

CAPÍTULO 2

BRASIL ENVELHECE ANTES E PÓS-PNI

Ana Amélia Camarano¹

Solange Kanso²

Daniele Fernandes³

1 INTRODUÇÃO

Na introdução deste livro, foram apresentados os contextos nacional e internacional das políticas públicas para os idosos antes da implementação da Política Nacional do Idoso (PNI), e ao longo deste livro foram analisados os avanços nas políticas setoriais após esta implementação. Este capítulo tem por objetivo comparar as condições de vida da população idosa brasileira antes e após a PNI,⁴ buscando identificar os avanços ocorridos.

A análise dessas condições será feita com base nas informações do Censo Demográfico e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), ambas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e também das informações do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, e dos registros administrativos do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS). Quando se trabalhou com dados censitários, consideraram-se os anos de 1980, 1991 e 2010. Quando se utilizaram os dados da Pnad, os anos contemplados foram 1983, 1993 e 2014, bem como 1998 e 2008, pois nestes anos foram realizados suplementos especiais sobre saúde. Além destas pesquisas, foram analisados os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 pelo IBGE. Como condições de vida, consideraram-se arranjos familiares, saúde, violência, educação, mercado de trabalho, renda e habitação.

Este capítulo está dividido em cinco seções, sendo a primeira esta introdução. A segunda seção compara alguns indicadores demográficos da população brasileira com países selecionados (Chile, México, Inglaterra e Japão) antes e depois da PNI. A terceira seção traz um perfil das condições de vida da população idosa nos vários aspectos e em três momentos no tempo, 1983, 1993 e 2014. Isso significa antes

1. Técnica de planejamento e pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.

2. Pesquisadora do Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) na Disoc/Ipea.

3. Pesquisadora do PNPD na Disoc/Ipea.

4. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

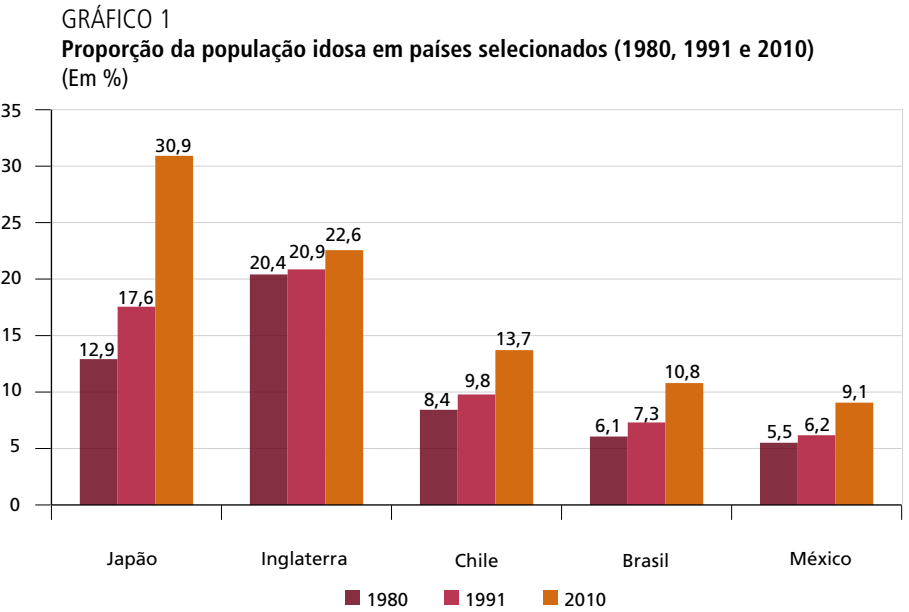
e depois da implementação da PNI. Na quarta, são discutidas as perspectivas de crescimento da população idosa. Por fim, na última seção são apresentadas algumas considerações.

2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Esta seção apresenta informações sobre a população idosa nos períodos anterior e posterior à PNI. Em 1980, a população idosa brasileira era constituída por 7,2 milhões de pessoas, o que representava 6,1% do total da população. Em 2010, passou para 20,6 milhões e compunha, aproximadamente, 11% da população total. O crescimento deste contingente foi resultado das elevadas taxas de fecundidade dos anos 1950 e 1960 e da redução da mortalidade em todas as idades em curso no país desde os anos 1950. Ou seja, estes idosos já haviam nascido; são os *baby boomers* que estão se transformando nos *elderly boomers*.

Visando situar o envelhecimento da população brasileira no contexto internacional, foram considerados quatro países em estágios distintos do processo de envelhecimento: Chile, México, Japão e Inglaterra. Nestes países, também se observou um crescimento elevado da população idosa, tanto em termos relativos quanto absolutos. Isso, porém, ocorreu em ritmo diferente, conforme mostra o gráfico 1. O nível de envelhecimento destes países, medido pela proporção da população idosa no total da população do país, foi comparado ao brasileiro nos anos de 1980, 1991 e 2010. No período considerado, todas as proporções cresceram, mas com intensidade diferenciada: a maior variação foi observada no Japão e a menor na Inglaterra. O crescimento da proporção brasileira ficou em segundo lugar entre os países considerados.

Em 1981, a Inglaterra possuía a maior proporção da população idosa, cerca de 20%. Esta posição foi ultrapassada pelo Japão em 2010, com 30,9% de sua população com mais de 60 anos, enquanto a Inglaterra alcançava 22,6%. No Brasil, em 1980, a proporção da população idosa era cerca da metade da proporção apresentada pelo Japão nesse ano. Como o envelhecimento da população japonesa foi mais rápido que o da brasileira, em 2010, a proporção desta população idosa ficou correspondente a cerca de um terço da japonesa. A tabela 1 apresenta alguns indicadores que mostram a evolução do processo de envelhecimento por sexo entre 1980 e 2010 no Brasil e nos países considerados.



Fonte: IBGE; Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), do México; Instituto Nacional de Estadísticas (INE), do Chile; Portal Site of Official Statistics of Japan, do Japão; Office for National Statistics, do Reino Unido; e United Nations (UN).
Obs.: 1. Para o Chile, os dados referem-se a 1982. Para a Inglaterra, os dados referem-se a 1981.
2. Para o Chile, os dados referem-se a 1992. Para o Japão e o México, os dados referem-se a 1990.
3. Para o Chile e para a Inglaterra, os dados referem-se a 2012.

TABELA 1
Indicadores da população idosa por sexo em países selecionados (1980, 1991 e 2010)

	1980 ¹			1991 ²			2010 ³		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Chile									
Proporção da população idosa no total (%)	7,6	9,2	8,4	8,7	10,8	9,8	12,3	15,1	13,7
Proporção da população idosa com 80 anos ou mais no total (%)	0,8	1,2	1,0	1,0	1,6	1,3	1,4	2,5	2,0
Índice de envelhecimento ⁴	22,9	29,4	26,1	28,5	38,1	33,2	56,4	73,8	64,9
Razão de sexo entre idosos ⁵		79,9			77,8			79,7	
Razão de dependência idosa ⁶	12,9	15,4	14,2	14,3	17,8	16,1	18,6	23,5	21,0
México									
Proporção da população idosa no total (%)	5,3	5,7	5,5	5,9	6,4	6,2	8,6	9,5	9,1
Proporção da população idosa com 80 anos ou mais no total (%)	0,7	0,8	0,8	0,9	1,1	1,0	1,2	1,5	1,4
Índice de envelhecimento ⁴	12,1	13,5	12,8	14,9	17,1	16,0	28,4	33,6	30,9
Razão de sexo entre idosos ⁵		90,5			89,0			87,0	
Razão de dependência idosa ⁶	10,4	11,0	10,7	10,9	11,5	11,2	14,2	15,2	14,7

(Continua)

(Continuação)

	1980 ¹			1991 ²			2010 ³		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Japão									
Proporção da população idosa no total (%)	11,2	14,6	12,9	15,3	19,8	17,6	28,2	33,5	30,9
Proporção da população idosa com 80 anos ou mais no total (%)	1,0	1,7	1,4	1,7	3,1	2,4	4,4	8,3	6,4
Índice de envelhecimento ⁴	45,7	64,7	54,9	80,1	113,2	96,2	202,2	266,9	233,8
Razão de sexo entre idosos ⁵		74,4			74,3			79,4	
Razão de dependência idosa ⁶	17,4	23,2	20,3	23,2	31,5	27,3	48,6	62,1	55,3
Inglaterra									
Proporção da população idosa no total (%)	17,3	23,3	20,4	18,1	23,5	20,9	21,0	24,1	22,6
Proporção da população idosa com 80 anos ou mais no total (%)	1,6	4,0	2,8	2,3	5,1	3,8	3,6	5,8	4,7
Índice de envelhecimento ⁴	80,9	121,1	100,5	90,4	129,8	109,7	113,9	141,3	127,2
Razão de sexo entre idosos ⁵		70,5			72,9			84,5	
Razão de dependência idosa ⁶	28,3	40,6	34,4	29,2	40,2	34,7	34,7	40,9	37,8
Brasil									
Proporção da população idosa no total (%)	5,8	6,3	6,1	6,8	7,8	7,3	9,8	11,7	10,8
Proporção da população idosa com 80 anos ou mais no total (%)	0,4	0,6	0,5	0,6	0,9	0,8	1,2	1,9	1,5
Índice de envelhecimento ⁴	14,9	16,9	15,9	19,1	23,0	21,0	39,2	50,7	44,8
Razão de sexo entre idosos ⁵		89,9			85,2			80,1	
Razão de dependência idosa ⁶	10,4	11,3	10,9	11,8	13,4	12,6	15,0	18,1	16,6

Fonte: INE/Chile; Inegi/México; Portal Site of Official Statistics of Japan/Japão; Office for National Statistics/Reino Unido; UN; e IBGE/Censos Demográficos de 1980, 1991 e 2010.

Notas: ¹ Para o Chile, os dados referem-se ao ano de 1982. Para a Inglaterra, os dados referem-se ao ano de 1981.

² Para o Chile, os dados referem-se ao ano de 1992. Para o México e o Japão, os dados referem-se ao ano de 1990.

³ Para o Chile e para a Inglaterra, os dados referem-se ao ano de 2012.

⁴ Número de pessoas de 60 anos ou mais de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade.

⁵ Número de homens para cada 100,0 mulheres.

⁶ Razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade, e os de 60 anos ou mais de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade).

O primeiro indicador apresentado na tabela 1 é o índice de envelhecimento.⁵ Para a população brasileira, este índice mais que dobrou no período estudado. Já se apresentava um pouco mais elevado para as mulheres em 1980 e cresceu mais entre elas. Em 1980, era de 14,9 para os homens e 16,9 para as mulheres. Entre 1980 e 1991, o crescimento foi baixo, mas, entre 1991 e 2010, foi muito mais acentuado.

5. Segundo Closs e Schwanke (2012, p. 443), este indicador “avalia o processo de ampliação do segmento idoso na população total em relação à variação relativa no grupo etário jovem, sendo obtido por meio da razão entre a população idosa e a população jovem. Permite observar a evolução do ritmo de envelhecimento da população, comparativamente entre áreas geográficas e grupos sociais”.

Em 2010, o índice de envelhecimento era de 39,2 para os homens e 50,7 para as mulheres. Este índice cresceu em todos os países considerados, conforme mostra a tabela 1. Em termos relativos, o maior crescimento foi observado no Japão, onde o referido indicador aumentou 4,3 vezes, e o menor foi na Inglaterra. Na maioria dos países estudados, o aumento foi maior entre as mulheres. Isso significa uma diminuição da razão de sexo da população idosa.

No Brasil, essa razão diminuiu de 89,9 em 1980, para 80,1 em 2010. Isso significa que para cada 100,0 mulheres havia 80,1 homens em 2010, o que fundamenta a ideia da feminização da velhice, presente em quase todo o mundo. A proporção de mulheres no total da população idosa é mais elevada quanto mais velho for o segmento, o que se deve à mortalidade diferencial por sexo (Camarano, Kanso e Mello, 2004). Entre os muito idosos (80 anos ou mais), este indicador foi de 62,9 homens para cada 100 mulheres em 2010. Entre os demais países analisados, nos dois primeiros anos considerados, os menores valores para a razão de sexo foram encontrados na Inglaterra. Já em 2010, foi no Japão que se verificou a mais baixa razão.

O último indicador considerado foi a razão de dependência.⁶ Assume-se que este índice não necessariamente reflete a dependência econômica. Alterações no mercado de trabalho, tais como a incorporação de jovens e idosos ou a exclusão de pessoas em idade produtiva, não são consideradas. Apresenta-se na tabela 1 apenas a razão de dependência da população idosa que considera o quociente entre esta população e a população em idade produtiva. No Brasil, esta razão cresceu de 10,9 em 1980 para 16,6 em 2010. Embora em todos os países estudados tenha sido observado um aumento no período considerado, isso ocorreu de forma mais acentuada no Japão e no Brasil. A mais alta razão foi observada no Japão em 2010, três vezes maior que a brasileira e também mais elevada que a observada na Inglaterra, que apresentara a mais alta em 1980 entre os países estudados.

Sintetizando, os indicadores apresentados confirmam que o processo de envelhecimento dos vários países aqui considerados está ocorrendo em momentos e ritmo diferentes. No Brasil o crescimento foi maior no período de 1991 a 2010, atrás apenas do observado no Japão.

6. É obtida pelo quociente entre a população definida como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 60 anos ou mais de idade) e a potencialmente produtiva (entre 15 e 59 anos de idade). Mede a participação relativa do contingente populacional potencialmente inativo, que deveria ser sustentado pela parcela da população potencialmente produtiva. Valores elevados indicam que a população em idade produtiva deve sustentar uma grande proporção de dependentes, o que significa consideráveis encargos para a sociedade. Disponível em: <www.datasus.gov.br/ldb>. Acesso em: 4 maio 2015.

3 CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA

O objetivo desta seção é traçar um perfil das condições de vida da população idosa antes e após a promulgação da PNI, considerando-se um período aproximado de trinta anos. Acredita-se que as condições da população idosa anteriores à formulação da política tenham influenciado e justificado a sua concepção. Por população idosa está-se considerando o conjunto de pessoas com 60 anos ou mais, como definido na PNI.

3.1 Nupcialidade e arranjos familiares

Esta subseção investiga como os idosos se organizam dentro das famílias. Estão sendo consideradas nupcialidade, composição dos arranjos familiares e posição do idoso na família. Segundo Medeiros (2000), estudar as mudanças ocorridas é importante porque é dentro das famílias que são tomadas as decisões sobre trabalhar para prover a família ou cuidar dos membros dependentes. Estas decisões podem ter implicações que geram externalidades positivas ou negativas para a sociedade. Além disso, as características das famílias podem ser usadas como critérios de focalização das políticas públicas. No caso da população idosa, esta análise pode apontar as famílias que contam com uma menor rede de suporte, o que pode ser utilizado como uma *proxy* de demanda de cuidados.

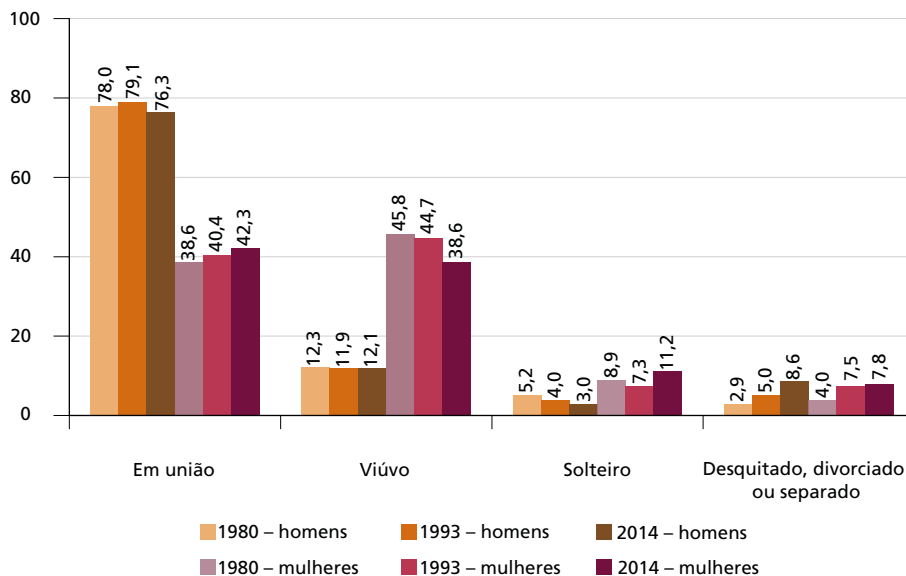
O processo de envelhecimento influi e é influenciado pela nupcialidade, bem como pela composição dos arranjos familiares. O gráfico 2 compara a distribuição da população idosa por estado conjugal segundo o sexo em 1980,⁷ 1993 e 2014. Nos três anos estudados, a maior proporção dos homens idosos estava em alguma união,⁸ proporção que se manteve aproximadamente constante. Entre as mulheres, o estado conjugal predominante nos dois primeiros anos considerados foi a viuvez. Como esta proporção diminuiu no último período, estar em união passou a ser o estado predominante delas em 2014. A queda da mortalidade da população adulta pode ter contribuído para uma diminuição da viuvez e, conseqüentemente, para o aumento de pessoas em união. Para Camarano (2003), a diferença na proporção de viuvez entre idosos e idosas ocorre em função de dois fatores: a menor mortalidade das mulheres e o recasamento, mais frequentemente observado entre os homens. Este último caso pode explicar a maior proporção de mulheres separadas.

7. Neste caso, consideraram-se as informações provenientes do Censo Demográfico de 1980, pois a Pnad na década de 1980 não levantava informações sobre nupcialidade.

8. Inclui casamento civil e religioso, só civil, só religioso e união consensual.

GRÁFICO 2

Brasil: distribuição da população idosa por estado conjugal, segundo o sexo (1980, 1993 e 2014)
(Em %)



Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 1980, e Pnad de 1993 e 2014.

Em 1980, 78,0% dos homens idosos e 38,6% das mulheres estavam unidos. Em contrapartida, apenas 5,2% dos homens e 8,9% das mulheres se declararam solteiros. A proporção de solteiros diminuiu entre os homens, e aumentou expressivamente a de separados, ultrapassando a comparável para as mulheres. Relativamente falando, mais idosas estavam em união e na condição de solteiras. Como já mencionado, a proporção de mulheres viúvas se reduziu de 45,8% em 1980 para 38,6% em 2014. A proporção de viúvos se manteve aproximadamente constante no período.

Para analisar o tipo de arranjo familiar em que se inseria o idoso, foram considerados os anos de 1983, 1993 e 2014 (tabela 2), sendo que, por arranjo familiar, foi considerado o arranjo domiciliar.⁹ Nesse período, pode-se observar uma redução do número médio de pessoas residindo no domicílio, que passou de 3,9 moradores em 1980 para 2,7 em 2014. Isso pode ser explicado, principalmente, por mudanças na nupcialidade, pois o impacto da queda da fecundidade em curso no país deve ser reduzido, uma vez que estão sendo considerando aqui arranjos

9. Para uma discussão sobre esta diferença, consulte Medeiros e Osório (2002).

com idosos. Na distribuição dos arranjos entre nucleares e extensos,¹⁰ observa-se uma queda na proporção dos arranjos extensos, o que também ajuda a explicar a redução no número médio de pessoas por domicílio.

TABELA 2

Brasil: composição dos arranjos familiares com a presença de idosos (1983, 1993 e 2014)

	1983	1993	2014
Tamanho médio (moradores por domicílio)	3,9	3,6	2,7
Nucleares (%)	56,1	56,7	67,0
Casal sem filhos	13,8	14,6	21,1
Casal com filhos	22,3	19,8	14,7
Mãe com filhos	5,9	7,0	8,6
Mulher sozinha	7,8	9,2	13,6
Pai com filhos	2,0	1,8	1,6
Homem sozinho	4,3	4,3	7,3
Extensos (%)	43,9	43,3	33,0
Casal sem filhos	5,6	4,9	5,0
Casal com filhos	21,5	19,5	10,8
Mãe com filhos	6,4	8,6	7,8
Mulher sozinha	5,6	6,1	6,0
Pai com filhos	1,7	1,6	1,1
Homem sozinho	3,1	2,7	2,4

Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

Os arranjos formados por casais com filhos eram a forma predominante em 1980, sendo responsáveis por 43,7%¹¹ do total. Esta proporção diminuiu expressivamente no período, passando a ser 25,5% do total em 2014. Os arranjos do tipo casal sem filhos passaram a ser o formato predominante, com a referida proporção passando de 19,4% para 26,1%. Ao se considerarem os arranjos chefiados por mulheres no seu conjunto, o que inclui mães com filhos e mulheres sozinhas, esta forma passa a ser predominante, correspondendo, em 2014, a 36,0% do total de arranjos, o que pode ser explicado pela maior independência econômica adquirida pelas mulheres, além das separações conjugais e da viuvez. Chama-se a atenção para o fato de que estas mudanças nos arranjos familiares afetam a oferta de cuidados familiares para idosos frágeis.

Para avaliar como essa oferta de cuidados poderia ser afetada pelas mudanças nos arranjos familiares, foram organizados dois grupos: os arranjos continentais,

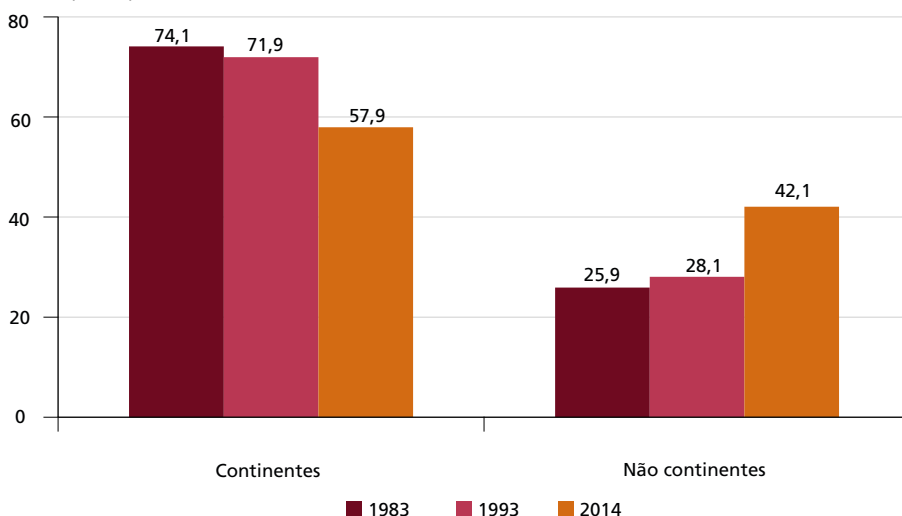
10. Neste capítulo, considerou-se arranjo nuclear aqueles que são compostos por casal, com ou sem filhos; mãe ou pai com filhos; homem ou mulher sozinho/a (Arriagada, 2001). Os arranjos extensos compreendem as mesmas categorias do arranjo nuclear acrescido de outros parentes e/ou outros membros não parentes.

11. Incluídos arranjos nucleares e extensos.

formados por idosos que moram com filhos ou outros;¹² e os não continentes, constituídos por casais apenas ou idosos que moram sós. Embora os arranjos continentes sejam os predominantes, observa-se uma diminuição na sua proporção entre 1983 e 1993 e uma queda acentuada no período seguinte (gráfico 3). Isso significa uma redução da capacidade da família cuidar dos idosos dependentes e/ou cuidados familiares inadequados.

GRÁFICO 3

Brasil: arranjos familiares dos idosos, segundo as tipologias continente e não continente (1983, 1993 e 2014)
(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

O gráfico 4 apresenta a distribuição da população idosa segundo a condição no domicílio por sexo. A posição do idoso no domicílio pode ser considerada um indicador de seu empoderamento ou de sua fragilidade e dependência. Nesse aspecto, observam-se diferenças significativas entre homens e mulheres. A grande maioria dos homens idosos, em torno de 90%, eram chefes de família nos dois primeiros anos considerados, sendo que esta proporção declinou para 79,3% entre 1993 e 2014. Apesar da queda, esta proporção ainda é alta, o que sugere um maior empoderamento dos homens idosos comparativamente às mulheres dentro da família. As proporções comparáveis para as mulheres foram de 33,4%, em 1983, e 51,9%, em 2014, apontando para um crescimento delas nessa situação, ainda que bem abaixo dos homens. O percentual das mulheres idosas na condição de

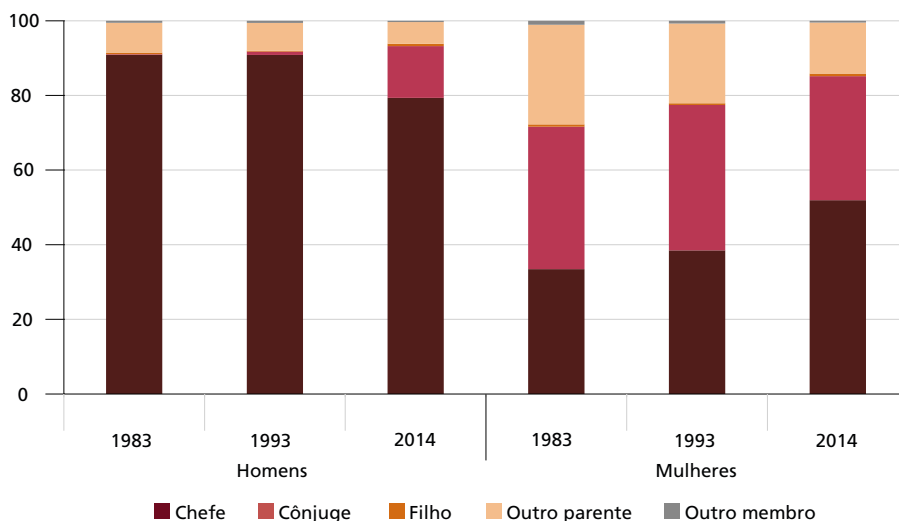
12. Todos os arranjos extensos foram agrupados na categoria de arranjos continentes, assumindo que outros moradores poderiam ser algum cuidador não familiar, como empregada doméstica.

cônjuge ficou constante, em torno de 39% em 1983 e 1993, e diminuiu para 33,2% em 2014. A proporção de homens cônjuges era muito baixa em 1983 e 1993, não tendo alcançado 1%. Em 2014, a proporção observada foi de 13,9%, como consequência de um aumento de mulheres chefes casadas ou unidas.

GRÁFICO 4

Brasil: distribuição da população idosa segundo a condição no domicílio, por sexo (1983, 1993 e 2014)

(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

Um indicador de fragilidade, seja física ou mental, seja financeira ou social, é a proporção de idosos na condição de outros parentes, ou seja, idosos que moram com filhos, genros ou noras, sobrinhos ou outros parentes. Esta proporção era mais elevada entre as mulheres, pois como elas vivem mais, cuidam dos seus maridos, e, quando estes morrem, vão morar com filhos ou outros parentes. Além disso, “experimentam menor autonomia e maior percentual de pessoas que não têm rendimento” (Camarano, Kanso e Mello, 2004, p. 54). Para os homens, essa proporção diminuiu de 8,0% em 1983 para 5,8% em 2014. Entre as mulheres, observou-se uma queda mais acentuada. A proporção passou de 26,7% para 13,7%, o que foi compensado pelo aumento das mulheres idosas chefes no período. Isso sugere uma diminuição na condição de fragilidade dos idosos, em geral, porém mais acentuada para as mulheres.

3.2 Condições de saúde

3.2.1 Mortalidade: níveis e causas

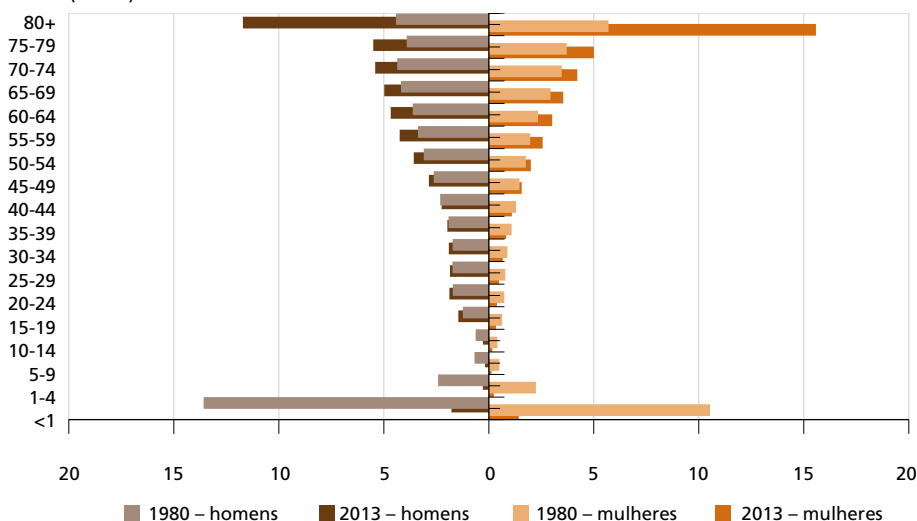
Uma das maiores demandas colocadas pela população idosa, em especial pela muito idosa, é por serviços de saúde. Por isso, a importância de se conhecer o seu perfil de morbimortalidade – para que se possa nortear o planejamento e a elaboração de políticas para melhorar as suas condições de saúde. Descreve-se este perfil por meio de informações sobre causas de morte, condições de mobilidade física e deficiência declarada pela população idosa, bem como autoavaliação de saúde e presença de doenças crônicas a partir de dados do SIM, da Pnad, da PNS e do Censo Demográfico.

O envelhecimento populacional, provocado pela queda da fecundidade, leva a uma redução da proporção de crianças no total da população, e, também, a uma diminuição dos óbitos nesta faixa etária. Por um lado, esta diminuição é reforçada pela redução das mortes por doenças infectocontagiosas, que atingem mais as crianças. Por outro lado, aumenta a proporção de óbitos nas faixas etárias mais elevadas, pelo aumento da proporção de pessoas com idade avançada. Isso pode ser visualizado no gráfico 5, que compara a distribuição percentual de óbitos entre 1980 e 2013.

GRÁFICO 5

Brasil: distribuição proporcional dos óbitos por idade e sexo (1980 e 2013)

(Em %)



Fonte: Ministério da Saúde/SIM.

Em 1980, os óbitos da população com menos de 1 ano de idade foram responsáveis por 24,1% do total de óbitos, enquanto os da população idosa representavam 38,7% deste total. Em 2013, a base da pirâmide populacional estreitou, e o topo alargou. Com isso, a pirâmide dos óbitos também mudou nesta direção. A proporção dos óbitos da população com menos de 1 ano de idade reduziu substancialmente, passando a representar 3,2% do total de óbitos, enquanto os da população idosa foram responsáveis por 63,6% deste total.

A tabela 3 apresenta a esperança de vida ao nascer (e_0); aos 60 anos de idade (e_{60}); e aos 80 anos de idade (e_{80}), para os anos de 1980, 1993 e 2013. Este índice aponta o número médio de anos de vida que um indivíduo pode esperar viver ao completar determinada idade. Além disso, sintetiza o nível de mortalidade de uma determinada região em um determinado período de tempo.

TABELA 3

Brasil: esperança de vida ao nascer, aos 60 anos e aos 80 anos (1980, 1993 e 2013)
(Em anos)

	1980			1993			2013		
	e_0	e_{60}	e_{80}	e_0	e_{60}	e_{80}	e_0	e_{60}	e_{80}
Homens	59,3	15,4	5,7	64,1	16,3	6,4	70,1	19,3	7,9
Mulheres	65,7	17,8	6,3	71,9	19,5	7,3	77,5	22,7	9,2
Total	62,4	16,7	6,1	67,8	17,9	6,9	73,7	21,1	8,6

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 1980; Pnad de 1993 e 2013; Ministério da Saúde/SIM.
Elaboração das autoras.

A esperança de vida cresceu no período considerado e apresentou-se sempre mais elevada para as mulheres. Enquanto, em 1980, as mulheres já apresentavam uma e_0 de 65,7 anos, os homens só vieram a apresentar uma e_0 de 64,1 anos em 1993. Em 2013, a diferença entre os dois sexos foi de 7,4 anos, um ano a mais que a observada em 1980. O aumento desse diferencial resulta no crescimento da proporção de mulheres entre os idosos e sinaliza para demandas adicionais para os setores de saúde, previdência e assistência social (Brasil, 2012).

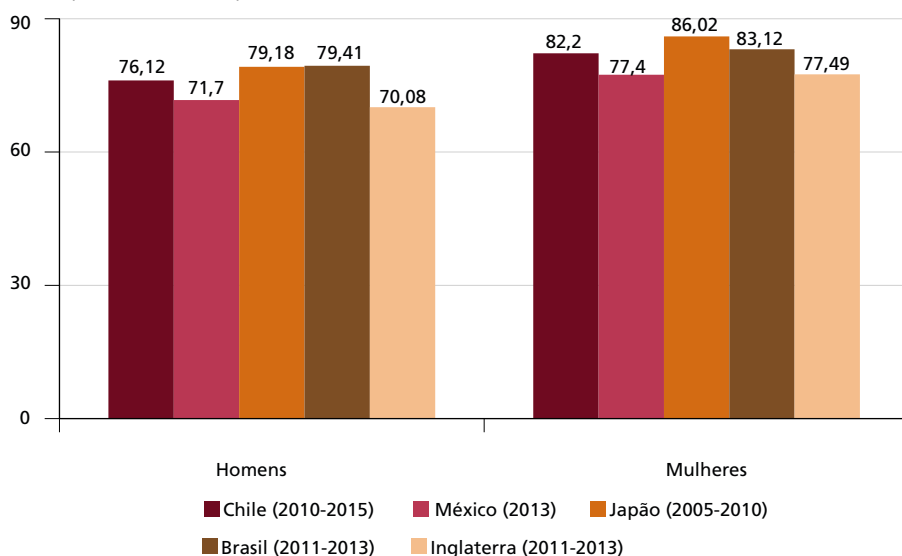
A esperança de vida nas idades avançadas para ambos os sexos também aumentou, no período estudado, como resultado da diminuição da mortalidade nestas idades. Conforme mostra a tabela 3, em 1980, aos 60 anos, um homem podia esperar viver mais 15,4 anos, e as mulheres, 17,8 anos; em 2013, 19,3 anos e 22,7 anos, respectivamente. Tendência semelhante foi observada para a e_{80} . Entre os homens, ela aumentou de 5,7 anos em 1980 para 7,9 anos em 2013; e entre as mulheres, de 6,3 anos para 9,2.

No início dos anos 2010, entre os países considerados na seção anterior, o Brasil foi o que apresentou a menor esperança de vida masculina. A feminina,

por sua vez, apresentou a segunda mais baixa, como mostra o gráfico 6, inferior à do Chile, país vizinho. O mais alto valor para os homens foi observado na Inglaterra, seguido do Japão; entre as mulheres, o maior valor foi verificado entre as japonesas. A diferença entre os valores brasileiros e japoneses mostra que os homens brasileiros vivem 9,1 anos a menos que os japoneses, e as mulheres 8,5 anos menos que as japonesas. Isso sugere que ainda há um grande espaço para a redução da mortalidade no futuro.

GRÁFICO 6

Brasil e países selecionados: esperança de vida ao nascer (2005-2015, anos selecionados)
(Em anos de idade)



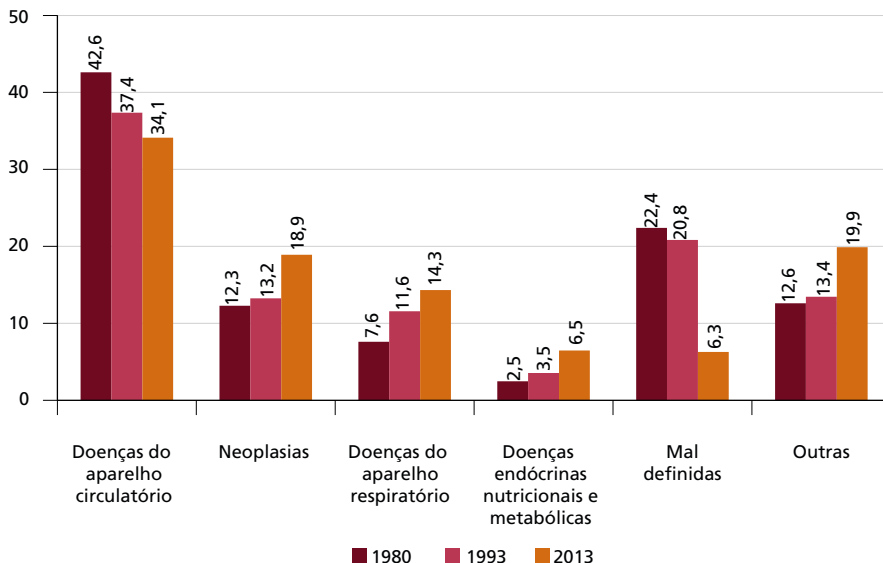
Fonte: INE/Chile; Inegi/México; UN; Office for National Statistics/Reino Unido; IBGE; Ministério da Saúde do Brasil.

Num exercício feito com os dados de óbitos de idosos referentes a 2013, Camarano e Kanso (2016) encontraram que, de um total de 312.545 óbitos da população de 60 a 74 anos, aproximadamente 70% poderiam ser evitados com melhorias nos serviços de saúde, maior acesso da população a tratamento médico e melhor qualidade de vida. Se isto acontecer, podem-se esperar ganhos de cerca de nove anos tanto para homens quanto para mulheres na esperança de vida ao nascer.

A análise das causas de morte da população idosa foi feita pela distribuição proporcional dos óbitos de acordo com as principais causas de mortalidade. Foram consideradas as cinco mais recorrentes observadas em 2013. Os gráficos 7 e 8 apresentam esta distribuição para homens e mulheres, respectivamente, em 1980, 1993 e 2013.

GRÁFICO 7

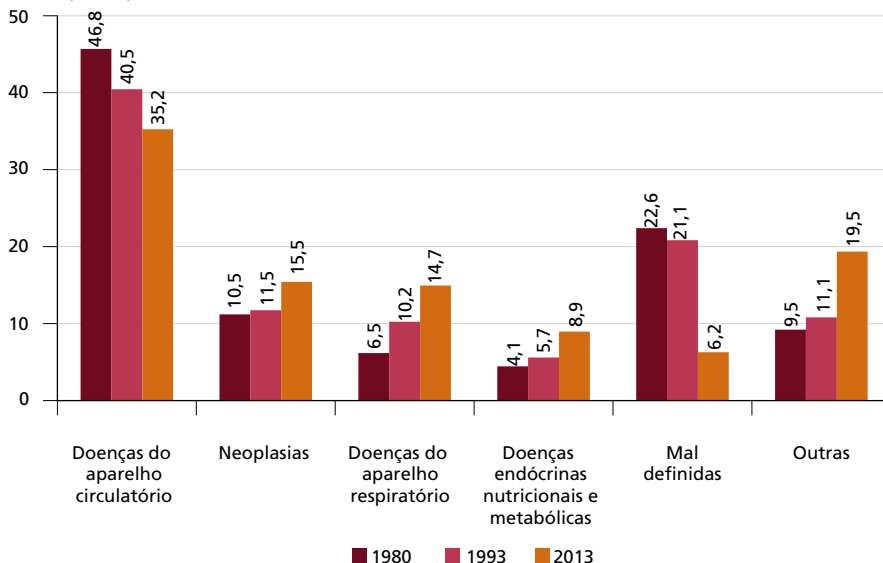
Brasil: distribuição proporcional dos óbitos da população idosa masculina pelas principais causas de morte (1980, 1993 e 2013)
(Em %)



Fonte: Ministério da Saúde/SIM.

GRÁFICO 8

Brasil: distribuição proporcional dos óbitos da população idosa feminina pelas principais causas de morte (1980, 1993 e 2013)
(Em %)



Fonte: Ministério da Saúde/SIM.

Nos três anos considerados, tanto para homens quanto para mulheres, a principal causa de morte foram as doenças do aparelho circulatório, importância, contudo, que decresceu no período. Apesar disso, foram responsáveis por 34,1% e 35,2% dos óbitos masculinos e femininos, respectivamente, em 2013. A segunda causa em importância, também para os dois sexos, foram as neoplasias, cujas proporções cresceram para ambos os sexos. Também cresceram em importância as proporções de óbitos por doenças do aparelho respiratório e por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. A proporção de óbitos por causas maldefinidas¹³ diminuiu no período, principalmente entre 1993 e 2013, sinalizando uma melhora na qualidade das informações.

3.2.2 Morbidade: deficiências e principais doenças

Os censos demográficos não levantaram informações sobre morbidade. Informações sobre deficiência foram investigadas nos censos de 1991 e 2010, mas os conceitos são diferentes, não permitindo, portanto, uma análise comparativa. Dessa forma, os dados aqui apresentados referem-se ao número e à proporção de idosos segundo as categorias de deficiência definidas em cada um dos anos. Em 1991, as categorias consideradas foram: cegueira, falta de membro(s) ou de parte dele(s), hemiplegia,¹⁴ deficiência mental, surdez, paraplegia¹⁵ e tetraplegia.¹⁶ Os indivíduos puderam declarar mais de uma deficiência, se fosse o caso.

Nesse ano, foram contabilizados 395 mil idosos que se declararam deficientes, o que correspondia a cerca de 4% da população idosa e aproximadamente um quarto do total de deficientes declarados. Isso mostra uma sobrerrepresentação dos idosos entre os deficientes, pois a proporção de idosos na população desse ano fora de 7,9%. Entre os muito idosos, 80 anos ou mais, a proporção de deficientes foi de 8,0%. A proporção de idosos deficientes por tipo e sexo encontra-se na tabela 4. Os homens reportaram uma proporção mais elevada de deficiência que as mulheres. As principais deficiências apontadas foram: hemiplegia, seguida da cegueira, e falta de membro(s) ou parte dele(s). Entre as mulheres, as principais deficiências declaradas foram: cegueira, deficiência mental e paraplegia.

13. As causas de morte classificadas como maldefinidas na nona revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) correspondem ao capítulo XVI, *Sintomas, sinais e afecções maldefinidas* (780-799) e na décima revisão correspondem ao capítulo XVIII, *Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte* (R00-R99).

14. Paralisia cerebral que atinge um dos lados do corpo.

15. Membros inferiores paralisados.

16. Membros superiores (braços) e inferiores (pernas) paralisados.

TABELA 4

Brasil: proporção de idosos com deficiências, segundo o tipo de deficiência reportada por sexo (1991)
(Em %)

	Homens	Mulheres	Total
Hemiplegia	0,9	0,5	0,7
Cegueira	0,7	0,7	0,7
Deficiência mental	0,6	0,6	0,6
Paraplegia	0,5	0,6	0,5
Surdez	0,6	0,5	0,5
Falta de membro(s) ou parte dele(s)	0,6	0,2	0,4
Tetraplegia	0,1	0,1	0,1
Mais de uma	0,2	0,2	0,2
Total	4,1	3,3	3,7

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 1991.

No Censo de 2010, as perguntas referiam-se às dificuldades permanentes de enxergar, ouvir, caminhar ou subir degraus, além de deficiência mental ou intelectual permanente. Os tipos de paralisia não foram investigados. As informações investigadas mostram que o percentual de idosos com algum grau de dificuldade para enxergar foi de 47,7%; para ouvir, 21,6%; e para caminhar ou subir escadas, 33,0% (tabela 5). Considerando-se pelo menos uma deficiência ou incapacidade, as mulheres declararam apresentar mais deficiências e incapacidades que os homens, ao contrário do observado em 1991. À exceção da capacidade de ouvir, as mulheres apresentaram proporções mais elevadas em todas as deficiências investigadas. Como estes dados não estão padronizados por idade, e as mulheres são mais velhas, é possível que isto afete esta comparação. De qualquer forma, a literatura aponta que, embora as mulheres vivam mais que os homens, passam por um período de fragilidade maior que o deles (Nogales, 1998; Camarano e Kanso, 2010).

TABELA 5

Brasil: proporção dos idosos que declararam alguma deficiência, por sexo (2010)
(Em %)

	Homens	Mulheres	Total
Dificuldade permanente para enxergar	44,9	50,0	47,7
Dificuldade permanente para ouvir	23,6	20,0	21,6
Dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas	26,2	38,5	33,0
Deficiência mental ou intelectual permanente	2,5	2,7	2,6
Idosos com pelo menos uma deficiência	60,0	66,2	63,5

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2010.

O segundo conjunto de indicadores sobre as condições de saúde da população idosa refere-se à autoavaliação, a declaração de ter alguma doença crônica e de ter dificuldades para o desempenho das atividades básicas da vida diária. Esses dados foram obtidos com as informações coletadas pelo suplemento especial de Saúde da Pnad de 1998 e 2008 e pela PNS de 2013. Os resultados indicaram que, embora a proporção de idosos que declarou ter avaliado sua condição de saúde como regular, ruim ou muito ruim tenha caído entre 1998 e 2013, grande parte da população avalia sua saúde negativamente (55,6%). Em 1998, as proporções eram mais elevadas entre as mulheres (63,8%) que entre os homens (56,8%). Em 2013, essas diferenças se reverteram, e as proporções passaram para 57,6% e 53,0%, para homens e mulheres, respectivamente.

Entre as doenças crônicas que atingiram a população idosa, as cinco principais reportadas no ano de 1998 foram: problemas de coluna (45,4%); hipertensão (43,9%); artrite ou reumatismo (37,5%); doenças do coração (19,0%); e depressão (12,0%). Em 2013, destacaram-se: hipertensão (45,3%); colesterol alto (17,0%); diabetes (16,1%); artrite ou reumatismo (9,7%); e câncer (6,9%). Com o objetivo de comparar a evolução de algumas doenças,¹⁷ elencaram-se as comuns nos levantamentos de 1998 e 2013: hipertensão, diabetes, doenças do coração,¹⁸ artrite ou reumatismo, depressão e câncer (gráfico 9). À exceção do câncer, mais elevada entre os homens, e das doenças do coração, para as quais as proporções de homens e mulheres eram semelhantes em 2013, as mulheres registraram proporções mais elevadas para as demais doenças. No período entre 1998 e 2013, observou-se um aumento nas proporções de homens e mulheres idosos que declararam ter hipertensão, diabetes e câncer. Isso pode refletir o envelhecimento do segmento, pois as informações não foram padronizadas por idade e/ou maior acesso da população pesquisada aos serviços de saúde. A proporção de idosos com artrite ou reumatismo, doenças do coração e depressão, por sua vez, diminuiu tanto para homens quanto para mulheres.

Outros aspectos investigados pelas pesquisas mencionadas foram dificuldades para a vida diária e condições de mobilidade física por sexo e idade. À medida que a idade avança, maiores são as dificuldades para realizar as atividades da vida diária (AVDs), como alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro, sobretudo para as mulheres, conforme apresentado no gráfico 10. Nos anos de 1998 e

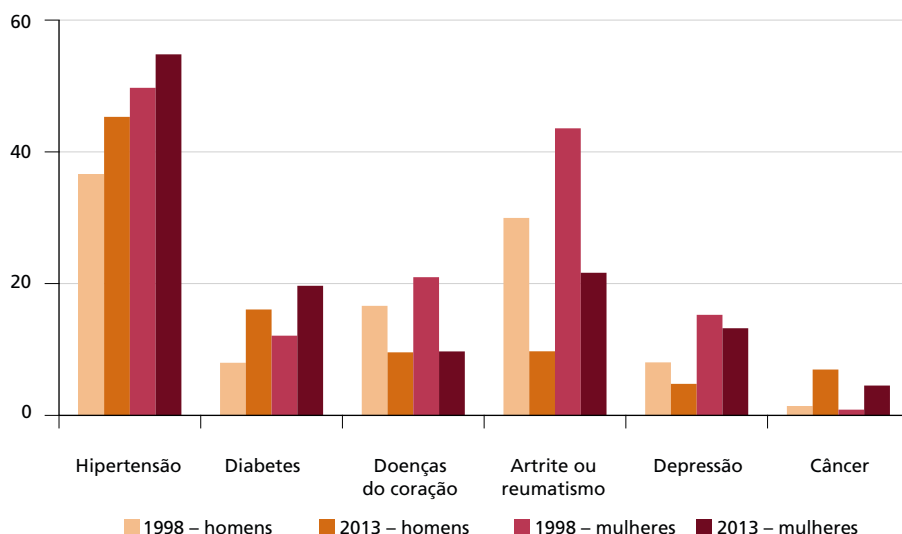
17. Essas informações são do suplemento de saúde da Pnad de 1998 e da PNS realizada em 2013 pelo IBGE. Segundo o instituto, as informações são comparáveis. "A Pesquisa Nacional de Saúde - PNS, por ser uma pesquisa independente da Pnad, mas integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares - SIPD, se beneficiou da amostra mestra da Pnad Contínua (Freitas *et al.*, 2007), com maior espalhamento geográfico e ganho de precisão das estimativas. Com desenho próprio, elaborado, especificamente, para coletar informações de saúde, a PNS foi planejada para a estimação de vários indicadores com a precisão desejada e para assegurar a continuidade no monitoramento da grande maioria dos indicadores do suplemento Saúde da Pnad" (IBGE, 2014).

18. Para 2013, as doenças do coração referem-se a infarto, angina e insuficiência cardíaca.

2008, a proporção de idosos com alguma dificuldade para realizar as AVDs foi de aproximadamente 15% para ambos os sexos. Nesse período, tanto para os homens quanto para as mulheres, a variação foi mínima: para os homens, a proporção manteve-se em torno de 13%; e para as mulheres, em cerca de 17%. Entre os mais idosos (80 anos ou mais), as diferenças entre homens e mulheres tornam-se mais acentuadas. Em 1998, 31,8% deles tinham dificuldade para realizar as AVDs, enquanto elas eram 36,7%. Em 2008, as proporções ficaram aproximadamente constantes, mas as diferenças aumentam ligeiramente. Os homens registraram uma proporção de 31,0%, e as mulheres, 38,7%.

GRÁFICO 9

Brasil: proporção de idosos com algumas doenças crônicas, por sexo (1998 e 2013)
(Em %)



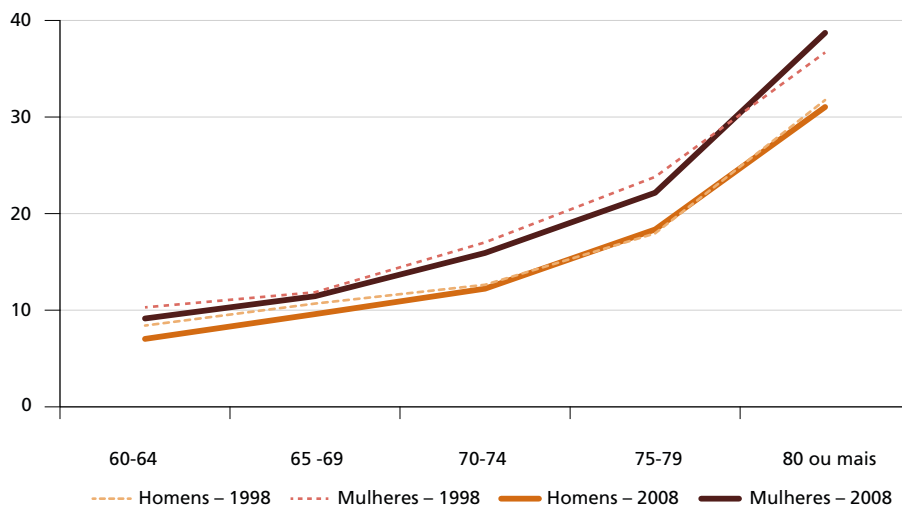
Fonte: IBGE/Pnad de 1998 e PNS de 2013.

A PNS de 2013 investigou o grau de dificuldade que as pessoas têm para comer, tomar banho e ir ao banheiro sozinho, classificando-as pela gradação: não consegue, tem grande dificuldade, tem pequena dificuldade, não tem dificuldade. O gráfico 11 apresenta as proporções das pessoas idosas que declararam ter alguma dificuldade, por sexo e idade.¹⁹ Observa-se que conforme a idade avança a proporção aumenta, especialmente entre as mulheres. Entre os idosos mais jovens, de 60 a 64 anos, a proporção entre os homens foi de 4,6%; e entre as mulheres, de 4,3%. Entre os muito idosos, alcançou 31,1% entre as mulheres e 25,9% entre os homens.

19. Inclui aqueles que declararam ter algum grau de dificuldade: não consegue, tem grande dificuldade e tem pequena dificuldade. Na PNS, as atividades comer, tomar banho e ir ao banheiro sozinho são questões investigadas separadamente, diferentemente da Pnad suplemento Saúde, em que estas atividades fazem parte de uma única pergunta.

GRÁFICO 10

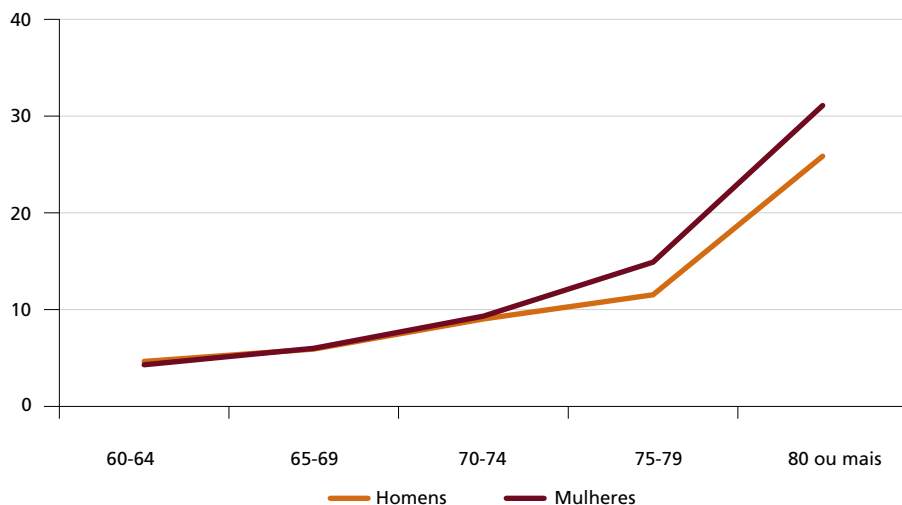
Brasil: proporção dos idosos segundo a dificuldade para se alimentar, tomar banho ou ir ao banheiro, por idade e sexo (1998 e 2008)
(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 1998 e 2008.

GRÁFICO 11

Brasil: proporção da população idosa que declarou ter dificuldade para comer, tomar banho ou se vestir, por sexo e idade (2013)
(Em %)



Fonte: IBGE/PNS 2013.

3.3 Violência e maus-tratos

A violência contra a pessoa idosa ocorre de diversas formas e em diversos universos. Compreende desde a violência física, maus-tratos dentro e fora do convívio familiar, até a violência social resultante de políticas econômicas e sociais que interferem no nível de desigualdade (Pasinato, Camarano e Machado, 2006). Segundo as autoras,

se, por um lado, a violência contra os idosos se insere nos meandros dos conflitos intrafamiliares, muitas vezes invisíveis para a sociedade, por outro, nas sociedades capitalistas, a própria construção do “ser idoso”, que associa idade avançada à obsolescência, se traduz em violência social. Isso coloca a violência como parte de uma questão mais ampla de construção da cidadania em um ambiente democrático (*op. cit.*, p. 7).

Em primeiro lugar, é preciso discutir de que tipo de violência está se falando: física, sexual, psicológica, financeira ou material, abandono, negligência ou violência autoinfligida.²⁰ Conforme mencionado por Minayo e Almeida no capítulo 18 deste livro, o combate à violência e aos maus-tratos cometidos contra os idosos não foram contemplados na PNI. O Estatuto do Idoso²¹ avançou ao considerar esta questão. No entanto, mesmo após o estatuto, informações sobre violência são difíceis de serem obtidas. Se para analisar a situação da violência atual contra idosos esbarra-se na falta de informações, esta carência é muito mais acentuada para o período pré-PNI.

Segundo Minayo e Almeida, no mesmo texto, existem ainda outras formas de violência possíveis de serem evitadas e que podem ser inferidas conforme o perfil epidemiológico de lesões e mortes que atingem a população idosa. Desse modo, utilizou-se neste capítulo a estratégia de considerar os óbitos de idosos por causas externas, ou não naturais, referentes aos anos de 1980, 1993 e 2013. Embora as causas externas não estejam entre as principais causas de morte da população idosa, elas foram responsáveis por 3,5% de óbitos em 2013, tendo crescido proporcionalmente no período considerado. São mortes que englobam acidentes de transporte, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios e homicídios.

Essa proporção é mais elevada entre os idosos do que entre as idosas. As causas mais expressivas desses óbitos foram acidentes de trânsito; quedas; eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada;²² homicídios; e suicídios. Estas causas foram responsáveis por 76,2% dos óbitos por causas externas em 1980, 81,9% em 1993 e 83,1% em 2013. Cada uma delas adquire uma importância diferenciada de acordo com o sexo, conforme mostra o gráfico 12.

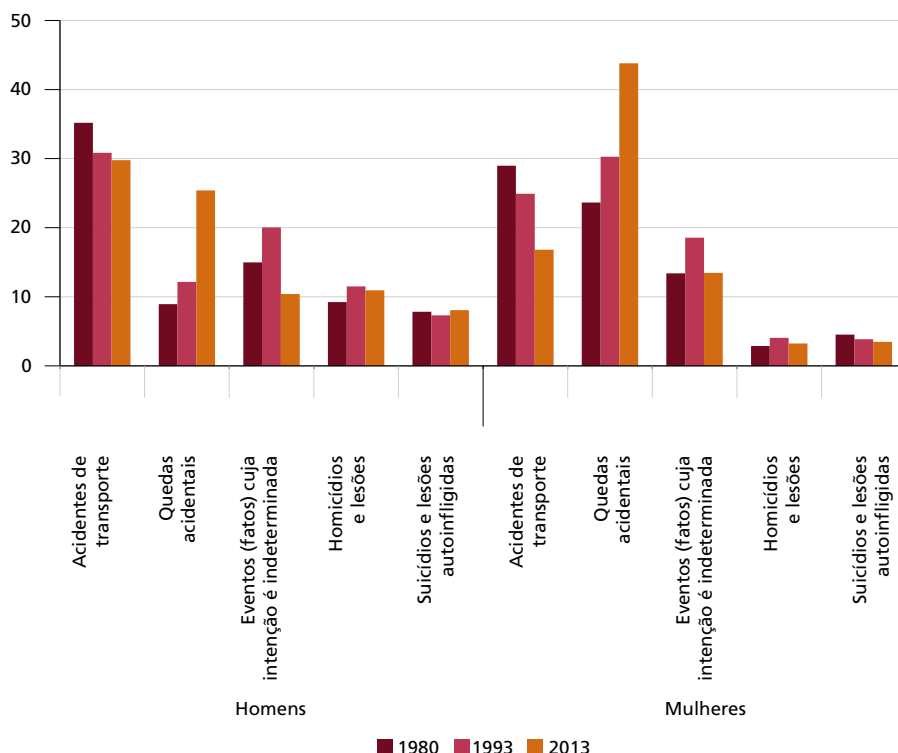
20. Ver mais detalhes em Minayo e Almeida no capítulo 18, neste livro.

21. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

22. Na nona revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), esses eventos estão classificados como “Outros acidentes e efeitos adversos de drogas, medicamentos, substâncias biológicas” (E52-E53).

GRÁFICO 12

Brasil: distribuição proporcional dos óbitos de idosos por causas externas, segundo o sexo (1980, 1993 e 2013)
(Em %)



Fonte: Ministério da Saúde/SIM.

Para os homens, embora decrescente, a principal causa de morte foram os acidentes de trânsito, responsáveis por 35,2% do total de óbitos por causas externas em 1980, 30,8% em 1993 e 29,8% em 2013. Em seguida, aparecem os eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada, cuja importância aumentou de 15,0% para 20,0% de 1980 para 1993, e diminuiu entre 1993 e 2013 para 10,4%, ficando em terceiro lugar em importância. A proporção de homicídios cresceu entre 1980 e 1993, mas voltou a cair entre 1993 e 2013. Quanto aos óbitos por quedas acidentais, observou-se um crescimento na sua proporção entre 1980 e 2013, mais expressivo no período entre 1993 e 2013. Esta causa assumiu o segundo lugar em importância em 2013, sendo responsável por 25,4% do total de óbitos por causas externas. Por sua vez, a proporção de suicídios diminuiu entre 1980 e 1993, e voltou a crescer em 2013, alcançando 8,1% do total de óbitos.

Como já se mencionou, o perfil das causas de morte das mulheres difere do dos homens. No entanto, também para elas, os acidentes de trânsito foram a principal causa externa de morte em 1980, mas esta proporção diminuiu no período. Portanto, em 2013, as quedas passaram a ser responsáveis pela maior proporção de óbitos por causas externas, 43,8%. O aumento da proporção de óbitos devido às quedas, principalmente entre as idosas, aponta para uma demanda na melhoria e na adequação dos espaços utilizados. Para Camarano, Kanso e Mello (2004, p. 43), estas causas:

estão relacionadas diretamente com a circulação dos idosos pelos espaços públicos que, apesar das leis existentes com o intuito de normatizá-los, são ainda bastante inadequados. À medida que os idosos passam a utilizar mais o espaço da rua no seu cotidiano, tornam-se mais suscetíveis e vulneráveis a acidentes. Da mesma forma, passam a ficar mais expostos aos riscos da violência urbana.

O aumento dessa proporção no período pode estar sugerindo piora nos espaços públicos e maior mobilidade dos idosos.

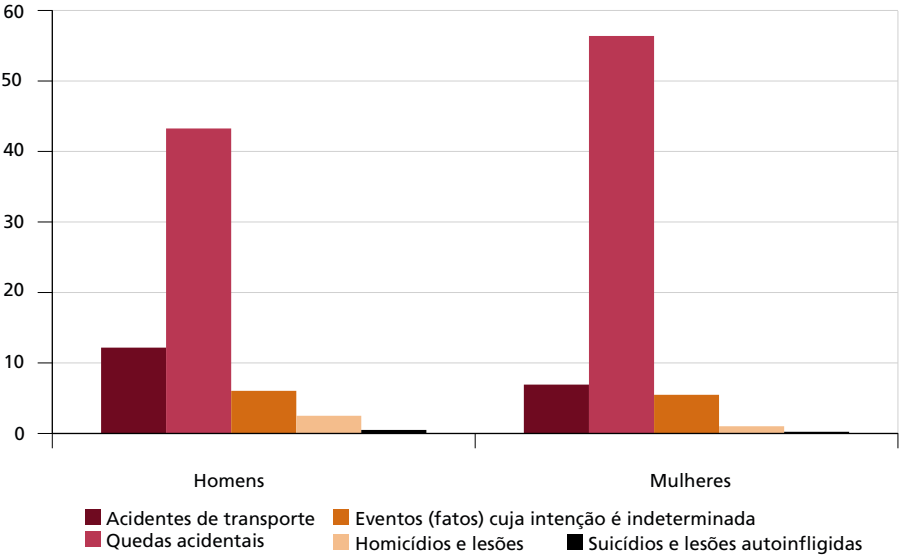
O percentual de óbitos femininos por acidentes devido aos efeitos (fatos) cuja intenção é indeterminada também tiveram a sua importância aumentada entre 1980 e 1993, e reduzida no período seguinte, tendo sido responsável por 13,5% do total de óbitos por causas externas em 2013.

Chama atenção a alta proporção de óbitos referentes ao total por queda sem identificação do agente causador e também por queda sem nenhuma especificação, o que dificulta as ações de adaptação dos espaços para os idosos. Em 2013, estas causas correspondiam a 30,5% dos óbitos de idosos por queda. Dos óbitos de idosos por acidentes de transporte em 2013, 38,3% ocorreram estando estes na condição de pedestres e 21,6% na condição de ocupantes de automóvel.

Os idosos com 80 anos ou mais estão mais propensos às quedas pela sua maior fragilidade física e devido ao fato de os espaços públicos, bem como a maioria das residências, não estarem preparadas para a sua circulação. Em 2013, mais da metade dos óbitos por causas externas das mulheres de 80 anos ou mais ocorreram por queda acidental (56,8%). A proporção comparável para os homens foi de 25,4%. Os acidentes de transporte como causa do óbito são mais frequentes entre os idosos com idade inferior a 80 anos.

Outra fonte de dados que permite analisar a violência física são as internações por causas externas registradas nos hospitais da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). As informações foram disponibilizadas pelo Ministério da Saúde por meio do DataSUS. Como apresentado no gráfico 13, o padrão visto nos óbitos se repete nas internações: a maior proporção de internações de idosos por causas externas é decorrente de quedas, tanto para homens quanto para mulheres, sendo mais elevada entre elas. Em segundo lugar estão as internações por acidentes de transporte.

GRÁFICO 13
Brasil: distribuição proporcional das internações de idosos por causas externas, segundo o sexo (2013)
(Em %)



Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

3.4 Educação

O nível de escolaridade de uma população é um indicador importante das suas condições de vida e afeta tanto as condições de saúde quanto a participação no mercado de trabalho e os rendimentos percebidos. Aqui, dois indicadores foram considerados: a proporção de idosos alfabetizados e o número médio de anos de estudo. Ambos podem ser visualizados na tabela 6 e estão desagregados por sexo. Pode-se observar que a proporção de idosos alfabetizados cresceu no período, sendo o crescimento mais expressivo observado entre 1993 e 2014. As mulheres eram menos alfabetizadas que os homens, nos três anos considerados, mas as diferenças têm se reduzido ao longo do tempo.

TABELA 6
Brasil: indicadores de escolaridade para a população idosa, por sexo (1983, 1993 e 2014)

	Idosos alfabetizados (%)			Número médio de anos de estudo		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
1983	57,7	46,5	51,9	2,4	1,9	2,1
1993	63,5	56,3	59,5	2,9	2,5	2,6
2014	78,2	76,5	77,2	5,1	4,9	5,0

Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

A escolaridade média da população idosa, medida pelo número de anos de estudo, é muito baixa, embora tenha dobrado no período. Para os homens, este número aumentou de 2,4 anos para 5,1 anos e, para as mulheres, de 1,9 ano para 4,9 anos. Espera-se que este aumento continue, pelo efeito coorte: enquanto os idosos dos anos 1980 e 1990 tiveram pouco acesso à educação formal na idade apropriada, os das gerações seguintes apresentaram uma escolaridade mais elevada, pois já se beneficiaram dos avanços na educação formal no Brasil, iniciados nos anos 1950.

Além desses indicadores, observa-se a frequência à escola. Dada a falta de ensino formal específico para idosos, consideraram-se as proporções de idosos que estavam frequentando a alfabetização e o projeto de Educação de Jovens e Adultos (EJA) em 2014. Os números eram muito baixos, em torno de 0,2% para ambos os sexos. Os idosos mais jovens (60-79 anos) apresentaram uma frequência mais elevada nos cursos de alfabetização e no EJA (0,2% nos dois casos) que os mais idosos (80 anos ou mais), que apresentaram uma proporção de 0,1% e 0,03%, respectivamente. Como apontam Cachioni e Todaro no capítulo 5 deste livro, os idosos que recorrem à alfabetização de adultos ou à EJA são aqueles que migraram de áreas rurais, com uma passagem curta pela escola, e que exercem ou exerceram ocupações não qualificadas nas áreas urbanas. Voltar a estudar, aprender a ler e escrever para eles está associado a uma vida melhor e à independência.

3.5 Participação no mercado de trabalho

O envelhecimento populacional acarreta também o envelhecimento da população economicamente ativa (PEA), resultado de uma proporção cada vez menor de ingressantes jovens. Isto requer uma permanência mais longa dos trabalhadores na atividade econômica para compensar a menor entrada. Além disso, o prolongamento da permanência pode ser importante, também para os trabalhadores idosos, não apenas pela renda gerada mas pelo fato de que o trabalho é um fator de integração social, principalmente, para os homens. O Brasil é um dos poucos países do mundo que permite que o aposentado retorne ao mercado de trabalho sem nenhuma restrição.

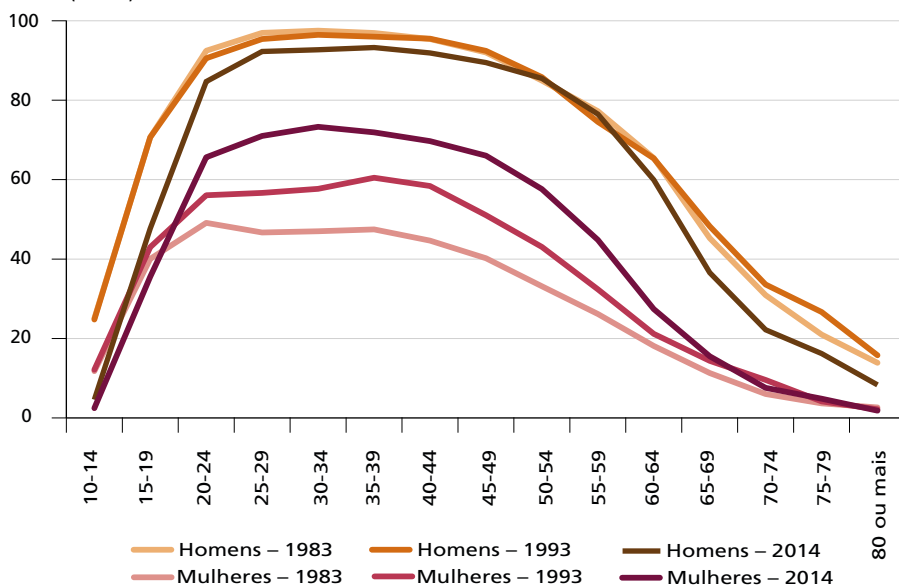
Entre 1983 e 1993, a taxa de atividade da população brasileira no mercado de trabalho aumentou devido à maior presença feminina, pois a parcela masculina ficou aproximadamente constante. Já no período 1993-2014, a participação se manteve estável. A taxa de atividade da população masculina diminuiu, mas a feminina continuou aumentando (gráfico 14). Ainda assim, a participação masculina é sempre mais elevada que a feminina.

A idade é uma variável importante para explicar as taxas de atividade. No caso dos homens, em 1983, a taxa cresceu com a idade até aproximadamente os

43 anos e para as mulheres até os 42 anos. Decresceu a partir daí. Em 1993, o crescimento ocorreu até os 43 anos para ambos os sexos. Em 2014, o aumento das taxas ocorreu até os 35 anos para os homens e até os 47 anos para as mulheres. A desaceleração é crescente com a idade. Em 2014, apenas 8,3% dos homens de 80 anos ou mais e 1,8% das mulheres estavam na atividade econômica.

GRÁFICO 14

Brasil: taxas específicas de atividade, por idade e sexo (1983, 1993 e 2014)
(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

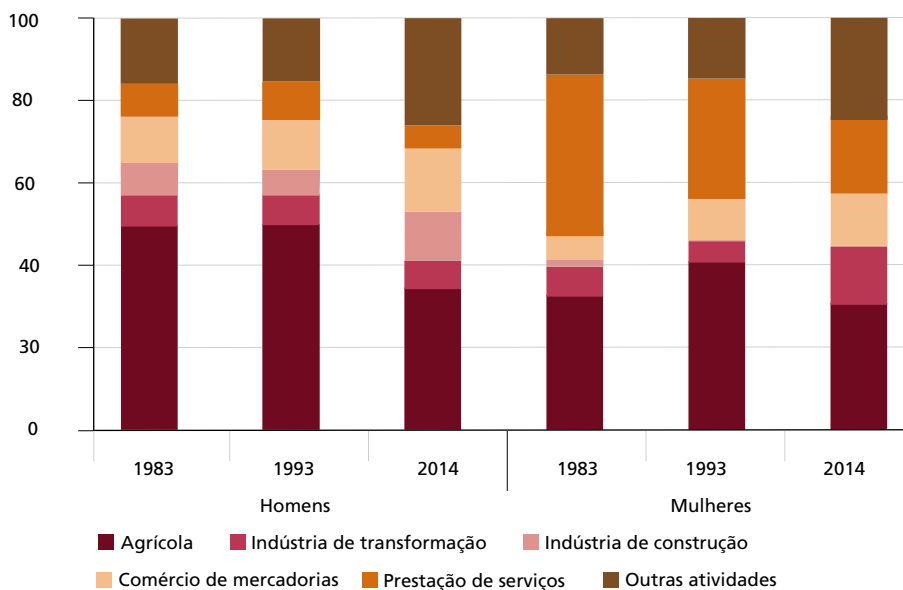
As taxas de atividade da população idosa masculina diminuíram no período analisado. Em 1983, 44,1% dos homens com 60 anos ou mais participavam das atividades econômicas, proporção que passou para 36,0% em 2014. Embora expressivamente mais baixo que o dos homens, o nível de atividade das mulheres idosas cresceu entre 1983 e 2014. Nesse ano, 14,3% das mulheres idosas estavam no mercado de trabalho. Alguns fatores podem estar associados à menor participação da população idosa, além das incapacidades ocorridas devido ao envelhecimento: expansão da cobertura da seguridade social; menor proporção de população ocupada em atividades agrícolas; maior urbanização; preconceitos em relação à mão de obra idosa, pelas suas maiores taxas de absenteísmo devido à morbidade; dificuldade em acompanhar as mudanças tecnológicas etc.

Aproximadamente, a metade dos homens idosos que participavam das atividades econômicas estava lotada na agricultura em 1983 e 1993. Em 2014,

esta proporção diminuiu para 34,4%, conforme mostra o gráfico 15. O segundo setor absorvedor da PEA idosa foi o comércio de mercadorias, cuja proporção cresceu ligeiramente no período, alcançando 15,1% em 2014. Com relação às mulheres idosas, em 1983 era a prestação de serviços, provavelmente os serviços domésticos, o setor que mais as absorvia, sendo responsável por 37,3% da PEA feminina idosa, proporção que diminuiu para 18,9% no período. Em 2014, o setor mais absorvedor passou a ser a agricultura (30,7%). O comércio e a indústria de transformação aumentaram a sua importância na absorção dessa mão de obra.

GRÁFICO 15

Brasil: distribuição dos idosos economicamente ativos, segundo o tipo de atividade, por sexo (1983, 1993 e 2014)
(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

Como mencionado, a legislação brasileira permite que o aposentado retorne ao mercado de trabalho sem nenhuma restrição. Isso faz com que a participação no mercado de trabalho dos indivíduos mais velhos seja menos sensível à expansão da cobertura da seguridade social. Em 1983, 39,7% da PEA idosa masculina eram constituídos por aposentados, proporção que aumentou para 55,8% em 1993 e diminuiu para 51,6% em 2014. Para as mulheres, o aumento da referida proporção foi ainda mais expressivo, passou de 17,5% para 44,4% entre 1983 e 1993 e para 55,5% em 2014. O resultado do primeiro período deve refletir a ampliação do número de beneficiários da seguridade social, tal como estabelecido pela Constituição de 1988 (CF/1988). Por sua vez, a diminuição da população

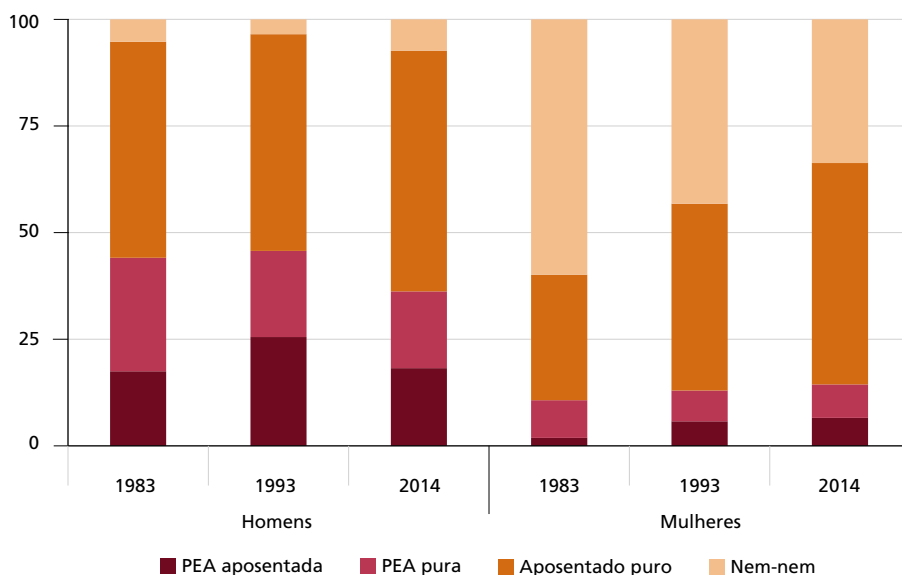
masculina no segundo período pode ser explicada pelo envelhecimento deste grupo. O aumento da participação das mulheres idosas pode ser explicado, também, pelo crescimento da presença feminina em todas as idades no mercado de trabalho.

O gráfico 16 apresenta a distribuição proporcional da população idosa pelas seguintes categorias: PEA aposentada (participa da PEA e é aposentado); PEA pura (participa da PEA e não é aposentado); aposentado puro (não participa da PEA e é aposentado); e nem-nem (não participa da PEA e não é aposentado). Estas categorias foram desagregadas por sexo. Nos três anos considerados, o maior grupo de idosos era o dos aposentados puros, proporção que cresceu no período, de 39,6%, em 1983, para 47,0%, em 1993, e 53,3%, em 2013. Este crescimento se deve ao aumento da proporção de mulheres nessa condição nos três anos, como reflexo da sua entrada no mercado de trabalho, e ao aumento da proporção de homens na população entre 1993 e 2014, o que pode ser explicado pelo envelhecimento da população idosa.

GRÁFICO 16

Brasil: distribuição proporcional da população idosa segundo as categorias de uso do tempo, por sexo (1983, 1993 e 2014)

(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

Em segundo lugar em importância, destacam-se os nem-nem, basicamente constituído pelas mulheres. A proporção de idosos nessa categoria diminuiu de 33,8% para 21,8% no período, devido à diminuição da proporção de mulheres. A referida proporção passou de 59,8% para 33,4% entre 1983 e 2014, deixando de

ser o *status* predominante delas. A predominância das mulheres nos dois primeiros anos nesta categoria pode ser explicada pelas relações tradicionais de gênero, em que o papel principal das mulheres era o de cuidadora tanto dos membros dependentes quanto dos afazeres domésticos, relações que estão passando por mudanças e se refletem na queda da proporção das mulheres nem-nem. Esta redução pode ser explicada pelo aumento da proporção de mulheres na condição de aposentado puro. Em contrapartida, a proporção de homens nem-nem, que era bastante baixa em 1983, 5,3%, diminuiu para 3,5% em 1993, e aumentou para 7,2% em 2014.

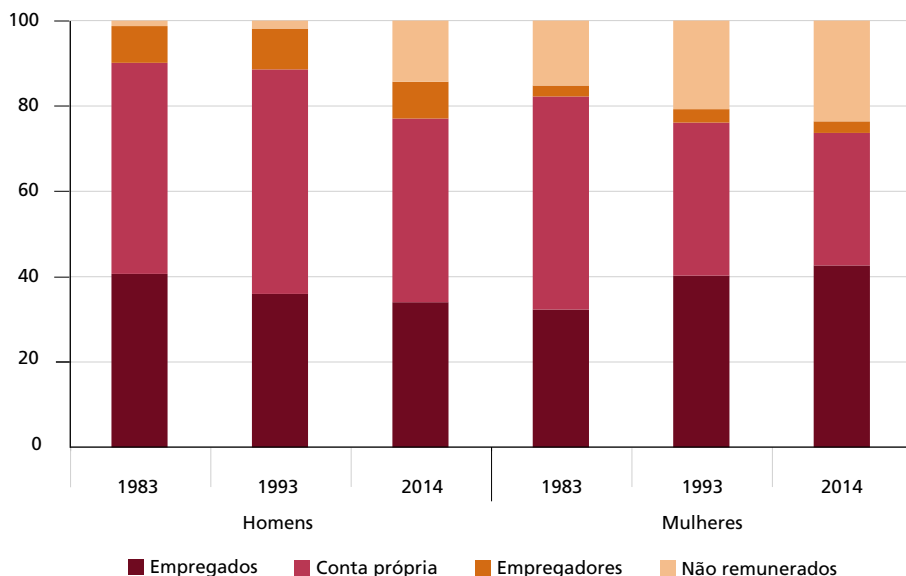
Quanto à proporção de idosos na categoria PEA pura, esta diminuiu no período considerado. Em 1983, 17,3% dos idosos estavam nesta condição; em 2014, 12,2%. Isso pode estar refletindo um envelhecimento do segmento e a expansão da cobertura da seguridade social. Finalmente, a proporção da PEA aposentada cresceu entre 1983 e 1993, mas diminuiu em 2014. Esta queda é resultado da redução da proporção da PEA masculina aposentada, que, em 1983, apresentou uma proporção de 17,5%; em 1993, de 25,5%; e, em 2014, de 18,0%. A proporção de mulheres na PEA aposentada cresceu de 1,9% em 1983 para 6,5% em 2014.

A posição na ocupação de um trabalhador é um indicador das suas condições de trabalho. Em 1983, aproximadamente 50% dos homens idosos que trabalhavam faziam-no por conta própria, proporção que aumentou para 52,6% em 1993 e caiu para 43,0% em 2014. Em segundo lugar, colocam-se os empregados, em proporção decrescente, mas ainda absorvendo 34,0% dos trabalhadores idosos em 2014. Nesse ano, 8,6% da PEA idosa eram constituídos por empregadores. Observou-se um aumento no percentual de homens ocupados não remunerados entre 1983 e 2014: em 1983, eles eram 1,3%; em 1993, 1,9%; e em 2014, 14,3% (gráfico 17).

Trabalho por conta própria era a posição predominante das mulheres idosas em 1983, mas deixou de ser nos anos posteriores. A posição de empregada passou a ser a mais importante, representando 42,6% das trabalhadoras idosas em 2014. Isto se refere, provavelmente, ao trabalho doméstico. Também aumentou entre elas a proporção de trabalhadoras não remuneradas: de 15,2%, em 1983, para 23,6%, em 2014.

GRÁFICO 17

Brasil: distribuição proporcional da população idosa ocupada, segundo a posição na ocupação, por sexo (1983, 1993 e 2014)
(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

3.6 Rendimentos

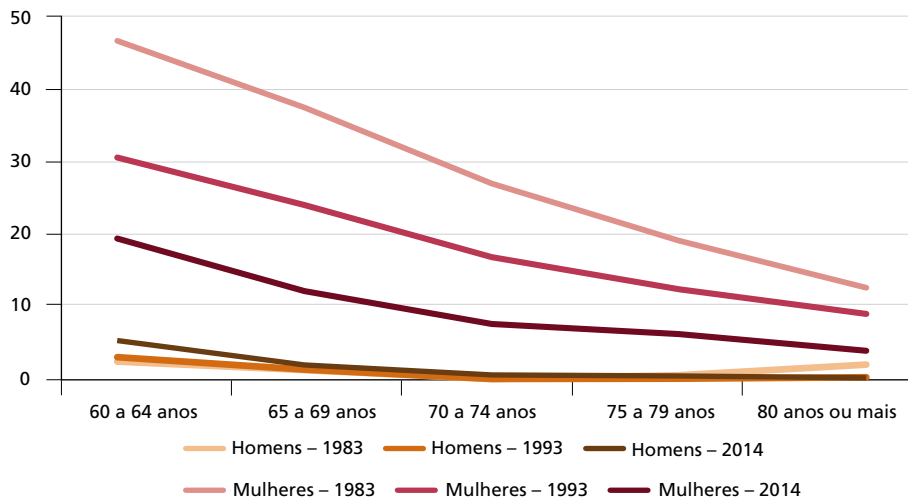
A CF/1988 apresentou avanços na garantia de uma renda para a população idosa. Os progressos são claros para as mulheres; já para os homens, aumentou a proporção de idosos mais jovens sem rendimentos, conforme se observa no gráfico 18. Em 1983, 34,3% das mulheres idosas não tinham nenhum rendimento, percentual que diminuiu para 12,4% em 2014. Entre os homens idosos, esta proporção se manteve em torno de 2,3% em 1983 e 1993, aumentando para 3,4% em 2014, principalmente, devido ao aumento da proporção dos idosos mais jovens, de 60 a 64 anos, nesta condição.²³ Chama atenção que a proporção de mulheres sem rendimentos diminuiu com a idade. Em 2014, cerca de 95% das idosas com 80 anos ou mais declararam receber algum rendimento. Este rendimento deve ser originado, principalmente, das pensões por morte. O gráfico 19 apresenta a composição da renda dos idosos segundo as fontes em 1983, 1993 e 2014, por sexo.

23. Para essa discussão, consultar Camarano e Fernandes (2015).

GRÁFICO 18

Brasil: idosos sem rendimentos (1983, 1993 e 2014)

(Em %)

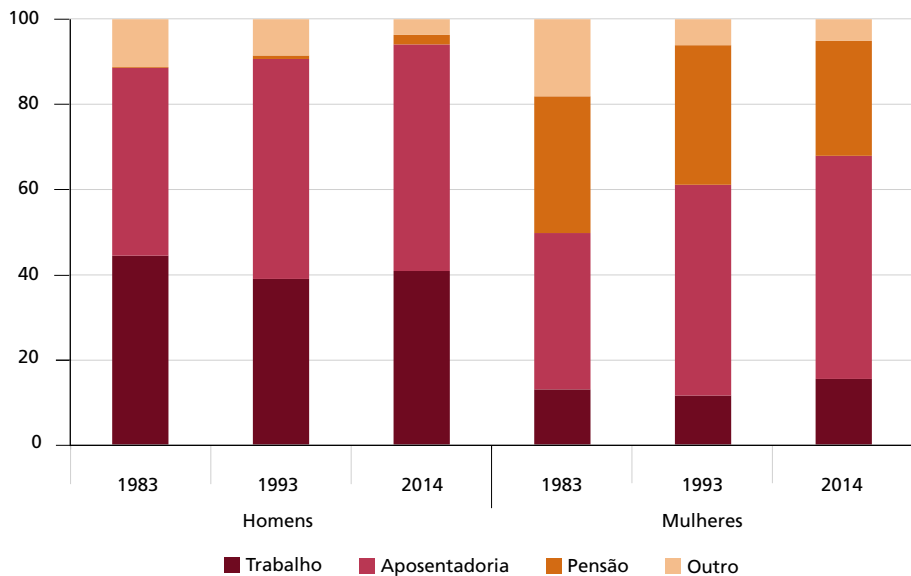


Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

GRÁFICO 19

Brasil: composição das fontes de rendimentos dos idosos, por sexo (1983, 1993 e 2014)

(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

Podem-se observar diferenças expressivas entre homens e mulheres na composição dos rendimentos segundo as fontes. Em 1983, trabalho e benefícios de seguridade social apresentavam uma contribuição similar na renda dos homens idosos, em torno de 44% cada um. Perdendo importância a partir de 1993, a renda do trabalho passou a ficar em segundo lugar, respondendo, em 2014, por 40,8% do total dos rendimentos, e as aposentadorias, por 53,4%. Outros rendimentos, advindos de abono de permanência, rendimento de aluguéis, doações etc., registraram uma diminuição relativa no período. Observa-se também um aumento na proporção dos rendimentos dos homens idosos oriundo de pensão por morte.

A renda dos benefícios da seguridade social era também a fonte mais importante de renda para as mulheres idosas. Em 1983, os benefícios da aposentadoria constituíam 36,8% do total da sua renda, e esta importância aumentou para 52,2% em 2014. Também importante é a contribuição das pensões por morte, cuja participação ficou constante, em torno de 33%, em 1983 e 1993, e diminuiu para 27,7% em 2014. Sintetizando, em 2014, aproximadamente 80% da renda das mulheres idosas eram originados dos benefícios sociais.

Como já mencionado, a CF/1988 ampliou direitos civis e sociais. Entre estes, pode-se citar a garantia de uma renda para a população idosa, por meio de benefícios contributivos (previdenciários), ou não contributivos. O resultado foi o aumento da proporção de idosos que recebem benefícios e, conseqüentemente, o aumento da importância deste tipo de provento na renda total do idoso. Observa-se, também, que a proporção de idosos que recebiam algum tipo de benefício monetário a que fazem jus (aposentadoria, benefício assistencial ou pensão por morte) passou de 59,6%, em 1983, para 74,9% em 2014. Esse aumento beneficiou homens e mulheres, mas, relativamente falando, mais as mulheres. Em 2014, 75,2% dos homens idosos e 74,7% das mulheres eram beneficiários da seguridade social. O capítulo 10 deste livro apresenta um histórico da previdência social no Brasil, mostrando que a garantia de uma renda para a população idosa antecedeu à PNI.

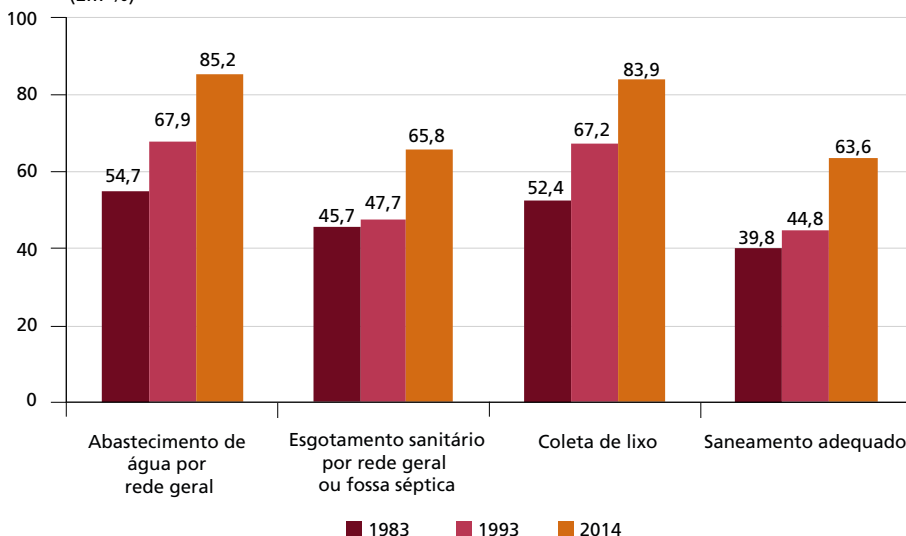
3.7 Condições de habitação

O percentual de domicílios particulares com a presença de idosos no total de domicílios brasileiros cresceu no período, principalmente entre 1993 e 2014, como resultado do envelhecimento populacional e das mudanças nos arranjos familiares. Este índice passou de 22,3%, em 1983, para 24,1%, em 1993, e para 31,2% em 2014. Vale ressaltar que é importante que os domicílios de idosos – como de qualquer outro grupo populacional – tenham acesso aos serviços básicos como saneamento, água tratada, iluminação, coleta de lixo etc. Além disso, o envelhecimento populacional requer adaptações nas condições de habitação, já que a idade avançada traz dificuldades de locomoção.

O IBGE (2013) classifica os domicílios em adequados ou inadequados, de acordo com a presença de saneamento básico. Consideram-se domicílios com serviço adequado aqueles com abastecimento de água por meio de rede geral; esgotamento sanitário via rede geral ou fossa séptica ligada à rede coletora; e lixo coletado.²⁴ O gráfico 20 apresenta a proporção dos domicílios com idosos que contam com saneamento pelo tipo de serviço. Abastecimento de água e coleta de lixo foram os serviços mais encontrados, alcançando 85,2% e 83,9% dos domicílios em 2014, respectivamente. A proporção de domicílios com coleta de lixo foi a que mais cresceu no período. Em 2014, encontrava-se esgotamento sanitário em mais da metade dos domicílios com idosos.

GRÁFICO 20

Brasil: domicílios com idosos com acesso a saneamento básico adequado, por tipo de serviço (1983, 1993 e 2014)
(Em %)



Fonte: IBGE/Pnad de 1983, 1993 e 2014.

O Censo Demográfico de 2010 levantou pela primeira vez informações sobre a acessibilidade dos domicílios, que, por sua vez, foi avaliada pelas condições do seu entorno. As informações dos moradores destes domicílios foram disponibilizadas por sexo do responsável pelo domicílio e por grupos de idade dos moradores, o que permite ter uma visão, mesmo que parcial, das condições do entorno dos domicílios dos idosos. Não foram investigadas, no entanto, as condições internas de acessibilidade do domicílio. Observa-se no gráfico 21 que, em 2010, os moradores idosos tinham melhores condições no entorno dos seus domicílios que os não idosos.

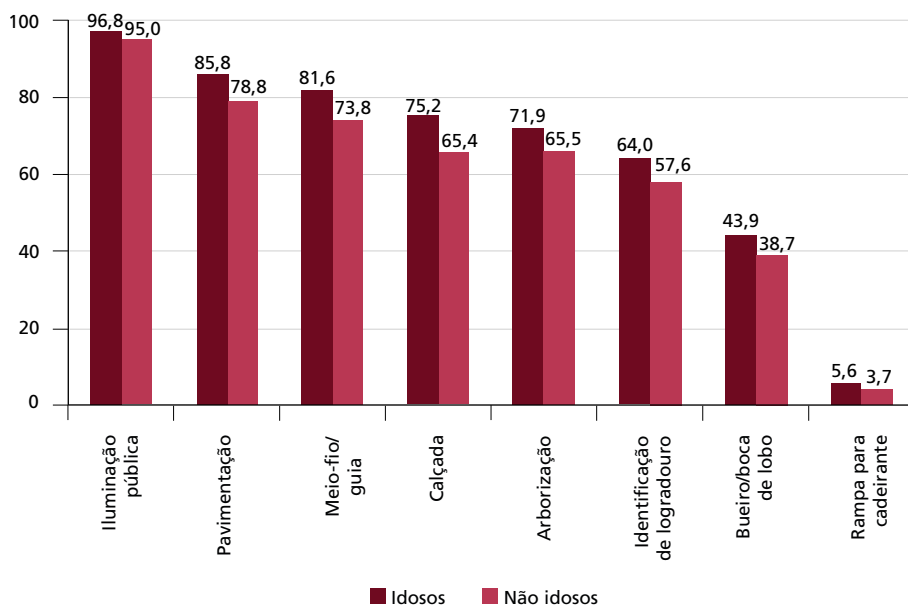
24. Neste capítulo, abastecimento de água por rede geral corresponde à existência de pelo menos um cômodo abastecido no domicílio. Os dados de 1983 consideram esgotamento sanitário qualquer fossa séptica, sem diferenciar se era ligada ou não à rede geral.

Apesar disso, algumas características do entorno cuja existência facilitaria a vida dos idosos estão disponíveis apenas para um pequeno grupo deles. São características que atenderiam aos requisitos estipulados na PNI e no Estatuto do Idoso, como a diminuição de barreiras arquitetônicas e urbanas, que garantiriam a acessibilidade dos idosos. Por exemplo, a existência de rampa para cadeirantes não chegou a atender a 6% dos moradores idosos; bueiros (bocas de lobo) beneficiavam 43,9% dos idosos que viviam em domicílios permanentes; e as calçadas eram encontradas em 75,2% dos domicílios com idosos. A iluminação pública foi a característica mais frequente entre as características do entorno pesquisadas. Atendia de forma similar a moradores idosos e não idosos.

GRÁFICO 21

Brasil: moradores em domicílios particulares urbanos por grupo de idade, segundo as características do entorno dos domicílios (2010)

(Em %)



Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2010.

As informações sobre financiamento de imóveis são escassas, principalmente sobre aquisição de imóveis pelos idosos no setor privado. O Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV), criado pela Lei nº 11.977 de 7 de julho de 2009, está sob a responsabilidade do Ministério das Cidades. O programa tem o objetivo de:

incentivar a produção e aquisição de novas unidades habitacionais ou requalificação de imóveis urbanos para famílias com renda mensal de até R\$5.000,00 (cinco mil reais) e fomentar a produção ou reforma de habitações rurais para famílias com renda anual bruta de até R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais) (Brasil, 2015, p. 48).

Segundo informações do programa, desde sua criação:

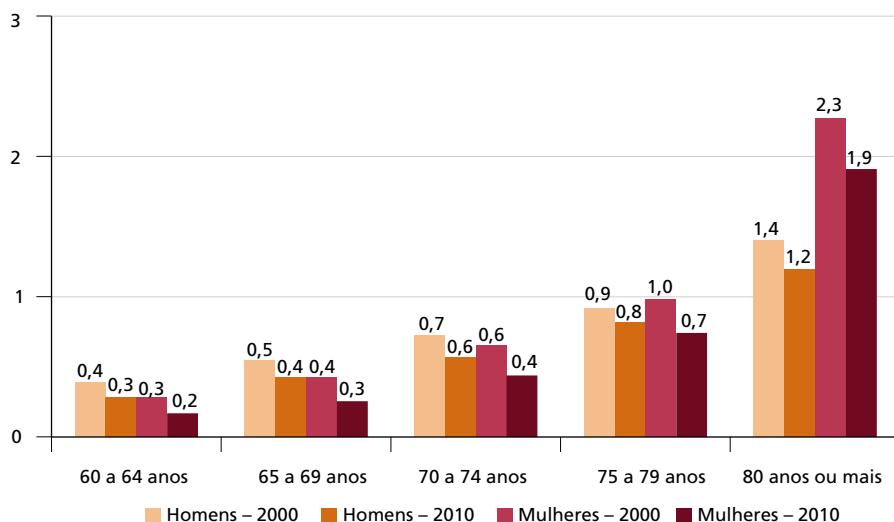
já foram contratadas 803.242 operações destinadas às famílias com renda até R\$ 1.600,00, faixa de renda prioritária do programa. Desse total, 50.583 contratos, totalizando R\$ 1,3 bilhão, foram firmados com pessoas idosas, o que representa 6,3% do total de unidades habitacionais. Esta situação refere-se apenas aos casos em que a pessoa idosa é a titular do contrato (*idem, ibidem*).

De qualquer forma, este resultado supera o limite estabelecido no Estatuto do Idoso, no qual foi definido que pelo menos 3% das unidades habitacionais seriam para atendimento aos idosos.

Outra forma de residência de idosos são os domicílios coletivos. Neste caso, estão sendo considerados os idosos na condição individual em domicílio coletivo, que não trabalham e não procuram emprego. Busca-se uma aproximação do que poderiam ser idosos residindo nas instituições de longa permanência.²⁵ Nessa situação encontrava-se em 2010 menos de 1% dos idosos brasileiros, proporção ligeiramente menor que a observada em 2000. O gráfico 22 apresenta estas proporções por sexo e grupos de idade. Pode-se observar que esta proporção aumenta com o avanço da idade, e é mais elevada entre as mulheres que entre os homens. Sumarizando, pode-se dizer que esta modalidade de residência não é muito popular entre os idosos brasileiros.

GRÁFICO 22

Brasil: proporção da população idosa residente em domicílio coletivo que não trabalha e não procura emprego no total da população idosa, segundo o sexo (2000 e 2010)
(Em %)



Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000 e 2010.

25. O capítulo 20 analisa as instituições de longa permanência para idosos.

4 PERSPECTIVAS DE CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA

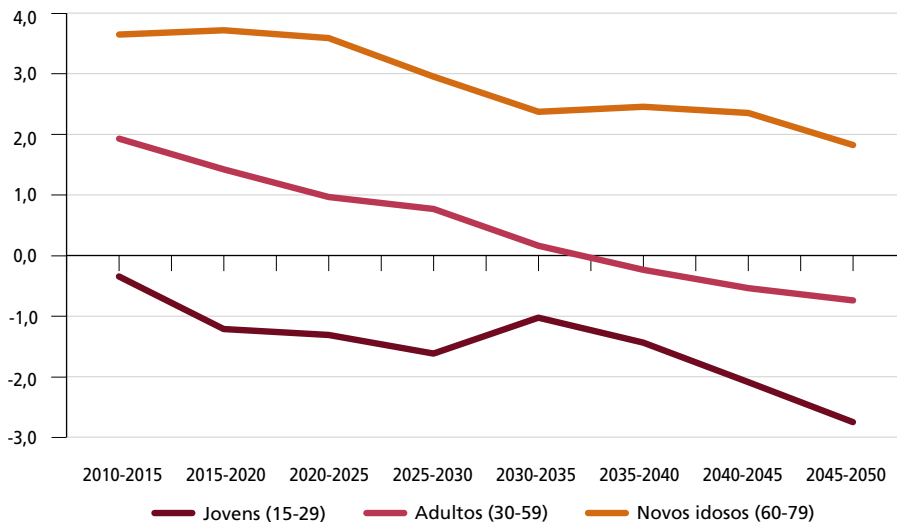
Reflexo da queda da fecundidade e da mortalidade ocorrida na segunda metade do século XX, a população brasileira vem apresentando um ritmo de crescimento cada vez menor e expressivas mudanças na sua estrutura etária no sentido do seu envelhecimento. No médio prazo, isso acarretará uma diminuição do contingente populacional e um superenvelhecimento da população. Projeções de Camarano (2014) apontam que a população brasileira deverá crescer até meados de 2035, quando poderá atingir o seu contingente máximo, em torno de 214 milhões de habitantes. A partir daí, a expectativa é de decrescimento, podendo chegar a 206 milhões, em 2050, o que corresponde a uma taxa de crescimento de -0,4% ao ano (a.a.). Embora a projeção aponte para um baixo e até negativo crescimento para o total da população, esperam-se para o segmento idoso taxas positivas de crescimento. A partir de 2015, a população idosa brasileira deverá crescer em torno de 3,0% a.a. Em 2050, 33% da população brasileira poderão ter 60 anos ou mais. Esta perspectiva de baixo crescimento e superenvelhecimento aprofunda os desafios já enfrentados pelas políticas públicas em diversos setores, especialmente nas áreas da saúde, mercado de trabalho e previdência.

O gráfico 23 apresenta as taxas de crescimento projetadas para grupos etários de 2010 a 2050. Segundo Camarano (2014), o grupo de jovens de 15 a 29 anos deverá apresentar taxas negativas de crescimento no período 2015-2050. Como este é o grupo mais exposto à violência, isso poderá ter implicações nos indicadores de criminalidade. Espera-se um crescimento para o segmento de 30 a 59 anos, mas em ritmo progressivamente menor. A partir de 2035, o ritmo de crescimento começará a diminuir, como pode ocorrer com a população total. A partir de 2045, apenas o contingente de idosos terá uma taxa de crescimento positiva, o que acarretará um envelhecimento da população em idade ativa (PIA) e da PEA, bem como a sua redução.

Dois outros aspectos são destacados aqui: o aumento da proporção de mulheres conforme a idade avança e o crescimento da população muito idosa, de 80 anos ou mais. Do total de idosos em 2015, 55,7% eram mulheres, e entre os muito idosos esta proporção passa para 61,5%. Em 2050, espera-se que estas proporções sejam de 53,5% e 59,0%, respectivamente. Estas proporções projetadas são menores que as observadas em 2015 devido às hipóteses feitas na projeção populacional, que supôs uma redução da mortalidade mais acentuada para os homens que para as mulheres, pela queda mais acentuada da mortalidade por causas externas.

GRÁFICO 23

Brasil: taxas de crescimento projetadas para diversos grupos etários (2010-2050)
(Em %)



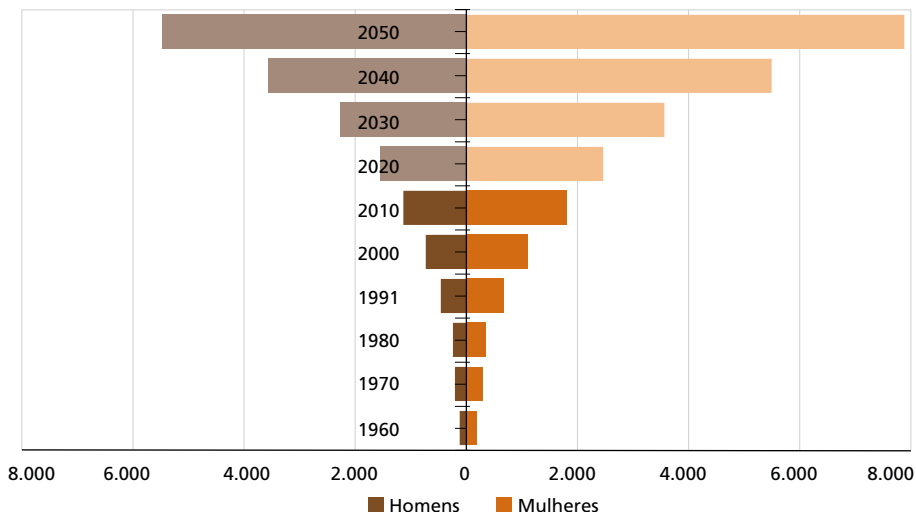
Fonte: Camarano (2014, p. 192).

O gráfico 24 apresenta a evolução da população muito idosa no período 1960-2010 e uma projeção até 2050. Observa-se a aceleração do seu crescimento, que já estava em curso nas duas últimas décadas e se acentuará no período projetado. Estas projeções apontam que este segmento poderá passar dos aproximados 4 milhões contados pelo Censo Demográfico de 2010 para valores próximos a 13,4 milhões em 2050. Essa tendência já está consolidada, pois estas pessoas já nasceram. A redução da mortalidade nas idades avançadas desempenhará um papel importante nessa evolução. O gráfico 24 também mostra um crescimento mais acentuado do número de mulheres, muito embora a proporção destas no total da população idosa tenda a diminuir.

Ressalte-se que a demanda por cuidados aumenta com a idade e é maior entre as mulheres. As mulheres, em geral, cuidam dos seus maridos, e, quando eles morrem, elas necessitam de cuidados e vão morar na casa de filhos, outros parentes ou em instituições. Neste capítulo, foi visto, no entanto, uma redução expressiva da proporção de mulheres idosas na condição de outros parentes, bem como um crescimento das mulheres na condição de chefe. Isso pode ser um indicador de melhores condições de saúde e renda dessas mulheres, mas também uma mudança nas relações de gênero, dado que aumentou a proporção de mulheres casadas ou unidas na categoria de chefes do domicílio. O aumento da proporção de homens cônjuges no período analisado reforça esta hipótese.

GRÁFICO 24

Brasil: população de 80 anos ou mais observada e projetada, por sexo (1960-2050)
(Em 1 mil habitantes)



Fonte: IBGE/Censos Demográficos; Camarano (2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo teve como objetivo comparar as condições de vida da população idosa antes e depois da promulgação da PNI, sem acompanhar e avaliar a implementação da política, pois as informações disponíveis não o permitem. Embora a PNI fale “da implementação de um sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo” (Brasil, 1994, art. 4, VI), pouco se avançou nesta área. Cita-se, como exemplo, a dificuldade com as informações sobre violência mesmo após a promulgação do Estatuto do Idoso.

A PNI foi concebida e implementada para um segmento populacional ainda não muito expressivo no momento, mas cujo crescimento acentuado já era projetado para um futuro próximo, o que consistiu em uma forte indicação para a sua implementação. Foi promulgada dada a pressão da sociedade civil e influenciada pelo avanço em curso na legislação dos países desenvolvidos. O momento da promulgação da política coincidiu com a implementação das medidas estabelecidas pela CF/1988 em relação à questão de garantia de uma renda mínima para a população que perde a capacidade laborativa pela idade avançada. Os benefícios da seguridade social passaram a ser responsáveis pela maior parcela da renda dos idosos. As mulheres foram as principais beneficiárias. Coube então à PNI estabelecer a adequação e a expansão de serviços para um grupo populacional com características específicas,

bem como fomentar a expansão e a capacitação de recursos humanos para lidar com este grupo, além de outras medidas, tais como prevenção de violência.

Projeções apontam para um crescimento acelerado da população idosa para as próximas décadas. Este crescimento deverá ser resultado da alta fecundidade observada nos anos 1950 e 1960 e da redução da mortalidade em todas as idades. Espera-se uma continuação da redução da mortalidade nas idades avançadas, o que resultará num crescimento mais acentuado da população muito idosa, a mais exposta às fragilidades típicas da idade, ou seja, mais demandante de cuidados. Por sua vez, a família já apresenta sinais de redução da sua capacidade de cuidar. A PNI fala que é da competência dos órgãos e das entidades públicas nas áreas de promoção e assistência social: “estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros” (Brasil, 1994, I, b). Poucos, no entanto, foram os avanços nesta área, ao contrário do que se observou com a expansão da cobertura dos benefícios monetários da seguridade social estabelecidas pela CF/1988.

Para finalizar, destaca-se que o contexto demográfico que fundamentou a PNI evoluiu de forma acelerada, reforçando os desafios já levantados. As demandas por políticas públicas se intensificaram, o que requer a atualização e a implementação total das medidas preconizadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>.

_____. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil (IDB): conceitos e aplicações** – 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/>>.

_____. **Guia de políticas, programas e projetos do governo federal para a população idosa**. Brasília: SDH, 2015.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estudos avançados**, v. 17, n. 49, p. 35-64, 2003.

_____. Perspectivas de crescimento da população brasileira e algumas implicações. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

CAMARANO, A. A.; FERNANDES, D. Homens idosos que não trabalham, não procuram trabalho e não são aposentados. **Mais 60 estudos sobre envelhecimento**, v. 26, n. 62, p. 8-25, 2015.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas Pnads. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

_____. **Envelhecimento da população brasileira – uma contribuição demográfica**. 2016. No prelo.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso no Brasil? In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 443-458, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000300006>>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais** – uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

MEDEIROS, M. **A importância de se conhecer melhor as famílias para a elaboração de políticas sociais na América Latina**. Rio de Janeiro: Ipea, 2000. (Texto para Discussão, n. 699).

MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R. **Mudanças nas famílias brasileiras: a composição dos arranjos domiciliares entre 1978 e 1998**. Brasília: Ipea, 2002. (Texto para Discussão, n. 886).

NOGALES, A. M. V. A mortalidade da população idosa no Brasil. **Como vai?** População brasileira. Brasília: Ipea, 1998. Ano 3. n. 3. p. 24-32.

PASINATO, M. T.; CAMARANO, A. A.; MACHADO, L. **Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia**. Rio de Janeiro: Ipea, 2006. (Texto para Discussão, n. 1200).

SITES CONSULTADOS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação Hospitalares (SIH)**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIHD/>>.

_____. **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)**. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/cgiae/sim/>>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.

INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ine.cl/>>.

INEGI – INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA Y GEOGRAFÍA. Disponível em: <<http://www.inegi.org.mx/>>.

ONS – OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS. Disponível em: <www.ons.gov.uk>.

STATISTICS OF JAPAN. **Portal Site of Official Statistics of Japan**. Disponível em: <<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortalE.do>>.

UN – UNITED NATIONS. **World population prospects: the 2012 revision**. New York: ONU, 2012. Disponível em: <<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>>.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Brasília, 5 out. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>.

_____. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>.

CACHIONI, M.; TODARO, M. A. **Política Nacional do Idoso**: reflexão acerca das intenções direcionadas à educação formal. 2016. No prelo.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 1960**. Rio de Janeiro: IBGE, 1960.

_____. **Censo Demográfico 1970**. Rio de Janeiro: IBGE, 1970.

_____. **Censo Demográfico 1980**: microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 1982.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** – Pnad 1983: microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 1984.

_____. **Censo Demográfico 1991**: microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 1993.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad 1993**: microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 1994.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad 1998**: microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.

_____. **Censo Demográfico 2000**: microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad 2008**: microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

_____. **Censo Demográfico 2010**: microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

_____. **Censo Demográfico 2010 – famílias e domicílios**: resultados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad 2013**: microdados da amostra. 2014.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad 2014**: microdados da amostra. 2015.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 – percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**: microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. **Censo General de Poblacion Y I Vivienda**. Santiago de Chile: INE, 1982.

_____. **Censo General de Poblacion Y I Vivienda**. Santiago de Chile: INE, 1992.

_____. **Censo General de Poblacion Y I Vivienda**. Santiago de Chile: INE, 2012.

INEGI – INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. **Censo da população e Habitação 1980**. Aguascalientes: Inegi, 1980.

_____. **Censo da população e Habitação 1990**. Aguascalientes: Inegi, 1990.

_____. **Censo da população e Habitação 2010**. Aguascalientes: Inegi, 2010.

MINAYO, M. C. S.; ALMEIDA, L. C. C. **Importância da Política Nacional do Idoso no enfrentamento da violência**. 2016. No prelo.