

**APOSENTADORIA POR TEMPO DE SERVIÇO:  
ONDE A ESPERANÇA DE VIDA É O MENOS IMPORTANTE<sup>1</sup>**

*Kaiçô Inakami Beltrão<sup>2</sup>  
Ana Amélia Camarano<sup>3</sup>  
André César Medici<sup>4</sup>  
Francisco de Oliveira<sup>5</sup>*

É fato conhecido que o nível e o padrão etário da mortalidade global e por causa de uma determinada população, em um certo período de tempo, é reflexo das condições socioeconômicas, ambientais e culturais. Usualmente, a curva de probabilidade de morte, expressa em função da idade, apresenta-se na forma de **J**, ou seja, a probabilidade de morte decresce nas primeiras idades; chega a um mínimo em torno de 15 anos; e cresce, a partir daí (primeiro lentamente,<sup>6</sup> e, depois, a taxas maiores). A taxa de mortalidade da população menor de um ano ou uma *proxy* — a taxa de mortalidade infantil — são muito utilizadas como indicadores sociais, pois são altas em países em desenvolvimento e aproximam-se de zero em sociedades avançadas.

Um indicador que sumariza o conjunto das taxas de mortalidade a partir de uma certa idade é a esperança de vida (ou de sobrevivida), que pode ser definida como o número médio de anos adicionais de vida que uma pessoa teria a partir de uma determinada idade. Quando esse número médio de anos é calculado a partir da idade zero, tem-se o conceito de esperança de vida ao nascer ( $e_0$ ).

Um dos argumentos freqüentemente utilizados por importantes segmentos da sociedade para justificar a manutenção da aposentadoria por tempo de serviço é o fato de que a esperança de vida do brasileiro é muito baixa, o que inviabiliza a substituição desse critério de aposentadoria por outros que estabeleçam uma idade

1 Este trabalho é uma atualização de um outro de mesmo título publicado pelos mesmos autores em 1991.

2 Diretor da ENCE/IBGE.

3 Pesquisadora do IPEA.

4 Economista do Banco Interamericano de Desenvolvimento.

5 Pesquisador do IPEA.

6 Nas últimas duas décadas, entre os adultos jovens brasileiros do sexo masculino, observou-se um aumento pronunciado nas taxas de mortalidade, o que afetou o padrão de mortalidade e a forma da curva.





mínima de aposentadoria. A esperança de vida ao nascer no Brasil, perto de 1991 (obtida diretamente por meio dos dados do Registro Civil e do Censo Demográfico daquele ano) foi de 61 anos para os homens e 69 anos para as mulheres.<sup>7</sup> É esperado que os não-demógrafos, ao verem essa informação, questionem qualquer critério que estabeleça uma idade mínima de 55 a 60 anos para a concessão da aposentadoria por tempo de serviço.

Em países marcados por grandes desigualdades no acesso aos serviços de saúde, graves problemas de desnutrição nos segmentos mais pobres da população, e pouco acesso a saneamento básico — características presentes no Brasil —, a mortalidade nos cinco primeiros anos de vida é bastante elevada, especialmente para os grupos sociais de menor renda. Os que conseguem sobreviver às más condições dos primeiros anos de vida têm uma esperança de sobrevida mais elevada nas idades que se seguem.

Quando são considerados os diferenciais por sexo, observa-se que, embora a proporção ao nascer seja, em média, de 104 homens para cada 100 mulheres, a mortalidade masculina é superior à feminina em todos os grupos etários, e isso resulta em uma esperança de vida feminina mais elevada em relação à população masculina, além de um contingente feminino maior a partir dos 20 anos, em 1996. Seria de se esperar que o aumento da inserção da mulher no mercado de trabalho e sua exposição a hábitos antes tidos como preponderantemente masculinos (como o fumo, o álcool e os fatores causadores do *stress*) reduzissem esses diferenciais de mortalidade nos grupos adultos. No entanto, as tendências dos diferenciais por sexo no passado recente têm sido de aumento e não de diminuição. As duas razões mais importantes foram o aumento expressivo da mortalidade masculina por causas externas<sup>8</sup> e a redução da mortalidade materna.<sup>9</sup> A partir desse argumento, é questionável o fato de a mulher ter direito a uma aposentadoria precoce em relação aos homens, quando a sobrevida feminina é maior que a masculina em qualquer idade.

Os ganhos de sobrevida no Brasil, do nascimento aos 15 anos — idade que pode ser considerada como início da atividade econômica pelos padrões internacionais —, são bastante elevados. Ao nascer, um homem e uma mulher têm expectativas totais de vida de, respectivamente, 61,1 e 69,8 anos. Aos 15 anos, essa expectativa já se elevou para 65,5 e 73,5 anos, respectivamente (tabela 1).

---

<sup>7</sup> Ver Camarano *et alii* (1997).

<sup>8</sup> As causas externas compreendem: acidentes de veículos automotores, homicídios, suicídios, acidentes de trabalho, etc.

<sup>9</sup> A mortalidade materna inclui mortes por parto, complicações no puerpério e relacionadas a abortos, etc.

---



TABELA 1  
Esperança de Vida Condicional e de Sobrevida à  
Idade x por Idades Selecionadas (em anos)  
Brasil 1991

Idade	Esperança de Vida		Esperança de Sobrevida	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
0	61,14	69,81	61,14	69,81
1	64,55	72,71	63,55	71,71
10	65,33	73,41	55,33	63,41
15	65,52	73,54	50,52	68,54
20	65,95	73,74	45,95	53,74
40	69,46	75,03	29,46	35,03
50	71,87	76,20	21,87	26,20
60	75,21	78,13	15,21	18,13
65	77,31	79,46	12,31	14,46
70	79,64	80,86	9,64	10,86

Fonte: Camarano *et alii* (1997).

Quando se chega aos 50 anos — idade em que um homem que começou a trabalhar com 15 anos ou uma mulher (que começou aos 20 anos) podem se aposentar por tempo de serviço —,<sup>10</sup> a sobrevida, para o ano de 1991, foi estimada em 21,9 anos para os homens e em 26,2 para as mulheres.

Se um homem se aposentasse aos 65 anos, teria, em média, um período de sobrevida de 12,3 anos. Uma mulher que se aposentasse com essa mesma idade viveria, em média, 14,5 anos mais, tomados como base os níveis de mortalidade de 1991.

Essa seqüência de dados mostra como é equivocado argumentar contra a instituição de uma idade mínima para a aposentadoria com base em informações calcadas na esperança de vida ao nascer. O conceito de esperança de vida condicional, ou seja, o número de anos de sobrevida de uma pessoa, desde que ela já tenha vivido até uma determinada idade, mostra-se mais realista para analisar questões relacionadas com a aposentadoria.<sup>11</sup> Qualquer pessoa que chegue aos 65 anos, seja ho-

<sup>10</sup> Aposentadoria integral. Os homens podem requerer aposentadoria proporcional com trinta anos de serviço.

<sup>11</sup> O conceito de esperança de vida representa uma esperança matemática; o conceito de esperança de vida condicional é derivado do conceito de probabilidade condicional, ou seja:  $E(x) = \int nP(n/n > x)dn$ , em que:  $E(x) =$



mem ou mulher, poderá viver mais de uma década, segundo as estimativas para 1991 — situação bem distinta da sugerida pela esperança de vida ao nascer, na qual o homem supostamente morreria antes de se aposentar, e, a mulher, logo depois (rever tabela 1).

Uma rápida panorâmica sobre os dados de diversos países é capaz de demonstrar que os diferenciais de esperança de vida entre nações de maior e menor nível de desenvolvimento reduzem-se drasticamente na medida em que aumenta a idade (ver tabela 2). Embora existam grandes diferenciais na esperança de vida ao nascer entre os países, segundo o nível de desenvolvimento, pode-se dizer que há tendência para que a esperança de vida torne-se homogênea, em termos absolutos, nas idades mais avançadas. É o peso da mortalidade infantil e infanto-juvenil o maior responsável pelos diferenciais de esperança de vida. Os diferenciais remanescentes nas idades maduras (bastante reduzidos) estão associados à qualidade dos serviços de saúde.

O mesmo movimento que torna homogênea a esperança de vida a partir das idades mais avançadas ocorre quando se consideram famílias com níveis de renda diferenciados (ver tabela 3). A distância entre a esperança de vida ao nascer das famílias com renda de até 1 salário-mínimo e das famílias com renda superior a 10 salários-mínimos é de 11,1 anos para os homens e de 8,5 anos para as mulheres.<sup>12</sup> No entanto, a partir dos 60 anos, os diferenciais de sobrevida reduzem-se para 6,2 e 5,1 anos, respectivamente.

Em síntese, quando é utilizado o conceito da esperança de vida para tecer considerações sobre a idade mínima de aposentadoria, pode-se concluir que a esperança de vida ao nascer não é o melhor indicador. Todos esses argumentos corroboram a idéia de que a fixação de uma idade mínima para a aposentadoria por tempo de serviço não é uma solução inviável e iníqua, em função da baixa esperança de vida ao nascer do brasileiro, como poderia parecer à primeira vista. Aqueles que chegam aos 55 ou aos 60 anos têm ainda um tempo razoável de existência, sejam ricos ou pobres, moradores da Índia ou da Suíça.

---

esperança de sobrevida na idade  $x$ ; e  $R(n/n > x) =$  probabilidade de um indivíduo viver adicionalmente  $n$  anos, dado já ter sobrevivido até a idade de  $x$  anos.

<sup>12</sup> As estimativas de mortalidade desagregadas por nível de renda foram obtidas por meio de uma técnica indireta proposta por Brass [Nações Unidas (1983)], denominada *o método dos filhos sobreviventes*. Para a aplicação do método tem-se que assumir uma família padrão de mortalidade. Utilizamos as tábuas modelo Brasil [IBGE, 1981]. Com o aumento da mortalidade entre os adultos jovens do sexo masculino, alguns supostos para o uso do método não são satisfetos. Essa, porém, é a única forma de calcularem-se indicadores de mortalidade para desagregações não geográficas.

---



TABELA 2  
 Esperança de Vida Condicional à Idade Exata x,  
 para Idades Seleccionadas (em anos)  
 Países Seleccionados

	Idades							
	0	1	10	15	20	40	60	80
<i>Suiça (1986-87)</i>								
Homens	73,80	74,40	74,60	74,70	74,90	76,20	78,80	86,90
Mulheres	80,50	81,00	81,20	81,30	81,40	82,00	83,50	88,40
<i>Canadá (1984-86)</i>								
Homens	73,00	73,63	73,86	73,95	74,25	75,46	78,39	86,97
Mulheres	79,78	80,35	80,55	80,61	80,74	81,30	83,27	89,11
<i>Austrália (1986)</i>								
Homens	72,77	73,50	73,74	73,84	74,13	75,39	78,10	86,56
Mulheres	79,13	79,74	79,94	80,00	80,13	80,71	82,54	88,30
<i>EUA (1986)</i>								
Homens	71,30	72,10	72,40	72,50	72,80	74,50	78,00	86,90
Mulheres	78,30	79,00	79,20	79,30	79,40	80,20	82,50	88,80
<i>Uruguai (1984-86)</i>								
Homens	68,43	70,67	71,03	71,18	71,40	72,68	76,65	86,35
Mulheres	74,88	76,89	77,24	77,34	77,46	78,27	81,01	88,51
<i>Chile (1985-90)</i>								
Homens	68,05	69,43	69,87	70,03	70,27	72,30	76,84	86,96
Mulheres	75,05	76,29	76,69	76,80	76,93	77,81	80,58	87,87
<i>Peru (1980-85)</i>								
Homens	56,77	63,32	67,21	67,60	68,13	70,97	75,41	84,90
Mulheres	66,50	66,67	70,48	70,85	71,34	73,82	77,07	85,37
<i>Mali (1976)</i>								
Homens	46,91	54,79	66,70	67,72	68,63	72,40	77,73	85,22
Mulheres	49,66	56,35	67,69	68,58	69,68	74,58	79,43	85,61
<i>Índia (1976-80)</i>								
Homens	52,50	59,60	64,80	65,30	65,80	68,30	74,10	...
Mulheres	52,10	59,60	66,60	67,10	67,80	71,20	75,90	...
<i>Varição absoluta</i>								
Homens	26,89	19,61	9,80	9,40	9,10	7,90	4,70	2,07
Mulheres	30,84	24,65	14,60	14,20	13,60	10,80	7,60	3,74
<i>Varição relativa (%)</i>								
Homens	36,44	26,36	13,14	12,58	12,15	10,37	5,96	2,38
Mulheres	38,31	30,43	17,98	17,47	16,71	13,17	9,10	4,20

Fonte: Nações Unidas (1988).



## 6 COMO VAI?

A aposentadoria por tempo de serviço só existe em seis países;<sup>13</sup> a maioria é de exportadores de petróleo do mundo árabe, e, mesmo assim, há uma idade mínima para sua concessão. Até mesmo as nações que abraçaram o *Welfare State* como via de desenvolvimento social não a utilizam, não apenas em função de seu alto ônus financeiro para os trabalhadores ativos, mas também pelo fato de o trabalho ser um ato dignificado no próprio seio da sociedade. Vale dizer que, nessas sociedades, a viabilidade econômica dos planos de benefício fica expressa no fato de que o valor da aposentadoria é compatível com a renda recebida pelo exercício do trabalho durante a atividade. Aliás, com o aumento da sobrevivência entre os idosos, vários países aprovaram leis que elevam a idade mínima para a aposentadoria.

No Brasil, a inexistência de limite de idade para a concessão de aposentadoria por tempo de serviço permite que o indivíduo possa se aposentar mais cedo. No entanto, como não existe a condição de que o aposentado pare de trabalhar, essa aposentadoria precoce não abre vagas no mercado de trabalho. As alegações de que o valor do benefício é baixo não têm fundamento para a maior parte da população, pois, até o limite de quase 10 salários-mínimos (que cobriam, em 1995, quase 90% da população de empregados no mercado formal), o valor do benefício é igual ao do salário recebido na ativa. Se existem distorções, ocorrem no mercado de trabalho e não no sistema de seguridade. A aposentadoria é um instrumento efetivo de seguridade social, e não de correções de distorções do mercado de trabalho ou de assistência social (que devem ter seus mecanismos específicos).

Assim, alternativas para a reforma da Previdência Social que atendam tanto a critérios de viabilidade econômica quanto aos de justiça social passam, necessariamente, pela discussão da aposentadoria por tempo de serviço. Uma idade mínima ou a limitação do valor dos benefícios são alternativas a serem examinadas com seriedade pela sociedade brasileira, à luz de critérios econômicos e sociais, sem o passionalismo ou os falsos argumentos que têm caracterizado a discussão sobre o assunto.

---

<sup>13</sup> Porém, só o Brasil não requer que se pare de trabalhar para recebimento do benefício. Alguns desses países só devem oferecer esse benefício nominalmente, pois o Irã e o Iraque estão entre eles.

---



TABELA 3  
 Esperança de Vida Condicional à Idade Exata  $x$ ,  
 para Idades Seleccionadas (em anos)  
 (Grupos de Renda (GR))

	Idades							
	0	1	10	15	20	40	60	70
GR1								
Homens	59,99	64,23	64,72	64,82	67,00	67,61	68,73	70,76
Mulheres	63,17	66,52	66,97	67,06	69,28	69,54	70,02	71,77
GR2								
Homens	64,31	67,55	67,78	67,83	68,58	68,88	69,50	70,97
Mulheres	66,69	69,19	69,40	69,44	70,20	70,31	70,53	71,80
GR3								
Homens	66,65	69,43	69,59	69,62	70,37	70,59	71,05	72,09
Mulheres	68,94	70,99	71,10	71,13	71,87	72,66	72,79	72,92
GR4								
Homens	69,04	71,31	71,40	71,42	71,44	71,57	71,89	72,13
Mulheres	70,97	72,63	72,70	72,71	72,72	72,76	72,84	72,94
GR5								
Homens	70,55	72,38	72,41	72,42	72,43	72,50	72,71	72,88
Mulheres	71,54	72,81	72,82	72,83	72,83	72,85	72,89	72,95
GR6								
Homens	71,10	72,61	72,61	72,61	72,61	72,64	72,77	72,90
Mulheres	71,62	72,83	72,84	72,85	72,85	72,86	72,89	72,95
Total								
Homens	62,17	65,55	65,81	65,87	68,05	68,40	69,09	70,23
Mulheres	65,33	67,96	68,21	68,26	69,74	69,88	70,14	71,80
Varição absoluta								
Homem	11,10	8,38	7,89	7,79	5,61	5,03	4,04	2,14
Mulher	8,45	6,31	5,87	5,79	3,57	3,32	2,88	1,19
Varição relativa (%)								
Homem	14,96	11,26	10,62	10,49	7,49	6,75	5,48	2,92
Mulher	11,79	8,66	8,06	7,95	4,91	4,56	3,95	1,63

Fonte dos dados brutos: IBGE, Censo Demográfico de 1991; elaboração: IPEA.

Obs.: (1) GR1 — menos de 1 salário-mínimo e sem rendimento; GR2 — de 1 a 2 s.-m.; GR3 — de 2 a 3 s.-m.; GR4 — de 3 a 5 s.-m.; GR5 — de 5 a 10 s.-m.; e GR6 — 10 s.-m. e mais.



### Referências Bibliográficas

- CAMARANO *et alii*. Transformações no padrão etário da população brasileira em 1979-1994 e o seu impacto na força de trabalho. — Brasília: IPEA, 1997. (Texto para Discussão, n. 512)
- IBGE. Brasil: tábuas modelo de mortalidade e populações estáveis. *Estudos e Pesquisas*, Rio de Janeiro, v.10, 1981.
- NAÇÕES UNIDAS. *Manual X: indirect technique for demographic estimation*. — New York: Dept of International and Economic Affairs, 1983.
- NAÇÕES UNIDAS. *United Nations Demographic Yearbook*. — Nova Iorque: 1988.
-





## O ANALFABETISMO COMO UM PROBLEMA DEMOGRÁFICO NO BRASIL

*Marcelo Medeiros Coelho de Souza\**

**S**e comparado a outros países latino-americanos, o Brasil tem ainda elevadas taxas de analfabetismo. Para explicá-las, é comum o argumento de que o problema do analfabetismo no Brasil é fundamentalmente demográfico. Por trás dessa explicação está a idéia de que as taxas de analfabetismo atuais são ainda altas devido à persistência de analfabetos idosos na população. Diferentemente de países como a Argentina, que realizou incrementos significativos em seu sistema educacional desde o início deste século, o Brasil deve a maior parte de seus êxitos a esforços que, em sua maioria, começaram a ser empreendidos a partir da década de 50. Assim, as gerações antigas observavam altas taxas de analfabetismo e, como a probabilidade de superação dessa condição reduz-se rapidamente com a idade, os jovens que não foram alfabetizados no passado tornaram-se os adultos e idosos analfabetos do presente. Por outro lado, supõe-se que, com o significativo incremento da cobertura escolar das crianças na idade de 7 a 14 anos observado nas últimas duas décadas, as taxas de analfabetismo reduziriam-se tanto que seriam meramente residuais, nas gerações futuras. Essa distribuição de analfabetos, crescente com a idade, formaria uma pirâmide populacional de base estreita e topo largo e, na ausência de reposição significativa de analfabetos na população, o envelhecimento e a morte dos analfabetos reduziriam as taxas de analfabetismo a níveis próximos a zero. Como um problema essencialmente demográfico e circunscrito à população idosa, o elevado analfabetismo no Brasil não indicaria um problema educacional atual, pois apenas estaria refletindo o mau desempenho do sistema educacional do passado.

Esse argumento pode parecer inicialmente correto. Todavia, uma simples desagregação da população analfabeta por grandes regiões mostra que há uma grande heterogeneidade nas condições de alfabetização da população brasileira. O gráfico 1, por exemplo, compara as pirâmides das populações analfabetas do Sudeste e do Nordeste. Observa-se que o estoque de analfabetos é maior no Nordeste — região

---

\* Pesquisador do IPEA.



## 10 COMO VAI?

---

com população absoluta menor que a do Sudeste —, e há uma grande diferença na estrutura etária dessas populações. Evidentemente, o mecanismo de sucessão de coortes deve ter efeito em ambas as regiões, o que reduz as taxas totais de analfabetismo. Todavia, esse efeito será muito mais forte no Sudeste do que no Nordeste, a não ser que uma súbita melhoria no sistema educacional seja capaz de reverter o quadro atual das gerações jovens. Logo, mesmo que o argumento valha para o Sudeste, a grande diferenciação espacial impede que o problema seja tratado em termos nacionalmente agregados. O que as pirâmides estão mostrando é que, no Nordeste, o analfabetismo certamente não é um problema essencialmente demográfico.

A distribuição dos contingentes de analfabetos é relativamente uniforme entre as idades de 20 a 54 anos. Esse contingente responde por taxas específicas de analfabetismo extremamente altas na população que está em plena idade ativa. A tabela 1 apresentou uma estimativa das probabilidades de superação do analfabetismo em faixas etárias selecionadas. Se essa probabilidade é muito baixa para pessoas a partir dos vinte anos atualmente, resta perguntar se esse indicador não estaria apontando a conveniência de se elaborarem políticas que focalizem também a população que hoje se considera fora de idade escolar, para elevar a mobilidade de nível educacional da população adulta.

A base extremamente larga da pirâmide do Nordeste dá uma idéia do diferencial de eficiência do sistema educacional em relação ao Sudeste. Por razões diversas, há um contingente gigantesco de crianças nordestinas de 10 a 14 anos que não possuem nem mesmo nível educacional básico. Essa é uma população ainda sujeita a alfabetização (ou, em sentido mais amplo, a educação), mas o atraso evidenciado nas dimensões da pirâmide comprometerá todo o restante do desenvolvimento educacional dessas pessoas.

Ou se incrementa radicalmente o nível educacional da população nordestina (e isso inclui algum tipo de melhoria no perfil educacional da população adulta), ou o Nordeste permanecerá (em termos da educação básica que as taxas de analfabetismo representam) com um atraso de cerca de trinta anos em relação ao Sudeste, o que pode ser visto quando se compara o analfabetismo da faixa de 40 a 44 anos, no Sudeste de 1985, com o da faixa de 15 a 19 anos, no Nordeste de 1995.

---



GRÁFICO 1  
Analfabetismo nas Regiões Nordeste e Sudeste — 1995

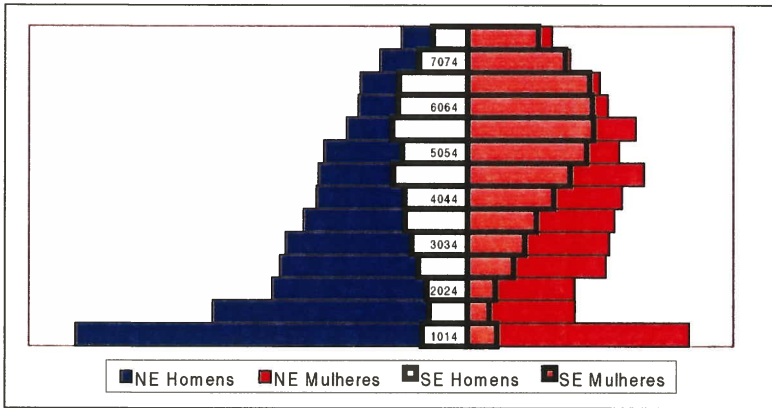


TABELA 1  
Probabilidade de Superação do Analfabetismo  
por Faixa Etária, Brasil 1980—1990

Grupos de Idade	Pop. Analf. Superação
10 a 19	0,38
20 a 29	0,08
30 a 39	0,01
40 a 49	0,00*
50 a 59	0,00*

Fonte: Estimativas a partir dos Censos Demográficos do IBGE.

Nota: \*Probabilidades de superação podem ser consideradas nulas.



TABELA 2  
Taxa de Analfabetismo para 15 e mais Anos

Grupo Etário	(Em porcentagem)			
	1985		1995	
	Nordeste	Sudeste	Nordeste	Sudeste
15 a 19	25	4	16	2
20 a 24	25	5	18	3
25 a 29	29	6	22	4
30 a 34	34	8	24	5
35 a 39	41	11	27	6
40 a 44	47	16	32	8
45 ou mais	59	27	51	20

Fonte: IBGE/PNAD *apud* IPEA — Atlas das Desigualdades.

É bom ressaltar que mesmo que esse atraso fosse, por hipótese, compensado instantaneamente, a região ocuparia ainda posição inferior quando comparada a outros países não desenvolvidos, como mostrou a tabela 3. Mesmo que o Nordeste fosse capaz de, em um passe de mágica, tornar-se um Sudeste em termos de alfabetização, ocuparia uma posição internacional algo próxima ao intervalo entre Paraguai e Equador.

TABELA 3  
Taxas de Analfabetismo em Países  
Selecionados e nas Regiões Brasileiras — 1990

(Em porcentagem)			
País	Analfabetismo	País	Analfabetismo
Bulgária	2	Equador	12
Argentina	4	<i>Centro-Oeste</i>	16
Chile	6	Brasil	18
Paraguai	10	Bolívia	20
<i>Sudeste</i>	11	Quênia	29
<i>Norte</i>	12	Nordeste	36
<i>Sul</i>	12	Botsuana	45

Fonte: UNESCO — Global Education Database.



## O SUS E A POLÍTICA *HOOD ROBIN* DE SAÚDE

*André César Medici<sup>14</sup>*

### 1 Introdução

A Constituição de 1988 introduziu um sistema de saúde mais equânime e justo para os pobres, e estes aliviaram os gastos em que eram obrigados a incorrer com ações e tratamentos de saúde, não é? Errado. Os dados recém-divulgados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram resultados surpreendentes a esse respeito. Antes de entrar na análise específica dos dados de saúde, vale a pena descrever brevemente alguns parâmetros da pesquisa.

A POF é uma pesquisa que tem por objetivo avaliar a estrutura de receita e despesa das famílias, com o objetivo de obter ponderações de itens de consumo que servirão de base para o cálculo dos índices de preços ao consumidor. A pesquisa é realizada nas nove regiões metropolitanas do país,<sup>15</sup> no Distrito Federal e na cidade de Goiânia. As duas últimas POF foram realizadas com a mesma metodologia, e tiveram como base os anos de 1987 e 1996. Entre esses dois anos, a população abrangida pela pesquisa passou de 44,3 para 46,3 milhões de pessoas, e representou, dessa forma, as áreas mais urbanizadas do país. A tabela 1 mostra a distribuição das pessoas segundo o nível de renda em salários-mínimos.<sup>16</sup>

Ao longo do período observa-se que ocorreu, nas regiões consideradas, um relativo aumento das pessoas com renda inferior a 3 salários-mínimos, o que demonstra um agravamento da condição de pobreza relativa. Ainda que os dados de 1996 apresentem um expressivo número de pessoas sem declaração de rendimentos, tal grupo vive em famílias cujo tamanho médio é superior ao das demais classes de rendimento. Como as taxas de fecundidade são maiores nos grupos de mais baixa

---

14 Economista da Saúde da Divisão de Programas Sociais (Região I) e professor licenciado da Escola Nacional de Ciências Estatísticas do IBGE.

15 As regiões metropolitanas do Brasil, por ordem de população, são: São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Salvador, Fortaleza, Recife, Curitiba e Belém.

16 O valor do salário-mínimo real nos meses de aplicação da POF, em 1987, é próximo do valor real do salário-mínimo nos mesmos meses de aplicação de 1996. Em termos nominais, o valor era de Cz 2 640,00, em 1987, e R\$ 112,00 em 1996. No período considerado, os valores equivaliam a US\$ 110 a US\$ 115 de 1996.



renda, pressupõe-se que as pessoas que não declararam rendimentos se inserem em grupos de renda mais baixa.

TABELA 1  
Distribuição das Pessoas por Classe de Rendimento Familiar  
nas Nove Áreas Metropolitanas, Distrito Federal e Cidade de Goiânia  
Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) — 1987/1996

Classes de Rendimento (em salários-mínimos)	1987		1996	
	Absoluto	%	Absoluto	%
<b>Total</b>	<b>44 339 172</b>	<b>100,0</b>	<b>46 252 766</b>	<b>100,0</b>
Até 2	3 890 371	8,8	4 543 933	9,8
Mais de 2 a 3	2 341 544	5,3	3 009 752	6,5
Mais de 3 a 5	6 314 564	14,2	6 193 892	13,4
Mais de 5 a 6	3 114 876	7,0	3 031 586	6,6
Mais de 6 a 8	5 221 086	11,8	4 843 655	10,5
Mais de 8 a 10	3 884 567	8,8	3 501 295	7,6
Mais de 10 a 15	6 635 643	15,0	5 918 588	12,8
Mais de 15 a 20	3 905 881	8,8	3 388 383	7,3
Mais de 20 a 30	3 918 020	8,8	3 227 602	7,0
Mais de 30	5 112 620	11,5	4 671 462	10,1
Sem declaração	-	-	3 922 618	8,4

Fonte: IBGE, POF, 1987 e 1996.

## 2 A Constituição de 1988 e a Gratuidade da Saúde para os Pobres

Um dos principais motivos que levou à promulgação do SUS na Constituição de 1988 foi o descontentamento com as injustiças existentes no sistema de saúde brasileiro. Até então, somente o setor formal do mercado de trabalho tinha direito a uma cobertura de assistência médica, em virtude da contribuição para a previdência social que realizava. Os pobres, majoritariamente inseridos no setor formal do mercado de trabalho, tinham poucas opções para serem atendidos: ou pagavam de seu próprio bolso para ter assistência médica ou tinham de se sujeitarem, quando possível, aos escassos serviços públicos existentes nos hospitais e ambulatórios dos estados, municípios ou hospitais especializados do Ministério da Saúde. Na verdade, a maioria dos pobres não tinha atendimento e muitos, além de não terem renda



suficiente para comer, tinham de pagar de seu bolso os serviços de saúde que necessitavam e os remédios que consumiam.

A Constituição de 1988 procurou resolver o problema, ao promulgar artigos que definiam a saúde como universal e gratuita, ou seja, todos têm direito a serem atendidos em todas as modalidades, e a receberem todos os medicamentos necessários, sem que se pague um tostão. Uma proposta destas enche os olhos de qualquer um. É verdade que não se discutiu como e quem pagaria a conta. O que até hoje os países desenvolvidos discutem (a questão de quem financia e como se paga a saúde) estaria resolvido na letra mágica da lei. Com a cobertura universal e gratuita mandatória, os recursos teriam de aparecer.

Em 1987, os gastos com saúde representavam 5,3% dos gastos das famílias, segundo a POF; nas famílias de mais baixa renda, esse percentual era menor. Aqueles que tinham renda familiar de até dois salários-mínimos chegavam a pagar 6,3% da renda da família, enquanto que os que tinham renda familiar superior a 30 salários-mínimos gastavam 5% da renda total da família. Ainda que os valores absolutos fossem muito maiores, o esforço familiar de gastos com saúde era inferior. Por outro lado, as populações de baixa renda tinham uma saúde de má qualidade e seus riscos refletiam-se em mortalidade infantil, mortalidade materna, ausência de prevenção e mortalidade precoce por enfermidades crônicas.

O SUS surgiu como um instrumento para fazer com que os pobres parassem de pagar pela saúde. Contudo, na visão de seus formuladores, não bastaria tornar a saúde acessível e gratuita somente para os pobres. A divisão entre saúde gratuita para os pobres e outra paga para os ricos acarretaria uma prestação de serviços de segunda classe para pobres e outra de primeira classe para ricos. A única forma de fazer com que todos tivessem saúde de melhor qualidade era tornar a saúde gratuita para todos, e essa seria fornecida prioritariamente pelo Estado. Como seria feita a justiça social? É simples: ricos pagam mais impostos. Além do mais, a contribuição à previdência dos trabalhadores formais passaria a financiar a saúde de todos. E assim, *fiat lux!* A equidade está feita.

Passados nove anos, saem os resultados da nova Pesquisa de Orçamentos Familiares. A expectativa de todos era que a pof de 1996 demonstrasse que os pobres não pagavam mais pela saúde. No entanto, os resultados foram surpreendentes. O gasto de saúde das famílias com renda inferior a dois salários-mínimos, como parcela do orçamento familiar, aumentou 47%, e passou de 6,3% para 9,3%. Ao mesmo tempo, os gastos dos que tinham renda familiar superior a 30 salários-mínimos aumentou somente 14%, e passou de 5,0% para 5,7%. Esses dados podem ser visualizados na tabela 2 e no gráfico 1.



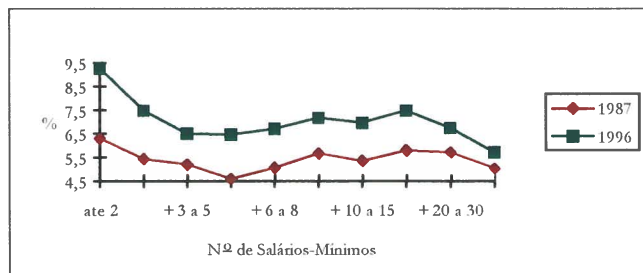
TABELA 2  
 Percentual da Despesa Média Mensal Familiar com Assistência Médica  
 nas Nove Áreas Metropolitanas, Distrito Federal e Cidade de Goiânia  
 Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) — 1987/1996

Classes de Rendimento (em salários-mínimos)	(Em porcentagem)		
	1987	1996	Variação
<b>Total</b>	<b>5,31</b>	<b>6,53</b>	<b>23</b>
Até 2	6,30	9,26	47
Mais de 2 a 3	5,45	7,48	37
Mais de 3 a 5	5,21	6,52	25
Mais de 5 a 6	4,61	6,48	41
Mais de 6 a 8	5,07	6,72	33
Mais de 8 a 10	5,67	7,18	27
Mais de 10 a 15	5,36	6,97	30
Mais de 15 a 20	5,80	7,48	29
Mais de 20 a 30	5,72	6,75	18
Mais de 30	5,04	5,73	14

Fonte: IBGE, POF de 1987 e 1996.

Esses dados demonstram que, aparentemente, o SUS não corrigiu o sentido regressivo dos gastos com saúde das famílias no Brasil. Ao contrário, fez com que a regressividade dos gastos aumentasse. Que lições podem ser extraídas dessa experiência?

GRÁFICO 1  
 Gastos com Saúde como Porcentagem da Renda Familiar







### 3 Gastos com Saúde. Gratuidade e Regressividade: Lições da Experiência do SUS

O efeito regressivo da gratuidade universal do SUS era previsível, em função das análises clássicas econômicas acerca dos determinantes das desigualdades em saúde. Os principais fatores que trazem desigualdade no acesso à saúde são: a) assimetria na informação; b) (des)economias de aglomeração; c) seleção adversa de acordo com o risco; d) regressividade fiscal; e e) sistemas regidos pela oferta. Vamos analisar cada um desses fatores e tentar correlacioná-los com o que ocorreu nestes dez anos de SUS.

#### a) *Assimetria na Informação*

Pobres têm muito menos informação e muito menos propensão a buscar os serviços de saúde do que os ricos e a classe média, que estão mais familiarizados com as rotinas de prevenção, têm conhecimentos e relacionamentos pessoais com profissionais de saúde, e sabem tirar proveito das vantagens que os sistemas oferecem. Se o sistema é gratuito, eles acabam atuando como *free riders*, ou seja, mesmo que tenham médicos e planos privados de saúde, utilizam o sistema público gratuito para cobrir os riscos catastróficos, os exames sofisticados, receber os medicamentos mais custosos, etc. Como esse grupo tem muito mais capacidade de organização e vocalização que os pobres, acaba obrigando os governos a atender a suas necessidades. Se os recursos são escassos, passam a faltar para o atendimento dos mais pobres, e garantem os reclamos e o comportamento das classes média e alta. Dessa forma, esse sistema subsidia os ricos e prejudica os pobres e, assim, cria-se a perfeita fórmula *Hood Robin* de prover serviços de saúde.

#### b) *(Des)Economias de Aglomeração*

Serviços de saúde costumam se aglomerar em regiões onde existe complementação entre atenção primária e hospitalar, meios de diagnóstico sofisticados, laboratórios, etc. Além do mais, esses serviços costumam concentrar-se onde a renda familiar é mais alta, uma vez que os médicos que atendem duas horas por dia no setor público são os mesmos que atendem pacientes particulares seis horas por dia, e seus múltiplos empregos têm de se localizarem em espaços relativamente próximos. Esses tem sido os fatores que determinam a lógica de organização espacial dos serviços de saúde. Infelizmente, para os grupos de baixa renda o critério é totalmente outro.

Como morar em regiões de pior acesso, o custo de transporte passa a ser um dos principais fatores que impedem o deslocamento dos pobres a um serviço de saúde. Mais uma vez, pode-se dizer que a localização espacial dos serviços de saúde



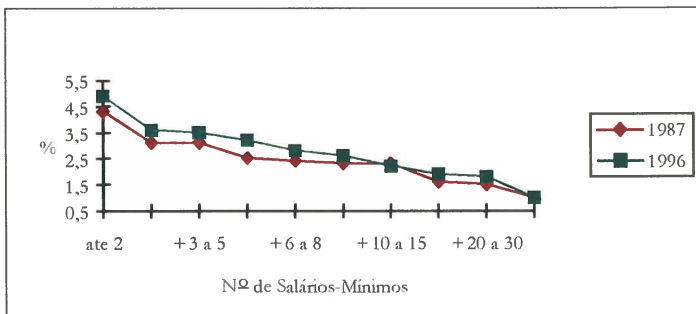
tende a privilegiar os ricos. Os medicamentos distribuídos gratuitamente pelo sistema público dificilmente chegam aos postos e centros de saúde da periferia.

As classes de baixa renda têm de pagar pesadas somas de seus orçamentos familiares com remédios, o que não acontece com as classes de maior renda. O gráfico 2 mostra os gastos com medicamentos como porcentagem da renda familiar por nível de renda, seguindo as POF de 1987 e 1996.

c) *Seleção Adversa de Acordo com o Risco*

Os sistemas de saúde públicos e privados, quando não são submetidos a adequadas regulação e controle, costumam selecionar os pacientes de forma inversamente proporcional ao risco. Se todos têm acesso a sistemas gratuitos, essa seleção, para os estabelecimentos privados, se torna ainda mais fácil. Para uma pessoa de classe média ou baixa que tem plano de saúde, é fácil estabelecer uma divisão do trabalho na qual os procedimentos de menor custo e risco passam a ser assumidos pelo setor privado, e os procedimentos de maior custo e risco são deixados sob a responsabilidade dos estabelecimentos públicos ou financiados pelo SUS. É por isso que o valor médio das AIH pagas pelo poder público (ainda que diminua o número de AIH pelo controle exercido) tem crescido sistematicamente nos últimos anos.

GRÁFICO 2  
Gastos com Medicamentos com Porcentagem da Renda Familiar



Os pacientes mais pobres exigem mais cuidados, porque têm déficits de saúde acumulados, e porque procuram, em geral, ser atendidos quando seu estado de saúde já se encontra mais deteriorado. Assim, torna-se cômodo mais para o serviço deixar que as filas ou a *empurroterapia* resolva. Maus tratos e rechaço a pacientes, mesmo na rede pública, tem sido um dos motivos de aumento dos gastos da população de baixa renda com serviços e até com planos de saúde. Em 1996, a parcela do orçamento das



famílias gasta com planos de saúde aumentou para 2,0%, enquanto que, em 1987, esse percentual era de apenas 0,6%. Vale comentar que a maior parte das despesas com planos de saúde continua sendo assumida pelas empresas e não pelas famílias.

#### d) *Regressividade Fiscal*

O atual ministro da Saúde (José Serra) foi um dos primeiros economistas a destacar a regressividade da estrutura fiscal brasileira. Segundo ele, na metade dos anos 70, as pessoas com renda de até um salário-mínimo pagavam duas vezes mais impostos como porcentagem de sua renda do que as pessoas com mais de 100 salários-mínimos. Por outro lado, a evasão fiscal tem sido mais elevada nas classes médias e altas, dado que os impostos que as classes de menor renda pagam incidem sobre o consumo e estão adicionados aos preços dos produtos manufaturados. Estes são, portanto, mais difíceis de sonegar ou evadir.

Considerar que a estrutura fiscal brasileira resolve o problema da justiça redistributiva do gasto com saúde, é, no mínimo, uma ingenuidade. A melhor forma de fazer justiça social no que se refere a saúde é recuperar os custos de quem pode pagar para que os recursos sejam suficientes para aqueles que não podem pagar. Portanto, a gratuidade universal é, em si mesma, um fator de regressividade.

#### e) *Sistemas Regidos pela Oferta*

Em um contexto de informação assimétrica para os consumidores, sistemas regidos pela oferta acabam privilegiando os que têm mais informação. A oferta passa a ser, portanto, definida pelo perfil epidemiológico dos ricos e da classe média. A própria forma como são construídas essas tabelas acabam privilegiando as especialidades e pagando menos a atenção primária. Dessa forma, passa-se a conviver com uma sobreoferta de facilidades para cardiologia e nefrologia, ao lado da ausência de espaços adequados para a maternidade segura e para o controle da mortalidade infantil. Dado o quadro epidemiológico brasileiro, custaria muito menos salvar milhares de vidas sacrificadas a cada ano pela mortalidade infantil do que financiar, pelo SUS, 90% de exames sofisticados com resultados negativos. Os serviços de saúde têm de ser organizados segundo as necessidades e as preferências dos usuários, e não segundo a disponibilidade de oferta dos médicos, dos laboratórios e das fábricas de equipamentos.

## 4 Considerações Finais

O sistema de saúde no Brasil necessita passar por mudanças graduais para que se torne mais equitativo. A estrutura atual do sistema não garante um modelo de en-



trega de serviços que permita aliviar o orçamento familiar e melhorar as condições de saúde dos grupos de mais baixa renda.

Apesar das boas intenções e da nobreza dos princípios que conformaram o SUS, o sistema não tem trazido grandes progressos. Ao contrário, os dados da POF aqui apresentados mostraram que o sistema aumentou a regressividade no acesso à saúde, e fez com que os gastos das famílias pobres aumentassem mais do que os das famílias de classes média e alta.

A gratuidade universal só foi viável em países europeus regidos pelo *Welfare State*, ao longo dos anos 50 e 60, em um contexto no qual a arrecadação fiscal era maior e as desigualdades sociais eram menores. Hoje, esses países começam a reverter seus serviços, com a introdução de taxas de moderação e mecanismos de recuperação de custos, para impedir a deterioração e o desfinanciamento dos serviços, e manter, ao mesmo tempo, justiça social no acesso. Países como o Brasil, onde os recursos são escassos e a distribuição de renda é profundamente desigual, têm de privilegiar as populações de mais baixa renda por meio da recuperação de custos dos que podem pagar. Caso contrário, permanecerá a fórmula *Hood Robin* que sempre caracterizou as *boas intenções* dos governos populistas em nossa história.

## COMO VAI?

POPULAÇÃO BRASILEIRA

Uma publicação

Diretoria de Política Social do IPEA

Diretoria de Pesquisa do IBGE

*Editora*

Ana Amélia Camarano

*Edição Técnica*

Coordenação Editorial do IPEA (BRASÍLIA)

Colaboram neste número: Ana Amélia Camarano, André Cezar Medici,  
Francisco de Oliveira, Marcelo Medeiros Coelho de Souza e Kaizô Iwakami Beltão.

Tiragem: 1 000 exemplares

# COMO VAI?

## POPULAÇÃO BRASILEIRA

ANO III • N.º 1

BRASÍLIA, DF

Abril/98

### INDICADORES DEMOGRÁFICOS

População Brasileira Residente, por Sexo e Situação do Domicílio  
Brasil e Grandes Regiões — 1996

Grandes Regiões	População Residente			Grau de Urbanização (%)
	Total	Masculina	Feminina	Total
Norte	11 240,95	5 701,92	5 539,03	62
Nordeste	44 635,58	21 845,31	22 790,27	65
Sudeste	66 830,38	32 821,75	11 848,14	89
Sul	23 481,67	11 633,53	11 848,14	77
Centro-Oeste	10 479,87	5 244,06	5 235,81	84
<b>Brasil</b>	<b>156 668,44</b>	<b>77 246,57</b>	<b>79 421,87</b>	<b>78</b>

Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 1996.  
Elaboração: IPEA.

Razão de Sexos: Brasil e Grandes Regiões — 1996

Grandes Regiões	(Em porcentagem)	
	Coeficiente de Masculinidade	
Norte	97,14	
Nordeste	104,33	
Sudeste	103,62	
Sul	101,84	
Centro-Oeste	99,84	
<b>Brasil</b>	<b>102,82</b>	

Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 1996.  
Elaboração: IPEA.





Índice de Velhice\*  
Brasil e Grandes Regiões — 1996

Grandes Regiões	(Em porcentagem)
	Índice
Norte	9
Nordeste	15
Sudeste	20
Sul	19
Centro-Oeste	12
<b>Brasil</b>	<b>17</b>

Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 1996.

Elaboração: IPEA.

Nota: População de 65 anos e mais / População menor de 15 anos.

Taxa de Crescimento da População, Compreendida entre os Anos  
de 1940/1996, Segundo as Grandes Regiões,  
e a Situação da Unidade Domiciliar

Grandes Regiões, Unidades da Federação e Situação da Unidade Domiciliar	1940	1950 <sup>1</sup>	1960	1970	1980	1991
	e 1950	e 1960	e 1970	e 1980	e 1991	e 1996
<b>Brasil</b>	2,38	3,12	2,90	2,56	1,74	1,35
<b>Urbana</b>	0,00	5,38	5,15	4,56	2,74	2,11
<b>Rural</b>	1,60	1,60	0,65	-0,62	-0,74	-1,16
Região Norte	2,37	3,58	3,64	5,00	3,79	1,94
Urbana	3,68	5,45	5,53	6,77	5,11	3,48
Rural	1,86	2,69	2,44	3,49	2,27	-0,35
Região Nordeste	2,26	2,20	2,49	2,17	1,64	1,06
Urbana	3,51	4,85	4,55	4,20	3,28	2,54
Rural	1,84	1,08	1,25	0,46	-0,39	-1,40
Região Sudeste <sup>2</sup>	2,12	3,20	2,65	2,73	1,58	1,35
Urbana <sup>2</sup>	4,08	5,12	5,12	4,10	2,14	1,64
Rural <sup>2</sup>	0,64	1,12	-1,85	-1,97	-1,64	-0,91

(continua)



(continuação)

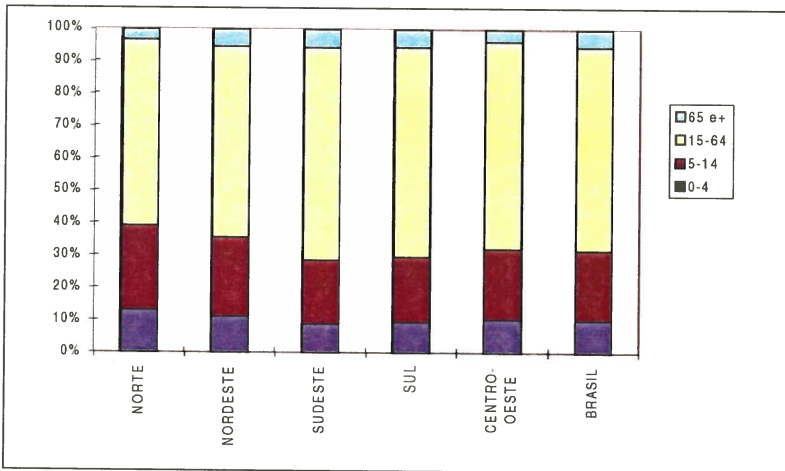
Grandes Regiões, Unidades da Federação e Situação da Unidade Domiciliar	1940	1950 <sup>1</sup>	1960	1970	1980	1991
	e 1950	e 1960	e 1970	e 1980	e 1991	e 1996
Região Sul	3,23	4,18	3,44	1,54	1,19	1,23
Urbana	3,88	6,69	5,22	5,13	2,72	2,07
Rural	2,97	2,94	2,22	-2,48	-2,06	-1,31
Região Centro-Oeste	4,77	9,45	9,01	7,83	3,97	3,00
Urbana	3,08	3,95	3,04	-1,02	-1,35	-1,49
Rural						

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE.

Notas: <sup>1</sup> População presente.

<sup>2</sup> Para os anos de 1940, 1950 e 1960, inclusive as pessoas recenseadas na parte da região da Serra dos Aimorés, anexada ao estado de Minas Gerais.

### Distribuição Percentual da População por Grupos Etários Brasil e Regiões — 1996



Fonte: IBGE. Censo Demográfico de 1996.



Taxa de Fecundidade Total, por Situação  
de Domicílio — 1991/96

Regiões	Rural	Urbana	Total
Norte	-	2,76	<b>2,76</b>
Nordeste	3,78	2,44	<b>2,84</b>
Sudeste	2,61	2,20	<b>2,24</b>
Sul	3,70	2,26	<b>2,49</b>
Centro-Oeste	2,93	2,32	<b>2,43</b>
<b>Brasil</b>	<b>3,36</b>	<b>2,30</b>	<b>2,48</b>

Fonte dos dados brutos: IBGE, PNAD 1996.

Elaboração: IPEA.

Esperança de Vida ao Nascer, por Região,  
Segundo Situação do Domicílio e Sexo

	Homens					Mulheres				
	1975	1980	1985	1990	1995	1975	1980	1985	1990	1995
<b>Brasil Total</b>	<b>53,55</b>	<b>57,38</b>	<b>61,66</b>	<b>66,14</b>	<b>70,55</b>	<b>60,48</b>	<b>64,75</b>	<b>69,03</b>	<b>73,09</b>	<b>76,72</b>
Brasil Urbano	54,07	58,23	62,84	67,60	72,17	61,41	65,99	70,50	74,66	78,28
Brasil Rural	51,82	54,95	58,50	62,37	66,36	56,96	61,04	65,35	69,65	73,67
<b>Norte Total</b>	<b>56,28</b>	<b>59,41</b>	<b>62,73</b>	<b>66,14</b>	<b>69,51</b>	<b>63,51</b>	<b>70,14</b>	<b>70,14</b>	<b>73,25</b>	<b>76,10</b>
Norte Urbano	54,18	58,33	62,93	67,67	72,22	61,99	54,18	54,18	54,18	54,18
<b>Nordeste Total</b>	<b>46,65</b>	<b>49,60</b>	<b>53,47</b>	<b>58,18</b>	<b>63,49</b>	<b>52,06</b>	<b>56,13</b>	<b>60,80</b>	<b>65,81</b>	<b>70,74</b>
Nordeste Urbano	46,56	49,94	54,46	60,02	66,15	52,60	57,07	62,18	67,54	72,68
Nordeste Rural	46,60	49,54	53,38	58,08	63,37	52,68	56,11	59,97	64,10	68,28
<b>Sudeste Total</b>	<b>57,54</b>	<b>61,48</b>	<b>65,60</b>	<b>69,70</b>	<b>73,54</b>	<b>65,97</b>	<b>69,87</b>	<b>73,54</b>	<b>76,83</b>	<b>79,67</b>
Sudeste Urbano	59,06	62,30	65,63	68,94	72,11	66,34	70,16	73,74	76,96	79,73
Sudeste Rural	58,45	61,38	64,42	67,47	70,45	60,80	66,16	71,42	76,14	80,04
<b>Sul Total</b>	<b>59,32</b>	<b>63,56</b>	<b>67,88</b>	<b>72,04</b>	<b>75,81</b>	<b>71,70</b>	<b>73,16</b>	<b>74,56</b>	<b>75,89</b>	<b>77,15</b>
Sul Urbano	60,52	63,94	67,41	70,78	73,94	69,39	71,86	74,19	76,35	69,39
Sul Rural	64,94	66,11	67,28	68,44	69,59	71,69	72,90	74,07	75,19	76,27
<b>Centro-Oeste Total</b>	<b>57,06</b>	<b>61,68</b>	<b>66,54</b>	<b>71,29</b>	<b>75,60</b>	<b>65,86</b>	<b>70,45</b>	<b>74,68</b>	<b>78,35</b>	<b>81,36</b>
Centro-Oeste Urbano	57,76	62,25	66,93	71,48	75,61	63,02	68,73	74,06	78,59	82,13
Centro-Oeste Rural	58,12	61,42	64,86	68,29	71,61	64,91	68,39	71,73	74,84	77,63

Fonte dos dados brutos: IBGE, Censos Demográficos e PNAD 1996.

Elaboração: IPEA.