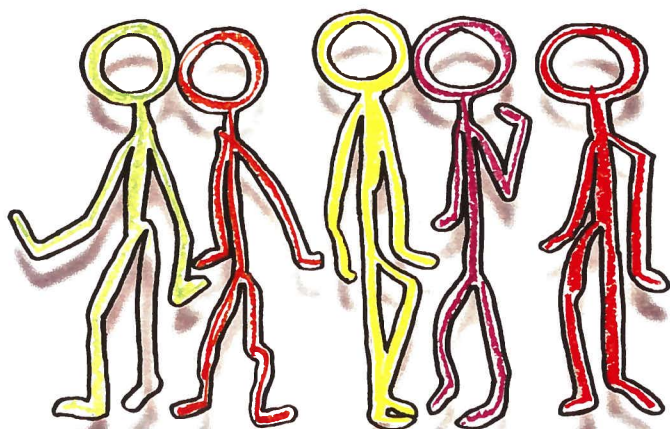




COMO VAI?



população brasileira

ipea

ANO III nº 3

SUMÁRIO

EDITORIAL 1

O IDOSO NO MERCADO DE TRABALHO 2

Ana Amélia Camarano

Kaiçô Iwakami Beltrão

A IMPORTÂNCIA DOS RENDIMENTOS DOS IDOSOS
NOS RENDIMENTOS DAS FAMÍLIAS 7

Marcelo Medeiros Coelho de Souza

ARRANJOS FAMILIARES NO BRASIL DOS ANOS 90:
PROTEÇÃO E VULNERABILIDADES 14

Ana Maria Goldam

A MORTALIDADE DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL 24

Ana Maria Nogales Vasconcelos

ENCARTE

GRÁFICOS

COMO VAI?

POPULAÇÃO BRASILEIRA

ANO III Nº 3

BRASÍLIA, DF

Dezembro/98

EDITORIAL

Já foi bastante divulgado, tanto nesta publicação quanto por inúmeras outras publicações de várias áreas, que a população brasileira está envelhecendo. Por envelhecimento entende-se o aumento da proporção da população idosa no total da população brasileira, provocado pela queda da fecundidade. Isso se dá em detrimento da diminuição do peso da população jovem no total populacional. O aumento da longevidade, também em curso, contribui para que esse segmento viva por um tempo maior.

Segundo a Contagem Populacional de 1996, residiam no Brasil, nesse ano, aproximadamente 8,4 milhões de idosos, aqui definidos como a população com mais de 65 anos. O peso desse segmento no total populacional vem crescendo ao longo do tempo; passou de 2,4% da população brasileira, em 1940, para 5,4% em 1996. Isso é resultado de taxas de crescimento mais elevadas desse contingente, dada a alta fecundidade prevalecente no passado (em relação à atual) e a redução da mortalidade.

Essa mudança na distribuição etária altera o perfil das demandas por políticas sociais. As demandas de saúde se modificaram, com maior peso das doenças crônico-degenerativas, o que implica maior custo de internamento e de tratamento, pois requerem-se equipamentos e medicamentos mais dispendiosos. As demandas de educação também se modificaram, porque o grupo de jovens deverá apresentar crescimento bastante baixo, e até negativo, em alguns períodos. Por outro lado, a pressão sobre o sistema previdenciário deverá aumentar expressivamente. Projeções do IPEA indicam que o único grupo etário que poderá apresentar taxas de crescimento crescentes até 2020 é o grupo de 65 anos e mais. Isso se dará de forma mais marcada nas áreas urbanas e entre as mulheres. Espera-se que, entre 2000 e 2020, esse contingente mais que dobre, e apresente um incremento de 12 milhões de pessoas.

A preocupação com tal processo motivou o *Como Vai?* a dedicar este número a analisar questões relacionadas à população idosa brasileira, tais como: inserção familiar, ocupação, rendimento, aposentadoria e mortalidade. Os trabalhos aqui apresentados estão baseados em resultados bastante preliminares de uma pesquisa em realização no IPEA, no âmbito do projeto REDIPEA, com o tema *Inter-relações entre as Transformações Demográficas e a Agenda Social*.



29/01/99



O IDOSO NO MERCADO DE TRABALHO

Ana Amélia Camarano*

Kaizô Iwakami Beltrão**

1 Introdução

Já é amplamente aceito e reconhecido o processo de envelhecimento da população brasileira. Em 1996, a Contagem Populacional mostrou que havia aproximadamente 8,4 milhões de idosos, aqui definidos como a população com mais de 65 anos. Além de ser um volume que cresce a taxas elevadas, esse segmento tem apresentado ganhos expressivos na sua longevidade.

No Brasil, a expectativa de sobrevida nas idades mais avançadas é razoavelmente alta, aproximando-se daquela observada nos países desenvolvidos. Isso ocorre porque a expectativa de vida ao nascer é fortemente influenciada pela mortalidade infantil. Uma vez ultrapassado determinado limite de idade, os brasileiros passam a ter uma sobrevida bastante elevada. É interessante ressaltar que existe pouca diferença entre pessoas ricas e pobres no que diz respeito à sobrevida nas idades avançadas.¹ Por outro lado, a diferença entre homens e mulheres é significativa. A expectativa de sobrevida de uma mulher aos 65 anos foi, por exemplo, em 1995, de 17,3 anos, e a correspondente para os homens foi de 14,1 anos.

Os dados apresentados colocam uma questão muito importante para a sociedade brasileira no que diz respeito à ocupação em termos gerais (trabalho e lazer) e à manutenção (cuidados e custos de saúde) da população idosa brasileira, dado que é um segmento populacional em expansão e com esperança de sobrevida elevada.

2 Ocupação

Seguindo tendência internacional, observa-se, também no Brasil, crescimento da participação do segmento populacional de idades avançadas no

* Pesquisadora do IPEA.

** Diretor da Escola Nacional de Ciências Estatísticas —ENCE/IBGE.

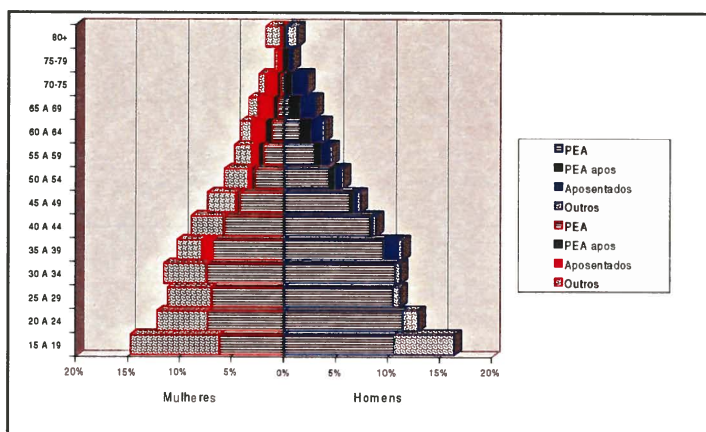
¹ Ver, por exemplo, Beltrão *et alii*, 1998, Aposentadoria por Tempo de Serviço, Onde a Esperança de Vida é o Menos Importante, *In*: IPEA, Como Vai? População Brasileira, Brasília.



mercado de trabalho. Entre 1986 e 1996, a taxa de participação da população masculina idosa aumentou de 28,5% para 38,8%, e a feminina correspondente, de 5,6% para 14,3%, tendo sido o aumento da população feminina relativamente mais importante.² Isso levou a uma redução da razão de sexos na população economicamente ativa (PEA) idosa, que, em 1986, fôra de 4,6 homens para cada mulher, e passou para 2,1, em 1996.

Parte expressiva da PEA idosa é composta de pessoas já aposentadas. No caso da PEA masculina, apenas 21% não eram aposentados em 1996. Os restantes 79% eram aposentados que continuaram trabalhando. No caso da PEA feminina, a proporção de pessoas aposentadas era bem menor, 44%. O gráfico 1 mostra a distribuição da população brasileira de quinze anos e mais por condição de atividade e previdenciária, e por grupos de idade e sexo. São consideradas quatro categorias: trabalhadores puros, aposentados que trabalham, aposentados puros e outros que aqui estão sendo considerados como não-PEA.

GRÁFICO 1
Distribuição da População de 15 Anos e mais por
Sexo, Idade e Condição Previdenciária



Observa-se pelo gráfico 1 que o segmento populacional que é constituído apenas pelos homens economicamente ativos cresce com a idade até o grupo 30-35 anos, em detrimento do grupo *outros*, cuja participação decresce, o que

² Parte deste aumento deveu-se à modificação do conceito de trabalho na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), ocorrido em 1992.



indica entrada líquida na PEA masculina até 35 anos. A partir dessa idade, aumenta a participação dos aposentados (seja trabalhando ou não) na população masculina.

Considerando-se apenas a população idosa, observa-se que a maioria (44%) é constituída por aposentados puros e 33%, de aposentados que trabalhavam no momento da PNAD 1996. Aproximadamente 15% não eram aposentados nem trabalhavam, e 9% trabalhavam e não estavam aposentados.

A tabela 1 apresenta o número bruto e líquido de anos que um indivíduo aos 65 anos pode esperar viver em média, nas categorias mencionadas anteriormente. Esses indicadores são afetados pelos níveis de mortalidade vigentes no país em 1995, pelas condições de absorção do mercado de trabalho em 1996, e pela probabilidade de se aposentar nesse ano. Em média, um idoso do sexo masculino deve viver 14,1 anos, sendo 1,1 ano na atividade econômica sem se aposentar, 4,9 anos trabalhando como aposentado e 6,4 anos como aposentado. Isso significa dizer que quem chegou as 65 anos vai passar 11,3 anos como aposentado. A condição *outros* apresenta o menor tempo de permanência: 1,8 ano.

TABELA 1
Esperança de Sobrevida aos 65 Anos por Sexo e Categorias
Brasil 1995

		(Em anos)			
	Total	Trabalhador Puro	Trabalhador e Aposentado	Aposentado Puro	Outros
Homens	14,1	1,1	4,9	6,4	1,8
Mulheres	17,3	2,0	1,7	6,8	6,8

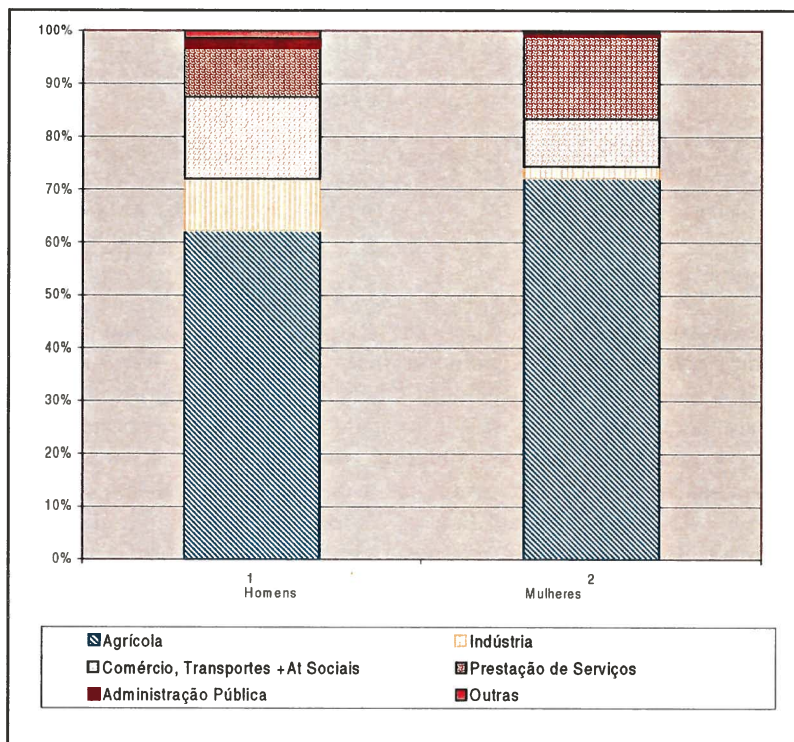
Fonte: IBGE, PNAD 1996.

A menor mortalidade feminina resulta em que a mulher idosa viva, em média, 3,2 anos a mais do que os homens, 3,7 anos trabalhando (já aposentada ou não), 8,5 anos aposentada (trabalhando ou não), e 6,8 anos apenas como aposentada. Os seus menores níveis de participação na atividade econômica resultam em maior tempo que pode esperar passar na categoria *outros*, em relação à população masculina.

Dos aposentados que trabalham, o gráfico 2 mostra que a grande maioria (61% dos homens e 69% das mulheres) o fazia em atividades agrícolas. O segundo setor em importância para os homens foi o comércio, e, para as mulheres, a prestação de serviços.



GRÁFICO 2
Distribuição Percentual da PEA Idosa e Aposentada por Ramos de Atividade
Brasil — 1996



Fonte: IBGE, PNAD 1996.

3 Rendimentos

O rendimento do idoso é importante na renda familiar. Em 1996, sua renda total contribuía com 44% da renda familiar, e a renda do seu trabalho, com aproximadamente 11%. Dentre as várias situações em que se coloca o idoso do sexo masculino, aquela em que aufer o maior rendimento é composta pelo idoso que está trabalhando, conforme se vê na tabela 2. O aposentado tem o seu rendimento médio reduzido em aproximadamente R\$ 255,00. O trabalho do aposentado tem o efeito de aumentar o seu rendimento médio em R\$ 191,00.



Este, por sua vez, é menor em 63,00 reais do que o rendimento do indivíduo que é apenas parte da PEA.

TABELA 2
Rendimento Médio da População de 65 Anos e Mais por Sexo e Categorias
Brasil — 1996

	(Em reais)			
	Trabalhador Puro	Trabalhador e Aposentado	Aposentado Puro	Outros
Homens	677,50	614,10	423,00	177,60
Mulheres	210,90	327,50	253,90	185,90

Fonte: IBGE, PNAD 1996.

O rendimento feminino é bem menor do que o masculino, com exceção da categoria *outros*, na qual é ligeiramente maior. Na categoria *outros* masculina, 22,5% dos indivíduos recebiam outros benefícios além da aposentadoria. Já entre as mulheres, essa proporção é bastante superior e corresponde a quase 55% das pessoas dessa categoria. Diferindo da população masculina, a mulher que é apenas aposentada tem renda maior do que a que trabalha em aproximadamente R\$ 120,00 mensais. Já a aposentada que trabalha é a que obtém a maior renda dentre todas as categorias. O trabalho implica para a aposentada um aumento de 29% de sua renda. Por sua vez, a aposentada pura recebe 20% a mais do que a que trabalha.



A IMPORTÂNCIA DOS RENDIMENTOS DOS IDOSOS NOS RENDIMENTOS DAS FAMÍLIAS

*Marcelo Medeiros Coelho de Souza**

Uma razão de dependência é um indicador que busca expressar a relação de proporção entre um conjunto de pessoas fora de idades consideradas economicamente ativas e a população em idade ativa. Regra geral, esse conjunto de pessoas é formado por dois grupos: o de crianças e o de idosos, o que permite falar de *razão de dependência de jovens* (ou de crianças) e de *razão de dependência de idosos*, como duas formas refinadas de se tratar a razão de dependência. O mais freqüente é que se defina, conforme os objetivos da análise, como população em idade ativa o conjunto das pessoas com idades de mais de 10 ou 15 (crianças) anos e menos de 65 anos, mas nada impede que outros grupos etários sejam considerados.

A razão de dependência é apenas um indicador de estrutura etária de uma população. É evidente que outros fatores, como os níveis de participação no mercado de trabalho ou de emprego dos indivíduos em todas as idades, afetam a relação real de dependência entre grupos populacionais. Entretanto, por trás do indicador razão de dependência está a idéia de que os indivíduos potencialmente inativos em função de sua idade representam, no contexto da população, um peso sobre os indivíduos em idade ativa. Pressupõe-se que crianças e idosos apresentam taxas suficientemente baixas de atividade econômica para que sejam, por aproximação, definidos como inativos. Como têm pequena participação na produção de bens e serviços, esses dois grupos dependeriam potencialmente do produto dos indivíduos ativos.

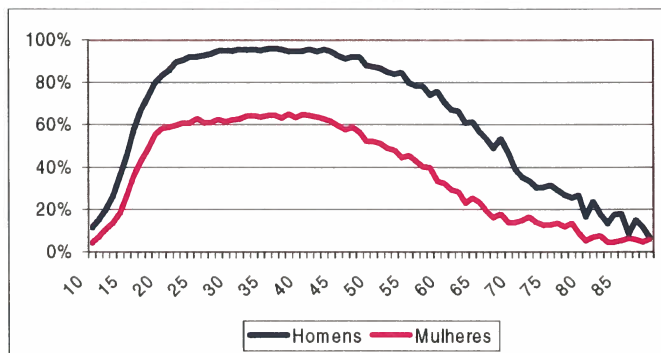
Uma razão de dependência de idosos representa a carga potencial dos idosos para a população ativa. De fato, a capacidade de gerar produto dos idosos é menor que a dos adultos. Suas taxas de atividade na semana de referência da PNAD-1996 são menores, especialmente entre mulheres, como mostra o gráfico 1. Entre os homens, no entanto, os níveis de atividade não são desprezi-

* Técnico da Diretoria de Políticas Sociais (DIPOS)/IPEA.



veis. Entre 70 e 80 anos, as taxas de atividade oscilam entre 40% e 30%, valores comparáveis aos de mulheres pelo menos 20 anos mais novas.

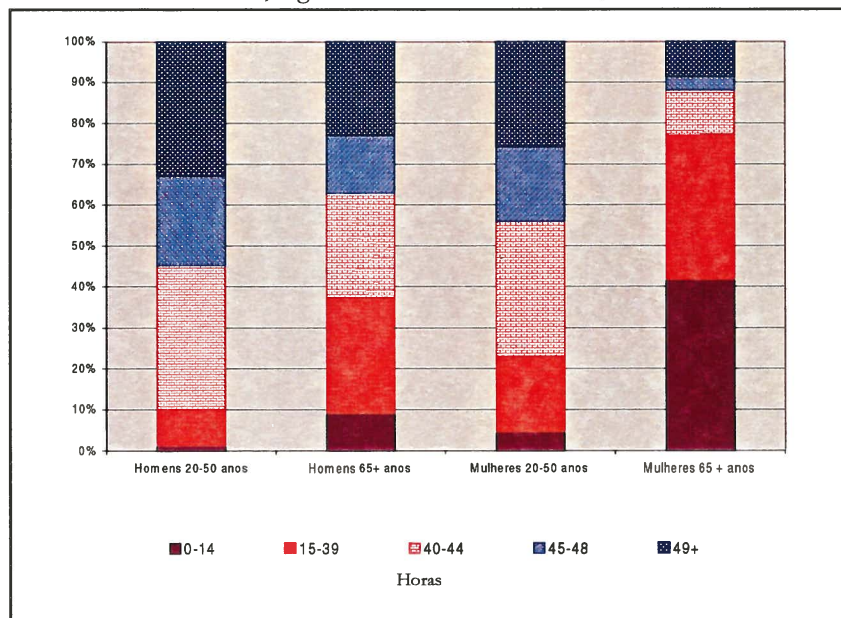
GRÁFICO 1
Taxas Específicas de Atividade por Idade Individual
Brasil — 1996



A forma como a PNAD capta a atividade ajuda a compreender essas taxas. Na pesquisa do IBGE, é considerada ativa a pessoa que tomou medidas efetivas para procurar emprego ou que se encontrava ocupada por pelo menos uma hora semanal em atividades remuneradas, não remuneradas ou produção para autoconsumo no período de referência. Assim, é possível argumentar que, na verdade, não é a condição atividade, mas seu menor volume o que determina sua definição como dependentes. O gráfico 2 mostra que as mulheres idosas trabalham muito menos horas por semana do que os homens. Estes, por sua vez, trabalham menos horas do que os homens com idades entre 20 e 50 anos, mas a diferença entre os dois grupos não é tão grande. Comparada à estrutura de horas trabalhadas dos adultos, a dos idosos parece ter deslocado indivíduos para atividades que ocupam menor número de horas, sem, no entanto, chegar a patamares consideráveis desprezíveis. Em torno de 62% dos homens entre 65 e 90 anos trabalha 40 ou mais horas, uma fração decerto menor do que os 90% observáveis nos homens entre 20 e 50 anos, mas ainda assim significativa.



GRÁFICO 2
Distribuição Percentual da População por Horas Trabalhadas na
Semana, segundo Sexo e Idade — Brasil/1996

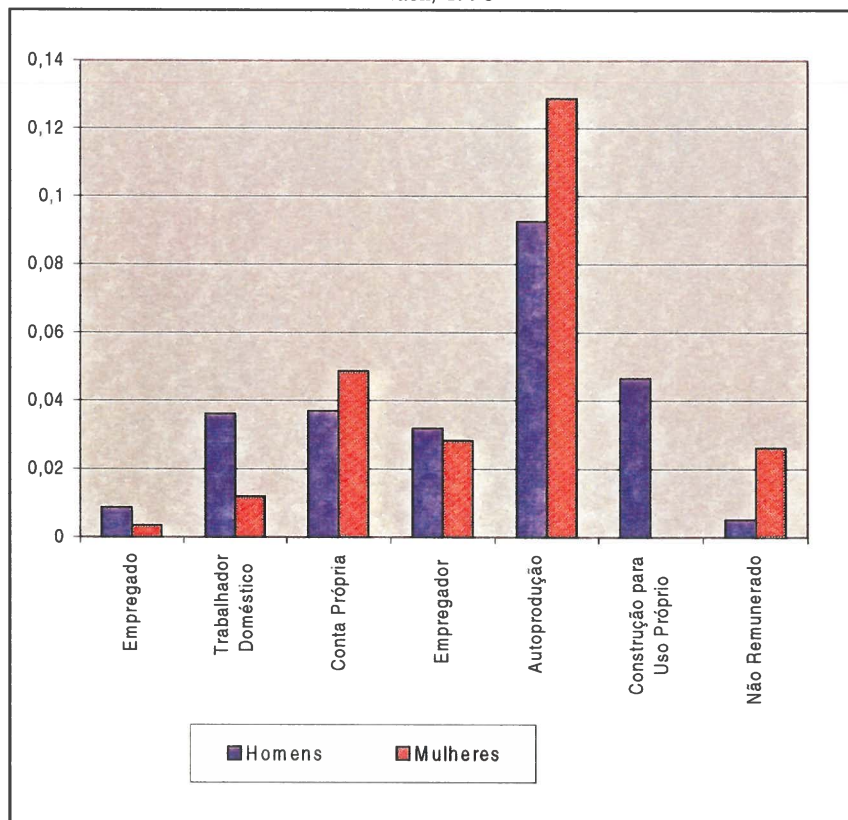


A distribuição dos idosos por categorias ocupacionais apresentada no gráfico 3 mostra que apenas uma parte pequena dos idosos está envolvida em atividades voltadas para o mercado. A maioria é classificada como de produtores para autoconsumo e de construtores para uso próprio. Na verdade, a maior parte é trabalho agrícola.



GRÁFICO 3

Participação da PEA Idosa (65 anos e mais) por Categorias Ocupacionais e Sexo
Brasil/1996



O indicador razão de dependência de idosos, ao agregar indiscriminadamente homens e mulheres, exige cautelas especiais em sua interpretação. A inatividade potencial atribuída aos indivíduos idosos é observável entre as mulheres. Para elas, é razoável admitir uma relação forte de dependência econômica. Para o grupo dos homens, no entanto, esta deve ser vista como *dependência parcial*.

Ao se introduzir na análise uma perspectiva geracional, essa *dependência* torna-se ainda mais relativa. Os idosos não estão simplesmente consumindo a



produção das gerações ativas atuais. Eles, em parte, consomem seu produto passado, retido na forma de contribuições previdenciárias e de um patrimônio consolidado para a população como um todo e devolvido, no presente, na forma de aposentadorias e benefícios gerados pelo patrimônio construído. Evidentemente, no que diz respeito às aposentadorias, a relação entre o produto passado poupado e o consumo atual depende das características do regime previdenciário; mas, em termos gerais, o que ocorre não é simplesmente uma distribuição *entre* gerações, mas também o retorno de uma poupança realizada *através* de gerações.

Quando se desloca da relação macro entre população de idosos e população em idade ativa para o nível micro, em que a atenção é fixado sobre a dependência de indivíduos idosos sobre outros indivíduos, a família torna-se um elemento importante na análise. No Brasil, três estruturas básicas garantem a provisão de bens e serviços aos indivíduos. A primeira é o *mercado*, regido predominantemente por regras de troca, que resultam, na maioria das vezes, em rendimentos monetários. As outras duas são o *Estado* e a *família*, que provêem, na maioria das vezes, bens e serviços fora de relações mercantis. Critérios de solidariedade e obrigações sociais determinam a distribuição de recursos entre os membros da família. Assim, a família intermedia parte da relação entre o mercado e os indivíduos, já que distribui rendimentos entre membros, quer participem ou não de sua geração, assim como faz a intermediação entre o Estado e o indivíduo, redistribuindo, direta ou indiretamente, os benefícios recebidos. Por isso, é importante que a dependência dos indivíduos idosos seja também vista da perspectiva das estruturas de organização familiar.

As relações familiares são determinadas por papéis sociais fortemente vinculados à idéia de parentesco e, portanto, não se limitam ao espaço domiciliar. Logo, a redistribuição intrafamiliar de recursos não ocorre exclusivamente dentro das fronteiras do domicílio. Todavia, com os dados da PNAD-1996 não é possível ir além do espaço domiciliar na definição de família. Há, no entanto, razões para crer que essa definição permite algumas inferências razoáveis sobre as relações de dependência entre indivíduos de uma família.

De acordo com a PNAD-1996, as famílias dos idosos são, em sua maioria, compostas de dois a quatro membros e não compartilham o domicílio com outras unidades familiares. São famílias relativamente menores do que o observado entre indivíduos mais jovens, em parte porque se encontram em um momento do ciclo de vida em que os descendentes se mudam do domicílio para constituir novos núcleos familiares. É provável que a manutenção de fa-



mílias menores seja mais onerosa por membro. Famílias grandes tendem a ganhos de escala, visto que há uma série de custos fixos na manutenção de um domicílio. Isso, porém, não quer dizer que é necessariamente vantajoso para os idosos viver em famílias maiores. Considerando-se que os dados de família apresentados limitam a abrangência espacial do conceito de família, é possível que, apesar de viverem em *domicílios* pequenos (em número de membros), os idosos tenham uma família extensa, capaz de formar uma rede de suporte maior do que os que viverem em domicílios maiores, já que, ao abandonar o domicílio para constituir novos núcleos familiares, os parentes agregam novos membros à família, estendendo potencialmente a rede de suporte. Em última instância, o simples número de membros de uma família fornece informações limitadas sobre a carga de dependência sobre cada membro. Melhor conhecimento das relações entre núcleos familiares e da divisão familiar do trabalho seria complemento importante para essas informações.

- × Os idosos são responsáveis por uma contribuição relevante nas rendas familiares, mesmo quando apresentam menores taxas de atividade (caso das mulheres e dos indivíduos mais velhos), como mostra a tabela 1. É claro que esses dados são afetados pela composição diferenciada dos núcleos familiares. No entanto, chama atenção o fato de que são responsáveis por proporção entre 32% e 45% dos rendimentos de suas famílias, segundo a PNAD-1996. Essa participação cai com a idade, especialmente pela redução da participação dos rendimentos do trabalho, que, a partir dos 75 anos, torna-se desprezível. O impacto da redução nos rendimentos médios do trabalho na proporção de contribuição para a renda familiar total é atenuado pelo aumento de pensões e benefícios previdenciários e por mudanças na composição das famílias. O que se pode concluir é que, no nível micro, o nível de dependência dos indivíduos idosos é, em boa parte, determinado pela provisão de rendas por parte do Estado.

TABELA 1
Rendimento Familiar da População Idosa
Brasil — 1996

Grupo Etário	Rendimento Médio (em R\$)			% do Rendimento Familiar	
	Familiar	De Todas as Rendas	De Todos os Trabalhos	De Todas as Rendas	De Todos os Trabalhos
60 a 64	904,6	397,7	169,4	44,0	18,7
65 a 69	853,9	374,4	111,6	43,8	13,1
70a 74	800,4	362,1	70,5	45,2	8,8
75 e +	795,4	259,4	12,6	32,6	1,6

Fonte: IBGE - PNAD 1996.



Quando reduz ou aumenta benefícios previdenciários, o Estado não está simplesmente atingindo indivíduos, mas uma fração razoável dos rendimentos de famílias inteiras. Isso é importante de ser notado porque, como consequência, o perfil do sistema previdenciário construído hoje influirá na distribuição futura da renda das famílias. O sistema previdenciário pode ser usado para repartir riquezas não só entre indivíduos, mas, também, entre gerações. Sistemas que simplesmente retornam contribuições poupadas reproduzem a distribuição de renda existente ao longo do período de contribuição, enquanto sistemas que compõem um *fundo geral* ao longo do tempo, e distribuem recursos desse fundo de forma independente das contribuições, podem ser também usados com propósitos de concentrar ou distribuir riqueza entre famílias.



ARRANJOS FAMILIARES NO BRASIL DOS ANOS 90: PROTEÇÃO E VULNERABILIDADES*

Ana Maria Goldani**

No quadro de diminuição dos recursos do Estado e da desmontagem do sistema de proteções e garantias vinculadas ao emprego, as famílias têm sido apontadas como fator fundamental de suporte, bem-estar e qualidade de vida de seus membros e, como tal, passam a ser foco e destinatárias de políticas. Mas, como trataremos de enfatizar em projeto maior,³ do qual este é um primeiro subproduto, a alocação de recursos ou decisão de programas e políticas sociais para famílias exige, entre outras coisas, discussão e diagnóstico detalhado da complexidade das estruturas familiares. Aqui tratamos, apenas, de apontar alguns dos aspectos cruciais no debate atual sobre as famílias no contexto da reestruturação do *Welfare State*, ilustrando o papel das diferentes estruturas familiares em termos de proteção e vulnerabilidade para seus membros.

Na atual crise do Estado de Bem-Estar, as famílias são chamadas a assumir, de forma ainda ampla, seu papel de proteção social e, muitas vezes, são apresentadas como parte de novas parcerias. Ainda que muitos considerem as famílias como *novos atores* na atual discussão, sabe-se que, independentemente dos modelos de *Welfare State*, mas, em particular, naqueles com estruturas insuficientes e distorcidas, as famílias sempre representaram um fator decisivo de proteção para os indivíduos. O fato é que, nas tipologias tradicionais do *Welfare State*, e ainda hoje, as famílias não recebem o verdadeiro crédito pelo

* Agradeço a colaboração de Izabela Carneiro, que contribuiu com o processamento dos dados e a análise das estruturas de famílias com idosos.

** Professora da Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE) do IBGE, e pesquisadora do Núcleo de Estudos de Relações de Gênero Pagu, da UNICAMP.

³ Projeto sobre Políticas Sociais e Família, em desenvolvimento no IPEA, que conta com a participação de Ana Maria Goldani (consultora), Ana Amélia Camarano, Izabela Carneiro e Marcelo Medeiros.



que representam como espaço de *conflito cooperativo*.⁴ E isso talvez deva-se à perversa associação entre família e mulher, por longo tempo assumida.

A maior visibilidade das famílias como parte do *Welfare State*, juntamente com o Estado e o mercado, só ocorre com a discussão das feministas sobre o potencial emancipatório das políticas sociais para as mulheres nos anos 70. Ao enfatizarem que a contribuição das mulheres ao *Welfare State* vai além da provisão de serviços de cuidado com os dependentes (que de outra forma custariam dinheiro tanto para o setor privado quanto para o público), o movimento feminista chamou atenção para os pressupostos dos diferentes modelos de *welfare* e de políticas sociais. Entre estes, destaca-se a divisão de papéis femininos e masculinos com base na divisão do trabalho, que tem orientado os *entitlements*. Com isso, a maioria das mulheres obtém direitos e proteção social não como cidadãs, mas, apenas, por sua condição de esposa e/ou mãe [Sainsbury, 1996; Gordon, 1990].

No Brasil, a situação não tem sido diferente e, apesar das muitas conquistas do movimento feminista e de outros grupos de mulheres, em termos de direitos e promoção de bem-estar das mulheres, os pressupostos básicos do Estado de Bem-Estar Social permanecem. Por isso mesmo, no debate atual sobre redimensionamento do Estado e mudanças na economia, chama-se atenção para os riscos de que: (i) as ações em favor da contenção de custos de produção ou de gastos estatais impliquem a transferência para o trabalho não remunerado das mulheres [Sorj, 1998]; (ii) reprivatize-se a família como mecanismo de suporte na redução dos gastos sociais [Butto, 1998]; e (iii) aumentem ainda mais as dificuldades de avanço na construção da cidadania feminina e de sociedade em que homens e mulheres sejam mais iguais [Melo, 1998].

As famílias, como fator decisivo de apoio e proteção aos seus membros, foram largamente documentadas na América Latina durante a crise dos anos 80, quando, então, observou-se que as mudanças econômicas, primeiro, não afetavam todas as famílias da mesma forma, e, segundo, os custos dessa reestruturação foram diferenciados entre seus membros. As evidências sugerem que às mulheres coube parte substancial do elevado custo social desse processo e que as famílias em etapas de formação e expansão, com pouca capacidade de mão-de-obra, bem como as famílias com chefes mulheres e filhos pequenos, foram as mais afetadas. Também para o Brasil, as estreitas relações entre es-

⁴ Esse oportuno termo, cunhado por Gonzales de la Rocha (1997), oferece um apropriado contraponto para a noção da família somente como espaço de solidariedade.



truturas familiares e condições de vida dos membros das famílias nos anos 80 foram analisadas [Brandão e Gottashalk, 1990].

No Brasil dos anos 90, uma vez mais as famílias são apontadas como fundamentais no processo de distribuição dos recursos na sociedade e do bem-estar entre seus membros [Barros e Mendonça, 1995]. Ao demonstrarem o papel de proteção social das famílias no Brasil, esses autores partem do fato de que metade da população brasileira de 10 anos e mais não possui qualquer forma de rendimento e, portanto, tem seu bem-estar completamente determinado por transferências advindas da outra metade. Essas transferências ocorreriam, em sua quase totalidade, no interior das famílias [Barros e Mendonça, *op. cit.*]

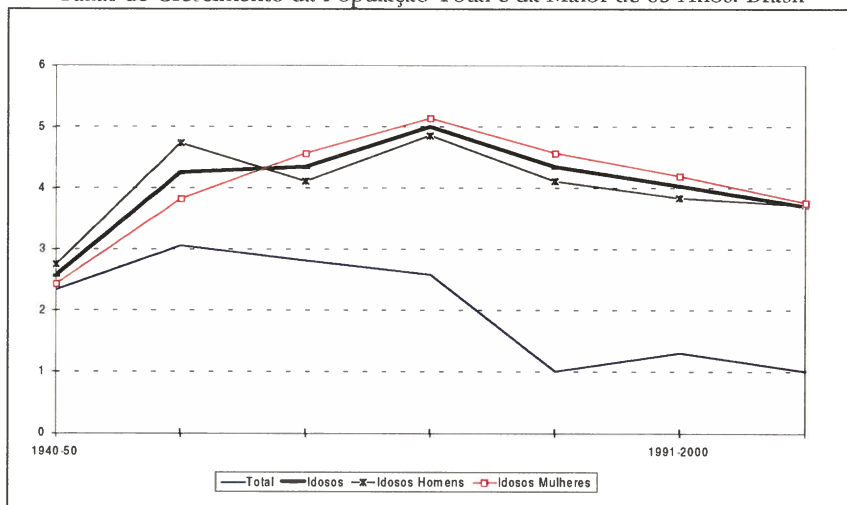
No Brasil, cerca de um terço das famílias é indigente e pobre em 1993, e há estreita relação entre os tipos de família, as etapas do ciclo familiar e a qualidade de vida de seus membros. Assim, verifica-se que a vulnerabilidade econômica nos diferentes arranjos familiares brasileiros indica que as maiores probabilidades de ser pobre estão entre aqueles que vivem em famílias extensas e compostas (48%), seguidos daqueles em famílias nucleares (40%) e daqueles em outros arranjos (30%). Enquanto isso, são as pessoas que vivem só as que apresentam melhores condições, pois, de cada 100, apenas 12 estariam entre os indigentes e pobres. Esses resultados sugerem que, no quadro atual de falta de emprego e deterioração salarial, até mesmo as unidades domésticas extensas e consolidadas — que tradicionalmente tinham mais sucesso em proteger sua renda devido ao grande *pool* de mão-de-obra — estão perdendo sua vantagem comparativa.

A maior vulnerabilidade das famílias brasileiras depende, também, da etapa de ciclo familiar em que estas se encontram. Ou seja, as maiores dificuldades estariam entre as famílias em fase de expansão e consolidação, em que concentram os maiores índices de dependência econômica (de pessoas e filhos dependentes). Nesse sentido, é importante destacar que o atual regime demográfico, ao provocar alterações na estrutura etária, afeta as proporções de famílias por ciclo familiar, visto que estes se definem, em geral, a partir das idades de pais e filhos. No Brasil, a distribuição proporcional das famílias pelas várias fases de seu ciclo de desenvolvimento⁵ mostra que, em 1993, 42% das

⁵ Considerando-se as vantagens e limitações da noção de ciclo vital familiar, aproveitamos o material disponível em Arriagada (1997) e propomos a seguinte classificação das famílias brasileiras por ciclo vital: (i) fase de *formação ou expansão*: famílias formadas por casais sem filhos, em que o (a) chefe do domicílio ou o cônjuge tinha menos de 36 anos, e por casais com filhos

GRÁFICO 1

Taxas de Crescimento da População Total e da Maior de 65 Anos: Brasil



Fonte: IBGE, Censos Demográficos de 1940 a 1991; e Beltrão *et alii* (1997). Projeções da População Brasileira por Situação de Domicílio. IPEA, Brasília, mimeo.



29/01/99



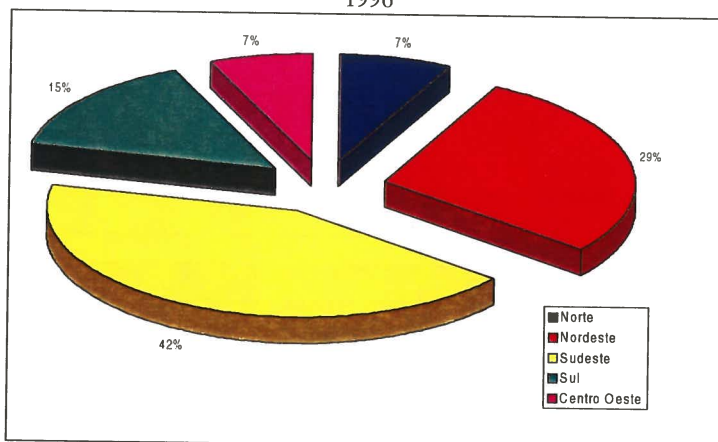
GRÁFICO 2
Razão de Dependência por Grupos Popacionais: Brasil



Fonte: IBGE, Censos Demográficos de 1940 a 1991; e Beltrão *et alii* (1997). Projeções da População Brasileira por Situação de Domicílio. IPEA, Brasília, mimeo.

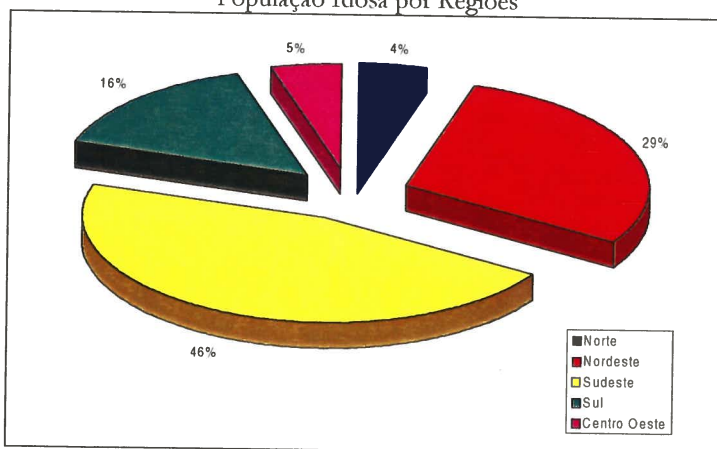


GRÁFICO 3
População Total por Regiões
1996



Fonte: IBGE, Contagem de 1996.

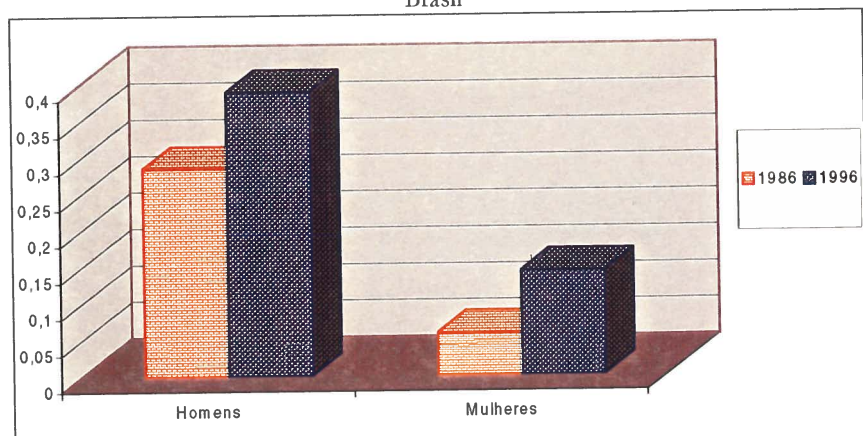
GRÁFICO 4
População Idosa por Regiões



Fonte: IBGE, Contagem de 1996.



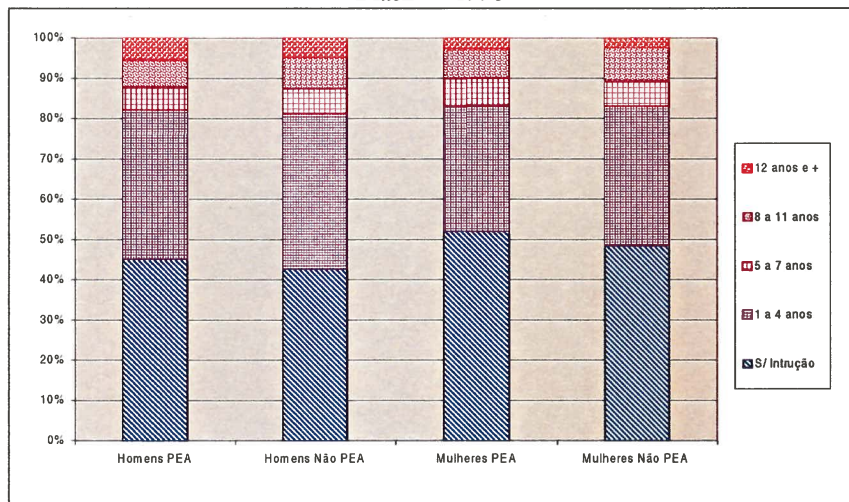
GRÁFICO 5
Taxas Refinadas de Atividade da População Idosa
Brasil



Fonte: IBGE, PNAD de 1986 e 1996.



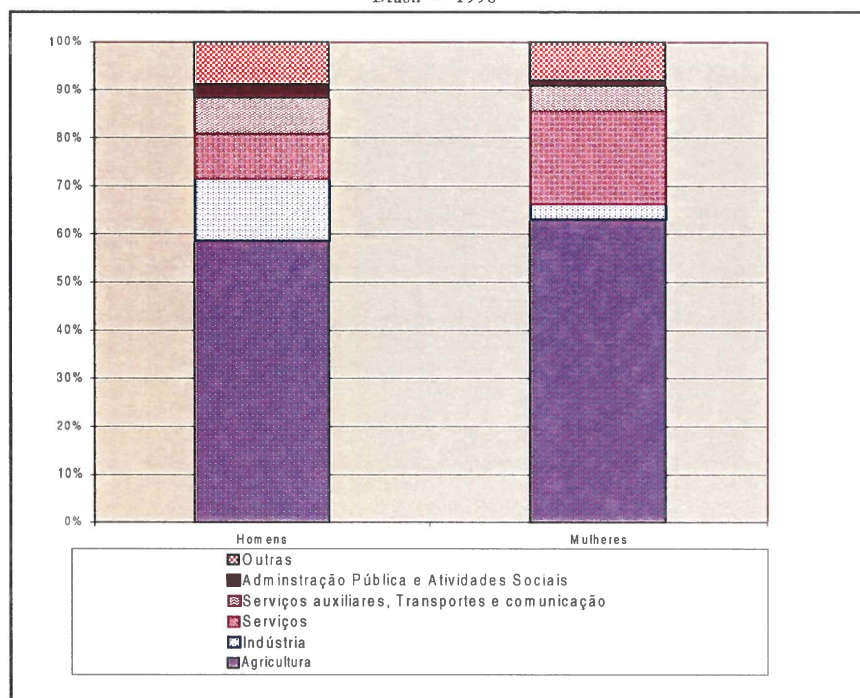
GRÁFICO 6
Distribuição Percentual da População Idosa por Anos de Escolarização
Brasil — 1996



Fonte: IBGE, PNAD 1996.



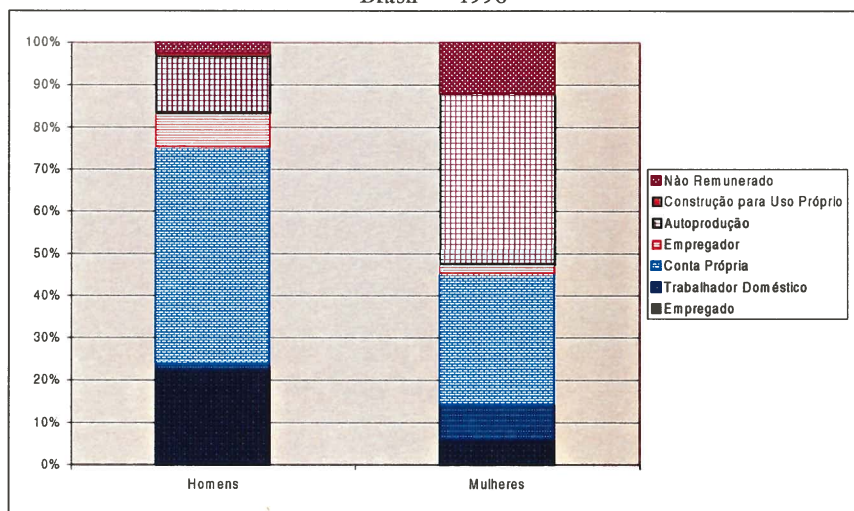
GRÁFICO 7
Distribuição Percentual da PEA Idosa por Ramos de Atividade e Sexo
Brasil — 1996



Fonte: IBGE, PNAD 1996.



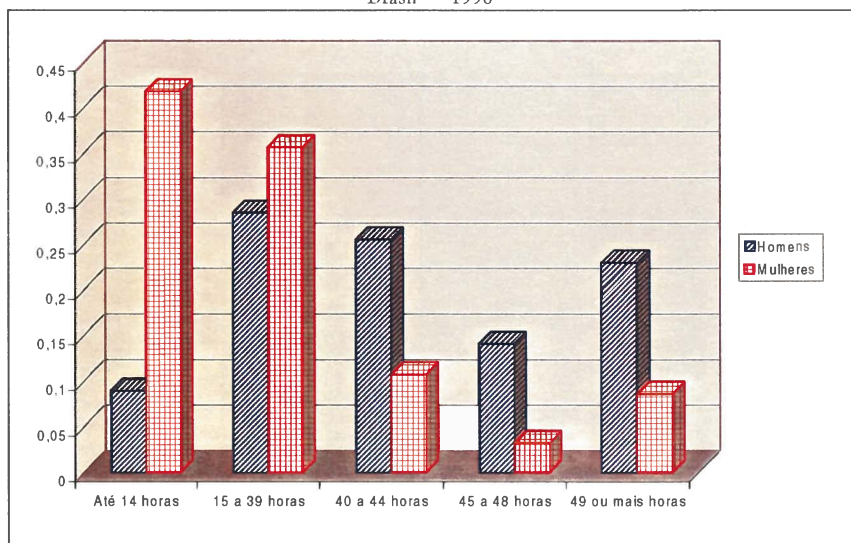
GRÁFICO 8
Distribuição Percentual da PEA Maior de 65 Anos por Posição na Ocupação
Brasil — 1996



Fonte: IBGE, PNAD 1996.



GRÁFICO 9
Distribuição Percentual da População Idosa Ocupada por Horas Trabalhadas
Brasil — 1996



Fonte: IBGE, PNAD 1996.



famílias ainda se encontram em fase de *formação ou expansão*, 20% em fase de *consolidação*, 30%, em fase de *contração*, e apenas 8% estavam no chamado *ninho vazio* (ver tabela 1).

TABELA 1
Brasil e Argentina — Distribuição das Famílias de Áreas Urbanas
segundo Etapas do Ciclo Vital e Condições de Vida

	Formação e Expansão	Conso- lidação	Contração	Ninho Vazio	Total
<i>Brasil (1993)</i>					
Total	57,2	20,1	29,9	7,7	100,0
Chefes homens	47,5	23,6	28,8	-	100,0
Chefes mulheres	20,4	21	58,7	-	100,0
<i>Argentina (1994)</i>					
Total	28,8	19,2	35,3	16,7	100,0
Chefes homens	34,2	25,9	39,9	-	100,0
Chefes mulheres	12,8	16,1	71,3	-	100,0
<i>Brasil (1993)</i>					
% de famílias indigentes e pobres	40,1	47,5	11,6	30,3	38,8
<i>Argentina (1994)</i>					
% de famílias indigentes e pobres	12,2	11,2	1,7	6,7	10,2

Obs.:¹ Ver nota de rodapé 5.

² A informação tem por base as tabulações especiais da PNAD 1993, retiradas de Arriagada (1997).

A vulnerabilidade das famílias brasileiras, indicada pela proporção de famílias indigentes, é maior na fase de consolidação (47%), seguida por aquelas em fase de formação e expansão (40%), as do ninho vazio (30%) e, em melhores condições, aquelas famílias em fase de contração, com apenas 12% em condição de indigentes (ver tabela 1). Isso faz com que as maiores probabilidades de ser pobre no Brasil estejam nas famílias com chefes mulheres, do tipo extensas e compostas, e naquelas em fase de consolidação.

Finalmente, tendo presente a discussão anterior, apresentamos aqui um perfil estatístico recente das famílias brasileiras, apontando para as especificidades dos arranjos familiares que contêm idosos. Isso porque, em se discuti-

menores de 13 anos; (ii) fase de *consolidação*: famílias em que o filho maior do chefe tinha entre 13 e 18 anos; (iii) fase de *contração*: famílias cujo filho do chefe tinha 19 anos ou mais; e (iv) fase do *ninho vazio*: famílias em que havia um casal sem filhos e o (a) cônjuge tinha mais de 35 anos e não tinha filhos vivendo com eles. Os dados estatísticos foram agregados a partir de tabelas publicadas em Arriagada (*op.cit.*)



do políticas públicas, as famílias que contêm idosos (na qualidade de chefe ou não) apresentam-se como ser potencial alvo. Nesse sentido, cabe destacar que, em 1996, apenas 5% da população brasileira tinham 65 anos e mais; no entanto, 17% do total das famílias brasileiras continham pelo menos uma pessoa dessa idade, a qual se convencionou chamar idoso. De fato, o incremento na longevidade de homens e mulheres, o qual possibilitou a convivência de um número cada vez maior de gerações no interior da família, o continuado aumento das mulheres na força de trabalho e o conflito permanente entre os valores de obrigações dos filhos e a independência intergeracional ganham destaque ainda maior no quadro de dificuldades de emprego e de serviços públicos gratuitos. As tendências demográficas apontam para uma sobrecarga das chamadas gerações do meio, ou adultos em idade ativa, cada vez mais desafiados a responder pelas demandas e necessidades de seus parentes idosos e seus filhos jovens, ao mesmo tempo em que seus cursos de vida sofrem rápidas transformações.

Em 1996, os brasileiros continuam morando, preferencialmente, em domicílios organizados ao redor do casal, com ou sem filhos, e do grupo de parentesco, muito embora os arranjos familiares alternativos tenham aumentado nas últimas décadas (ver tabela 2). Os dados da PNAD 1996 mostram que as 43 milhões de famílias brasileiras apresentam um tamanho médio de 3,6 pessoas e, em sua maioria (82%), concentram-se nas áreas urbanas. Seu chefe (ou pessoa de referência na família) é predominantemente do sexo masculino (76%), com as mulheres totalizando 24%. Essa dicotomia resulta, em grande parte, da não-pergunta sobre chefia compartilhada.⁶

⁶ Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1996 (PNAD), do IBGE, definiram família como o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residissem na mesma unidade domiciliar e, também, a pessoa que morasse só em uma unidade domiciliar (domicílio particular permanente). O entrevistador perguntou ao morador qual a *pessoa de referência* na família, ao invés de quem é o *chefe*, tal como nos censos de população e PNAD anteriores. O esforço do IBGE para abrir essa categoria crítica, no entanto, ainda não consegue captar a realidade que vem sendo indicada por outras pesquisas de campo, em que cada vez mais se encontra que a resposta sobre chefia do domicílio e/ou famílias é atribuída a ambos, homem e mulher, ou seja, compartilhada [Goldani, 1998a].



TABELA 2
BRASIL – 1996
Estrutura das Famílias segundo a Presença de Idosos

Características das Famílias	Todas as Famílias	Famílias com Idosos
<i>Perfil das famílias¹</i>		
Tamanho médio	3,61	3,02
Nº médio de filhos	1,67	0,93
Rendimento médio familiar <i>per capita</i> ²	291,50	311,52
Proporção média da renda que depende do chefe (%)	74,00	54,00
<i>Características dos chefes de família</i>		
Idade média do chefe	45,24	67,83
Proporção de chefes homens (%)	75,74	64,53
Proporção de chefes mulheres (%)	24,26	35,47
Número médio de anos de estudo dos chefes	6,25	4,33
<i>Distribuição dos tipos de famílias (%)</i>		
Total	100,00	100,00
Casal sem filhos	13,08	24,21
Casal com filhos	57,38	30,77
Pais com filhos	1,84	3,70
Mães com filhos	15,80	15,10
Mulheres sozinhas	6,67	18,89
Homens sozinhos	5,23	7,34

Fonte dos dados brutos: PNAD 1996 - IBGE.

Elaboração dos dados: DIPOS/IPEA.

Notas: ¹As famílias foram definidas segundo a PNAD: conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residissem na mesma unidade domiciliar e, também, a pessoa que morasse só em uma unidade domiciliar. A presença de parentes considera também os agregados e/ou empregados sem vínculo de parentesco. Na classificação apresentada, em todos os tipos de famílias pode ou não haver a presença de outros parentes, agregados, pensionistas, empregados domésticos ou parentes de empregados domésticos convivendo no mesmo domicílio.

² O rendimento médio familiar *per capita*, em reais, inclui a soma de todos os rendimentos das pessoas na família, dividido pelo seu número.

As famílias com presença de idosos, quer na qualidade de chefes de sua própria família, ou mesmo como parte de uma outra família, apresentam estrutura bastante diferenciada. Como era de se esperar, trata-se de famílias menores, com estruturas mais envelhecidas (os chefes com idade média em torno de 68 anos, contra 45 anos no total das famílias) e presença maior de mulheres na condição de chefe ou pessoa de referência (35% contra 24% no total



das famílias). Em termos das diferenças em seus arranjos internos, observa-se que, enquanto no total das famílias são os arranjos de casais com filhos (57%) ou do tipo monoparentais (18%) que representam o peso proporcional maior, entre as famílias com idosos destaca-se a proporção de casal sem filhos (24%) e de pessoas vivendo sós (26%). Essas diferenças são determinadas, em grande parte, pelo estágio de ciclo vital das famílias com idosos, em que a maioria destes já não vivem com seus filhos, bem como pela sobrevivência masculina que faz com que as mulheres sobrevivam por mais tempo sós ou com filhos.

Ainda a respeito das diferenças nas estruturas familiares, chama atenção a similaridade das cifras de mães com filhos (15%), tanto para o total das famílias brasileiras quanto entre aquelas com idosos. Entretanto, há que se atentar para os diferentes significados desses arranjos: enquanto, no conjunto das famílias, a maior parte das mães com filhos (muitos destes menores de 15 anos) encontra-se separada ou divorciada, aquelas mães sós, com filhos, em famílias que têm idosos, contam, em sua maioria, com filhos adultos solteiros ou casados e estavam na condição de viúvas. Assim, apesar do tipo de arranjo monoparental em comum, essas famílias de mulheres com filhos passam por diferentes etapas de ciclo familiar, certamente por diferentes condições de vida e, como tal, demandam diferentes tipos de serviços.

Finalmente, considerando-se as limitações dos dados apresentados, poder-se-ia dizer que, com um tamanho médio menor e uma renda familiar maior, as famílias brasileiras que contêm idosos aparecem em melhores condições econômicas do que a média nacional. São relativamente menos pobres, e seus membros dependem menos da renda do chefe (54% contra 74%). Assim, enquanto no total das famílias brasileiras os membros dependem, sobretudo, da renda do chefe para viver, entre aquelas famílias que contêm idosos, os membros contam com outras fontes de renda. Cabe enfatizar que isso se deve, em grande medida, aos tipos de arranjos internos e às etapas de ciclo familiar, que estabelecem diferentes relações de dependência econômica entre os membros das famílias.

Enfim, o grau de complexidade em se falando de famílias demanda enorme cuidado nas discussões que proliferam na América Latina a respeito destas como destinatárias de políticas [Arriagada, 1998; Jelin, 1997]. No processo de repensar as políticas sociais futuras, deve-se considerar o contexto atual das novas formas de organização econômica, social e política do chamado processo de globalização, em que ocorre a ruptura de contratos sociais implícitos e os conflitos emergem sob forma de aumento no desemprego, crimes, conlí-



tos étnicos e políticos. Nesse contexto, também os processos de exclusão vivenciados, sobretudo, pelas camadas populares apresentam-se como fundamentais para o entendimento das implicações das mudanças nas famílias. Enfim, um quadro complexo que faz com que, para uma maioria da população, as trajetórias esperadas de educação, trabalho, promoção e segurança individual e familiar simplesmente não existam.

Concluindo-se, a ênfase na família como eixo de discussão das políticas sociais futuras remete tanto ao seu renovado papel de proteção aos seus membros quanto a transformações pelas quais passa o Estado de Bem-Estar do qual fazem parte a família, o mercado e o Estado. Dentre as muitas questões que se colocam a respeito da família a fim de se repensar as políticas sociais, enfatizaríamos a necessidade de discutir os tradicionais pressupostos sobre as relações de gênero, que permanecem orientando o Estado de Bem-Estar, seus serviços e programas sociais, e que remetem ao conceito mais amplo de família, o qual orienta o *Welfare State* brasileiro.

Da mesma forma, na discussão sobre a oportunidade de políticas de ação positiva (para grupos-alvo), haveria que se considerar as transformações que ocorrem nas famílias e, em particular, no curso da vida de homens e mulheres, para o qual se constata a permanência da discriminação por sexo e o duplo padrão de relações sexuais/amorosas, mediado por relações de gênero, no contexto das desigualdades sociais [Goldani, 1998b]. Levando-se tudo isso em conta, uma primeira proposta na linha das políticas sociais futuras destinadas à família seria manter o foco central na questão da cidadania e dos direitos individuais. Nesse sentido, e para finalizar, ficam algumas interrogações.

Em que medida os serviços públicos de saúde e educação estão sendo oferecidos para homens e mulheres de todas as idades como um direito básico de cidadão?

Os equipamentos públicos refletem o perfil de necessidades dos indivíduos como cidadãos (por exemplo, de uma mulher cada vez mais integrada no mercado de trabalho e provedora), ou ainda se manejam com a idéia tradicional de uma mulher em casa, disponível para atender às demandas de uma população crescentemente idosa e uma coorte excepcional de jovens em busca de suporte afetivo, moral e financeiro?

O direito do indivíduo ao trabalho remunerado — e as garantias associadas — constitui uma preocupação das políticas sociais no atual processo de reestruturação do Estado de Bem-Estar Social?



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRIAGADA, Irma. 1997. Políticas Sociales, Familia y Trabajo en la América Latina de Fin de Siglo. Serie Políticas Sociales, 21. ONU/ CEPAL. Santiago do Chile.
- ARRIAGADA, Irma. 1998. Familias Latinoamericanas: Convergencias y Divergencias de Modelos y Políticas. *In: Revista De La Cepal* 65. Agosto de 1998.
- BARROS, Ricardo e MENDONÇA, Rosane S. P. de. 1995. Pobreza, Estrutura Familiar e Trabalho. Texto para Discussão n. 366. IPEA, Rio de Janeiro.
- BRANDÃO LOPES, Juarez Rubens e GOTTASCHALK, Andréa. 1990. "Recessão, Pobreza e Família: a década pior do que perdida". *In: São Paulo em Perspectiva*, 4(1):100-109, jan/mar.1990. Fundação SEADE, São Paulo.
- BUTTO, Andréa. 1998. "Gênero, Família e Trabalho. *In: Mulher e Político – Gênero e Feminismo no Partido dos Trabalhadores*. 1ª Edição: pp:71 – 83. Editora Fundação Perseu Abramo. São Paulo, SP.
- GOLDANI, Ana Maria. 1998a. Família e Famílias, Chefe e Chefes: a urgência de enfrentar o velho e sempre atual desafio dos conceitos. (mimeo).
- GOLDANI, Ana Maria. 1998b. "O Regime Demográfico Brasileiro nos Anos 90: Uma Perspectiva das Desigualdades, Restrições e Oportunidades Demográficas". *In: Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Gênero*. Org. Loren Galvão. Population Council. Campinas, 1998 (no prelo).
- GONZÁLEZ DE LA ROCHA, Mercedes. 1997. "The Erosion of the Survival Model: Urban Household Responses to Persistent Poverty". Versão revisada de um trabalho apresentado na conferência "Gender, Poverty and Wellbeing: Indicators and Strategies"; org. pelo United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD) e Centre for Development Studies, Trivandrum. Kerala. 24-27 de Novembro.
- GORDON, Linda. 1990. Women, the State, and Welfare. The University of Wisconsin Press.
- JELIN, Elizabeth. 1997. "Família, Gênero y Políticas Sociales: Notas para el Debate." *In: Familias Populares. Historia Cotidiana e Intervención Social*. Miguel Urrutia Fernandez (Ed.). Fundación Andes/ECO; Santiago do Chile
- MELO, Hildete Pereira de .1998. "Globalização, Políticas Neoliberais e Relações de Gênero no Brasil". *In: Mulher e Política: Gênero e Feminismo no Partido*
-



dos Trabalhadores. Orgs. Ângela Borba e Tatau Godinho. Editora Fundação Perseu Abramo. São Paulo, Brasil.

SAINSBURY, Diane. 1996. *Gender, Equality and Welfare States*. Press Syndicate of the University of Cambridge. New York, NY.

SORJ, Bila. 1998. "Prefácio". *1x Mulher e Política: Gênero e Feminismo no Partido dos Trabalhadores*. Orgs. Angela Borba e Tatau Godinho. Editora Fundação Perseu Abramo. São Paulo, Brasil.



A MORTALIDADE DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL

*Ana Maria Nogales Vasconcelos**

1 Introdução

Nos estudos sobre a evolução recente dos níveis da mortalidade no Brasil, dois aspectos têm sido amplamente destacados: a queda das taxas de mortalidade infantil e o aumento da mortalidade da população masculina jovem adulta. Pouca atenção tem sido dada à evolução da mortalidade da população idosa (população com 65 anos ou mais de idade). No entanto, esse segmento populacional, embora constitua ainda um contingente menor em números absolutos, é o que tem apresentado o ritmo mais acelerado de crescimento nas últimas décadas, no país [Saad, 1997; Beltrão *et alii*, 1997].

Atualmente, a dinâmica demográfica desse segmento da população brasileira vem merecendo destaque, sobretudo no que se refere às políticas de saúde e de seguridade social.

Aqui são apresentados alguns aspectos sobre a evolução da mortalidade da população idosa no Brasil, no período 1980/1995.

2 Evolução das Taxas de Mortalidade da População Idosa no Brasil

Como já havia sido observado para décadas anteriores [Yazaki, 1990], a participação relativa dos óbitos da população idosa aumentou no período 1980/1995. A tabela 1 apresenta a participação relativa dos óbitos da população idosa entre os óbitos de pessoas com 15 anos ou mais de idade, e mostra que, embora o aumento dessa participação tenha acontecido em ambos os sexos, foi mais acentuado entre as mulheres. Isto é, a população adulta está morrendo cada vez com idades mais avançadas, principalmente as mulheres.

* Chefe do Departamento de Estatística da Universidade de Brasília.



TABELA 1
Brasil — Participação Relativa dos Óbitos da
População Idosa entre os Óbitos de Pessoas com
15 Anos ou Mais de Idade 1980/1995

Ano	Homens	Mulheres
1980	42,0	55,0
1991	43,2	59,7
1995	43,9	60,6

Fonte: Ministério da Saúde, Subsistema de Informações sobre Mortalidade.

Mesmo na população idosa, observa-se o aumento da longevidade. A tabela 2 mostra que, entre os óbitos da população com 65 anos ou mais de idade, em 1980, apenas 11,4% dos homens e 18,5 % das mulheres faleciam com idades iguais ou superiores a 85 anos. Em 1995, esses percentuais foram de 16,1% para os homens, e de 24,8% para as mulheres.

TABELA 2
Brasil — Distribuição dos Óbitos da População Idosa
por Sexo e Grupos de Idade
1980/1995

Ano	Homens			Mulheres		
	65-74	75-84	> 85	65-74	75-84	> 85
1980	50,7	38,0	11,4	40,5	41,0	18,5
1991	45,3	39,7	15,0	35,3	41,2	23,5
1995	45,6	38,3	16,1	35,3	39,8	24,8

Fonte: Ministério da Saúde, Subsistema de Informações sobre Mortalidade.

No entanto, o aumento da proporção de óbitos de pessoas idosas não significa que os níveis de mortalidade desse segmento populacional tenham aumentado. Ao contrário, como pode ser observado na tabela 3, as taxas de mortalidade da população idosa apresentaram redução significativa no período 1980/1995. Entre os homens, a taxa de mortalidade passou de 78 óbitos por mil, em 1980, a 63 óbitos por mil, em 1995: uma redução de cerca de 20%. Entre as mulheres, a redução foi de 16%: de 63 óbitos por mil, em 1980, a 53 óbitos por mil, em 1995.



Essa redução dos níveis de mortalidade foi observada em ambos os sexos nas três faixas etárias consideradas. Entre as mulheres, verifica-se que, conforme aumenta a idade, menor é a redução dos níveis de mortalidade. Entre os homens não foi observado um padrão etário da redução dos níveis de mortalidade.

TABELA 3
Brasil — Taxas Específicas de Mortalidade (por mil pessoas)
por Sexo e Idade da População Idosa⁷
1980/1995

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

Fonte: Ministério da Saúde, Subsistema de Informações sobre Mortalidade.

3 As Causas de Morte da População Idosa

A evolução da mortalidade da população idosa por causas de morte é apresentada nas tabelas 4 e 5, segundo sexo e faixas etárias. A tabela 4 mostra a participação dos diferentes grupos de causas na mortalidade da população idosa e sua variação no período 1980/1995. Em primeiro lugar, vale destacar que a qualidade da informações sobre causas de morte ainda afeta sobremaneira a análise da mortalidade por causa no país e, em particular, a análise das causas de morte da população idosa. A proporção de óbitos de causas mal definidas da população de 65 anos ou mais de idade é elevada, mas apresenta tendência de redução no período 1980/1995 (de 23% dos óbitos, em 1980, a

⁷ As taxas de mortalidade da população idosa foram calculadas a partir dos dados sobre óbitos do Subsistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, e dos dados sobre população dos censos demográficos publicados pela Fundação IBGE. Para 1995, a população foi estimada com base na Contagem de 1996 e no Censo Demográfico de 1991. Os dados sobre óbitos foram corrigidos segundo o nível de cobertura estimado para cada ano.



20% dos óbitos, em 1995, para ambos os sexos). Essa melhoria na qualidade da informação é, no entanto, diferenciada por faixa etária. No grupo etário 65-74 anos, tanto para homens quanto para mulheres, a redução da proporção de óbitos de causas mal definidas foi maior do que nos grupos etários subseqüentes (uma redução de 4,7 pontos percentuais entre os homens, e de 4,4 pontos percentuais entre as mulheres). Nas idades mais avançadas (85 anos ou mais), a informação é de pior qualidade e, no período, a melhoria da qualidade dessa informação foi pouco significativa (uma redução de apenas 1,3 ponto percentual para ambos os sexos).

TABELA 4

Brasil — Distribuição dos Óbitos da População de 65 anos ou Mais (em %), por Sexo e Grupos de Idade, Segundo as Principais Causas de Morte 1980/1995

Grupo Etário / Causas de Morte	Homens				Mulheres			
	1980	1991	1995	Variação (80-95)	1980	1991	1995	Variação (80-95)
65+								
Neoplasmas	11,6	13,0	13,5	1,9	9,6	10,7	11,1	1,6
Doenças endócrinas e do metabolismo	2,4	2,4	2,4	2,4	3,9	5,4	6,0	2,1
Doenças do aparelho circulatório	43,1	38,4	37,0	-6,2	47,5	42,3	40,5	-7,0
Doenças do aparelho respiratório	7,9	10,8	13,0	5,1	6,7	9,2	11,1	4,4
Sintomas, sinais e afecções mal definidas	23,5	22,3	20,2	-3,3	23,3	22,1	20,5	-2,9
65-74								
Neoplasmas	14,0	16,1	16,5	2,5	13,1	15,3	16,1	3,0
Doenças endócrinas e do metabolismo	2,6	3,6	3,9	1,3	4,7	6,7	7,2	2,5
Doenças do aparelho circulatório	42,3	39,2	38,0	-4,3	45,4	41,5	39,8	-5,6
Doenças do aparelho respiratório	7,3	9,4	11,3	4,1	5,8	7,6	9,2	3,4

(continua)



(continuação)

Grupo Etário / Causas de Morte	Homens				Mulheres			
	1980	1991	1995	Variação (80-95)	1980	1991	1995	Variação (80-95)
Sintomas, sinais e afec- ções mal definidas	20,6	17,9	15,9	-4,7	20,5	17,6	16,0	-4,4
75-84								
Neoplasmas	10,0	11,5	12,4	2,5	8,3	9,9	10,2	1,9
Doenças endócrinas e do met.	2,4	3,1	3,6	1,2	3,8	5,2	5,9	2,1
Doenças do aparelho circulatório	44,2	38,4	37,0	-7,3	48,6	43,1	41,3	-7,3
Doenças do aparelho respiratório	8,2	11,5	13,9	5,6	7,0	9,2	11,3	4,4
Sintomas sinais e afec- ções mal definidas	25,3	24,2	21,6	-3,7	24,2	22,6	20,7	-3,5
85+								
Neoplasmas	6,4	7,4	7,7	1,3	4,7	5,4	5,7	0,9
Doenças endócrinas e do metabolismo	1,8	2,8	2,9	1,1	2,6	3,8	4,4	1,8
Doenças do aparelho circulatório	43,1	35,8	33,9	-9,1	49,7	42,3	40,3	-9,4
Doenças do aparelho respiratório	9,7	12,9	15,4	5,8	8,1	11,5	13,6	5,5
Sintomas sinais e afec- ções mal definidas	30,4	30,8	29,0	-1,3	27,7	28,0	26,4	-1,3

Fonte: Ministério da Saúde, Subsistema de Informações sobre Mortalidade.

Entre as causas declaradas, pode-se observar que, em todos os anos analisados, as doenças do aparelho circulatório aparecem como o principal grupo de causas de morte da idosa. Entretanto, sua participação relativa tem diminuído ao longo do período. De 43% dos óbitos masculinos em 1980, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 37% dos óbitos masculinos em 1995. Entre as mulheres, observa-se uma situação semelhante: de 47,5% dos óbitos femininos em 1980, esse grupo de causas foi responsável por 40,5% em 1995. Em todas as faixas etárias também se observa redução na participação de mortes por doenças do aparelho circulatório.



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

Ao se analisar a evolução das taxas de mortalidade (tabela 5), observa-se que a diminuição da participação relativa das doenças do aparelho circulatório como causa de morte da população idosa deve-se a uma redução efetiva dos níveis de mortalidade advindos desse grupo de causas. Em 1980, o nível de mortalidade por doenças do aparelho circulatório era de 3 362 óbitos por 100 mil homens idosos e de 2 975 óbitos por 100 mil mulheres idosas. Em 1995, as taxas de mortalidade desse grupo de causas passam a ser de 2 313 por 100 mil entre os homens e de 2 133 por 100 mil entre as mulheres: ou seja, uma redução de 31,2% e 28,3% para homens e mulheres, respectivamente. Essa redução pode ser verificada em ambos os sexos e em todas as faixas etárias consideradas.

Como segundo grupo de causas de morte em importância da população idosa, e apesar do aumento de sua participação relativa no período, os neoplasmas também apresentam uma diminuição nas taxas de mortalidade. Tal redução, nesse caso, é bastante inferior àquela observada para as doenças do aparelho circulatório. Vale observar que, para as mulheres com 85 anos ou mais de idade, o risco de morte por neoplasmas apresentou pequeno crescimento no período.

Por outro lado, a mortalidade por dois grupos de causas apresenta tendência crescente no período 1980/1995: no grupo das doenças endócrinas, entre as quais se destaca o diabetes, e no grupo das doenças do aparelho respiratório, entre as quais se destaca a pneumonia.

Como terceiro grupo de causas de morte mais freqüente entre a população idosa, as doenças do aparelho respiratório apresentam um aumento em suas taxas: 31,6% entre os homens e 39,9% entre as mulheres. A sobremortalidade masculina advinda desse grupo de causas é bastante elevada, sobretudo no grupo etário 65-74 anos (cerca de 2 óbitos masculinos para cada óbito feminino). O aumento da mortalidade nesse grupo de causas, principalmente entre as mulheres com idades mais avançadas, pode ser parcialmente explicado pela melhoria no diagnóstico da causa da morte.



TABELA 5
Brasil — Taxas de Mortalidade por Sexo e Grupos de Idade
por 100 mil Pessoas segundo Grupos de Causas de Morte
1980/1995

Grupo Etário / Causas de Morte	Homens				Mulheres			
	1980	1991	1995	Variação (%) (80-95)	1980	1991	1995	Variação (%) (80-95)
65+								
Neoplasmas	904,4	876,6	847,2	-6,3	599,5	633,1	587,2	-2,0
Doenças endóc. e do met.	189,0	222,7	227,2	20,2	246,5	318,9	315,4	27,9
Doenças do ap. circulatório	3 362,3	2 594,2	2 313,2	-31,2	2 975,2	2 495,9	2 133,7	-28,3
Doenças do ap. respiratório	615,8	728,1	810,4	31,6	419,7	541,4	587,2	39,9
Sintomas sinais e afecções mal definidas	1 831,1	1 510,1	1 263,8	-31,0	1 462,0	1 303,7	1 077,5	-26,3
65-74								
Neoplasmas	775,2	803,0	712,1	-8,1	486,9	470,0	438,6	-9,9
Doenças endóc. e do met.	144,8	180,3	170,1	17,5	173,1	206,3	196,2	13,4
Doenças do ap. circulatório	2 344,3	1 958,9	1 638,9	-30,1	1 687,5	1 271,9	1 084,7	-35,7
Doenças do ap. respiratório	401,6	469,4	487,2	21,3	216,1	233,9	251,1	16,2
Sintomas sinais e afecções mal definidas	1 138,6	896,3	683,6	-40,0	761,6	538,4	437,5	-42,6
75-84								
Neoplasmas	1 215,5	1 039,6	1 093,9	-10,0	813,2	929,6	776,4	-4,5
Doenças endóc. e do met.	287,7	280,1	314,0	9,1	375,4	490,4	449,6	19,8
Doenças do ap. circulatório	5 392,0	3 466,7	3 255,6	-39,6	4 779,1	4 065,8	3 149,3	-34,1
Doenças do ap. respiratório	1 004,3	1 039,7	1 221,4	21,6	684,2	869,5	863,7	26,2
Sintomas sinais e afecções mal definidas	3 089,1	2 182,1	1 905,8	-38,3	2 377,3	2 134,7	1 575,3	-33,7
85+								
Neoplasmas	1 458,1	1 340,5	1 317,9	-9,6	977,6	1 177,4	1 015,7	3,9
Doenças endóc. e do met.	409,3	514,1	491,6	20,1	540,7	831,2	788,8	45,9
Doenças do ap. circulatório	9 837,3	6 459,3	5 789,8	-41,1	10 225,8	9 261,9	7 191,8	-29,7
Doenças do ap. respiratório	2 206,3	2 336,2	2 632,6	19,3	1 662,6	2 511,8	2 431,2	46,2
Sintomas sinais e afecções mal definidas	6 937,1	5 551,4	4 955,0	-28,6	5 709,7	6 147,5	4 714,5	-17,4

Fonte: Ministério da Saúde, Subsistema de Informações sobre Mortalidade.

Da mesma forma, o grupo das doenças endócrinas pode estar sendo afetado por essa melhoria. Nesse caso, as taxas de mortalidade passaram de 189 óbitos por 100 mil homens idosos a 227 óbitos por 100 mil, e de 246 óbitos por 100 mil mulheres idosas a 315 por 100 mil. O aumento é ainda maior en-



tre as mulheres com idades mais avançadas: de 540 por 100 mil mulheres com 85 ou mais anos de idade em 1980, a taxa de mortalidade por doenças endócrinas passa a 789 óbitos por 100 mil mulheres nessa faixa etária, em 1995. Ou seja, houve um aumento de 46% no período. Dessa forma, ainda que parte do aumento da mortalidade por esses grupos de causas possa ser atribuída ao melhor diagnóstico da causa de morte, são necessários estudos mais aprofundados para verificar se, de fato, está ocorrendo aumento do risco de morte por esses grupos de causas na população idosa.

4 Considerações Finais

Aqui foram apresentados alguns aspectos gerais da evolução da mortalidade da população idosa no Brasil. Foram destacados o aumento da longevidade desse segmento populacional e a redução do risco de morte entre 1980 e 1995. Tal redução é devida, em grande parte, à redução das taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório. No entanto, foram observados aumentos do risco de morte por doenças do aparelho respiratório (sobretudo pneumonia), por doenças endócrinas, da nutrição e do metabolismo, e transtornos imunitários (principalmente *diabetes mellitus*). Para melhor subsidiar políticas de saúde para esse segmento da população brasileira, é fundamental que sejam realizados estudos mais detalhados, tanto no âmbito das causas de morte quanto no âmbito geográfico.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BELTRÃO, Kaizô e CAMARANO, Ana A., 1997, “O futuro da população brasileira e suas implicações para a formulação das políticas sociais”, *Como Vai?*, População Brasileira, IPEA, n. 1, jan-abr.
- SAAD, P. M., 1997, 1997, “Transferência de apoio entre idoso e a família no Nordeste e no Sudeste do Brasil”, *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 14(1/2), p. 159-167.
- YAZAKI, L e SAAD, P. M., 1990, “Mortalidade da população idosa”, In: *O Idoso na Grande São Paulo*, Fundação SEADE, São Paulo.
-



COMO VAI?

POPULAÇÃO BRASILEIRA

Uma publicação
Diretoria de Políticas Sociais do IPEA
Diretoria de Pesquisa do IBGE

Editora
Ana Amélia Camarano

Edição Técnica
Coordenação Editorial do IPEA (BRASÍLIA)
Colaboraram neste número: Ana Amélia Camarano, Kaozô Iwakami
Beltrão, Marcelo Medeiros Coelho de Souza, Ana Maria Goldani e
Ana Maria Nogales Vasconcelos

Tiragem: 1 000 exemplares