

COMO VAI?

POPULAÇÃO BRASILEIRA

IPEA / IPIIC
Documentação

ANO I • N.º 4

BRASÍLIA, DF

NOV/DEZ 96

O EFEITO DA MORTALIDADE POR DETERMINADAS CAUSAS NO TEMPO PASSADO NA ATIVIDADE ECONÔMICA: UMA ANÁLISE PARA 1991

*Herton Ellery Araújo**
*Ana Amélia Camarano***
*Kaizô I. Beltrão****
*Marly dos Santos Pinto*****

Os diferenciais por sexo no perfil da mortalidade são mais expressivos na idade ativa. O gráfico 1 mostra o total de óbitos por grupos etários, para homens e mulheres. As diferenças mais significativas entre os sexos dão-se no início da vida ativa. Para cada mulher de 15 — 19 anos que morreu em 1991, observaram-se 2,82 homens mortos na mesma faixa; tal razão aumenta para 3,24 na faixa de 20 — 29 e passa a 2,55 para os de 30 a 39 anos. Nessas faixas etárias, o número de homens é aproximadamente igual ao número de mulheres. Além disso, a chance de um homem fazer parte da atividade econômica é bem maior que a de uma mulher, pois as taxas de atividade dos homens, nas mesmas faixas etárias, são aproximadamente 55% maiores (veja gráfico 2). Assim sendo, pode-se concluir que, pela mortalidade, o mercado de trabalho masculino sofre uma perda muito maior de mão-de-obra que o feminino.

Esse quadro desfavorável aos homens suscita a questão das causas de morte, ou seja: o que está matando tantos homens jovens? Para responder a essa questão, procedeu-se a uma análise das causas de morte a partir de dados do SIM/MS¹ de 1991. Os resultados para as quatro maiores causas de morte masculinas (excetuando-se as mal definidas) estão dispostos no gráfico 3. As quatro causas de morte são, respectivamente: causas externas, neoplasmas malignos, doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração. O peso dessas causas no total de mortes é bastante diferenciado por idade.

Os dados mostram a grande importância (entre 10 e 50 anos) das chamadas causas externas, cujas três mais significativas (80%) são: homicídios e lesões provocadas intencionalmente (35%), acidentes de transporte (26%) e outros acidentes, inclusive o efeito tardio e adverso de drogas (19%). Para se ter uma idéia de quão significativo é esse grupo de

* Técnico da Área de Estudos Populacionais do IPEA.

** Coordenadora da Área de Estudos Populacionais do IPEA.

*** Superintendente do ENCE/IBGE.

**** Técnica da Área de Estudos Populacionais do IPEA.

¹ Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde.





causa nas idades de 15 a 39 anos, basta observar que entre 15 e 19 anos as mortes violentas mataram 2,1 vezes mais homens do que a soma de todas as causas das mulheres. Nas idades de 20 a 29, essa razão aumenta para 2,2 e declina para 1,1 entre 30 e 39 anos. Entre os homens, nota-se uma acentuada concentração de óbitos por causas externas na faixa de 20 — 29 anos, cujo total de mortes é maior que as quatro principais dos 10 aos 50 anos, excetuando-se a referida faixa.

A estrutura de causas de morte da população feminina em idade ativa encontra-se no gráfico 4. As principais causas de morte entre as mulheres são os neoplasmas malignos, seguidos das doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração, doenças da circulação pulmonar e outras formas de doenças do coração. Nesse caso, também excluíram-se as mal definidas, que representaram a maior causa de morte entre as mulheres em 1991. Chama atenção na estrutura de mortes femininas o número expressivo de mortes por neoplasmas malignos a partir dos 30 anos de idade. Isso deve provavelmente ser resultado do câncer de mama e útero que afeta as mulheres desse grupo etário. Quanto a comparações de gênero, pode-se notar que a partir dos 50 anos os neoplasmas malignos matam mais homens que mulheres, apesar de existir mais mulheres que homens nessas idades.

A forma de inserção da população no mercado de trabalho é também diferenciada por sexo. O gráfico 1 mostra as taxas específicas de atividade para homens e mulheres, as quais foram obtidas relacionando a população economicamente ativa, por faixa etária, com a respectiva população da PNAD/1992. É importante notar a grande semelhança entre as curvas para homens e mulheres, embora o nível das mulheres seja menor que o dos homens. Isso indica que fatores como estado civil, fecundidade e valores culturais já não determinam padrões de atividade diferenciados por sexo. Um trabalho anterior,² comparando taxas de atividade feminina nos Estados Unidos, Chile, Brasil e México (para 1970) mostra que, mesmo nos EUA, a curva das taxas de atividade feminina mostrava uma clara saída das mulheres nas idades de 25 a 39 anos, a qual é explicada pelos autores como uma saída da “força-de-trabalho pelo casamento e para cuidar dos filhos.”

Camarano e Ortiz,³ utilizando dados do censo de 1980 para o estado de São Paulo, mostram a grande diferença estrutural das curvas de atividade masculina e feminina, a qual atribuem a fatores tais como: “estado civil, fecundidade e valores culturais” (pág. 15). Assim, pode-se concluir que houve não só, nos anos 80, uma transformação radical na inserção da mulher brasileira no mercado de trabalho com relação ao padrão brasileiro anterior, como também o desenvolvimento de um padrão próprio, não comparável ao que ocorre em países como os EUA, por exemplo.

² SIMÕES, Celso C. da S. & DIAS, Vera R. de Souza; Brasil: Tábua de Vida Ativa 1970, em *Revista Brasileira de Estatística*. Ano 1976 abr./jun. 1940 — Rio de Janeiro, IBGE, p. 148.

³ CAMARANO, Ana Amélia & ORTIZ, Luiz P.; (1986), Mortalidade e Atividades Econômicas em São Paulo em Perspectiva, Revista da Fundação SEADE, v. 2 n° 2/3, maio/dez. 1986.



Para medir o efeito de cada causa de morte no tempo passado na atividade econômica, construíram-se tabelas de vida ativa de multidecremento, as quais permitem a estimação da esperança de vida ativa. A metodologia utilizada encontra-se em Simões e Dias.⁴ Utilizaram-se as taxas de atividade da PNAD de 1992 e os dados de morte do SIM/MS para 1991. Os resultados encontram-se nas tabelas 1 e 2 e estão comparados com a esperança de vida total. Na tabela 2, referente à população feminina, encontra-se também a esperança de vida ativa na hipótese de exclusão das mortes por causas externas. Essa causa foi incluída porque, apesar de ser a sétima no total de mortes femininas, é concentrada nas idades jovens, portanto com maior impacto na redução de vida ativa. Este fato pode ser constatado pelo impacto na esperança de vida ativa das mulheres que, quando considerada, passa a ser a segunda maior causa de redução de vida ativa (só é superada pelos neoplasmas malignos).

Um primeiro ponto que chama atenção é o diferencial de esperança de vida total entre homens e mulheres aos dez anos de idade. As mulheres vivem, em média, oito anos a mais do que os homens, devido à mais elevada mortalidade masculina. Quanto à esperança de vida ativa, é mais elevada entre os homens (43,93 anos) relativamente às mulheres (37,73 anos). Isso se dá pelo efeito da maior participação do homem no mercado de trabalho. Comparando-se homens e mulheres com relação às principais causas de morte, nota-se que o impacto da estrutura de causas de mortalidade na esperança de vida total é maior entre as mulheres do que entre os homens. No entanto, no perfil de causas de mortes femininas, excluindo-se as causas externas, que não têm um peso significativo, as demais causas não são totalmente evitáveis como na população masculina.

Os 2,25 anos de vida perdidos pela população masculina por causas externas são totalmente evitáveis. Isso significa 2,1 anos na atividade econômica. Dada a menor participação feminina no mercado de trabalho, as perdas de anos na atividade econômica causadas pelas causas de mortes estudadas é bem menor que a experimentada pela população masculina. A menor perda na esperança de vida masculina corresponde à maior na feminina (0,41 anos). Para os homens, essa perda se deve a doenças cerebrovasculares; para as mulheres, aos neoplasmas malignos.

Do que foi exposto, podem-se obter algumas conclusões sobre como a mortalidade das pessoas em idade ativa está afetando o mercado de trabalho:

- as mortes masculinas afetam muito mais o mercado de trabalho do que as femininas;
- a principal causa de morte na população ativa masculina é uma causa evitável e sensível a políticas públicas setoriais;
- entre as mulheres, os neoplasmas malignos, provavelmente ligados à condição reprodutiva, são a causa que maior impacto tem sobre sua vida ativa.

⁴ SIMÕES, Celso C. da S. & DIAS, Vera R. de Souza, *op. cit.*



TABELA 1
Esperança de Vida Ativa de um Homem ao Entrar na Vida Ativa
(dez anos) para Várias Situações de Mortalidade

(Em anos)

Causas de Morte	Esperança de Vida aos 10 Anos	Ganho na Esp. de Vida aos 10 Anos	Esperança de Vida Ativa aos 10 Anos	Ganho na Esp. de Vida Ativa
1 Todas as mortes consideradas	60,44	-	43,93	-
2 Excluindo-se as mortes por causas externas	62,69	2,25	46,02	2,09
3 Excluindo-se neoplasmas malignos	61,73	1,29	44,47	0,54
4 Excluindo-se doenças isquêmicas do coração	61,45	1,01	44,37	0,44
5 Excluindo-se doenças cerebrovasculares	61,56	1,12	44,34	0,41
6 Excluindo-se as causas acima	71,91	11,47	47,59	3,66

Fonte: SIM/MS (1991)/PNAD (1992).

TABELA 2
Esperança de Vida Ativa de uma Mulher ao Entrar na Vida Ativa
(dez anos) para Várias Situações de Mortalidade

(Em anos)

Causas da Morte	Esperança de Vida aos 10 Anos	Ganho na Esp. de Vida aos 10 Anos	Esperança de Vida Ativa aos 10 Anos	Ganho na Esp. de Vida Ativa
1 Todas as mortes consideradas	68,21	-	37,73	-
2 Excluindo-se neoplasmas malignos	70,59	2,38	38,14	0,41
3 Excluindo-se as mortes por causas externas	68,97	0,76	38,02	0,29
4 Excluindo-se doenças cerebrovasculares	70,92	2,71	37,99	0,26
5 Excluindo-se doenças isquêmicas do coração	70,25	2,04	37,89	0,16
6 Sem doen.circ.pulm.outr.form.doen.do cor.	70,22	2,01	37,89	0,16

Fonte: SIM/MS (1991)/PNAD (1992).



GRÁFICO 1
Total de Óbitos — Brasil 1991

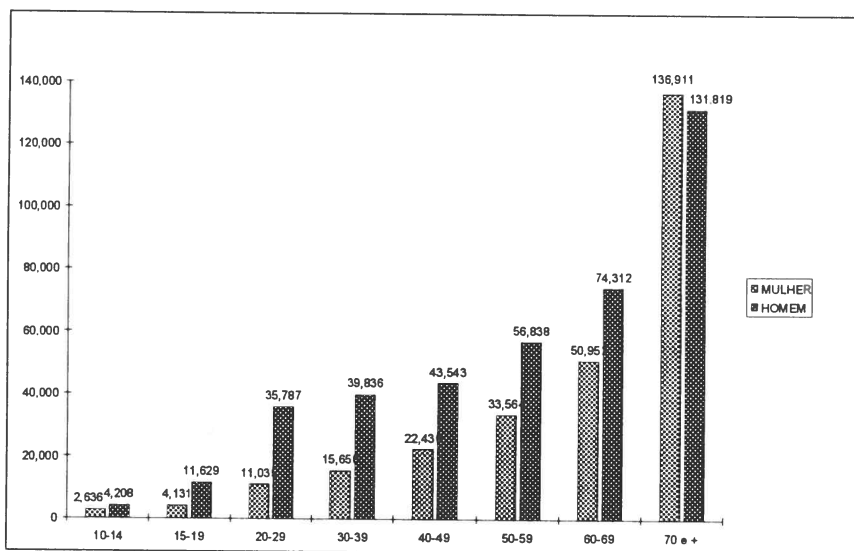


GRÁFICO 2
Taxas Específicas de Atividade

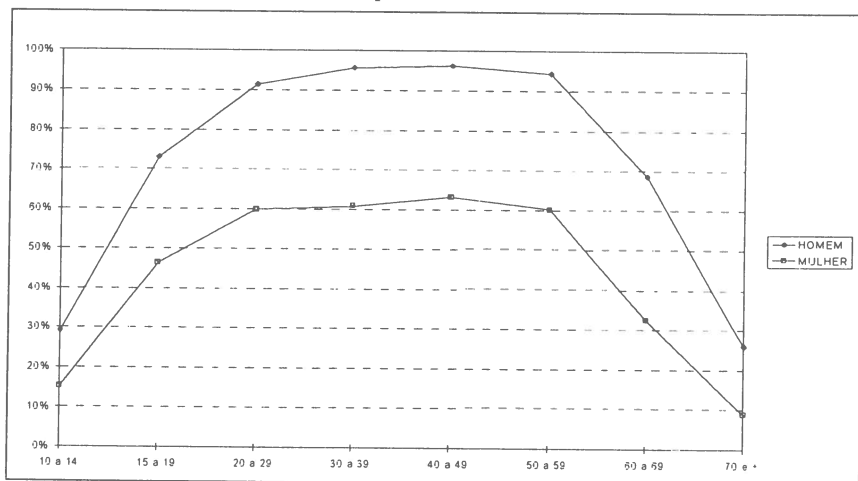




GRÁFICO 3
Óbitos pelas Quatro Principais Causas de Morte Masculina e Grupos de Idade — Brasil 1991

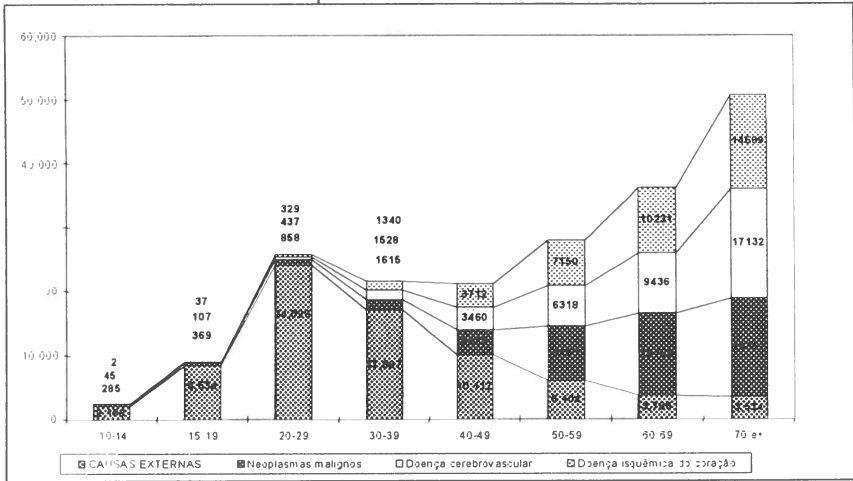
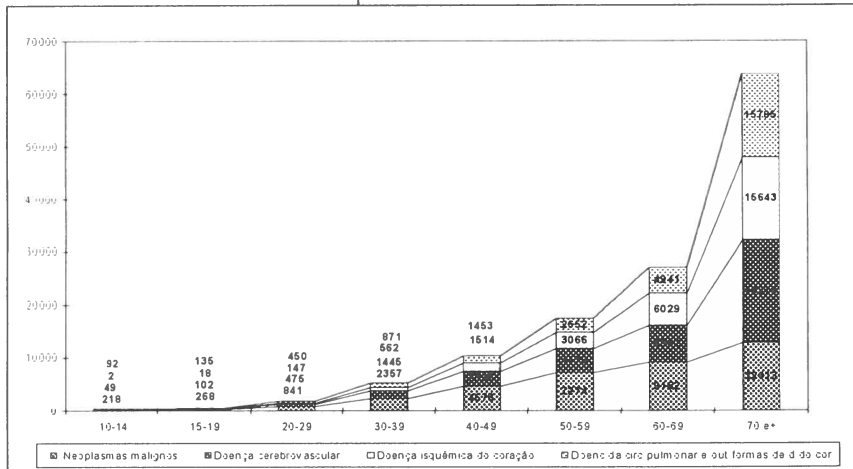


GRÁFICO 4
Óbitos pelas Quatro Causas de Morte Feminina e Grupos de Idade — 1991





GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

*Ana Amélia Camarano**

A fecundidade na adolescência, bem como suas implicações sociais, demográficas e relativas à saúde da jovem mãe e seu nascituro, emergem como uma questão internacional. Nessa questão, o Brasil tomou-se referência quanto a problemas em relação à sua população infantil e adolescente. Nesse sentido, a gestação precoce e, muitas vezes, indesejada também deveria tornar-se uma preocupação social e política, considerando-se seus possíveis desdobramentos, tais como riscos quanto à prática do aborto, a mortalidade infantil e materna, a interrupção da escolaridade, a baixa qualificação da mão-de-obra, etc. Deve-se considerar, também, o preconceito comum em relação às mães adolescentes, vistas, na maior parte dos casos, como as únicas responsáveis pela gravidez e seus filhos.

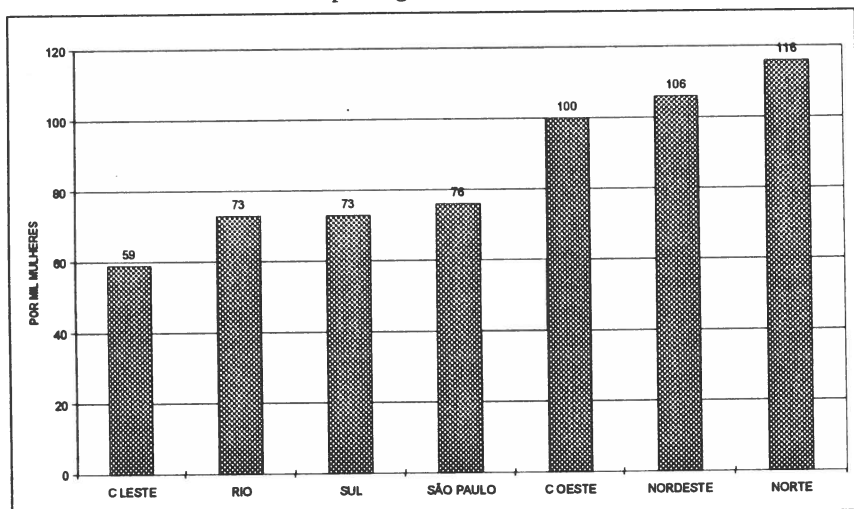
Os dados censitários mostram que, entre 1965 e 1991, apesar da fecundidade das mulheres brasileiras ter apresentado um decréscimo significativo, observou-se um aumento na taxa de fecundidade do grupo de 15 a 19 anos. Esta passou de 75 filhos por mil mulheres para 87 por mil mulheres. Esse aumento foi mais expressivo nas áreas urbanas, nas quais observou-se um incremento nesse indicador de 54 para 80 por mil mulheres. Em âmbito regional, esse incremento foi maior nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste.

Na primeira metade desta década, os dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Demografia da Sociedade Civil Bem-Estar Familiar (BEMFAM) de 1996 mostram uma redução nessa taxa para o Brasil como um todo. Comparando-se as taxas dos cinco primeiros anos anteriores à pesquisa e do período de cinco a dez anos anteriores, observa-se uma redução na taxa de fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos de 97 para 88 por mil. No entanto, este ainda é um fenômeno importante, como mostram os dados da própria pesquisa. Aproximadamente 14,3% das mulheres de 15 a 19 anos já tinham iniciado a vida reprodutiva, ou porque já tinham se tornado mães ou porque estavam grávidas do primeiro filho. O número médio de filhos tidos por essas mulheres foi de 0,18. Em termos regionais, no gráfico 1, para o período 1993-1995, observa-se na região Norte a mais alta taxa de fecundidade na adolescência — 116 por mil mulheres de 15 a 19 anos. Esse comportamento já fora observado no período 1965-1970. A mais baixa taxa foi encontrada na região Centro-Leste — 59 por mil mulheres.

* Coordenadora da Área de Estudos Populacionais do IPEA.



GRÁFICO 1
Taxas de Fecundidade das Mulheres de 15 a 19 Anos
por Regiões — 1996



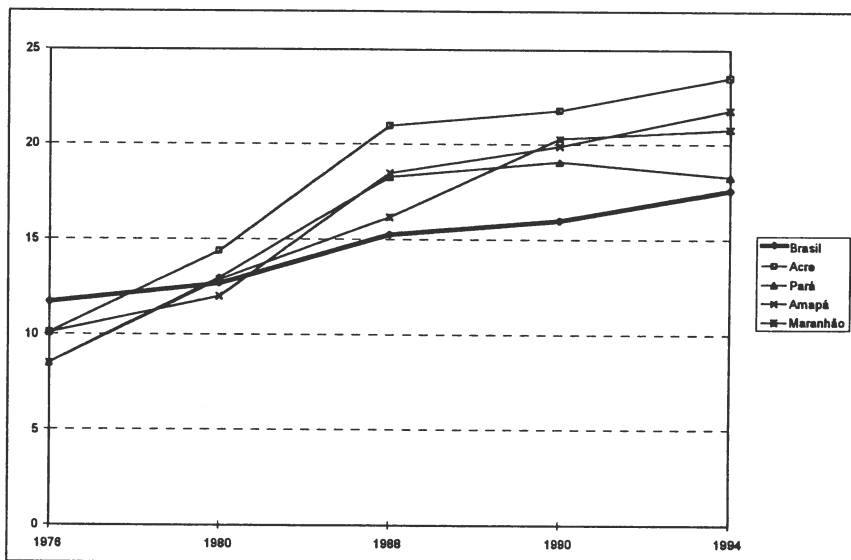
Fonte: PNSD — 1996/BEMFAM.

Os dados de registro civil mostram um aumento do percentual de filhos de mães de 15 a 19 no total de filhos entre 1987 e 1994. Esse percentual passou de 11,7% para 17,6% no período. O gráfico 2 apresenta esses percentuais, bem com os dos estados que apresentaram o maior crescimento relativo — Acre, Pará, Amapá, Maranhão, Piauí, Ceará e Minas Gerais.

Os dados de atendimentos de partos pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS) sugerem um crescimento desse fenômeno também entre as meninas de 10 a 14 anos. Estes mostram que, entre 1993 e 1995, o número de partos entre essas meninas cresceu de 26 505 para 28 282. Em termos percentuais, isso significou um aumento de 0,31% para 0,33%. Os maiores incrementos relativos ocorreram nas regiões Norte e Centro-Oeste. Apesar de reconhecer que esses dados podem estar mostrando, também, um aumento da cobertura hospitalar, chama-se atenção para que, de qualquer forma, esse problema está atingindo uma faixa da população muito jovem.



GRÁFICO 2
Evolução da Proporção de Nascidos Vivos de
Mães de 15 a 19 Anos



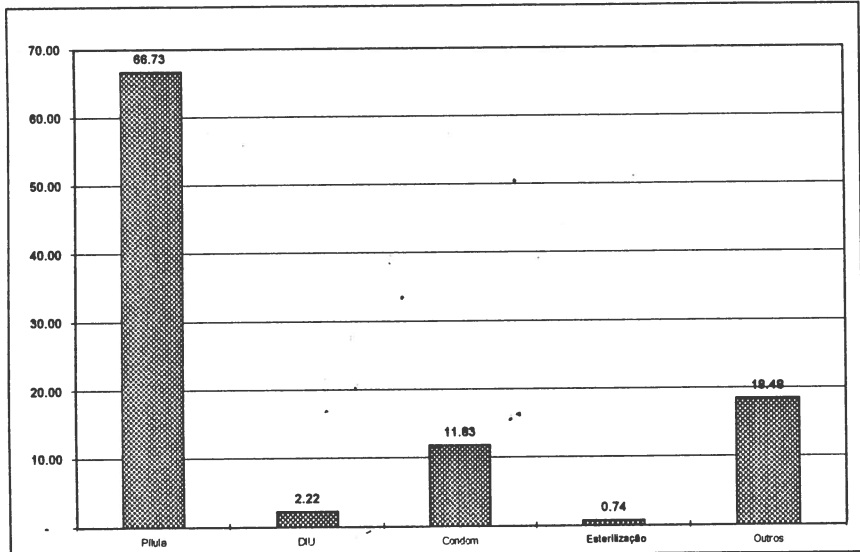
Fonte: Estatísticas do Registro Civil.

Aproximadamente 78% das mães adolescentes receberam atendimento pré-natal feito por médicos, e 5%, por enfermeiras. Um percentual semelhante de mulheres teve o último parto em hospital, atendidas por médicos, e 11% foram atendidas por enfermeiras. Já uma proporção menor, 63,2%, recebeu vacina antitetânica.

Entre as adolescentes casadas, 54% estavam usando algum tipo de método anticoncepcional (ver gráfico 3). O método preferido foi a pílula — 36,1% das mulheres faziam uso. Aproximadamente 6,5% dessas mulheres declararam que seus parceiros faziam uso de camisinha, que foi o segundo método mais usado. Embora reduzido, já se observou um percentual de adolescentes esterilizadas — 0,4%. Isso provavelmente se deve a complicações de aborto ou parto.



GRÁFICO 3
Porcentagem de Mulheres Unidas de 15 a 19 Anos, que Utilizavam
Método Anticoncepcional em 1996, por Tipo de Método Utilizado



Fonte: PNSD — 1996/BEMFAM.

Para concluir, salienta-se que o grupo de adolescentes deve merecer especial atenção em termos de políticas públicas, incluindo-se, aí, esclarecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, práticas anticoncepcionais, etc.



MUDANÇAS DEMOGRÁFICAS E A AGENDA SOCIAL

Marcelo Medeiros*
Ana Amélia Camarano**

Mudanças recentes no padrão demográfico brasileiro têm trazido uma série de implicações para a agenda social. Quedas das taxas de fecundidade e aumento da esperança de vida ao nascer da população brasileira vêm indicando alterações nos padrões de reprodução e mortalidade que implicam modificações no perfil das demandas sociais. O declínio das taxas de fecundidade tem especial impacto nas taxas de crescimento e estruturas etárias presentes e futuras da população, resultando tanto na diminuição do crescimento quanto no expressivo envelhecimento populacional, este reforçado pela redução da mortalidade e aumento de longevidade entre adultos e idosos.

A consequência mais visível do declínio da fecundidade, advindo de baixas taxas de crescimento da população jovem, é a mudança do perfil da demanda por políticas sociais: reduziram-se as demandas por serviços de saúde infanto-juvenil e as pressões populacionais para a expansão da rede escolar,⁵ e pela criação de novos postos de trabalho⁶ para os jovens; tomou-se possível maior entrada das mulheres na força de trabalho, aumentando assim a necessidade de proteção aos filhos de mulheres trabalhadoras (legislação trabalhista, creches, etc.), e modificou-se a estrutura familiar, redefinindo-se tanto os papéis da família (por exemplo, em relação às crianças e idosos) quanto os de seus membros (divisão do trabalho, hierarquia familiar, etc.).

Em termos gerais, a queda da fecundidade, ao diminuir o peso da população jovem e, conseqüentemente, da demanda escolar e de serviços de pediatria, tenderia a aliviar os orçamentos públicos em um prazo relativamente curto. No entanto, também como resultado da queda da fecundidade, o peso da população idosa no total da população tende (a longo prazo) a aumentar e, portanto, a onerar o orçamento público. Dado que a população jovem está crescendo a taxas relativamente baixas e a população idosa, embora crescendo a taxas elevadas, ainda apresenta um baixo valor absoluto, tem-se dito que o Brasil está vivendo — e continuará a viver nos próximos anos — a *fase de ouro da transição demográfica*.

* Bolsista ANPEC.

** Coordenadora da Área de Estudos Populacionais do IPEA.

⁵ Mesmo reduzido o crescimento populacional, a superação do déficit de cobertura escolar, a necessidade de maior nível de escolaridade dos cidadãos e os deslocamentos espaciais da população devem continuar pressionando investimentos em expansão e construção de infra-estrutura na rede escolar nas grandes cidades, por exemplo.

⁶ Assim como no caso da demanda por escolas, a redução das pressões populacionais sobre o mercado de trabalho não torna seus problemas menos importantes, mas implicam tão-somente mudanças nas políticas a serem adotadas: novos dilemas como o desemprego tecnológico, a precarização do trabalho e a desqualificação, entre outros, devem passar a ocupar espaço na agenda social.



Essas mudanças, no entanto, não ocorrem de maneira uniforme, seja regionalmente, seja nos diferentes grupos sociais. É conhecido que tanto os níveis de fecundidade quanto os de mortalidade, no Brasil, são bastante diferenciados tanto regionalmente quanto por grupos de renda. Na atual tendência de orientar as políticas sociais a partir da *focalização* como principal critério alocativo, a consideração da diferenciação espacial e social das mudanças demográficas torna-se especialmente relevante. As razões de dependência são indicadores que expressam as mudanças demográficas ao medir-se a relação entre a População Dependente (menor de 15 anos e maior de 65 anos) e a População em Idade Ativa (entre 15 e 64 anos). A sua desagregação por grandes regiões e grupos de renda permite analisar a heterogeneidade do fenômeno.

A tabela 1 mostra a população segundo os grupos de renda por grandes regiões do Brasil em 1991. Com esses dados, é possível ver que a maior parte da população brasileira se encontra em famílias cuja renda mensal se situa entre zero e três salários mínimos. O gráfico 1 mostra a Razão de Dependência Total (População Dependente sobre População em Idade Ativa) no Brasil em 1991, segundo grupos de rendimento real médio mensal familiar expresso em salários mínimos. A Razão de Dependência é maior nos grupos de renda mais baixos, sendo especialmente alta no grupo de renda de zero a um salário mínimo. Isso indica que, nos grupos de renda mais baixos, parte significativa da população está fora das idades consideradas ativas (como força de trabalho) e, portanto, potencialmente dependente da família e do Estado para satisfazer a suas necessidades. Ora, quanto maior a razão de dependência em um grupo, menor é a fração da população em idade ativa responsável pela provisão das necessidades de seus dependentes. Como a variável aqui utilizada diz respeito ao rendimento familiar, é possível afirmar que, nos grupos de renda mais baixa, o peso dos dependentes na família é maior do que nos grupos de renda mais alta. Nesse caso, a relação de dependência é bastante afetada pela população jovem, menor de 15 anos. Isso é também verdade para os demais subgrupos populacionais.

TABELA 1
Razão de Dependência Segundo Grupo de Renda

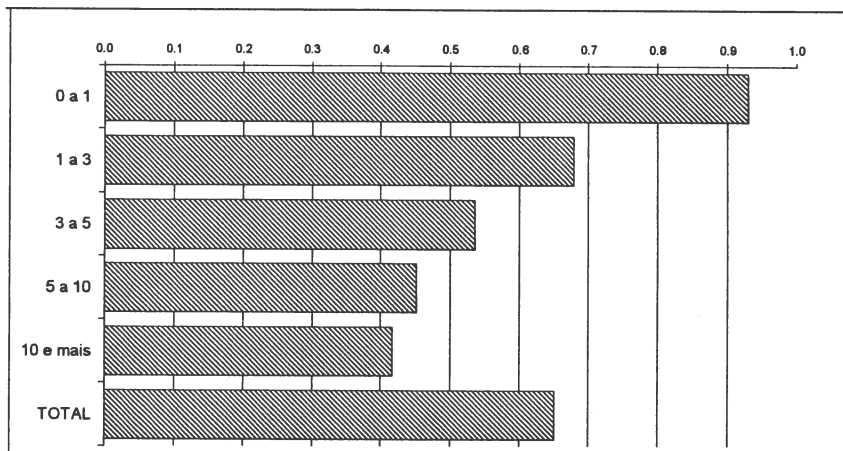
Região	Brasil		
	RDP Jovens	RDP Total	RDP Velhos
Grupo de Renda (SM)			
0 a 1	0,7934	0,9294	0,1359
1 a 3	0,6067	0,6786	0,0719
3 a 5	0,4829	0,5356	0,0527
5 a 10	0,3987	0,4520	0,0534
10 e mais	0,3553	0,4169	0,0616
Total	0,5709	0,6501	0,0793

Fonte: CD 02 — Censo Demográfico 1991/IBGE.



GRÁFICO 1

Razão de Dependência por Grupo de Renda — Brasil, 1991



As Razões de Dependência de Velhos no Brasil não apresentam exatamente o mesmo tipo de relação inversa à renda observada para a dependência de jovens. Ainda que os grupos de menor renda tenham as razões de dependência de velhos mais altas do país, é possível observar (gráfico 2) que, no grupo de pessoas com rendimentos mensais iguais ou superiores a dez salários mínimos, a razão de dependência de velhos supera a dos dois grupos de renda imediatamente abaixo. A curva relacionando *renda e razão* de dependência de velhos tem o formato aproximado de um U, decresce até no grupo intermediário de rendimentos entre três e cinco salários mínimos e cresce a partir daí. Isso possivelmente está associado, nos grupos de renda mais baixa, à existência de um número significativo de famílias de velhos cujos rendimentos são determinados por aposentadoria em baixos patamares. Nos grupos de renda mais alta, a causa provável é a maior longevidade entre essas famílias, além da fecundidade mais baixa.

A desagregação regional mostra que a razão de dependência da população rural, embora decrescente, situa-se em patamares bem mais elevados do que a da população urbana. Isso se deve ao fato de que o início da queda da fecundidade rural foi posterior à queda da fecundidade urbana; além disso, a migração rural — urbana é seletiva por idade e retira das áreas rurais principalmente o contingente em idade ativa. Chega-se a conclusões semelhantes quando se analisa a relação de dependência para as cinco regiões brasileiras em 1980 e 1991 (ver gráfico 3). Com exceção da região Centro-Oeste, todas as outras regiões

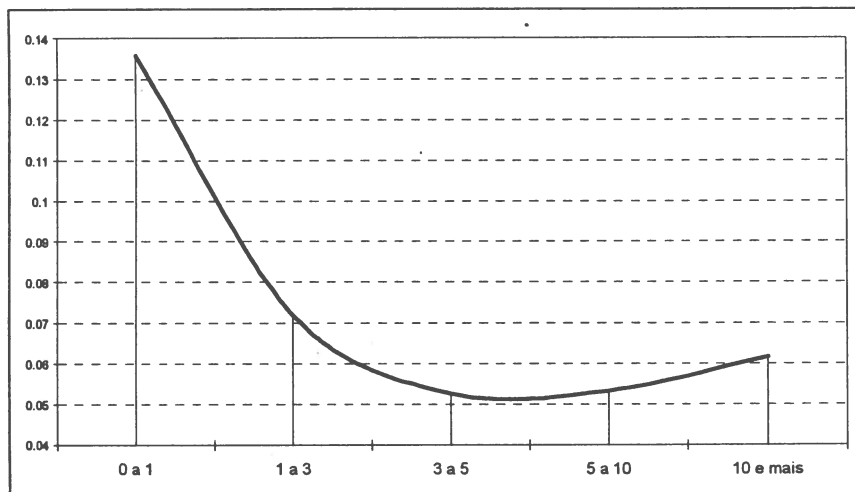


14 COMO VAI?

experimentaram um decréscimo nessa relação em virtude da queda da fecundidade. Os diferenciais regionais nesse indicador continuavam elevados. Em 1991, variavam de 83% na região Norte a 57% na região Sudeste. Variações no *timing* da queda da fecundidade e movimentos migratórios são responsáveis por essa diferenciação.

GRÁFICO 2

Razão de Dependência de Velhos — Brasil, 1991

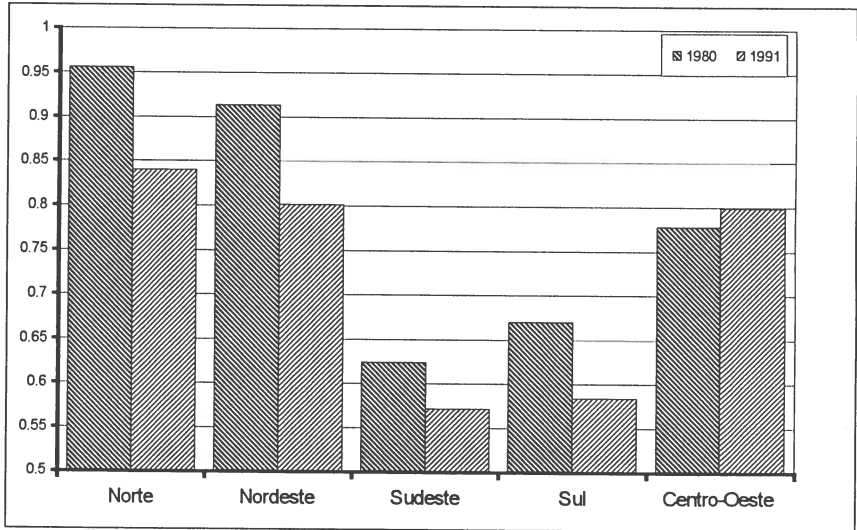


Em conclusão, pode-se dizer que a queda da fecundidade tem resultado numa redução da razão de dependência, o que significa uma redução da pressão sobre certos serviços sociais — basicamente, os serviços médicos de pediatria, educação, etc. No entanto, essa conclusão deve ser vista com cautela. Em primeiro lugar, porque tem sido regionalmente diferenciada. Justamente nas áreas mais carentes, a proporção da população jovem ainda situa-se em patamares bem elevados. É o caso, por exemplo, das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a qual até apresentou um acréscimo. São essas regiões as que apresentam o maior déficit na oferta de serviços públicos.

Um segundo ponto a ser salientado é que é difícil pensar em redução de demanda numa situação em que ainda existe déficit no seu atendimento. Por exemplo, embora o número de crianças em idade escolar esteja diminuindo, não se observa ainda a universalização do ensino primário. Por exemplo, assumindo-se para o ano 2000 a atual taxa de escolarização (91,6%), pode-se esperar um pequeno decréscimo no número de crianças que estarão na escola: 104,7 mil por ano. Mas caso se tenha como meta uma taxa de escolarização de 100%, deve-se lidar com um acréscimo de 336,7 mil crianças na escola anualmente no mesmo período, principalmente nas áreas urbanas.



GRÁFICO 3
Razões de Dependência — 1980 e 1991



O envelhecimento populacional, por sua vez, aumentou e continuará a aumentar o volume da demanda social por parte dos idosos. Tudo indica que o diferencial de mortalidade entre sexos⁷ e as mudanças na estrutura da família deverão pressionar cada vez mais o Estado a substituí-la na garantia do bem-estar dos idosos, especialmente das mulheres. Essa pressão sobre o Estado deve ser acentuada em função dos impactos das mudanças demográficas no sistema de seguridade social. As alterações na estrutura etária da população têm reduzido a base de contribuição, ao mesmo tempo em que aumentam o número de beneficiários do sistema, colocando o modelo atual de previdência em cheque. Em termos de política de saúde, uma população mais velha exibe um perfil de morbidade com predominância de doenças crônico-degenerativas (como câncer, diabetes, problemas do aparelho circulatório, neurológicos, etc.) e, por isso, exige uma estrutura hospitalar mais complexa e dispendiosa.

⁷ A mortalidade masculina é, em todas as idades, mas especialmente entre adultos jovens, significativamente maior que a feminina, o que significa dizer que a tendência é haver um número maior de mulheres demandando amparo em idades avançadas



Esses dados mostram que, embora a razão de dependência da população brasileira esteja diminuindo, essa diminuição por si só não permite muito *alívio*. A *fase de ouro da transição demográfica* deve ser vista como uma oportunidade para diminuir os déficits de demanda por serviços sociais. É importante também lembrar que essa fase tem duração limitada, pois a redução analisada da razão de dependência deve-se à diminuição da proporção da população jovem mas, a longo prazo, espera-se um aumento nessa razão em virtude do crescimento da população idosa.

COMO VAI?

POPULAÇÃO BRASILEIRA

Uma publicação da
Diretoria de Política Social do IPEA e da
Diretoria de Pesquisa do IBGE

Editora
Ana Amélia Camarano

Edição Técnica
Serviço Editorial do IPEA (BRASÍLIA)

Colaboram neste número: Herton Ellery Araújo, Ana Amélia Camarano, Kaizô I. Beltrão,
Marly dos Santos Pinto, Marcelo Medeiros.

Tiragem: 500 exemplares
