham e maior dependência da renda do chefe. Por sua vez, estes são, como esperado, menos educados, mais velhos e apresentam uma proporção mais elevada de chefes mulheres. A diferença na idade média do chefe chega a ser de seis anos entre os extratos de renda mais baixo e mais alto.

A proporção de mulheres morando sós chega a ser maior do que a de casal com filhos, ultrapassando a marca de 1/4 das famílias que recebem menos de três salários mínimos mensais. Essa proporção chega a ser mais de duas vezes a observada entre as famílias mais ricas. A sobremortalidade masculina pode ser um dos fatores demográficos importantes na explicação desse processo, bem como a nupcialidade. É possível que uma grande parte dessas mulheres nunca tenha se casado. A proporção de homens morando sós nessa categoria também é elevada.

¹¹ Estes são: famílias com renda mensal de menos de três salários mínimos, de três a cinco salários, de cinco a 10 salários e as com uma renda mensal superior a 10 salários.

Tabela 11

Estrutura das Famílias com Idosos segundo Classes de Renda Brasil — 1996

Características das Famílias	< 3 S.M.	3-5 S.M.	5-10 S.M.	> 10 S.M.	Total
<i>Perfil das Famílias</i>					
Tamanho Médio	2,47	3,29	3,52	3,53	2,98
Número Médio de Filhos	0,62	1,07	1,27	1,23	0,92
Rendimento Médio Familiar <i>per capita</i> (R\$)	96,38	173,05	299,38	1.034,4 4	306,42
Proporção Média da Renda que Depende do Chefe	0,75	0,59	0,58	0,60	0,66
Número Médio de Pessoas que Trabalham	0,71	1,34	1,51	1,55	1,11
<i>Características dos Chefes de Família</i>					
Idade Média do Chefe (Anos)	70,52	66,25	64,85	64,68	67,78
Proporção de Chefes Homens	58,26	68,80	70,61	70,81	64,42
Proporção de Chefes Mulheres	41,74	31,20	29,39	29,19	35,58
Número Médio de Anos de Estudo dos Chefes	2,42	3,87	5,37	8,84	4,30
<i>Distribuição dos Tipos de Famílias (%)</i>					
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Casal sem Filhos	21,87	19,06	16,24	16,38	19,44
Casal sem Filhos e com Outros	4,55	5,79	5,72	4,19	4,91
Casal com Filhos	12,55	21,89	21,58	21,56	17,30
Casal com Filhos e com Outros	6,92	15,56	18,86	22,55	13,21
Mulher Sozinha	19,15	7,06	6,33	5,64	12,48
Mulher Sozinha e com Outros	7,81	5,88	4,70	6,00	6,61
Mãe com Filhos	8,78	9,19	8,49	8,18	8,70
Mãe com Filhos e com Outros	4,94	7,40	8,47	6,90	6,33
Homem Sozinho	7,82	1,87	2,17	1,37	4,69
Homem Sozinho e com Outros	2,12	3,07	3,29	3,03	2,65
Pai com Filhos	2,70	1,57	2,22	2,79	2,44
Pai com Filhos e com Outros	0,79	1,66	1,93	1,41	1,25

Fonte dos dados brutos: IBGE, PNAD de 1996.

Elaboração dos dados: IPEA.

S.M. = salário mínimo.

À medida que a renda familiar aumenta, aumentam o tamanho médio da família, o número médio de filhos e o número médio de pessoas que trabalham. A dependência do chefe, se medida pela proporção da renda que depende dele, diminui. Os chefes, por sua vez, são mais educados, relativamente mais jovens e são, na maioria, do sexo masculino. Aumenta, e muito, a proporção de casais com filhos e diminui a proporção de famílias monoparentais de ambos os sexos. Isto, conjugado com a menor idade média do chefe nos dois grupos de renda mais elevada, inferior a 65 anos, sugere a convivência de mais de uma geração no mesmo espaço familiar. Pode indicar também que, dentro do grupo de idosos, a pobreza está associada à idade do chefe.

Além disso, os dados da Tabela 11 sugerem que a pobreza nas famílias de idosos está fortemente associada ao baixo nível educacional dos chefes, o que pode ser resultado de sua menor escolaridade, reflexo das menores oportunidades de estudo no passado que afetaram principalmente as mulheres, já que uma elevada

proporção de chefes é do sexo feminino. Como as famílias mais pobres eram também menores, chefiadas por mulheres, é provável que uma parcela importante de chefes do sexo feminino seja constituída de viúvas e/ou mães solteiras. Outro fator que pode estar afetando a pobreza dessas famílias é o menor número de pessoas que trabalham, o que leva a uma dependência maior da renda do chefe.

6.3 - Perfil dos Chefes Idosos

Esta seção apresenta algumas características dos chefes de família idosos e sua relação com os outros moradores do domicílio. A comparação da população idosa segundo a sua condição no domicílio entre 1986 e 1996 está mostrada na Tabela 12. A grande maioria deste segmento populacional (64%) foi classificada como pessoa de referência em 1996, o que significou um acréscimo de quatro pontos percentuais em relação a 1986, cuja proporção equivalente foi de 61,6%. Aproximadamente 19% foram classificados como cônjuges em 1996. A proporção de cônjuges também aumentou entre 1986 e 1996, o que pode ser explicado pelo aumento da longevidade. Entre as pessoas de referência, predominavam os homens e, entre os cônjuges, as mulheres. No período analisado, observou-se um aumento na proporção de mulheres classificadas como pessoas de referência.

Tabela 12

Distribuição dos Idosos segundo sua Condição no Domicílio Brasil — 1986 e 1996

(Em %)

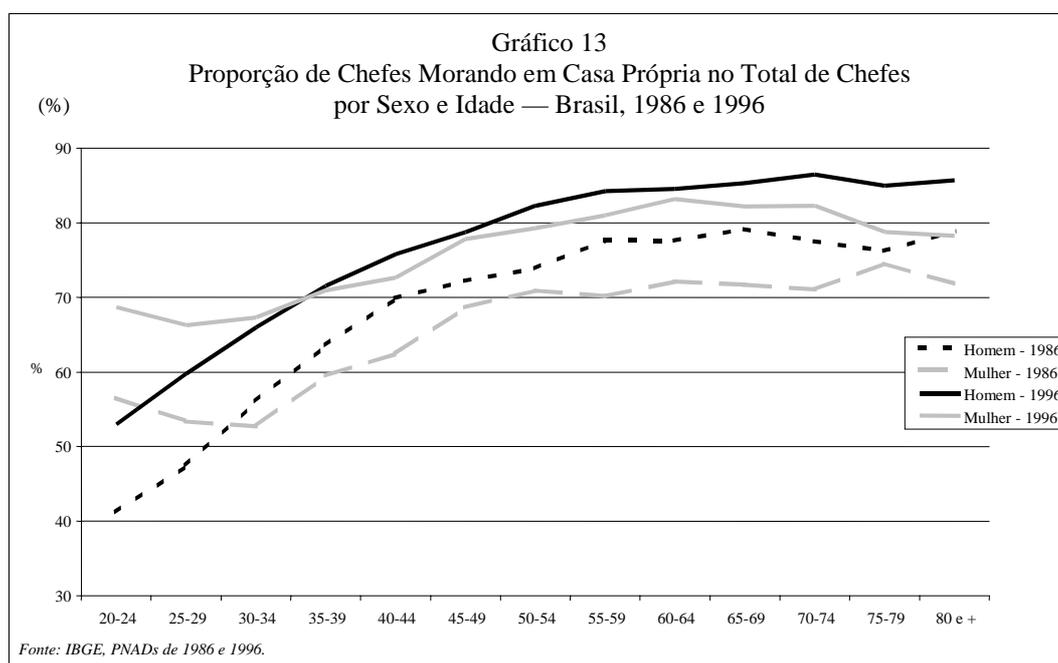
Condição no Domicílio	1986			1996		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Pessoa de Referência	88,86	35,78	60,06	89,75	42,32	63,15
Cônjuge	0,28	31,25	17,08	1,76	32,86	19,20
Filho	0,14	0,31	0,23	0,15	0,30	0,24
Parente	10,17	31,59	21,79	7,90	23,86	16,85
Agregado	0,40	0,77	0,60	0,34	0,50	0,43
Pensionista	0,11	0,04	0,07	0,09	0,04	0,06
Empregado	0,04	0,23	0,14	0,01	0,13	0,08
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: IBGE, PNADs de 1986 e 1996.

Chama-se a atenção na Tabela 12 para a elevada proporção de mulheres classificadas como parentes em 1996 (23,8%), apesar desta proporção ter se apresentado menor do que a observada em 1986, quando atingiu valores superiores a 30%. Este grupo deve ser constituído por mães ou sogras morando com filhos. Entre os homens, a proporção comparável também decresceu no período considerado, mas os valores atingidos foram bem menos expressivos: não chegaram a 8% em 1996.

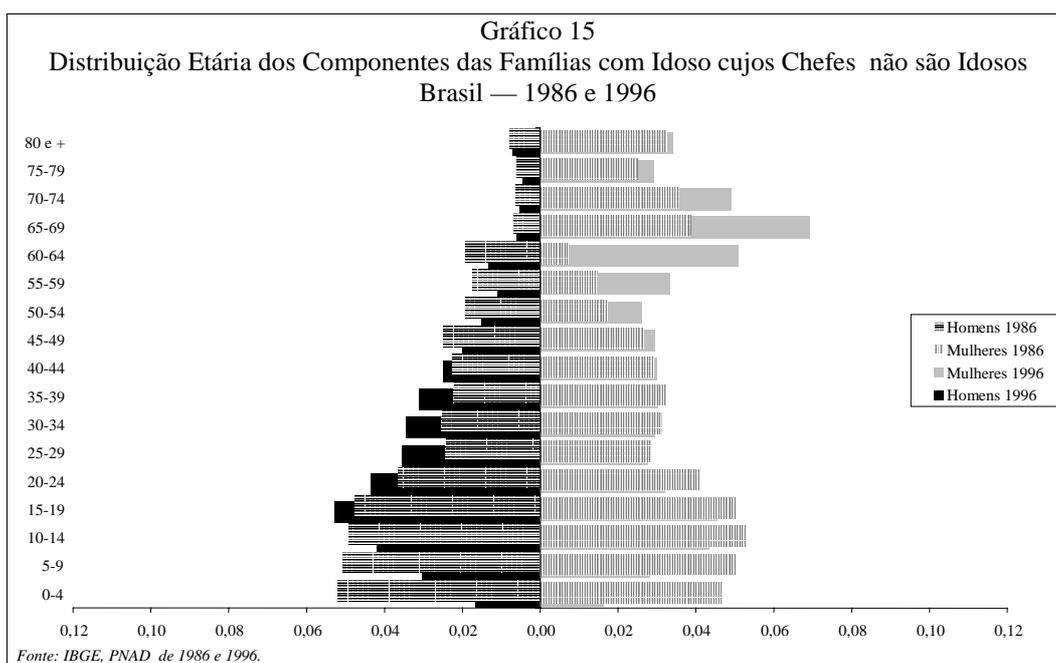
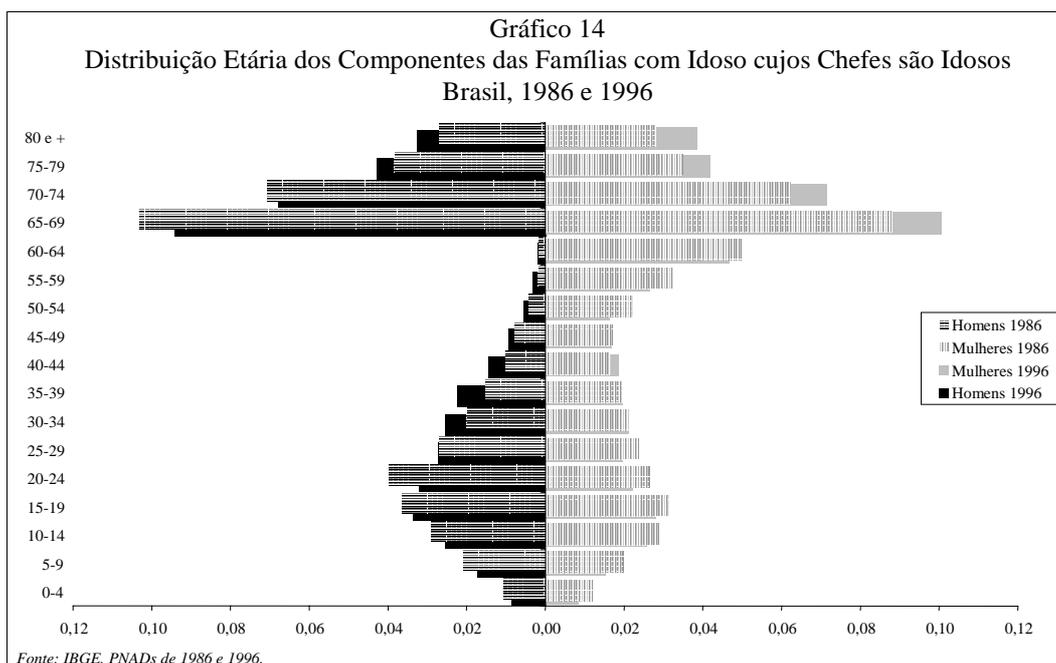
É crescente a proporção de famílias que têm idosos como chefes e filhos morando junto. Esta proporção passou de 32% em 1986 para 36% em 1996, o que pode ser efeito da crise econômica que leva os filhos a saírem de casa mais tarde e/ou

retornarem depois de casados, estejam separados ou não. Há indicações de que, em média, o idoso está em melhor condição financeira do que o jovem. Como será visto mais adiante, a renda média dos maiores de 60 anos é maior que a dos jovens, ou seja, daqueles com menos de 30 anos. Além disso, o Gráfico 13 mostra que a proporção de chefes idosos que moram em casa própria é mais elevada do que a dos jovens, reforçando a hipótese de que os idosos estão em melhor situação econômica que os jovens. Isto pode ser explicado pelo fato de os idosos estarem em um estágio do ciclo vital mais elevado, o que já lhes permitiu a aquisição de um patrimônio, como a casa própria. Além disso, esses passaram a maior parte da sua vida produtiva num período mais propício da economia brasileira.



De acordo com o Gráfico 13, a proporção de chefes homens que moravam em casa própria em 1996 cresceu com a idade até os 70 anos e entre as mulheres até os 60 anos. Comparando as proporções mencionadas entre 1986 e 1996, observa-se um crescimento na proporção de chefes que moravam em casas próprias, sendo este crescimento mais elevado entre as populações feminina e masculina de mais de 70 anos.

O Gráfico 14 ilustra a composição etária e por sexo das famílias que têm idosos como chefes. Este pode ser comparado ao Gráfico 15, que apresenta a distribuição etária das famílias que têm idosos não-chefes. As diferenças são bastante marcantes. A primeira diz respeito à composição por sexo dos idosos nos dois tipos de famílias. Embora as mulheres predominem nos dois tipos de famílias, a diferença nas razões de sexos é bastante expressiva. Nas famílias em que os idosos são chefes, a razão de sexos em 1996 foi de 0,94, e nas em que esses não são chefes, esta cai para 0,13. Em relação a 1986, este diferencial foi maior pois a razão de sexos entre as famílias cujo idoso era chefe foi de 1,12 e naquelas onde não era foi de 0,21.



Esses resultados são compatíveis com os apresentados na Tabela 12, onde se encontrou uma proporção relativamente elevada de mulheres (se comparada à de homens) vivendo como parentes. Isto sugere que os homens, em geral, permanecem como chefes da família mas as mulheres provavelmente, quando sozinhas (viúvas, separadas ou solteiras), moram com filhos e/ou outros parentes. A base mais larga das pirâmides onde os chefes não são idosos reforça esta hipótese.

Os dois tipos de famílias consideradas nos Gráficos 14 e 15 experimentaram uma redução relativa nos seus componentes de idade jovens entre 1986 e 1996. Nas famílias em que os idosos são chefes, esta redução ocorreu entre os homens com menos de 25 anos e entre as mulheres com menos de 45 anos. Já entre as famílias onde os idosos não são chefes, esta redução foi menor e atingiu os homens com menos de 15 anos e as mulheres também com menos de 45 anos. No caso das últimas famílias consideradas, a proporção de homens com mais de 45 anos também diminuiu entre 1986 e 1996. Como se está trabalhando com dados relativos e os grupos etários mais elevados aumentaram a sua participação nos dois casos, pode-se atribuir ao aumento da longevidade grande parte das mudanças na estrutura etária das famílias analisadas.

7 - ESCOLARIDADE

Dois pontos chamam a atenção na análise da população idosa alfabetizada. A população masculina é consistentemente mais alfabetizada do que a feminina, independentemente da idade, e a população jovem é mais alfabetizada do que a população idosa (ver Tabela 13). No entanto, os dois diferenciais estão diminuindo ao longo do tempo, não só pelo crescimento das proporções da população alfabetizada, especialmente entre as mulheres, mas também pela diferença observada nestas proporções entre a população idosa e a de 15 a 65 anos para ambos os sexos. Apesar de se ter observado ganhos expressivos na proporção da população idosa alfabetizada, ela ainda é baixa. Em 1996, aproximadamente 40% das mulheres idosas eram analfabetas e 33% dos homens encontravam-se nesta categoria. Esses resultados decorrem de um efeito coorte e mostram os baixos níveis educacionais vigentes no país até quase recentemente. Por outro lado, as diferenças por sexo entre os idosos sugerem a discriminação havida nas oportunidades educacionais, redução esta que já vem sendo superada. As mulheres jovens já apresentam níveis educacionais mais elevados do que os homens [ver Madeira (1998, p. 462)].

Tabela 13

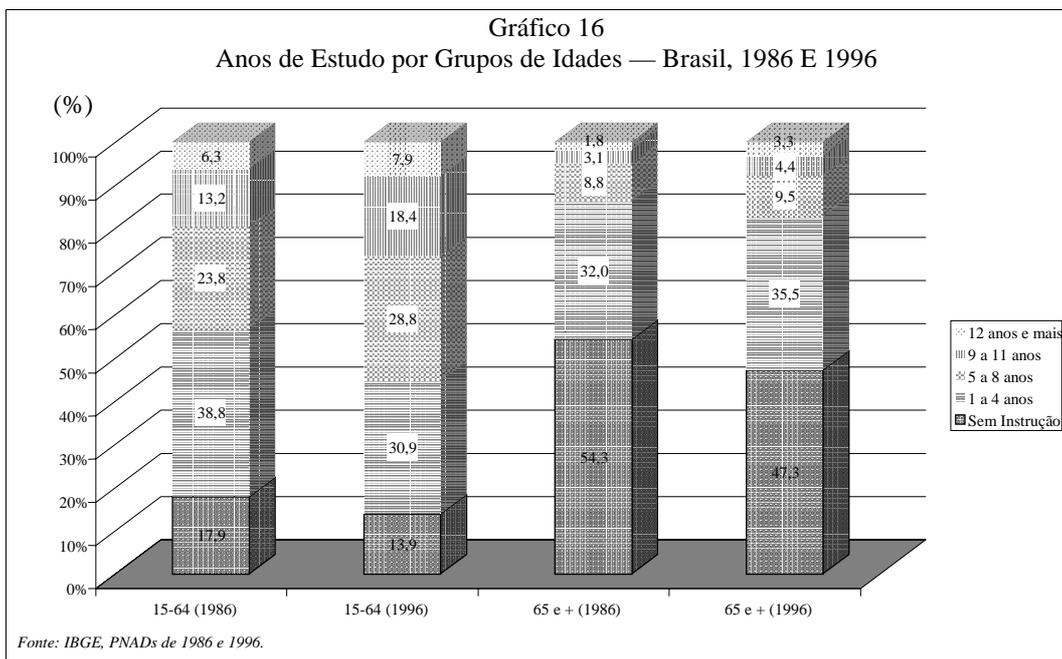
Proporção de Alfabetizados nas Populações de 15 Anos e Mais e Idosa por Sexo Brasil — 1960/96

(Em %)

Ano	População de 15 Anos e Mais		População de 65 Anos e Mais	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
1960	64,58	56,06	51,4	34,7
1970	69,18	62,92	52,7	38,0
1980	76,34	72,82	52,5	40,6
1991	80,87	80,24	55,8	48,9
1996	87,04	86,90	66,6	59,3

Fonte: IBGE, vários censos demográficos.

A escolaridade dos idosos, medida por anos de estudo formal, é também muito baixa. Em 1996, cerca de 47,3% da população idosa declararam não ter nenhuma escolaridade formal, como pode ser observado no Gráfico 16. No entanto, nos 10 anos considerados, observaram-se ganhos nesse indicador. Cerca de 13,7% dos idosos tinham mais do que o antigo curso primário, ou seja, mais de cinco anos de escolarização em 1986 e esta proporção se elevou para 17,2% em 1996. Já a proporção que tinha pelo menos o antigo ginásial completo cresceu de 4,9% para 7,7%. A comparação dos anos de escolarização formal da população mais jovem (15-65 anos) sugere ganhos expressivos na escolarização formal da população idosa num futuro próximo.



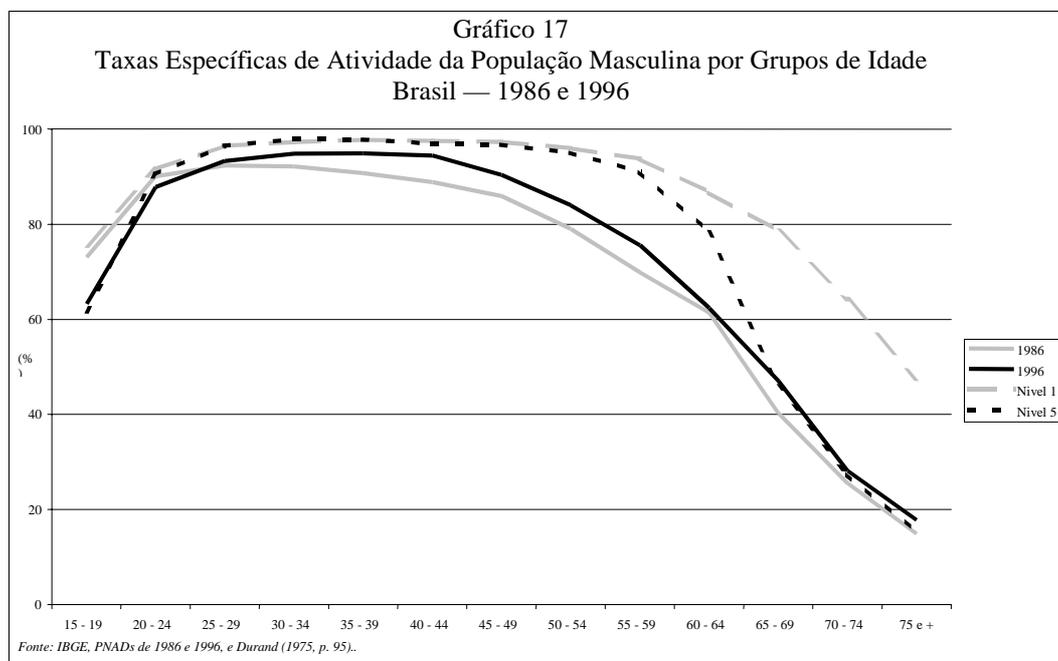
8 - INSERÇÃO DO IDOSO NO MERCADO DE TRABALHO

8.1 - Participação na Atividade Econômica

A avaliação do comportamento da PEA idosa ao longo do tempo é dificultada pelas modificações havidas no conceito de PEA ao longo dos vários censos demográficos e PNADs. Entre 1986 e 1996, a taxa de participação da população masculina idosa aumentou de 28,5% para 32,0% e a feminina correspondente de 5,7% para 7,9%.

As taxas de atividade dos idosos na semana de referência da PNAD de 1996 são mais baixas do que as dos adultos, especialmente entre as mulheres, como mostram os Gráficos 17 e 18. Entretanto, entre os homens de 65 e 75 anos as taxas de atividade de 1996 variavam entre 47,0% e 22,1%, o que mostra a velocidade da queda da participação dos idosos no mercado de trabalho com a idade. O aumento da participação masculina idosa entre 1986 e 1996 ocorreu em todas as faixas

etárias. Já em relação a 1970 verifica-se que os homens idosos reduziram a sua participação no mercado de trabalho, embora reconheça-se que os dados da PNAD, aqui trabalhados, não sejam comparáveis aos censitários.¹² Enquanto em 1970 aproximadamente 45% dos homens idosos participavam da população economicamente ativa (PEA), em 1996 esta proporção foi de 32,0%.

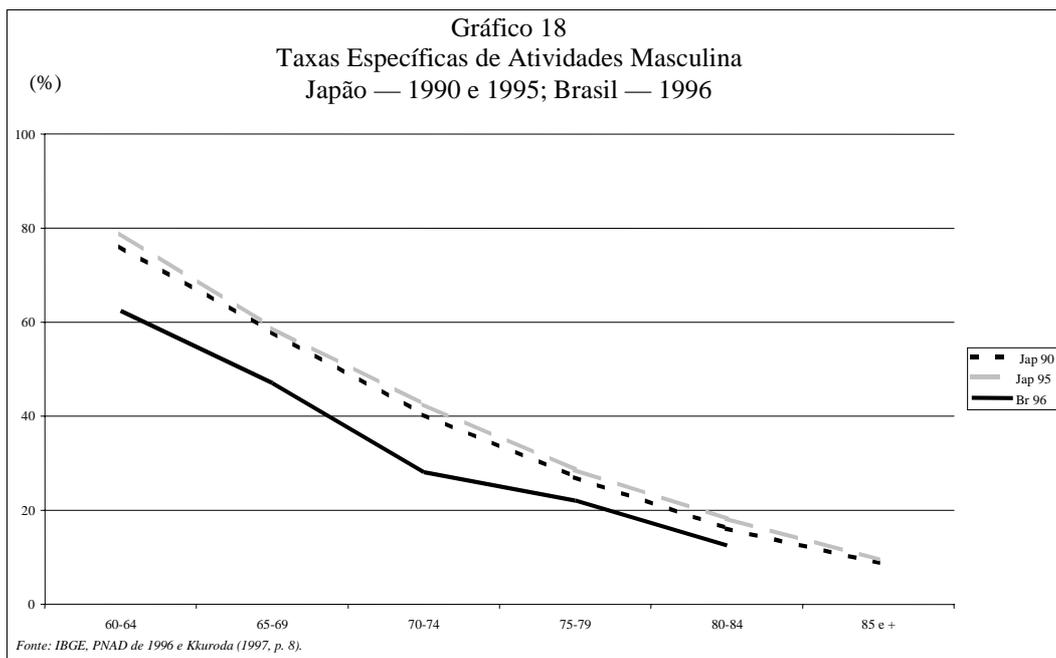


As taxas masculinas estão comparadas a dois conjuntos de taxas de atividade-modelo propostas por Durand (níveis 1 e 5) que variam segundo o nível de desenvolvimento econômico.¹³ Esse modelo baseia-se nos pressupostos de que quanto maior a renda nacional e a urbanização, menor é a participação de jovens e idosos na atividade econômica. Foram identificados alguns fatores associados à menor participação dos idosos no mercado de trabalho: maiores gastos públicos em benefícios sociais, menor proporção da população ocupada em atividades agrícolas, maior urbanização, dentre outros [ver Durand (1975, p. 101-122)].

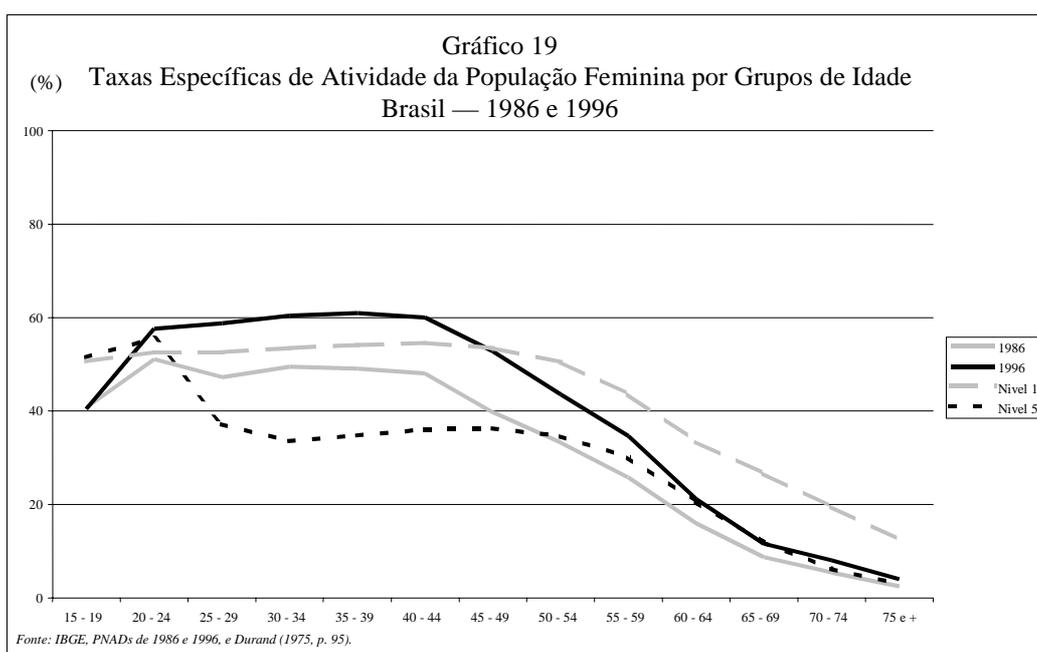
A experiência internacional mostra que entre 1960 e meados da década de 80 a taxa de atividade da população de 55 anos e mais declinou em vários países desenvolvidos. Desde então, essa taxa se estabilizou em alguns desses países e, em outros, como Austrália, Estados Unidos e Japão, aumentou no início dos anos 90 [ver Kuroda (1997, p. 8)]. O Gráfico 18 mostra as taxas de atividade da população masculina brasileira comparadas às japonesas entre 1990 e 1995. As taxas brasileiras apresentavam-se sistematicamente mais baixas do que as japonesas nos dois anos considerados.

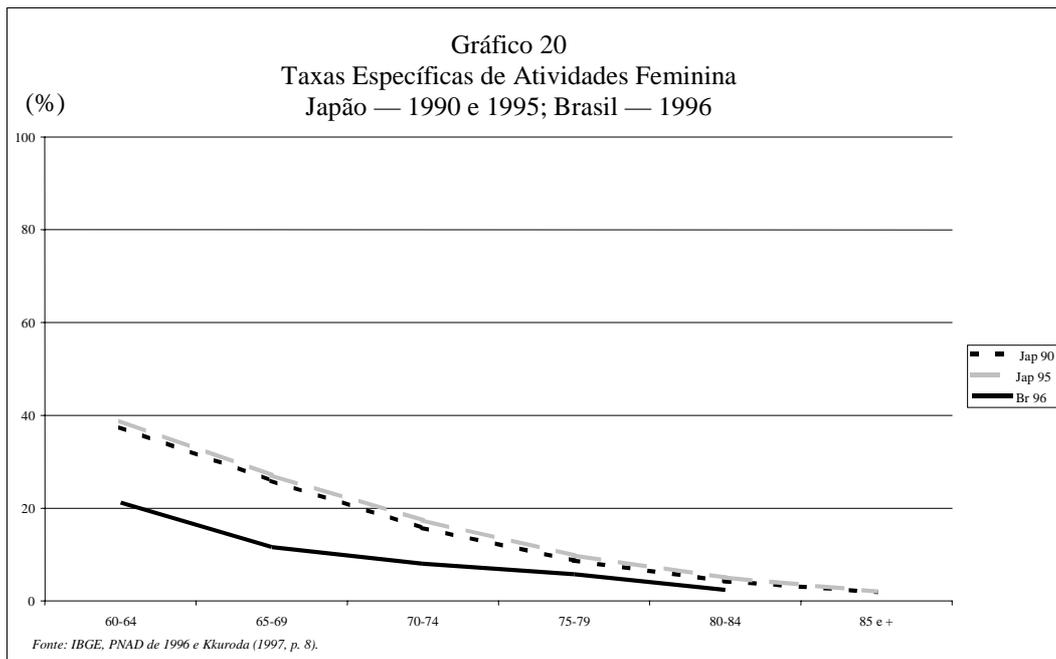
¹² Dados não-mostrados. As PNADs em relação aos censos demográficos tendem a enumerar mais a população lotada nas atividades econômicas, especialmente os jovens, as mulheres e os idosos.

¹³ O modelo apresenta cinco conjuntos de taxas específicas de atividade para homens e mulheres. Cada conjunto está associado a um nível de desenvolvimento socioeconômico, o nível 1 diz respeito ao mais baixo e o 5 ao mais alto [ver Durand (1975, p. 79 e 118)].



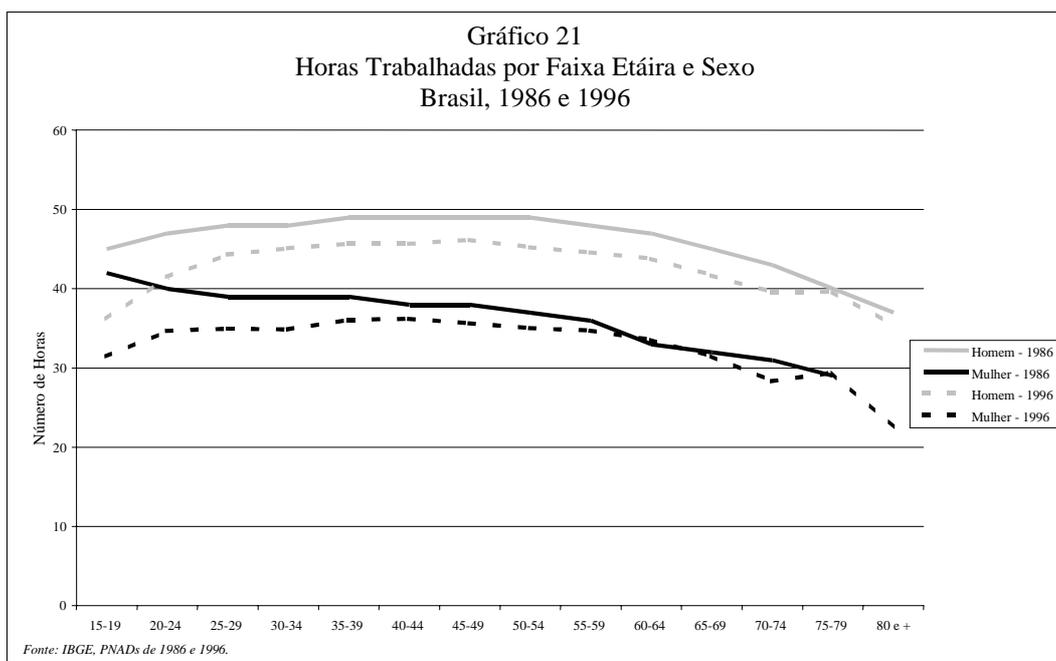
As taxas de atividade feminina são bem mais baixas do que as masculinas, embora ligeiramente crescentes entre 1986 e 1996. Estas também são comparadas no Gráfico 19 com a as dos modelos propostos por Durand (primeiro e último). Em 1986, as taxas da população idosa brasileira feminina situavam-se abaixo das taxas apresentadas nos dois modelos propostos. Já em 1996, eram mais elevadas do que as do modelo 5 (último). Estas taxas também foram comparadas com as japonesas no Gráfico 20 e mostram níveis de atividade da população brasileira mais baixos do que os da japonesa. As taxas de atividade feminina da população japonesa também aumentaram no período considerado, mas também situam-se em níveis bem mais baixos do que as masculinas.





8.2 - Horas Trabalhadas

O Gráfico 21 mostra que as mulheres trabalham muito menos horas semanais do que os homens e esta diferença aumenta com a idade provavelmente, devido a um efeito coorte. Em relação a 1986, observou-se em 1996 uma redução do número médio de horas trabalhadas para ambos os sexos e em quase todos os grupos de idade, o que pode ser consequência das mudanças no conceito de trabalho.

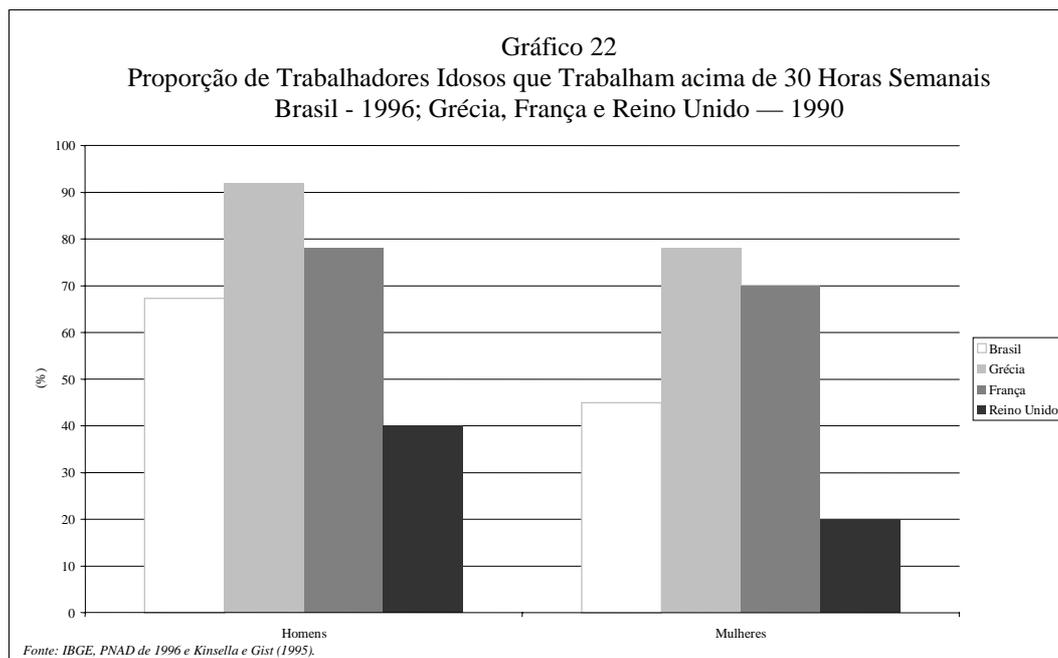


Considerando apenas os homens idosos, observa-se que estes trabalham menos horas do que os homens com idades entre 20 e 50 anos, mas a diferença entre os dois grupos não é tão grande. Comparada à estrutura de horas trabalhadas dos adultos, a dos idosos parece ter deslocado indivíduos para atividades que ocupam um menor número de horas. Cerca de 67% dos homens entre 65 e 90 anos trabalhavam 40 ou mais horas semanais em 1996, uma fração menor do que os 90% observados nos homens entre 20 e 50 anos, mas ainda assim expressiva. Apesar de decrescente, foi também significativa a média de horas semanais trabalhadas pela população de mais de 80 anos, em média 35 horas (Gráfico 21).

Já o número médio de horas trabalhadas pelas mulheres é bem menor do que o dos homens em qualquer faixa etária e nos dois anos analisados, e a diferença se torna maior para a população idosa. Em média, as mulheres com mais de 65 anos trabalhavam menos de 28 horas semanais em 1996, média esta menor do que a verificada em 1986, que foi de aproximadamente 31 horas. Da mesma forma que para a população masculina, a média de horas semanais trabalhadas decresce com a idade, tendo sido de 17 horas entre as mulheres de mais de 80 anos em 1996 (Gráfico 21).

As mulheres idosas, em termos de horas semanais, também trabalham menos do que os homens em países desenvolvidos, como França, Grécia e Reino Unido. As maiores diferenças foram encontradas no Brasil e Reino Unido (ver Gráfico 22). Este compara as proporções de trabalhadores brasileiros idosos que trabalharam mais de 30 horas semanais com a correspondente residente nos países mencionados. Considerando apenas a população masculina, os brasileiros idosos só trabalharam menos do que os gregos. No Reino Unido, foi observada a menor proporção de idosos trabalhando mais de 30 horas semanais, tanto no sexo masculino quanto no feminino. A maior proporção de mulheres idosas trabalhando mais de 30 horas semanais foi verificada na Grécia, seguida da França. Neste último foram verificados os menores diferenciais entre os sexos na jornada de trabalho. As brasileiras só trabalham menos do que as do Reino Unido.

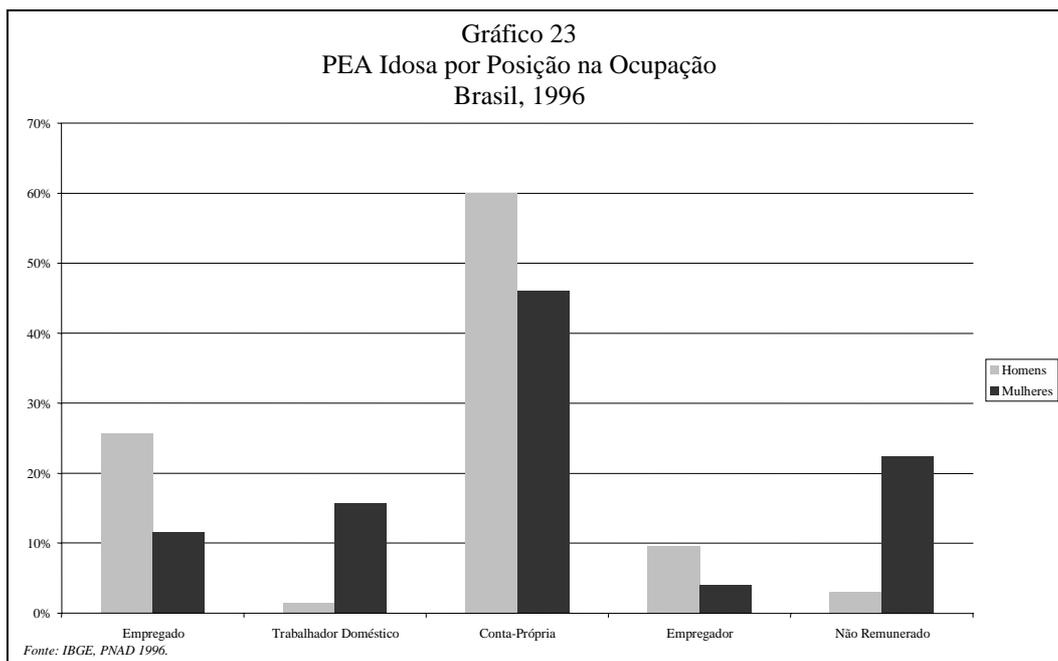
Os indicadores mostrados anteriormente sugerem que se deve ter cautela na interpretação do indicador razão de dependência dos idosos. A inatividade potencial atribuída aos indivíduos idosos é mais observada entre as mulheres e está também associada ao seu menor volume em termos de horas trabalhadas. Para elas, é mais fácil associar o envelhecimento com a inatividade, e dependência econômica mas, que também pode ser resultado de um efeito coorte. Isto se deve também ao efeito de coorte, ou seja, à menor participação na atividade econômica das mulheres idosas no passado. Na Seção 10, será discutida um pouco mais a questão da mensuração do grau de dependência da população idosa.



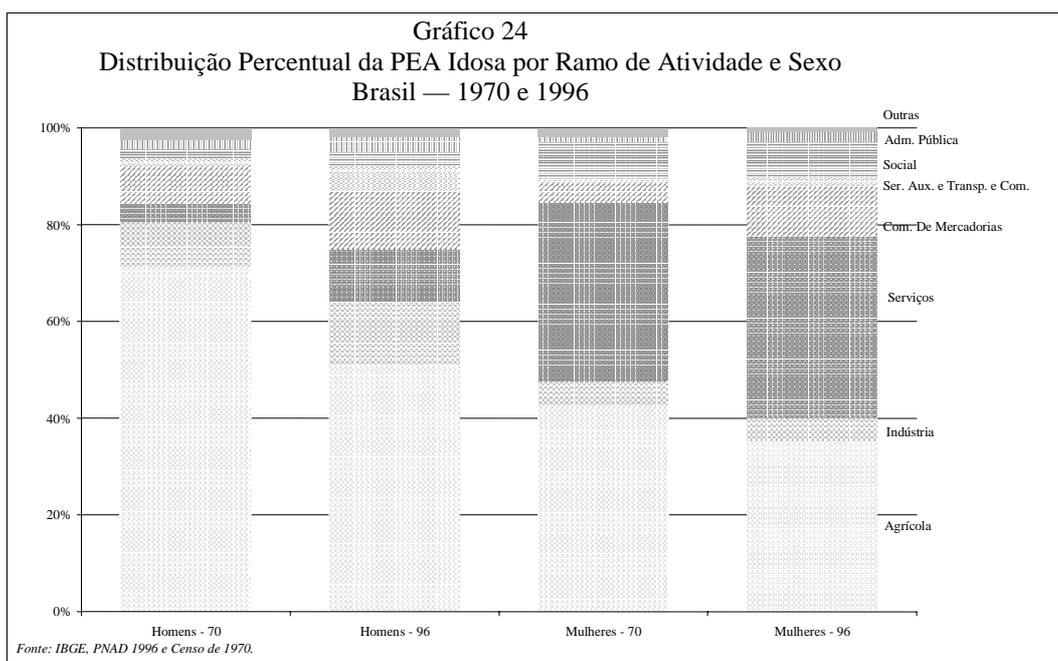
8.3 - Ocupação

Em 1996, 60% dos homens idosos trabalhavam por conta própria. É o que mostra o Gráfico 23, que apresenta a distribuição dos idosos por posição na ocupação. Adicionando os empregadores a esta proporção, encontramos quase 70% da PEA idosa masculina, proporção bastante mais elevada do que a equivalente encontrada para a PEA masculina de 60 anos e mais trabalhando na União Européia (UE) em 1991, que foi de 44,1%. Já os empregados constituíam aproximadamente 23% da PEA idosa masculina, valor bastante mais baixo do que o encontrado para a PEA masculina de 60 anos e mais da UE em 1991 — 52,9% [ver Kinsella e Gist (1995, p. 27)]. É provável que esta diferença se deva ao fato de a PEA brasileira ser constituída por uma parcela expressiva de aposentados que devem se concentrar nas atividades por conta própria e, como se verá a seguir, lotada na agricultura e no comércio.

Entre as mulheres idosas, 46% eram conta-própria e 22% eram não-remuneradas, em 1996 (ver Gráfico 23). Entre conta-própria e empregadores, encontravam-se 50% da PEA feminina idosa, em 1996. Essa proporção é mais elevada do que a correspondente residente na UE, que estava em torno de 30% em 1991. A grande diferença entre as mulheres européias e brasileiras estava nas mulheres empregadas. Enquanto no Brasil, em 1996, esta proporção foi de 12%, na Europa foi de 56,8%. As informações sobre a UE foram extraídas de Kinsella e Gist (1995, p. 27).



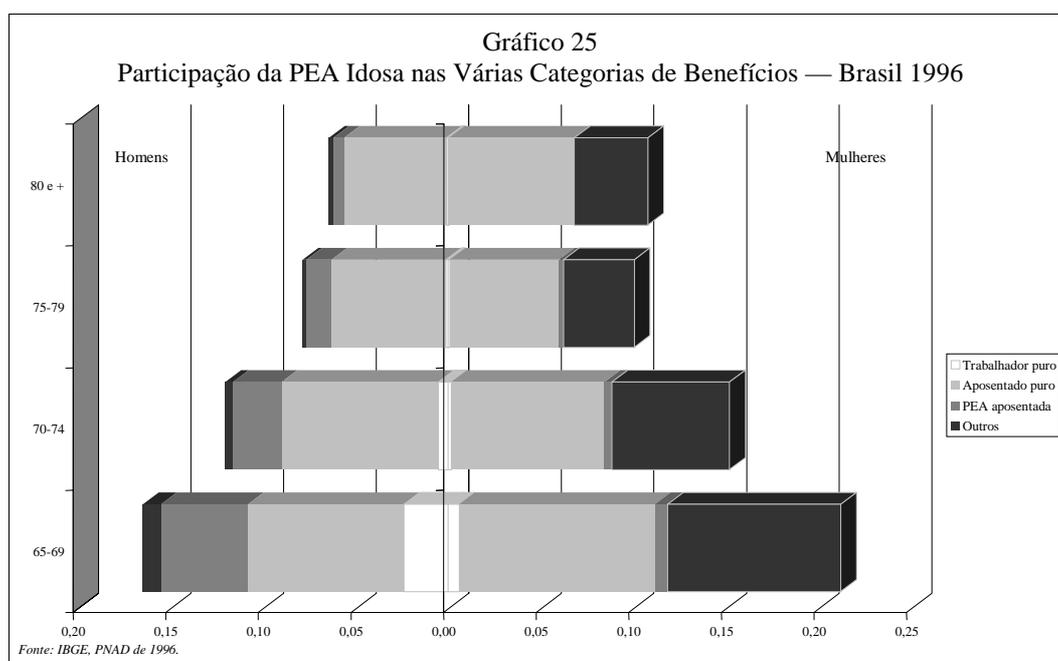
O Gráfico 24 mostra que mais da metade da PEA idosa masculina estava lotada nas atividades agrícolas em 1996, o que é compatível com um menor número de horas trabalhadas. O segundo setor absorvedor de mão-de-obra masculina foi a indústria. Foi no setor serviços onde se levantou a maior parcela de mão-de-obra feminina, seguido das atividades agrícolas. A distribuição percentual da PEA idosa por ramos de atividade apresentou alterações expressivas entre 1970 e 1996, acompanhando as mudanças na economia brasileira. Em 1996, tanto homens quanto mulheres trabalhavam menos na agricultura e mais no setor serviços, indústria e comércio de mercadorias.



8.4 - O Idoso Aposentado

Parte expressiva da PEA idosa de 1996 era composta de pessoas já aposentadas. No caso da PEA masculina, apenas 21% não eram aposentados; os restantes 79% eram constituídos de aposentados que continuaram trabalhando. A participação de aposentados masculinos na PEA cresceu em relação a 1986. Nesse ano, aproximadamente 65% da PEA eram formados por aposentados. No caso da PEA feminina, a proporção de aposentadas era bem menor, 44%. O aumento da parcela da PEA constituída por aposentados pode estar refletindo, por um lado, a maior cobertura do benefício previdenciário e, por outro, o aumento da longevidade conjugado com melhores condições de saúde que permitem que uma pessoa ao atingir os 65 anos possa, com facilidade, exercer uma atividade econômica. Por outro lado, a legislação permite ao empregador a contratação de um idoso, que apresenta algumas vantagens em termos de custos do que a de um jovem. Por exemplo, o empregador não precisa pagar vales-transportes para um idoso acima de 65 anos.

O Gráfico 25 mostra a distribuição da população brasileira de 65 anos e mais por condição de atividade e previdenciária, grupos de idade e sexo em 1996. São consideradas quatro categorias: trabalhadores puros, aposentados trabalhando, aposentados puros e outros. Considerando o total da população idosa, observa-se que a maioria (60%) é constituída de aposentados puros; 11% de aposentados que trabalhavam no momento da PNAD de 1996. Aproximadamente 25% não eram aposentados e nem trabalhavam e 4% trabalhavam e não estavam aposentados. A participação dos idosos na PEA tanto aposentada quanto pura decresce com a idade.



Em média, dos 13,4 anos que um idoso do sexo masculino pode esperar viver aos 65 anos, só 1,0 ele passaria trabalhando sem se aposentar (ver Tabela 14). Ele ainda pode esperar passar mais 3,0 anos na atividade econômica, mas trabalhando como aposentado. Disso resulta que um idoso do sexo masculino aos 65 anos pode esperar passar mais 4,0 anos na atividade econômica. Como aposentado puro, pode esperar ter mais 9,5 anos. Ao todo, um indivíduo do sexo masculino, aos 65 anos, pode esperar passar mais 12,5 anos na condição de aposentado.

Tabela 14

**Esperança de Sobrevida aos 65 Anos por Sexo e Categorias Ocupacionais
Brasil — 1997**

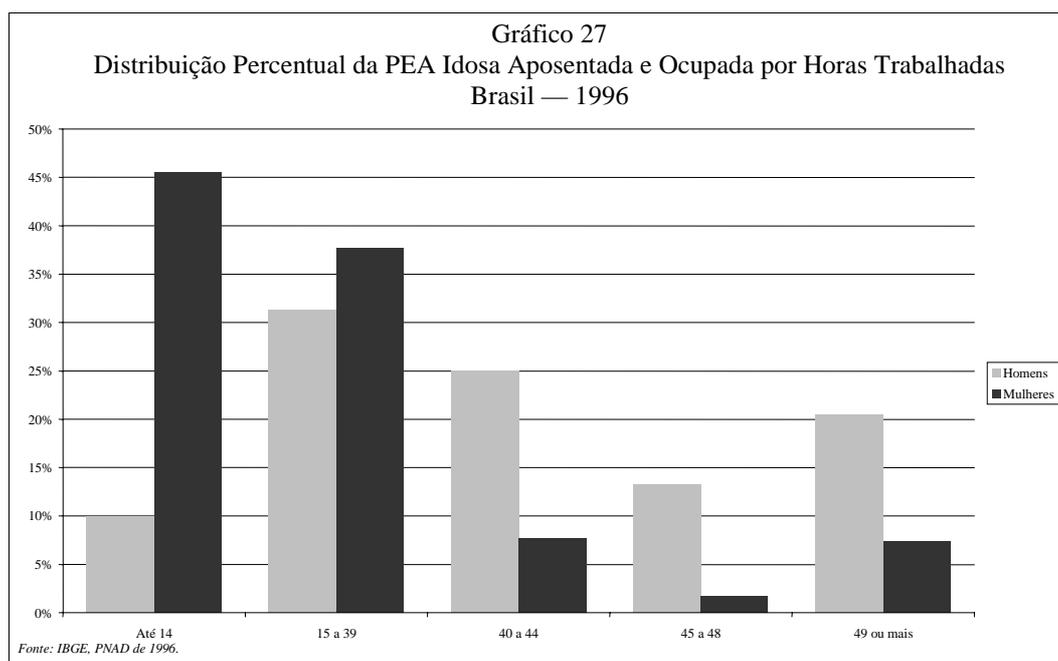
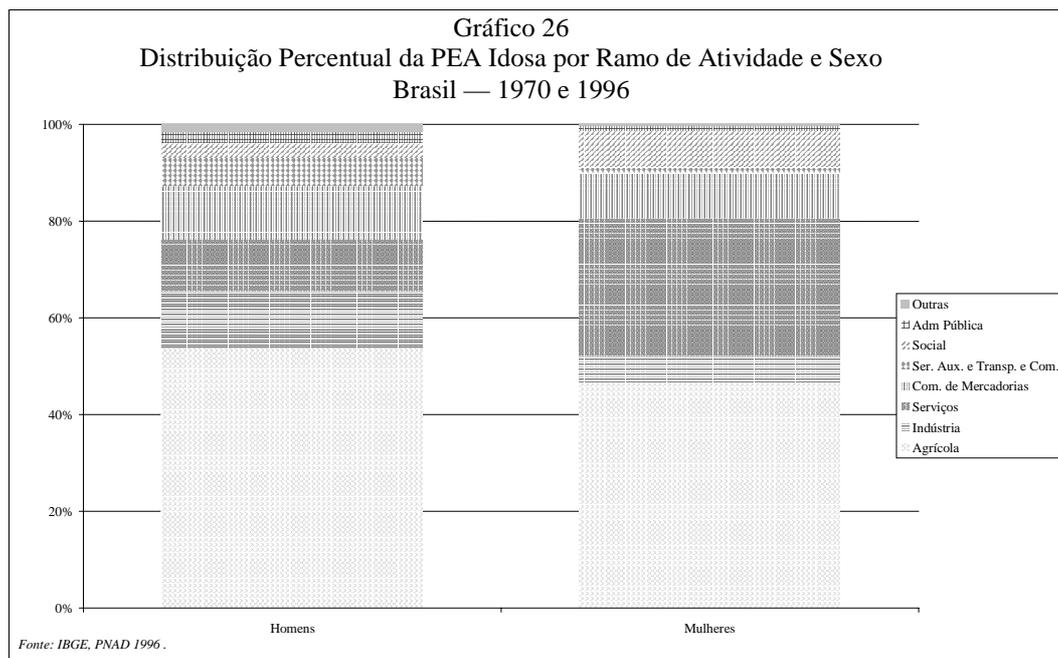
(Em anos)

Sexo	Total	Trabalhador Puro	Trabalhador e Aposentado	Aposentado Puro
Homens	13,4	1,0	3,0	9,5
Mulheres	16,9	0,4	0,7	15,8

Fontes dos dados brutos: Ministério da Saúde, Datasus e contagens populacionais. Elaboração: IPEA.

A esperança de sobrevida do idoso, mostrada na Tabela 14, é afetada pelos níveis de mortalidade vigentes no país em 1996, pelas condições de absorção do mercado de trabalho nesse ano e pela probabilidade de ele estar aposentado nesse ano. A menor mortalidade feminina resulta em que uma mulher aos 65 anos viva, em média, 3,6 anos a mais do que um homem na mesma idade, ou seja, ela pode esperar atingir os 81,9 anos. Dos 16,9 anos que terá como sobrevida, ela pode esperar passar 1,0 trabalhando (já aposentada ou não) e 16,5 aposentada (trabalhando ou não). Admitindo que a dependência econômica inicia-se com o término da atividade econômica, pode-se então dizer que, para os homens que sobreviveriam aos 65 anos, ela se inicia aos 69,0 anos e para as mulheres, aos 66,0 anos.

Dos aposentados que trabalhavam, o Gráfico 26 mostra que a grande maioria, 54% dos homens e 47% das mulheres, estava lotada na agricultura. O segundo setor em importância na absorção de homens aposentados foi a indústria e, na de mulheres, a prestação de serviços. Em termos de horas trabalhadas, aproximadamente 59% dos homens aposentados trabalhavam mais de 40 horas semanais (ver Gráfico 27). Entre as mulheres, a proporção comparável foi de 17%. Quase metade das mulheres aposentadas (46%) trabalhava menos de 15 horas semanais. Entre os homens aposentados e ativos, apenas 10% trabalhavam menos de 15 horas semanais.



8.5 - A População Não-Economicamente Ativa

Dada a alta participação do idoso no mercado de trabalho, esta seção procura analisar algumas características do idoso não-participante, buscando inferir sobre as razões que o levariam a continuar trabalhando mesmo aposentado. Para isto, compara-se na Tabela 15 algumas características dos dois subgrupos populacionais: ativo e não-ativo por sexo. Em média, os participantes da PEA são mais jovens do que aqueles que estão fora. Já a escolaridade não parece afetar

muito a participação do idoso na atividade econômica, especialmente entre os homens. Renda, sim, é um elemento diferenciador muito importante nas duas categorias. A diferença no rendimento médio é de mais de 80% para ambos os sexos. Entre os homens, observa-se uma parcela bem maior de aposentados na PEA. O inverso ocorre com as mulheres.

Tabela 15

**Idade, Anos de Estudo e Rendimento Médios dos Idosos segundo a Condição na Atividade e Sexo
Brasil — 1996**

	PEA		Não-PEA	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Idade Média	70,1	70,2	73,8	73,4
Anos de Estudo Médio	3,0	3,0	2,9	2,5
Rendimento Médio (R\$)	709,77	400,42	392,31	221,12
% de Aposentados	57,7	39,0	42,3	61,0

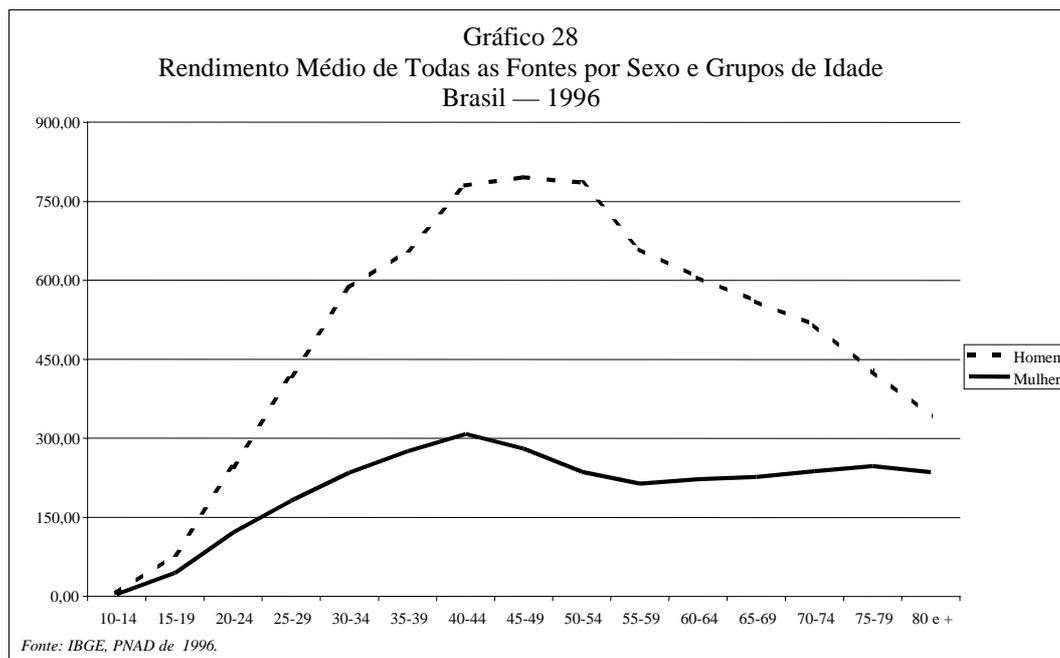
Fonte: IBGE, PNAD de 1996.

9 - RENDIMENTOS

9.1 - Visão Geral

Conforme esperado, os rendimentos da população idosa decrescem com a idade mas situam-se num patamar mais elevado do que os da população jovem. Por exemplo, o mais baixo rendimento percebido pela população idosa foi pelo grupo que tinha mais de 80 anos e era maior do que o percebido pela população menor de 20 anos. Já o grupo de 65 a 69 anos tinha uma renda mais elevada do que a população menor de 30 anos. O Gráfico 28 apresenta o rendimento médio de todas as fontes da população brasileira por sexo e grupos de idade. Os rendimentos médios dos homens crescem com a idade até os 45-49 anos, decrescendo a seguir.

O comportamento da curva de rendimentos da população feminina difere do da masculina, como mostra o Gráfico 28. Em primeiro lugar, os rendimentos absolutos são bem mais baixos. Em segundo, estes crescem com a idade até o grupo 40-44 anos, em que os diferenciais em relação à população masculina são mais elevados. A partir deste grupo de idade, os rendimentos médios recebidos declinam ligeiramente e se estabilizam a partir dos 55 anos. Também entre as mulheres os rendimentos da população idosa são maiores do que os da população jovem, ou seja, da menor de 25 anos.



Dentre as várias situações em que se coloca o idoso do sexo masculino, aquela em que este aufero o maior rendimento é composta pelo idoso que está apenas trabalhando, conforme se vê na Tabela 16. Ignorando os diferenciais nos níveis de educação dentre outros, por exemplo, pode-se dizer que o aposentado puro tem o seu rendimento médio aproximadamente R\$ 272,61 menor do que o do indivíduo que trabalha. Mas se o aposentado trabalha, o seu rendimento médio aumenta R\$ 337,20. Este, por sua vez, é R\$ 64,59 maior do que o rendimento do indivíduo que é apenas parte da PEA, ou seja, trabalhador.

Tabela 16

**Rendimento Médio da População Idosa por Sexo e Categorias
Brasil — 1996**

(Em reais)

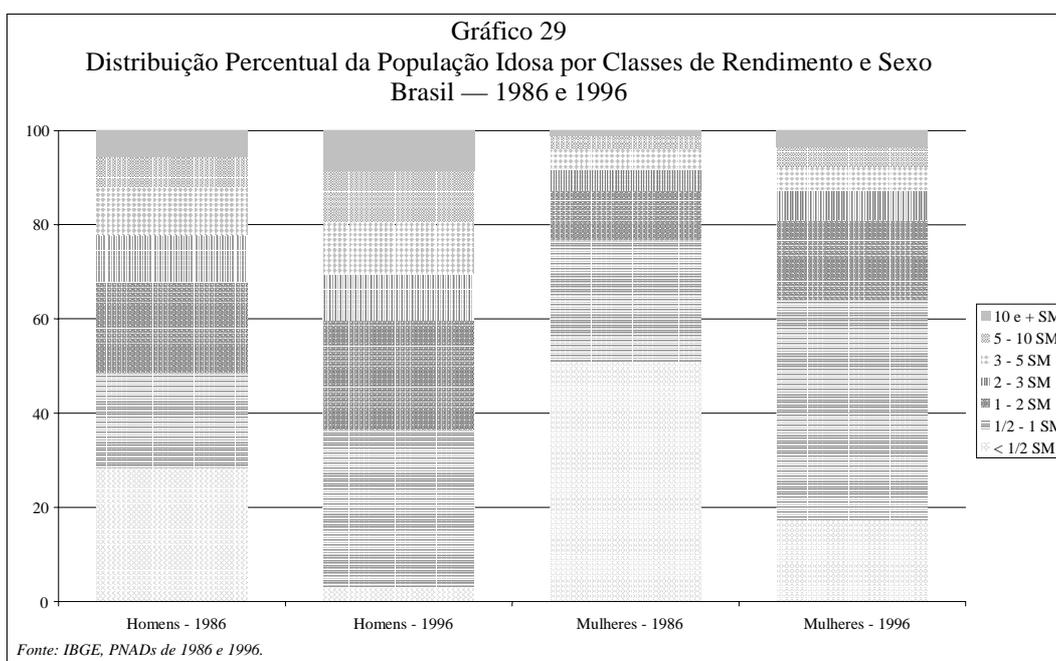
	Trabalhador Puro	Trabalhador e Aposentado	Aposentado Puro	Outros
Total	526,13	633,43	266,43	182,05
Homem	598,25	662,84	325,64	148,02
Mulher	253,15	441,52	214,33	184,55

Fonte: IBGE, PNAD de 1996.

Como já foi visto, o rendimento feminino é bem menor do que o masculino, com exceção da categoria *outros*, onde aquele é ligeiramente maior. Os diferenciais por categorias nos rendimentos femininos são na mesma direção dos masculinos e mostram claramente a redução da renda quando da aposentadoria. É claro que esses resultados podem estar afetados pela seletividade dos idosos que trabalham: mais saúde, dentre outras coisas.

Em relação a 1970, observaram-se em 1996 melhoras expressivas no nível de renda da população idosa, se medida pela proporção de idosos sem rendimentos. Enquanto 20% dos homens idosos não tinham nenhum rendimento em 1970, em 1996 esta proporção foi reduzida para 2,4%. Entre as mulheres idosas, as mudanças foram bem mais significativas. Aproximadamente 87% não recebiam nenhum rendimento em 1970 e, em 1996, esta proporção não ultrapassou 17%.¹⁴

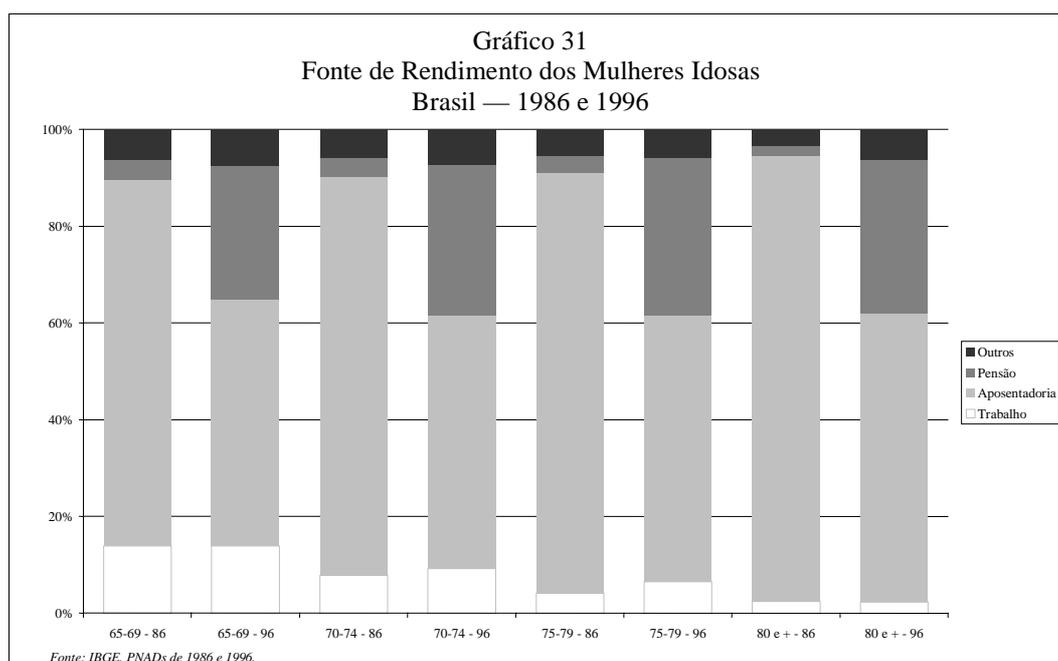
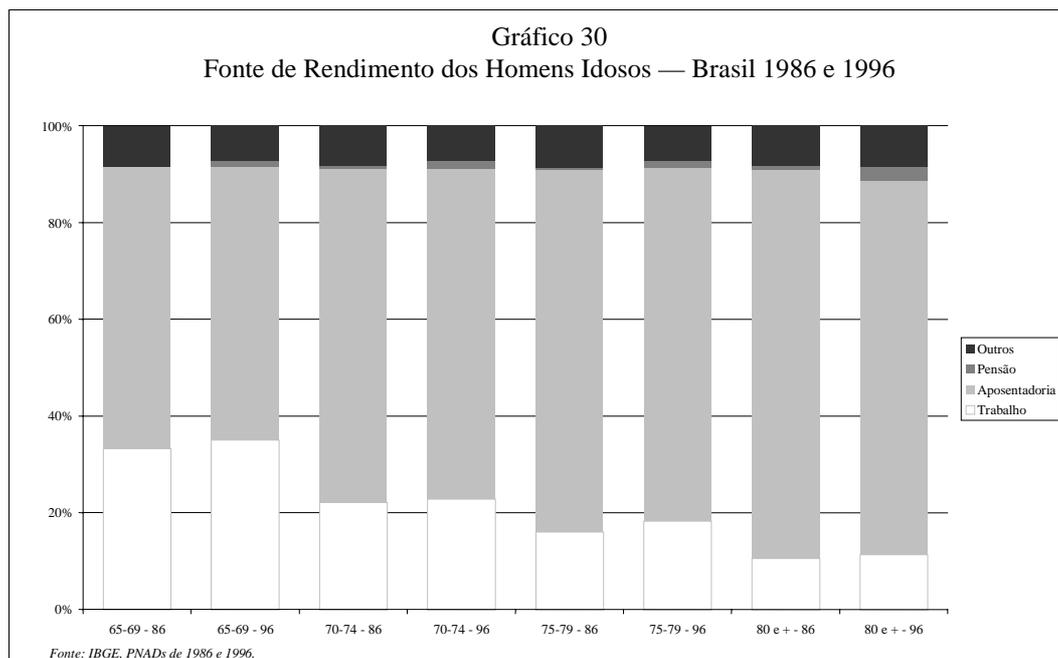
A distribuição da população idosa por faixas de rendimentos entre 1986 e 1996, apresentada no Gráfico 29, sugere também uma melhoria na renda do idoso entre 1986 e 1996, que foi mais expressiva entre as mulheres. Em 1986, mais de 50% das mulheres recebiam mensalmente menos de meio salário mínimo mensal, tendo esta proporção se reduzido para 17,2% em 1996. Por outro lado, a proporção de mulheres que ganhavam mais de 10 salários mínimos passou de 1,2% para 3,4%. Entre os homens, a proporção dos que tinham uma renda mensal inferior a meio salário mínimo diminuiu de 28,3% para 3,0% e a dos que ganhavam mais de 10 salários mínimos passou de 5,7% para 8,6%.



9.2 - Fonte dos Rendimentos

Os Gráficos 30 e 31 mostram que a maior parte dos rendimentos dos idosos em 1986 e 1996 provinha da aposentadoria tanto para homens quanto para mulheres e estes cresceram com a idade. Entre a população masculina, mostrada no Gráfico 30, não se observaram diferenças importantes na composição das fontes dos rendimentos entre 1986 e 1996. As aposentadorias contribuíram com aproximadamente 58% da renda dos que tinham entre 65 e 69 anos e 80% dos rendimentos da população maior de 80 anos nos dois anos.

¹⁴ Dados não-mostrados.



Uma dificuldade na comparação dos dados entre 1986 e 1996 surge com a terceira categoria. Em 1986, a PNAD colocou na categoria *outros* todos os rendimentos não-provenientes de aposentadoria ou trabalho. Em 1996, as pensões foram consideradas numa categoria isolada, mas não se tem referências sobre as demais fontes de rendimentos.

Como o Gráfico 31 mostra, as aposentadorias desempenham um papel muito mais importante na renda das mulheres do que na dos homens, mas esta participação

diminuiu entre 1986 e 1996. Este declínio deu-se em detrimento de um aumento da participação das pensões e da renda do trabalho. No primeiro caso, isto ocorreu mesmo considerando em 1986 as pensões agregadas a outros rendimentos.

9.3 - A Participação da Renda do Idoso na Renda Familiar

Os idosos são responsáveis por uma contribuição importante na renda das suas famílias, como mostra a Tabela 17. Esta proporção variou entre 38% e 44% dos rendimentos dessas famílias, segundo a PNAD de 1996. Esses dados são afetados pela composição diferenciada dos núcleos familiares. Na família que tem idosos, é maior o número de pessoas que trabalham.

O impacto da redução dos rendimentos médios do trabalho na proporção de contribuição para a renda familiar total é atenuado pelo aumento de pensões e benefícios previdenciários e por mudanças na composição das famílias. Atente-se também para o fato de que a renda do trabalho principal, apesar de decrescente, ainda constituía aproximadamente 2% da renda familiar média do idoso que tinha mais de 80 anos em 1996. Entre o segmento de 65 a 69 anos, a contribuição da renda do trabalho principal do idoso na renda da família estava em torno de 11%.

Tabela 17

Proporção do Rendimento dos Idosos na Renda Familiar Brasil — 1996

Grupo Etário	% da Renda do Trabalho Principal na Renda Familiar	% da Renda de todas as Fontes na Renda Familiar
65-69	11,22	51,71
70-74	6,20	54,28
75-79	4,52	56,30
80 e +	2,12	53,52
Total	7,10	53,54

Fonte: IBGE, PNAD de 1996.

Em 1996, se o idoso era chefe, sua contribuição na renda familiar subia para 69% e, se não era, caía para 26%. É o que mostra a Tabela 18. Essa proporção não difere muito entre os sexos. Entre os chefes, as mulheres foram responsáveis por uma parcela maior da renda familiar. Entre os idosos não-chefes, as mulheres foram responsáveis pela menor contribuição à renda familiar.

Tabela 18

Proporção da Renda Familiar que Depende do Idoso Brasil — 1986 e 1996

	1986			1996		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Chefes Idosos	70,0	70,0	70,0	67,0	73,0	69,0
Idosos Não-Chefes	24,0	25,0	25,0	34,0	25,0	26,0

Fonte: IBGE, PNADs de 1986 e 1996.

A situação descrita anteriormente não difere muito da mostrada pelos dados de 1986, quando a população como um todo é considerada. Mas, quando se considera a população masculina, verifica-se que uma proporção menor da renda familiar depende do idoso, se ele é chefe, quando se compara 1986 com 1996. O contrário se verifica quando o idoso não é chefe. Já quando as mulheres são chefes, a família passa a depender mais de sua renda, em 1996.

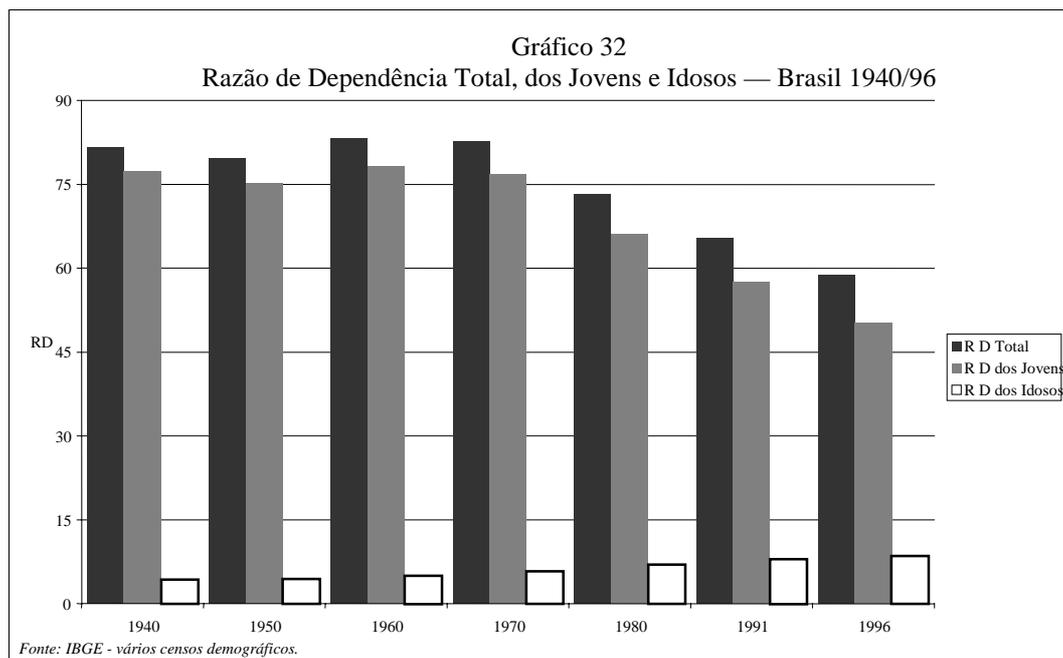
Do que já foi mencionado, pode-se concluir que, no nível micro, o grau de dependência dos indivíduos idosos é, em boa parte, determinado pela provisão de rendas por parte do Estado. Isto sugere que, quando se reduzem ou se aumentam os benefícios previdenciários, o Estado não está simplesmente atingindo indivíduos, mas uma fração razoável dos rendimentos de famílias inteiras. Isso é importante de ser notado porque, como conseqüência, o perfil do sistema previdenciário construído hoje influirá na distribuição futura da renda das famílias. O sistema previdenciário pode ser usado para repartir riquezas não só entre indivíduos, mas, também, entre gerações. Sistemas que simplesmente retornam contribuições poupadas reproduzem a distribuição de renda existente ao longo do período de contribuição, enquanto sistemas que compõem um fundo geral ao longo do tempo e distribuem recursos desse fundo de forma independente das contribuições podem ser também usados com a finalidade de concentrar ou distribuir riqueza entre famílias.

10 - DEPENDÊNCIA

Uma das conseqüências da queda da fecundidade no médio prazo é a redução da razão de dependência demográfica.¹⁵ Esta passou de 87,4% em 1940 para 65,4% em 1996 (ver Gráfico 32). As taxas de dependência específicas de idosos e de jovens têm apresentado comportamentos opostos: em 1940, para cada 10,5 jovens existia um idoso; em 1996, esta proporção passou para quatro jovens por um idoso.

O primeiro ponto que se deseja salientar aqui é que o indicador usado para medir a dependência demográfica leva em conta apenas a variável idade cronológica. Os dois limites de idade que definem a dependência ou atividade são bastante arbitrários. Não há nada que assegure que uma pessoa aos 65 anos possa ser considerada inativa ou dependente e uma de 15 anos seja ativa. Por exemplo, o que se viu sobre a inserção do idoso na força de trabalho foi que uma parcela importante desse segmento trabalha, seja aposentado ou não, e a sua renda tem uma contribuição importante no orçamento familiar.

¹⁵ Neste trabalho, definimos razão de dependência demográfica como o quociente entre a população dependente — jovens (0-14 anos) mais os idosos (65 e mais) — e a população em idade ativa (15 a 64 anos).

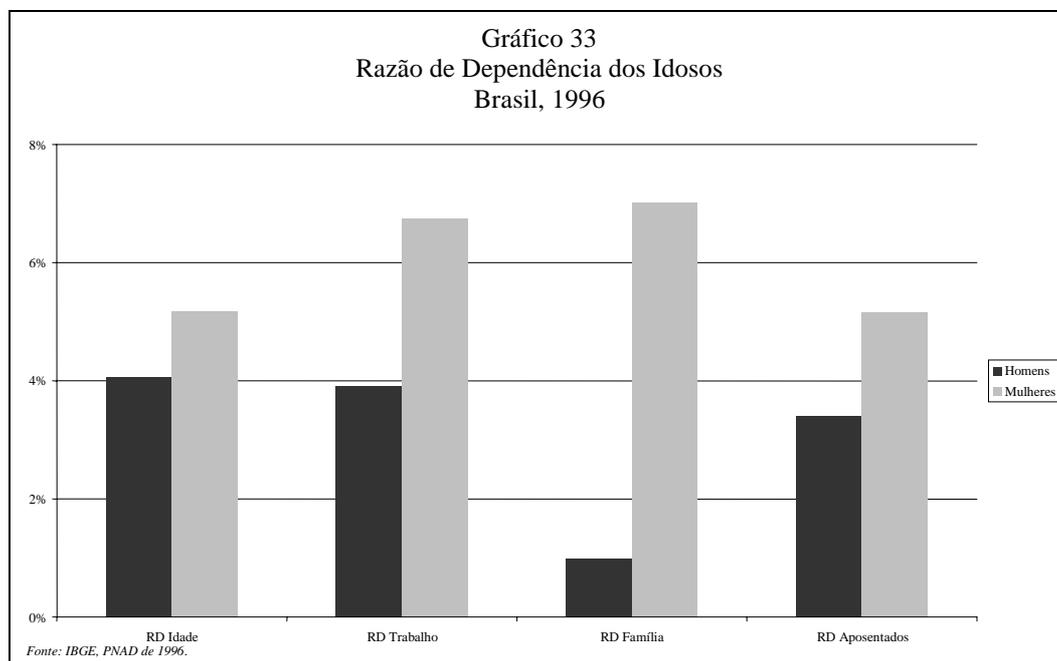


Neste trabalho foram feitas algumas tentativas de avaliar o grau de dependência do idoso. As novas razões de dependência estão apresentadas no Gráfico 33 e estão desagregadas por sexo. Estas se referem ao ano de 1996. O primeiro ponto a se salientar é: qualquer que seja o indicador utilizado, as mulheres apresentam um grau de dependência bem mais elevado do que os homens. A primeira razão considerada foi a tradicional, aqui chamada de *RD Idade*. Como nesta razão está sendo considerada apenas a idade, os diferenciais por sexo são os menores. As mulheres apresentam uma razão de dependência de 5,2%, enquanto para os homens esta foi de 4,1%. O diferencial por sexo é devido à maior longevidade feminina.

A outra medida leva em conta, além da idade, o fato de o idoso trabalhar ou não. Esta foi calculada a partir da relação entre idosos que não trabalham e a PEA, e chamada de *RD Trabalho*. Para os homens, esta razão é menor do que aquela em que apenas o critério idade foi utilizado. Já para as mulheres ela foi maior. Comparando a mesma razão para os dois sexos, observa-se que a feminina foi quase o dobro da masculina.

Considerando a dependência do ponto de vista da família, a proporção de idosos do sexo masculino vivendo em famílias em que não são chefes foi, em 1996, menor do que 1%; já entre as mulheres esta proporção foi de 7%. Considerando uma razão de dependência que leve em conta as relações familiares, ou seja, considerando como dependente o idoso não-chefe, define-se uma relação de dependência, chamada *RD Família*. Esta também está mostrada no Gráfico 33 e para os homens foi a mais baixa razão de dependência encontrada. Por outro lado, este critério apontou para as mulheres a mais alta taxa de dependência. Isto se deve, certamente, ao fato de que dificilmente mulheres vivendo com

companheiros se encontram na categoria de chefes, ou seja, este não é um bom indicador para mensurar a dependência feminina.



As relações familiares são determinadas por papéis sociais fortemente vinculados à idéia de parentesco e, portanto, não se limitam ao espaço domiciliar. Logo, a redistribuição intrafamiliar de recursos não ocorre exclusivamente dentro das fronteiras domiciliares. Todavia, com dados secundários, tais como os das PNADs, não é possível ir além do espaço domiciliar na definição de família. Há, no entanto, razões para se crer que essa definição permite algumas inferências razoáveis sobre as relações de dependência entre indivíduos do sexo masculino de uma família.

Finalmente, o último indicador apresentado aqui tenta medir a dependência em relação ao Estado, considerando como dependentes aqueles que recebem renda apenas de pensão e aposentadoria e, como não-dependentes, os que recebem rendas de outras fontes. Esta foi chamada *RD Estado* e, para a população feminina, é a mais baixa entre todas as razões encontradas, mas continua ainda mais alta que a masculina. Já para os homens esta só é maior do que a razão de dependência familiar. A relativamente baixa razão de dependência feminina do Estado pode ser resultado de um efeito coorte, ou seja, da baixa participação feminina no mercado de trabalho no passado recente. Por outro lado, há que se reconhecer que chamar o indicador acima de dependência do Estado não é muito apropriado pois, como já se mencionou, uma grande parte dos benefícios previdenciários representa retornos de poupanças feitas ao longo da vida produtiva.

Concluindo, o que se pode dizer é que para a população masculina a razão de dependência demográfica é a mais alta dentre todas, o que não permite falar de uma associação direta entre envelhecimento e dependência. No caso das mulheres, esta parece ocupar maior posição de dependência na família, o que se deve à predominância de sua posição como cônjuge. A dependência por trabalho também é maior do que a por idade. Em síntese, o que parece é que a dependência feminina é mais um resultado do seu *status* socioeconômico, afetado pelo seu menor *status* no passado, do que do seu envelhecimento.

11 - EXPERIÊNCIAS DE SERVIÇOS SOCIAIS PARA IDOSOS

As mudanças no regime demográfico brasileiro levaram a um aumento significativo da proporção de indivíduos idosos na população total. Todavia, apesar das fortes pressões criadas pelas mudanças demográficas, o incremento das demandas por políticas sociais orientadas a idosos não deve ser tratado apenas como o resultado de uma determinada composição etária. Mudanças no papel dos idosos na sociedade devem ser vistas como um dos determinantes dessas demandas. Essa perspectiva é importante do ponto de vista da formulação de políticas de assistência, sejam elas públicas ou privadas, pois mostra que a melhoria das condições de vida dos idosos não depende apenas de mudanças no regime demográfico que, devido a efeitos geracionais, costumam possuir elevados níveis de inércia.

O crescimento das demandas por serviços sociais por parte dos idosos foi parcialmente acompanhado por aumento na oferta de serviços, tanto públicos quanto privados. A prestação de serviços aos idosos na esfera pública foi sistematizada através de legislação de assistência social e planos de ação governamental publicados a partir do início da década de 90, resultando em políticas de atenção aos idosos nos níveis federal, estadual e municipal. O setor privado respondeu ao aumento das demandas com a criação de instituições com fins lucrativos, entidades beneficentes e organizações de defesa dos interesses dos idosos.

Alguns exemplos sugerem que os idosos constituem um grupo de consumidores relevante para prestadores de serviços especializados. O Brasil conta hoje com um amplo complexo de instituições com fins lucrativos orientadas à prestação desses tipos de serviços. Essas instituições incluem prestação de serviços de saúde, asilos, casas de repouso, *spas* e hotéis, atividades recreativas (como canto, dança e esportes) e educação continuada (como aulas de informática e línguas), por exemplo. Evidentemente, o acesso da maioria da população idosa a esses serviços é limitado por restrições financeiras familiares, porém, considerando o tipo de demanda por esses serviços (altamente inelástica em alguns casos) e a capacidade de consumo relativamente superior dos idosos (renda maior e mais estável), trata-se de um mercado em expansão extremamente interessante para as empresas.

Por outro lado, diversas outras instituições de direito privado, porém sem fins lucrativos, orientam suas atividades aos idosos. Dentre essas instituições

encontram-se desde entidades beneficentes a organizações de caráter político não-partidário. Possuem peso significativo dentre elas as entidades de caráter religioso e as entidades com forte tradição de solidariedade, como os clubes Rotary e as lojas maçônicas. A maior parte dessas organizações sustenta-se a partir de pagamentos integrais ou parciais pelos serviços prestados e doações de particulares e empresas. Algumas entidades têm, em sua lista de doadores, pessoas famosas, como cantores populares e artistas de televisão. Além dos motivos altruístas, a doação, nestes casos, é incentivada também pelas isenções tributárias conferidas aos doadores e à publicidade positiva relacionada ao gesto. Instituições estatais não-ligadas diretamente à assistência social, como o BNDES e algumas autarquias, também constituem um grupo relevante de doadores. As doações não são exclusivamente financeiras, podendo constituir-se de alimentos, roupas, móveis e serviços, como assistência médica, jurídica e psicológica. Finalmente, o governo contribui também com as atividades das instituições privadas, seja de maneira indireta, como isenções de tributos e convênios financeiros, ou de maneira direta, subsidiando as instalações físicas, custeios de funcionamento e alocando funcionários públicos para o trabalho integral ou parcial na instituição. Algumas instituições não se limitam às fontes externas de recursos. Sob a perspectiva de que os idosos não são apenas objeto mas também instrumento da assistência social, o trabalho dos idosos é utilizado como fonte de recursos, seja em atividades cooperativas, onde idosos prestam serviços a outros idosos, seja na produção de bens para comercialização.

Apesar da participação crescente de entidades não-governamentais, o Estado ainda é o principal responsável na assistência aos idosos. A partir da década de 90, diversos níveis de governo passam a dedicar legislações e programas sociais orientados especificamente a eles. Isso, em parte, foi impulsionado pela Constituição de 1988, que dispõe, no capítulo da Seguridade Social, sobre assuntos sociais relevantes para a população idosa, inclusive sobre a assistência social (art. 203). A presença dessas disposições na Constituição facilita e incentiva a criação de legislação complementar sobre o assunto.

No final de 1993, foi aprovada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS — Lei 8.742, de 07.12.93) que, além de tratar da organização das políticas de assistência nas três esferas de governo, dispõe sobre medidas específicas, como a garantia de um salário mínimo de benefício mensal ao idoso que comprovar não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família (art. 2º, V, e art. 20) em torno da qual devem ser articulados os demais programas de assistência governamentais (art. 24). Logo em seguida, em 4 de janeiro de 1994, foi aprovada a Lei 8.842, posteriormente regulamentada pelo Decreto 1.948, de 3 de julho de 1996, que passa a constituir a Política Nacional do Idoso. Essa política passa a integrar o Programa Nacional de Direitos Humanos, publicado em março de 1996, e parte do princípio de que o envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, o que reforça a relevância de se garantir direitos de cidadania e proteger os idosos de quaisquer formas de discriminação.

As diretrizes da Política Nacional do Idoso buscam viabilizar a sua integração às demais gerações, descentralizar políticas, planos e projetos a ele direcionados,

tornando-o agente participativo na formulação, implementação e avaliação deles, priorizar as famílias no atendimento aos idosos em detrimento do atendimento asilar, assegurar prioridade aos idosos no acesso a serviços de órgãos públicos e privados, implementar sistemas de informações e capacitar prestadores de serviços (Lei 8.842, de 03.07.93, cap. II). O cumprimento de ações que contemplem essas diretrizes passa a englobar uma rede de órgãos públicos no nível federal de governo, dentre eles o Instituto Nacional de Seguro Social e os Ministérios de Previdência e Ação Social, Planejamento e Orçamento, Saúde, Educação e do Desporto, Cultura, Trabalho e Justiça, que atuam sob coordenação do Conselho Nacional da Seguridade Social e de conselhos setoriais. Além disso, a Política Nacional do Idoso prevê a possibilidade de articulação de entidades governamentais com organizações não-governamentais para viabilizar a capacitação de recursos humanos.

Posteriormente, em novembro de 1996, o Ministério da Previdência e Assistência Social publica a Política de Atenção ao Idoso, onde propõe diversas metas concretas de assistência ao idoso baseadas nas diretrizes da Política Nacional do Idoso. Dentre essas metas consta o atendimento a mais de 270 mil pessoas acima de 60 anos, concedendo o benefício de prestação continuada a 120 mil pessoas com mais de 70 anos. A estratégia de atendimento não-asilar resultou na proposta de ações baseadas em seis tipos de instituições:

- Centro de Convivência, cujo objetivo é a integração com as famílias, com outros idosos e outras gerações.
- Centro de Cuidados Diurnos, objetivando o atendimento do idoso dependente.
- Casa Lar, para idosos que não podem contar com a família para sua manutenção.
- Atendimento Domiciliar, cujo objetivo é prestar serviços ao idoso sem retirá-lo de sua família ou comunidade.
- Atendimento Asilar, prestado em casos excepcionais aos idosos dependentes sem família ou incapazes de prover sua subsistência por outros meios.
- Oficinas Abrigadas de Trabalho, cujo objetivo é utilizar ou desenvolver a capacidade produtiva dos idosos.

Em meados de 1997, o Ministério da Previdência e Assistência Social consolida parcerias com organizações governamentais e não-governamentais, incluindo associações de idosos, para editar o Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso (PAG-PNI). As diretrizes são bastante semelhantes aos planos e políticas anteriores, porém com metas mais ambiciosas. Elevou-se de pouco mais de 270 mil para 408 mil o público-alvo dos programas de projetos e de 120 mil para 315 mil os beneficiários de prestação continuada, orçando valores em torno de R\$ 191 milhões para a prestação dos serviços, dos quais cerca de 88% se destinam ao pagamento dos benefícios de prestação continuada. A Tabela 19 mostra diversos outros projetos e suas respectivas metas de atendimento aos idosos. Nela é possível ver que, apesar dos esforços de integração entre diversos setores do governo, a alocação orçamentária específica para o atendimento aos idosos existe tão-somente no âmbito dos

benefícios de prestação continuada e nos projetos de apoio à pessoa idosa sob responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Tabela 19

**Projetos de Atendimento, Metas e Recursos Destinados ao PAG-PNI
Brasil, 1996**

Atendimento	Meta	Recursos
Benefícios de Prestação Continuada	315 Mil Beneficiados	R\$ 170,4 Milhões
Centros de Convivência para Idosos	280 Mil Beneficiados	Sem Especificação
Projetos de Apoio à Pessoa Idosa	408 Mil Beneficiados	R\$ 20,9 Milhões
Seminários de Direitos Humanos para Multiplicadores	Seis Seminários	Sem Especificação
Formação de Recursos Humanos em Diversas Áreas	Sem Especificação	Sem Especificação
Reinserção no Mercado de Trabalho e Combate à Discriminação	Implementar Microunidades Produtivas para Qualificação Profissional	R\$ 290 Milhões com Diversos Outros Programas
Programa Nacional de Vida Ativa para Esportes e Lazer	30 Mil Beneficiados	Sem Especificação
Programa Clube da Maior Idade de Turismo	170 Mil Beneficiados	Sem Especificação

Fonte: PAG-PNI.

12 - SUMÁRIO DOS RESULTADOS

Como tem ocorrido na maior parte do mundo, o aumento da longevidade está também alterando a sociedade brasileira, através de um crescimento mais elevado do segmento populacional em idades mais avançadas, geralmente definido como o contingente idoso, que está passando a viver mais. Isto pode ser interpretado como uma extensão da vida adulta, pois grande parte desta população vive em boas condições de saúde, trabalha etc. No Brasil, a redução da mortalidade da população adulta e idosa entre 1980 e 1996 foi responsável por 73% do incremento da população masculina e 64% do da feminina. Aos 65 anos, um indivíduo do sexo masculino pode esperar viver mais 13 anos e as mulheres, mais 17 anos.

O trabalho procurou mostrar como vive o idoso brasileiro atualmente, ou seja, no período mais recente, e também buscou inferir, na medida do possível, se as suas condições de vida diferem das de um passado recente. Além disso, procurou olhar para outros impactos do envelhecimento sobre o Estado, a sociedade e a família.

A primeira dificuldade encontrada foi com relação à definição de população idosa. O critério de idade cronológica não se mostrou apropriado, pois a categoria idoso não pode ser definida apenas por esse critério, já que é uma categoria socialmente construída. Não obstante as restrições ao critério de idade, trabalhou-se com a coorte etária de 65 anos e mais, esperando que nos próximos trabalhos se possa avançar um pouco mais na conceituação de população idosa.

Aproximadamente 46% dos idosos brasileiros moravam, em 1996, na região Sudeste, proporção mais elevada do que a da população como um todo. Além disso, os idosos se concentram nas áreas urbanas, principalmente as mulheres.

Pode-se dizer, em geral, que o idoso está em melhores condições de vida que a população mais jovem: ganha mais, uma parcela maior tem casa própria e contribui significativamente na renda familiar. Não se quer dizer com isso que o idoso está em boas condições em termos absolutos. Nas famílias cujos idosos são chefes, encontra-se uma proporção expressiva de filhos morando junto, proporção que cresce com o tempo. Essa situação deve ser considerada à luz das transformações por que passa a economia brasileira, levando a que os jovens estejam experienciando grandes dificuldades em relação à sua participação no mercado de trabalho. Além disso, gravidez na adolescência, prostituição, violência, drogas são fenômenos que têm crescido entre o segmento populacional mais jovem e que repercutem nos idosos.

Em relação a 1970, observaram-se, em 1996, melhoras expressivas no nível de renda da população idosa, se medida pela proporção de idosos sem rendimentos. Enquanto, em 1970, 20% dos homens idosos não tinham nenhum rendimento, em 1996 esta proporção foi reduzida para 2,4%. Entre as mulheres, as mudanças foram bem mais significativas. Aproximadamente 87% das mulheres idosas não recebiam nenhum rendimento em 1970, e, em 1996, esta proporção não ultrapassou 17%. Entre 1986 e 1996, observou-se uma melhoria na renda do idoso, sendo esta mais expressiva entre as mulheres.

Foi visto também que a pobreza nas famílias de idosos está fortemente associada ao baixo nível educacional dos chefes, o que reflete as menores oportunidades educacionais do passado que afetaram principalmente as mulheres, dado que uma elevada proporção de chefes é composta de mulheres. Como as famílias mais pobres eram, em grande parte, chefiadas por mulheres, é provável que uma parcela importante das mulheres chefes seja constituída de viúvas e/ou mães solteiras, o que também leva a se pensar em uma associação entre mulheres chefes de família e pobreza. Outro fator que pode estar ocasionando a pobreza dessas famílias é o menor número de pessoas que trabalham, o que leva a uma dependência maior da renda do chefe.

Uma das conclusões a que se chegou é que se deve ter cautela na interpretação do indicador razão de dependência dos idosos. A inatividade potencial atribuída aos indivíduos idosos é mais observada entre as mulheres. Para elas, é mais fácil associar o envelhecimento à inatividade, mas não necessariamente à dependência econômica. Isto se deve também ao efeito de coorte: à menor participação na atividade econômica das mulheres idosas no passado. Por outro lado, isso está relacionado ao fato de que se trabalhou com as definições de ativo/inativo clássicas, em que o trabalho doméstico, no qual se encontra a maior parte das mulheres, não é considerado.

Embora não analisado neste trabalho, sabe-se que um peso maior do segmento em idades avançadas e vivendo mais acarreta pressões no sistema de Previdência

Social. Isto ocorre, em parte, pelo fato de a idade mínima para aposentadoria ter estado bem abaixo da esperança média de vida ao nascer e, mais ainda, da esperança de vida à idade em o que o trabalhador entra na força de trabalho. Por outro lado, não há um consenso sobre o adiamento da idade de se aposentar como solução para a pressão mencionada, pois a aposentadoria funciona também como um mecanismo regulador da oferta de trabalho, isto é, nos países onde o aposentado não volta ao mercado de trabalho. Por outro lado, grande parte dos benefícios da previdência constitui em retornos de poupanças feitas durante a vida produtiva do indivíduo.

Este trabalho mostrou que as aposentadorias desempenham um papel muito importante na renda dos idosos, especialmente das mulheres. No entanto, esta participação declinou entre 1986 e 1996 e se deu em detrimento de um aumento da participação das pensões e da renda do trabalho. Mas a participação da aposentadoria na renda do idoso cresce com a idade. Pode-se concluir, portanto, que, no nível micro, o grau de dependência dos indivíduos idosos é, em boa parte, determinado pela provisão de rendas por parte do Estado. Como uma parcela importante da renda familiar depende da renda do idoso, sugere-se que quando se reduzem ou se aumentam os benefícios previdenciários o Estado não está simplesmente atingindo indivíduos, mas uma fração razoável dos rendimentos de famílias inteiras. Isso é importante de ser notado porque, como consequência, o perfil do sistema previdenciário construído hoje influirá na distribuição futura da renda das famílias.

A literatura parte, em geral, da premissa de que o envelhecimento populacional e o aumento da longevidade ocasionam maior pressão nos serviços de saúde. Do que foi visto, parece que isto ocorre em termos de internações hospitalares. Mas, por outro lado, em termos de gastos públicos com saúde, para a população masculina, o grupo etário que apresentou os maiores gastos *per capita* tanto em 1994 quanto em 1996 foi o de 55-64 anos e não obstante as internações *per capita* cresceram com a idade. Já entre a população feminina, foi no grupo de 65 anos e mais onde se observaram gastos mais elevados. Admitindo que o aumento da longevidade é uma conquista social, a continuidade do investimento neste setor é condição *sine qua non* para a manutenção dos ganhos de longevidade.

Dadas as mudanças havidas na sociedade brasileira em geral e, em particular, as provocadas pelo aumento da longevidade e as melhorias nas condições gerais de saúde, tentou-se avaliar, também, se o idoso do Brasil de hoje é diferente do idoso de um passado recente. Observou-se uma redução de viúvos e solteiros tanto na proporção de homens quanto na de mulheres e um aumento na de casados e separados, esta última ligeiramente menor para as mulheres. Ou seja, os idosos estão vivendo menos sozinhos.

A proporção da população idosa alfabetizada, especialmente das mulheres, cresceu no período 1940/96, bem como a da população escolarizada em geral. Esperam-se aumentos, em geral, na escolarização da população idosa pelo efeito coorte, ou seja, resultados do aumento da escolarização da população jovem no passado recente.

Observou-se, no Brasil, um crescimento da participação do segmento populacional em idades avançadas no mercado de trabalho. Em relação a 1970, verifica-se que isto ocorreu basicamente entre as mulheres, o que deve ter acompanhado um aumento geral ocorrido na participação da mulher brasileira na força de trabalho. Já os homens idosos reduziram a sua participação no mercado de trabalho acompanhando a tendência internacional observada até os anos 80.

Do que foi visto, parece que a renda constitui um incentivo para que tanto os homens quanto as mulheres parem de trabalhar mais tarde. O diferencial de renda entre o trabalhador e o aposentado é bastante expressivo nos dois sexos. No entanto, deve-se considerar que a educação está fortemente associada a melhores condições de saúde e pode ser também que esse segmento continue trabalhando por estar em melhores condições de saúde.

Concluindo, pode-se dizer que o aumento da longevidade, conjugado com o momento pelo qual passa a economia brasileira, com efeitos expressivos sobre o jovem, tem levado o idoso a assumir papéis não esperados nem pela literatura, nem pelas políticas. Isto faz com que a associação entre envelhecimento e aumento da carga sobre a família e o Estado não se verifique de forma tão direta.

BIBLIOGRAFIA

- BELTRÃO, K. I., CAMARANO, A. A., MEDICI, A. C., OLIVEIRA, F. Aposentadoria por tempo de serviço: onde a esperança de vida é o menos importante. *Como vai? População brasileira*. Brasília: IPEA, Ano III, n. 1, p. 1-8, abr. 1998.
- CAMARANO, A. A., ABRAMOVAY, R. *Êxodo rural, envelhecimento e masculinização no Brasil: panorama dos últimos 50 anos*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999 (Texto para Discussão, 621).
- CAMARANO, A. A., BELTRÃO, K. I. O idoso no mercado de trabalho. In: *Como vai? População brasileira*. Brasília: IPEA, Ano III, n. 3, 1998.
- _____. *Dinâmica demográfica: passado e futuro*. Rio de Janeiro: Ence/IBGE, jul. 1990a (Relatórios Técnicos, 07/90).
- _____. *Dinâmica demográfica por nível de renda*. Rio de Janeiro: Ence/IBGE, ago. 1990b (Relatórios Técnicos, 08/90).
- CAMARANO, A. A., BELTRÃO, K. I., ARAÚJO, H. E., PINTO, M. S. *Transformações no padrão etário da mortalidade brasileira em 1979-1994 e no impacto na força de trabalho*. Rio de Janeiro: IPEA, set. 1997 (Texto para Discussão, 512).
- CAMARANO, A. A., BELTRÃO, K. I., NEUPERT, R. Século XXI: a quantas andarás a população brasileira? *Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas*. Brasília: IPEA/Iplan, v. 3, p. 1-36, 1990.
- CASELLI, G., LOPEZ, A. D. Health and mortality among the elderly: issues for assessment. international studies. *Demography: health and mortality among the elderly: issues for assessment*. Oxford University Press Inc. Nova York, p. 3-20, 1996.
- DEBERT, G. G. Política de atenção à terceira idade. In: MPAS. *Discutindo a assistência social no Brasil*. Brasília, p. 141, 1997.
- DEDECA, C. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 15, n. 2, p. 103-114, jul./dez. 1998.
- DURAND, J. D. *The labor force in economic development: a comparison of international census data, 1946-1966*. Princeton University Press, 1975.
- GEERTZ, C. O impacto do conceito de cultura sobre o conceito de homem. In: GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989.

- GOLDANI, A. M. *Famílias e famílias, chefe e chefes: a urgência de enfrentar o velho e sempre atual desafio dos conceitos*. 1998, mimeo.
- . Families in later years in Brazil: burdens of family care giving to the elderly and the role of public policy. In: SAWYER, D. O., MCCracken, S. D. *The young and the elderly: insues on morbidity and mortality*. Belo Horizonte: Cedeplar, p. 245-277, 1992.
- . Arranjos familiares no Brasil dos anos 90: proteção e vulnerabilidades. *Como vai? População brasileira*. Brasília: IPEA, Ano III, n. 3, p. 14-23, dez. 1998.
- IBGE. Projeção da população brasileira por idade e sexo, 1975-2000. *Revista Brasileira de Estatística*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 139, p. 357-70, 1974.
- . *Censo Demográfico*, n. 1, p. 30, 1991.
- KINSELLA, K., GIST, Y. J. *Older workers, retirement, and pensions: a comparative international chartbook*. U.S.: Department of Commerce, Dec. 1995.
- KURODA, T. *Age structure and aging policy: Japan's case*. Japan: Nishon University. July 1997. Trabalho apresentado na XXIII Conferência Internacional de População. China, out. 1997.
- LASLETT, P. What is old age? Variation over time and between cultures. *Internacional studies in demography: health and mortality among the elderly: issues for assessment*. Nova York: Oxford University Press Inc., p. 21-38, 1996.
- MADEIRA, F. R. Recado dos jovens: mais qualificação. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: CNPD, p. 427-496, 1998.
- NUNES, A. *A substituição entre despesas com idosos e recém-nascidos*. Brasília, 1999, Mimeo.
- PIOLA, S., NUNES, A. Internações hospitalares do SUS: caracterização por sexo e grupos de idade. Brasília, Jun. 1997, mimeo.
- REVISTA VEJA. *A vida depois dos 100*, p. 76-78, 30 de junho, 1999.
- VASCONCELOS, A. M. N. A mortalidade da população idosa no Brasil. *Como vai? População brasileira*. Brasília: IPEA, Ano III, n. 3, p. 24-32, dez. 1998.
- VAUPEL, J. W. *Demographic analysis of aging and longevity*. Trabalho apresentado na XXIII Conferência Internacional de População. China, out. 1997.